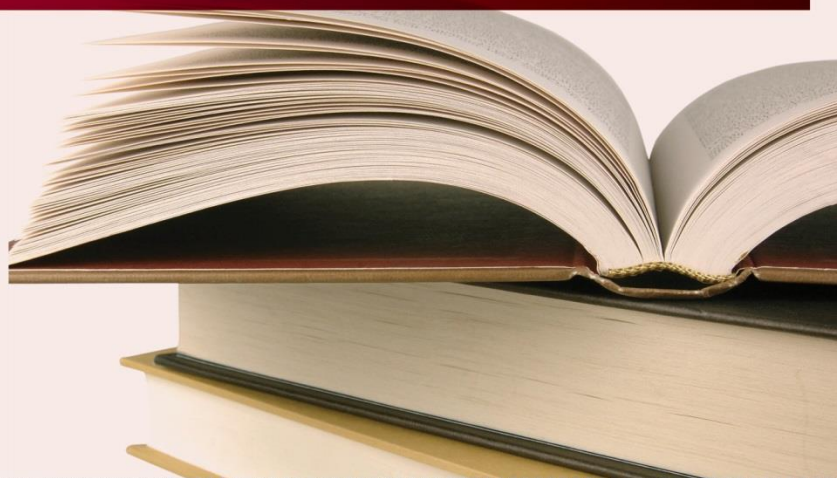


Les meilleures pratiques d'intervention auprès des jeunes âgés de 5 à 14 ans présentant des comportements suicidaires



Rapport de réponse rapide rédigé par :

Patricia Bouchard, M. Serv. Soc., Agente de planification,
de programmation et de recherche

Eve-Line Bussièrès, M.Ps., Ph. D., M. Sc. internationale Ulysses,
Chercheure d'établissement et responsable
scientifique de l'UETMISS

Unité d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en services sociaux

Centre jeunesse de Québec

Février 2016

Québec 

**Les meilleures pratiques d'intervention
auprès des jeunes âgés de 5 à 14 ans
présentant des comportements
suicidaires**

Équipe projet

Patricia Bouchard, M. Serv. Soc.
Agente de planification, de programmation et de recherche

Eve-Line Bussi eres, Ph.D, M. Sc. (ETMISS)
Chercheure en établissement
Responsable scientifique de l'UETMISS

Comité de suivi

Geneviève Dufour, agente de planification, de programmation et de recherche

Paul Langlois, agent de planification, de programmation et de recherche

Chantal Pilote, chef du Service qualité, sécurité et ETMISS

Secrétariat et mise en page

Rolande Goudreault, Agente administrative

Comment citer ce document

Bouchard, P. et Bussi eres, E.L. (2015). *Les meilleures pratiques d'intervention auprès des jeunes âgés de 5 à 14 ans présentant des comportements suicidaires*. Rapport de réponse rapide. ETMISS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, site : Centre jeunesse de Québec.

Financement

Ce projet a été financé par le budget de l'UETMISS, du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

Divulgateion de conflits d'intérêts

Aucun conflit rapport  par les membres de l'UETMISS.

Dans le présent document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Production :   CIUSSS de la Capitale-Nationale, site : Centre jeunesse de Québec
Services professionnels et affaires universitaires
2915, avenue du Bourg-Royal
Québec (Québec) G1C 3S2

Téléphone : 418 661-6951

Télécopieur : 418 661-5102

Site Internet : www.centrejeunessedequbec.qc.ca

Table des matières

Introduction	1
1. Contexte entourant la demande.....	1
2. Questions	2
3. Informations générales.....	2
3.1 Précision de la terminologie associée au suicide	2
3.1.1 Comorbidité entre suicide et troubles mentaux	2
3.1.2 Multiplication des termes liés au suicide.....	3
3.2 Distinction entre prévention et intervention sur le suicide	4
4. Méthode.....	5
4.1 Stratégie de la recherche documentaire.....	5
4.2 Critères d'inclusion.....	5
4.3 Critères d'exclusion	6
4.4 Sélection des études	6
4.5 Évaluation de l'éligibilité.....	6
4.6 Résultats de la recherche documentaire	6
4.7 Évaluation de la qualité des études issues de la littérature scientifique.....	7
4.8 Évaluation de la qualité des documents issus de la littérature grise.....	7
4.9 Extraction des données.....	8
5. Résultats.....	8
5.1 Résultats sur l'ampleur du suicide	8
5.2 Résultats obtenus des études de synthèse.....	9
5.3 Résultats obtenus lors de l'analyse de la littérature grise	13
5.3.1 Résultats concernant les guides de pratique.....	13
5.3.2 Résultats concernant les aspects éthiques	15
5.3.3 Résultats concernant les aspects légaux	16
5.3.4 Résultats concernant les avis d'experts.....	18
5.4 Synthèse des résultats en fonction du niveau d'évidence et des dimensions	19
6. Constats.....	19
7. Conclusion.....	21
Références.....	23

Liste des tableaux

Tableau 1. Critères d'inclusion PICOTS	6
Tableau 2. Résultats de l'évaluation de la qualité d'une revue systématique et des méta-analyses selon la grille AMSTAR	7
Tableau 3. Niveau d'évidence pour chacune des dimensions considérées selon les sources consultées	19

Liste des annexes

Annexe A Liste des mots-clés utilisés	27
Annexe B Liste des études exclues à partir de la littérature scientifique	29
Annexe C Organigramme de la recherche documentaire	33
Annexe D Liste des études incluses dans les revues systématiques	35
Annexe E Liste des documents issus de la littérature grise exclue	43
Annexe F Grilles AGREE II	45
Annexe G Caractéristiques des études de synthèse.....	47
Annexe H Complément sur les aspects légaux	57
Annexe I Critères d'évaluation du JCCAP	61
Annexe J Liste des éléments essentiels à inclure dans un protocole portant les interventions sur le suicide auprès des mineurs.....	63

Liste des abréviations et des acronymes

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
AMSTAR	Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews
CBT	<i>Cognitive Behavioral Therapy</i> – thérapie cognitivo-comportementale (TCC)
CJ	Centre jeunesse
CJQ-IU	Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
DRH	Direction des ressources humaines
ECR	Essai contrôlé randomisé (RCT en anglais)
ETMISS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IS	Idées suicidaires
LJC	Loi sur les jeunes contrevenants
MA	Méta-analyse
NICE	National Institute for Clinical Excellence (UK)
PICOTS	Population – Intervention – Comparateur – Outcomes – Timing – Settings
PJ	Protection de la jeunesse
UETMISS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux
RS	Recension systématique
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
TH	Traitement habituel (<i>Treatment as usual</i> – TAU)
TS	Tentatives de suicide (suicide attempt – SA)
WHO	<i>World Health Organization</i>

Introduction

Le présent document fournit un éclairage sur l'intervention à privilégier auprès des jeunes de 5 à 14 ans qui sont suivis en protection de la jeunesse (PJ) et qui présentent des comportements suicidaires. Il tente d'identifier les meilleures pratiques en vigueur dans ce domaine.

1. Contexte entourant la demande

Le suicide chez les jeunes représente une problématique préoccupante. Bien qu'il semble davantage être l'apanage des adolescents et des adultes, les enfants aussi sont à risque d'être suicidaires. Cependant, le suicide chez les petits demeure tabou. Selon le Bureau du coroner du Québec, huit enfants âgés entre 0 et 14 ans sont morts par suicide en 2012 (Légaré, Gagné et Perron, 2015). Concernant les tentatives de suicide, les données disponibles dans la banque Med-Écho montrent que 81 jeunes âgés de 6 à 12 ans ont consulté les hôpitaux pour une tentative de suicide entre 1999 et 2004. Par ailleurs, chez les enfants d'âge scolaire primaire, et particulièrement chez les plus jeunes, les comportements suicidaires (ex. : tentative de suicide) sont souvent vus comme des accidents (Gallagher et Daigle, 2008).

Le problème du suicide chez les enfants semble méconnu et sous-estimé dans la population générale, mais aussi chez les intervenants du secteur scolaire et psychosocial (Gallagher et Daigle, 2008). Face aux enfants ayant des comportements suicidaires, les intervenants se sentent démunis ou impuissants à réagir. D'une part parce qu'entendre parler du suicide par un enfant peut être déstabilisant et d'autre part, parce qu'ils ne possèdent pas toujours les connaissances nécessaires pour intervenir en de tels contextes.

Des efforts importants ont été déployés par les milieux d'intervention et de la recherche en matière de prévention du suicide chez les jeunes en PJ (Chagnon, 2007). En juin 2000, l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ), en partenariat avec l'Association des hôpitaux du Québec, le Collège des médecins du Québec et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, a produit un « protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse¹ ». Depuis, chaque centre jeunesse (CJ) a l'obligation de s'approprier ce protocole en l'adaptant à son modèle organisationnel. Ce protocole présente la trajectoire de services que devrait suivre le jeune à risque suicidaire (en référence aux équipes de deuxième et troisième niveau) sans précisément définir quelles sont les meilleures pratiques à utiliser pour intervenir sur les comportements suicidaires. En continuité, un guide de pratique en situation de problématique suicidaire et de santé mentale a été développé au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU), en 2010. Ce guide décrit la procédure à suivre lorsqu'un jeune présente des comportements suicidaires et fournit les grands paramètres d'intervention à réaliser avec le jeune (ex. : détecter et référer), en lien avec la trajectoire de services en place. Par ailleurs, aucun des travaux réalisés par le *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie* (UQAM) ne concerne l'efficacité des interventions à utiliser auprès des jeunes de ce groupe d'âge. De même, parmi les quelques outils disponibles, aucun ne s'adresse spécifiquement aux jeunes suicidaires âgés de moins de 14 ans. C'est le cas de la « Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire » (Lavoie, Lecavalier, Angers et Houle, 2012). Récemment, la formation sur l'intervention à mettre en place auprès des adolescents âgés de 14 ans et plus a été mise à jour au CJQ-IU et sera déployée au cours de l'année

¹ Ce protocole a été revu en 2006 pour intégrer les recommandations ministérielles du comité Delorme (2006) et des orientations qui figurent au plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010.

2016. C'est à la suite de ces constats cliniques qu'une agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), de la Direction des services professionnels et des affaires universitaires (DSPA) du CJQ-IU s'est adressée à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux (UETMISS) du CJQ-IU, afin de mieux connaître l'ampleur du phénomène du suicide chez les jeunes âgés de 5 à 14 ans. Elle souhaitait obtenir une recension sur les interventions probantes à mettre en place auprès des jeunes présentant des comportements suicidaires lorsqu'ils reçoivent des services en centre jeunesse. Par la suite, une formation destinée spécifiquement à cette clientèle pourra être envisagée.

2. Questions

Questions décisionnelles

- Quelle est l'ampleur du phénomène du suicide dans la population générale et dans les centres jeunesse?
- Quelles sont les bonnes pratiques d'intervention auprès des jeunes âgés de 5 à 14 ans qui ont une problématique suicidaire?

Questions d'évaluation

- Quelle est l'ampleur du phénomène du suicide dans la population générale et dans les centres jeunesse?
- Quelles sont l'efficacité et l'innocuité d'une intervention psychosociale en comparaison à l'intervention habituelle (traitements habituels, services réguliers, liste d'attente) pour diminuer les comportements suicidaires (idéations suicidaires, tentatives de suicide, automutilation) chez les jeunes de 5 à 14 ans?

De façon plus spécifique, cette évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux (ETMISS) tentera de repérer des programmes de prévention et d'intervention ou des formations en lien avec la problématique suicidaire. Il sera également question de l'ampleur du phénomène du suicide chez ce groupe d'âge, tant dans la population générale que chez les jeunes des centres jeunesse.

3. Informations générales

3.1 Précision de la terminologie associée au suicide

3.1.1 Comorbidité entre suicide et troubles mentaux

Une recherche documentaire exploratoire a permis de constater la présence d'une comorbidité entre la manifestation de comportements suicidaires et d'autres troubles mentaux (dépression, trouble bipolaire, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, trouble d'opposition avec provocation), des troubles de dépendance à l'alcool ou aux drogues et des troubles de la conduite (Laurier, 2008). Des études ont démontré que la majorité des jeunes² qui sont morts par suicide ont au moins un diagnostic de trouble mental au moment de leur mort, dont particulièrement un trouble de l'humeur, des comportements perturbateurs ou d'abus de substances (Brent *et al.*, 1993; Brent *et al.*, 1994; Marttunen, Aro, Henriksson et Lonnqvist, 1991; Renaud, Berlim, McGirr,

² Très peu d'études portent sur les enfants de moins de 13 ans.

Tousignant et Turecki, 2008; Renaud *et al.*, 2009; Runeson, 1989; Shaffer *et al.*, 1996). Dans leurs travaux, Renaud *et al.* (2009) ont confirmé que plus de 90 % des enfants et des adolescents qui se sont enlevé la vie souffraient d'un trouble de santé mentale³. Selon ces mêmes auteurs, ces décès surviendraient chez plus de 50 % des adolescents pour lesquels les troubles mentaux n'avaient pas été diagnostiqués et pour lesquels aucune intervention n'avait été tentée (Renaud *et al.*, 2009). En effet, Renaud, Chagnon, Turecki et Marquette (2005) ont remarqué une insuffisance dans le traitement des troubles mentaux des jeunes suicidaires en centre jeunesse parmi les rares recherches sur cette population.

Ainsi, à l'exception de la dépression (dont la dépression majeure), qui constitue l'un des facteurs de risque majeur pour le suicide (WHO, 2008), les autres troubles mentaux ont été exclus de la recherche documentaire. Les raisons justifiant ce choix sont de faire en sorte que les études incluses soient homogènes et comparent les mêmes variables (*outcomes*). En d'autres mots, toutes les études dont le diagnostic principal était associé à un trouble mental autre que la dépression (ex. : trouble bipolaire) n'ont pas été retenues même si elles étaient liées au suicide.

3.1.2 Multiplication des termes liés au suicide

Dans le champ du suicide, la multiplication des termes employés pour décrire un même phénomène crée de la confusion pour la recherche. Afin de couvrir l'ensemble des comportements suicidaires, les termes associés aux gestes dits de « parasuicide » (ex. : automutilation et tentative de suicide) ont été utilisés pour la recherche documentaire. Le terme « parasuicide » désigne tout acte estimé extrême et par lequel on risque la mort, de manière consciente ou confuse, mais dont les acteurs diffèrent des suicidaires, des suicidants ou des suicidés dans le sens où leur intention directe n'est pas de se tuer. Parfois, les termes semi-suicide ou quasi suicide ou encore suicide mi-intentionnel ou suicide indirect sont utilisés pour décrire cette même réalité (Glenn, Franklin et Nock, 2014). Par conséquent, l'automutilation (même sans intention suicidaire), la médication abusive, l'usage excessif de drogue ou d'alcool, les conduites extrêmes et les sports à risque (par exemple, la très grande vitesse au volant) appartiennent à la catégorie des « parasuicides ».

Le tableau suivant, tiré du document *Modèle de pratique sur la problématique du suicide* (Centre Jeunesse de la Montérégie, 2010, p.10) fournit un aperçu sommaire des principales définitions associées au suicide.

³ Concernant cette étude, il importe de préciser certaines limites, notamment la petite taille de l'échantillon (n=55).

Terminologie	
Suicide	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acte auto-infligé qui a pour résultat le décès et dont l'intention en ce sens était présente. Seul un coroner peut conclure au suicide suite à son enquête.
Tentative de suicide	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acte posé volontairement dans le but d'entraîner la mort ou de s'exposer à un danger dans le but avoué de vouloir mourir. ➤ Mettre sa vie en danger avec l'intention réelle ou simulée de causer sa mort ou de faire croire en cette intention, sans que l'acte n'aboutisse à la mort.
Idéation suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Des idées exprimées ouvertement ou entendues permettant de conclure que l'intention de suicide existe, ou qu'une tendance vers une telle intention existe, même si un plan n'a pas été formulé.
Menace suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menace faisant craindre à court terme à la réalisation d'une tentative de suicide.
Manifestation ou verbalisation suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comportements directement observés tendant vers une intention de suicide, où le geste définitif n'a pas été accompli.
Épisode suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Période de temps presque continue au cours de laquelle la personne pense fréquemment à se suicider. ➤ Épisode pouvant se terminer par une tentative ou se limiter à des idéations suicidaires. ➤ Deux épisodes sont considérés distincts lorsque le délai entre deux idéations dépasse une semaine.
Urgence suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Possibilité qu'une personne passe à l'acte au cours des 48 prochaines heures. ➤ L'urgence demeure tant que la probabilité existe. ➤ L'urgence peut varier dans le temps et se modifier rapidement.
Comportement parasuicidaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comportements autodestructeurs ou dangereux : <ul style="list-style-type: none"> • Pouvant engendrer la mort à la longue, sans que ce but soit visé consciemment, par exemple la dépendance aux drogues, la négligence médicale, les accidents répétés, etc. ➤ Automutilation : <ul style="list-style-type: none"> • Comportement autodestructeur qui se traduit par le fait de s'infliger des blessures sur la surface du corps, le plus souvent sur les poignets, les avant-bras, les jambes, la poitrine, le cou et le visage. • Différences avec la tentative de suicide : <ul style="list-style-type: none"> – intention de mourir absente; – le comportement présente un faible niveau de létalité; – généralement des lacérations assez superficielles, brûlures ou tatouages. • Considérée comme un moyen : <ul style="list-style-type: none"> – d'expression ou de défense contre la dépression; – d'évitement d'un comportement suicidaire plus létal (entraînant la mort).

3.2 Distinction entre prévention et intervention sur le suicide

« De manière générale, les stratégies préventives se caractérisent par le fait qu'elles s'adressent toutes à des groupes d'individus ou à des collectivités et qu'elles prennent place avant l'apparition du problème (Blanchet, Laurendeau, Paul et Saucier, 1993; Mrazek et Haggerty, 1994). Dans le cas du suicide, les stratégies préventives sont celles qui interviennent avant l'apparition des idéations ou des comportements suicidaires ou encore avant l'acte suicidaire comme tel, du moment qu'elles s'adressent à des groupes ou à des collectivités » (Julien et Laverdure, 2004, p. 4).

Dans le cadre de cette ETMISS, seules les stratégies qui visent à prévenir le suicide, en présence d'idéations ou de comportements suicidaires ou lorsqu'une tentative de suicide est réalisée, sont considérées. Celles-ci sont interprétées comme étant des stratégies d'intervention et s'adressent à un individu en particulier.

4. Méthode

Plusieurs dimensions ont été retenues afin de répondre aux questions d'évaluation. Parmi celles-ci, on retrouve l'efficacité et l'innocuité de même que les aspects éthiques et légaux. Toutes ces dimensions sont documentées à partir d'une revue de littérature scientifique et grise.

4.1 Stratégie de la recherche documentaire

- **Littérature scientifique**

Étant donné la nature de ce mandat (réponse rapide), une recension partielle de la littérature scientifique publiée entre janvier 2008 et décembre 2014 a été réalisée. Les études de synthèse (revues systématiques) avec ou sans méta-analyse et les essais contrôlés randomisés (ECR) portant sur l'efficacité et l'innocuité des approches à mettre en place lors de comportements suicidaires ont été recherchés dans les bases de données suivantes : *PsycInfo*, *Embase* et *CINAHL*. La stratégie documentaire, incluant les mots-clés utilisés, est présentée à l'annexe A. Afin de rendre la recherche plus exhaustive, les références de quatre études de synthèse (Corcoran, Dattalo, Crowley, Brown et Grindle, 2011; Cox *et al.*, 2014; Glenn *et al.*, 2014; Robinson, Hetrick et Martin, 2011;) ont été consultées dans le but de repérer les articles correspondant aux critères de recherche uniquement.

- **Littérature grise**

Une recherche a été réalisée dans la littérature grise afin d'identifier deux principaux types de documents. Premièrement, des guides de pratique fondés sur des données probantes. À cette fin, divers sites Web ont été consultés, notamment la bibliothèque de *Cochrane Collaboration* et de *Campbell Collaboration* et le site Web du *National Institute of Clinical Excellence (NICE)*. Deuxièmement, des documents décrivant des programmes mis en place dans des milieux similaires ou connexes comme les autres centres jeunesse ont été recherchés sur différents sites Internet.

4.2 Critères d'inclusion

Afin d'être incluses dans l'ETMISS, les études devaient correspondre aux critères PICOTS⁴ suivants.

⁴ PICOTS = Population, Intervention, *Comparator* (Comparateur), *Outcomes* (Résultats), *Timing* (Période) et *Settings* (Milieux).

Tableau 1. Critères d'inclusion PICOTS

P	Enfants âgés de 5 à 14 ans tout genre et ethnicité confondus ayant reçu ou recevant des services pour une problématique suicidaire (tentatives de suicide, automutilation, idéations suicidaires, dépression).
I	Interventions ou programmes d'intervention psychosociale visant les enfants qui présentent une problématique suicidaire.
C	Variable selon les études. Il peut s'agir de « services réguliers » offerts auprès des enfants suicidaires et leur famille, d'un groupe de comparaison ou d'une liste d'attente. Il peut aussi s'agir d'études qui n'ont pas de comparateur (ex. devis descriptif).
O	Variation (diminution ou augmentation) dans la manifestation des comportements suicidaires : tentatives de suicide, automutilation, idéations suicidaires, dépression.
T	Publications entre 2008 et 2014.
S	Études réalisées en Amérique du Nord, en Europe de l'Ouest, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

4.3 Critères d'exclusion

Les études étaient exclues si elles ne satisfaisaient pas ces critères d'inclusion. Ainsi, toutes les études dont le diagnostic principal était associé à un trouble mental autre que la dépression⁵ (ex. : un enfant ayant un diagnostic de TDAH, etc.) n'ont pas été retenues, même si elles étaient liées au suicide.

4.4 Sélection des études

La sélection des documents identifiés lors de la recherche documentaire a été effectuée par une professionnelle (P.B.) et validée par la chercheuse et responsable scientifique de l'UETMISS (E.-L. B.). Les désaccords ont été réglés par consensus.

4.5 Évaluation de l'éligibilité

L'évaluation de l'éligibilité a été effectuée par une professionnelle (P.B.) et validée par la chercheuse de l'UETMISS (E.-L.B.) en fonction des critères d'éligibilité déterminés au préalable (tableau 1).

4.6 Résultats de la recherche documentaire

La recherche réalisée à partir des différents mots-clés (annexe A) a permis de repérer 242 articles dans la littérature scientifique. De ce nombre, 37 études primaires ont été retenues sur la base du titre et du résumé pour analyse, mais n'ont cependant pas été sélectionnées pour l'évaluation de la qualité et l'extraction des données (voir la liste de ces études et les motifs d'exclusion à l'annexe B). Étant donné la disponibilité d'études de synthèse (recensions des écrits et méta-analyses) récentes sur le sujet et compte tenu de la nature brève de cette ETMISS, aucune étude primaire n'a été retenue (l'organigramme de recherche est disponible à l'annexe C). Au total, trois méta-analyses (Corcoran *et al.*, 2011; Cox *et al.*, 2014; Robinson *et al.*, 2011;) et une revue systématique des écrits (Glenn *et al.*, 2014) ont été sélectionnées pour une analyse approfondie. L'examen des études primaires incluses dans ces quatre études de synthèse a permis de constater qu'un certain nombre

⁵ Pour des informations supplémentaires, voir la section 3.1.

d'entre elles étaient considérées par plus d'un auteur (annexe D). En d'autres mots, certaines études de synthèse incluait les mêmes études primaires.

La recherche réalisée à partir de la littérature grise a permis de repérer 21 documents dont cinq ont été inclus dans le présent rapport (Boutet, 2012; Julien et Laverdure, 2004; Mishara et Weisstub, 2005; NICE, 2011; 2012; Renaud et Marquette, 2002). Les raisons justifiant l'exclusion des autres documents sont disponibles à l'annexe E.

4.7 Évaluation de la qualité des études issues de la littérature scientifique

La qualité des quatre études de synthèse retenues a été effectuée à l'aide de la grille *Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews* (AMSTAR) (Shea *et al.*, 2007). Le tableau 2 présente les résultats de cette évaluation et permet de constater que les études de synthèse retenues sont de très bonnes qualités.

Tableau 2. Résultats de l'évaluation de la qualité d'une revue systématique et des méta-analyses selon la grille AMSTAR

Facteurs de qualité (AMSTAR)	Corcoran <i>et al.</i> (2011)	Cox <i>et al.</i> (2014)	Glenn <i>et al.</i> (2014)	Robinson <i>et al.</i> (2011)
1. Plan établi « a priori ».	1	1	1	1
2. Extraction par deux personnes indépendantes.	1	1	0	1
3. Recherche de littérature complète.	1	1	1	1
4. Statut de publication n'est pas un critère d'inclusion.	1	1	1	1
5. Liste des études incluses et exclues fournie.	1	1	1	1
6. Caractéristiques des études incluses.	1	1	1	1
7. Évaluation de la qualité scientifique des études incluses.	1	1	1	1
8. Qualités scientifiques des études sont considérées.	1	1	1	1
9. Méthodes appropriées pour combiner les études (test d'homogénéité).	1	1	1	1
10. Évaluation du biais de publication.	1	1	1	1
11. Documentation de conflit d'intérêts.	0	1	0	1
Score de qualité (max. de 11)	10	11	9	11

Note : 0 = absence de l'élément et 1 = présence de l'élément

4.8 Évaluation de la qualité des documents issus de la littérature grise

La qualité du guide « Self-harm : longer-term management (NICE clinical guideline 133) » (NICE, 2011; 2012⁶) a été évaluée à l'aide de la grille *Appraisal of Guidelines for Research et Evaluation II* (AGREE II) pour les guides de pratiques (Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, 2011). Les résultats sont disponibles à l'annexe F.

⁶ Ces deux documents correspondent au même guide de pratique. L'un est abrégé alors que l'autre est complet.

Pour ce qui est des autres documents issus de la littérature grise, la crédibilité a été évaluée à partir des critères proposés par Couture (2011). Ces critères portent sur quatre principaux éléments : la validation, par une organisation reconnue ou par des personnes compétentes, du contenu du document; la compétence ou la réputation de l'auteur; l'insertion du document dans la littérature spécialisée (livres et articles de revue scientifiques ou savants); certains aspects de la forme du document. Ces critères permettent d'estimer la probabilité qu'un document soit valable afin de minimiser le risque d'être induit en erreur. Bien qu'il s'agisse d'une évaluation subjective, l'utilisation de ces critères offre une estimation raisonnable de la crédibilité qui est préférable à une confiance a priori en tout ce qu'on trouve dans Internet (Couture, 2011).

4.9 Extraction des données

L'extraction des données a été effectuée par une professionnelle (P.B.) et validée par la chercheure et responsable scientifique de l'UETMISS (E.-L.B.) (Annexe G).

5. Résultats

5.1 Résultats sur l'ampleur du suicide

Malgré l'ampleur du phénomène du suicide au Québec, peu d'informations systématiques (c.-à-d. des données de surveillance) sont disponibles concernant les caractéristiques des personnes qui décèdent et les facteurs qui y sont associés. La surveillance du suicide est limitée à la mesure du nombre de décès, du taux de mortalité et à leur répartition en fonction de variables sociodémographiques (sexe, âge, lieu de résidence) de même que selon le moyen utilisé par le suicidé (Bouthiller et Filiatrault, 2013).

Le suicide chez les jeunes âgés de 0 à 14 ans

Le suicide (et l'automutilation) est un phénomène relativement rare chez les enfants, mais son occurrence augmente de façon considérable durant l'adolescence (Nock *et al.*, 2008; Nock *et al.*, 2013). En 2011, le suicide représentait la deuxième cause de décès chez les adolescents et la troisième cause de décès chez les enfants de 10-14 ans au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2014). Selon les statistiques disponibles au Bureau du coroner du Québec, le suicide demeure un phénomène peu fréquent chez les enfants d'âge scolaire primaire. Au Québec, on comptait deux suicides chez les 0-14 ans en 2007 contre huit en 2012 (Légaré *et al.*, 2015).

Entre 1995 à 2001, ce sont 29 enfants québécois âgés de 8 à 12 ans qui se sont enlevé la vie (MSSS, 1975, Fichier des décès). Quelques années plus tard, soit entre 2007 à 2012, 34 enfants québécois âgés de 0 à 14 ans ont posé ce geste fatal (Légaré *et al.*, 2015). Les statistiques canadiennes révèlent 144 cas de suicide chez les 10 à 14 ans entre 2007 et 2011 (Statistique Canada, 2014).

D'après les chiffres disponibles pour les années 2007 à 2012, en moyenne 5,67 enfants québécois âgés entre 0 et 14 ans se sont enlevés la vie annuellement. Cela représente un taux moyen de 0,45 par 100 000 enfants (Légaré *et al.*, 2015).

Au Québec, de 1999 à 2004, on a aussi enregistré 81 hospitalisations pour tentative de suicide chez des enfants âgés de 6 à 12 ans. Les hospitalisations pour tentative de suicide demeurent néanmoins marginales chez les plus jeunes enfants, c'est-à-dire que plus les enfants sont âgés, plus le nombre

d'hospitalisations pour cette cause augmente. En effet, au cours de cette même période, c'est à l'âge de 12 ans que l'on constate un nombre significatif d'hospitalisations pour des comportements suicidaires (n=41) (MSSS, 1981, Fichier Med-Écho cité dans Gallagher et Daigle, 2008).

L'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* (Aubin *et al.*, 2002) révèle que 8 % des enfants de 9 ans et 7 % de ceux de 13 ans ont pensé au suicide dans les douze mois précédant l'étude. Ces données, quoique partielles et incomplètes, sont des indicateurs inquiétants qui laissent présager que le problème du suicide est peut-être une problématique en développement chez les plus jeunes (Gallagher et Daigle, 2008).

Les statistiques officielles sous-estiment le suicide chez les jeunes enfants (Légaré *et al.*, 2015). Les tentatives de suicide et les suicides chez les enfants passent souvent pour des accidents étant donné les moyens utilisés par les plus jeunes (défenestration, absorption de médicaments, noyade, accident de la route, etc.) (Gallagher et Daigle, 2008).

Le suicide chez les jeunes des centres jeunesse

En comparaison avec la population adolescente générale, les adolescents suivis en centre jeunesse seraient deux fois et demie plus nombreux (72,2 %) à présenter un risque suicidaire modéré ou élevé (Pronovost, Leclerc et Dumont, 2002). Une autre étude portant sur les décès par suicide de jeunes Québécois entre 1995-1996 montre que le risque de suicide chez les jeunes en centres jeunesse est au moins cinq fois et demie plus élevé que celui des jeunes Québécois de la population générale et serait onze fois plus élevé lorsque les jeunes sont suivis sous le couvert de la Loi sur les jeunes contrevenants (LJC)⁷ (Farand, Chagnon, Renaud et Rivard, 2004). Renaud *et al.* (2005) rapportent que plus du tiers des jeunes de 18 ans et moins, décédés par suicide entre 1995 et 2000, avaient déjà reçu des services d'un centre jeunesse. Dans une étude plus récente sur l'utilisation des services de santé par les enfants et les adolescents de 11 à 18 ans qui se sont suicidés, Renaud *et al.* (2009) ont constaté que 23,6 % des jeunes de leur échantillon (n=55) avaient déjà eu des contacts avec les services de protection de la jeunesse au cours de leur vie, que 12,7 % d'entre eux avaient eu des contacts dans l'année précédant leur geste et que 5,5 % en avaient eus dans le mois précédant leur suicide. En comparaison, aucun jeune du groupe contrôle n'avait eu de contacts avec les centres jeunesse. Bien que leur échantillon soit limité, ces résultats démontrent que de nombreux jeunes à risque de comportements suicidaires peuvent être suivis par les services de protection de la jeunesse.

En conclusion, retenons que le suicide chez l'enfant est un phénomène rare, mais réel, notamment pour les jeunes suivis en protection de la jeunesse. Il semble que cette problématique soit sous-évaluée pour les enfants.

5.2 Résultats obtenus des études de synthèse

Cette section présente une brève synthèse narrative des quatre études de synthèse retenues dans le cadre de la présente ETMISS (trois méta-analyses et une revue systématique). Une description de leurs principales caractéristiques (population, méthode de recrutement, résultats) est disponible à

⁷ La LJC (Loi sur les jeunes contrevenants) a été remplacée par la LSJPA (Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents) en 2003.

l'annexe G. Rappelons que trois des quatre études de synthèse repérées sont réalisées à partir d'un même bassin d'articles (annexe D).

Description des études de synthèse retenues

Corcoran *et al.* (2011)

Dans cette méta-analyse, l'objectif est de déterminer l'impact des interventions développées pour les adolescents suicidaires âgés de 10 à 18 ans en mesurant deux aspects : (1) la présence d'événement suicidaire et d'automutilation et (2) le niveau d'idéation suicidaire. À partir d'une recherche documentaire réalisée dans cinq bases de données, les auteurs ont identifié 961 études. Parmi celles-ci, 17 (7 études quasi expérimentales et 10 essais contrôlés randomisés (ECR)) correspondaient aux critères d'éligibilité préétablis (entre autres, cibler des adolescents âgés entre 10 et 18 ans qui ont des pensées ou des comportements suicidaires) et ont été sélectionnées par les auteurs⁸. Ces études incluaient entre 30 et 448 participants, âgés en moyenne de 15 ans.

Dans cette méta-analyse, seuls les effets de l'intervention psychologique réalisée auprès de jeunes suicidaires sont évalués à partir de mesures sur le suicide et l'automutilation qui peuvent être autorapportées ou standardisées, et ce, indifféremment de la prise d'une médication. Le but de cette méta-analyse n'étant pas d'évaluer l'effet de la médication. Les analyses effectuées permettent de conclure en l'absence d'un biais de publication dans les études retenues. Cependant, plusieurs limites inhérentes aux études ont été relevées par les auteurs (ex. : petits échantillons, absence de suivi longitudinal, manque de rigueur méthodologique).

Les résultats obtenus dans cette méta-analyse suggèrent que les participants à une intervention de groupe sont légèrement moins nombreux à avoir des comportements suicidaires ou d'automutilation à la fin de l'intervention (au posttest) comparativement aux participants qui font partie du groupe contrôle. Cependant, lorsque les mesures sont prises plus tardivement (de 6 à 18 mois après la fin du traitement), l'inverse est observé, c'est-à-dire que les participants du groupe expérimental (ceux ayant reçu l'intervention de groupe) sont plus nombreux à rapporter des événements suicidaires ou d'automutilation. De plus, parmi les études qui mesurent les idéations suicidaires lors d'un posttest, les participants du groupe expérimental sont légèrement plus nombreux à rapporter de telles idéations comparativement aux participants qui font partie du groupe contrôle, et ce, pour les deux temps de mesures (posttest et suivi).

Compte tenu des résultats contradictoires obtenus, les auteurs concluent que les programmes d'intervention sur le suicide destinés aux jeunes qui sont actuellement disponibles ne seraient pas plus bénéfiques que les services réguliers.

Cox *et al.* (2014)

La revue systématique de Cox *et al.* (2014) a comme objectif d'évaluer l'efficacité des thérapies psychosociales et de la médication (antidépresseurs), seules ou combinées, pour le traitement de la dépression chez les enfants et les adolescents âgés entre 6 et 18 ans. Les critères de la *Collaboration Cochrane* ont servi de base pour l'évaluation de la qualité méthodologique des études repérées. Une évaluation du risque de biais de publication a aussi été effectuée.

⁸ Les études préventives (c.-à-d. celles où les participants ne sont pas identifiés comme suicidaires) ont été exclues.

L'évaluation de l'éligibilité a permis d'inclure 11 ECR parmi les 331 articles évalués. Le nombre de sujets inclus dans ces ECR variait de 10 à 439 et concernait 1307 participants au total. Les études impliquaient des participants avec des troubles de différentes sévérités et avec une variété de troubles en comorbidité (ex. : trouble anxieux, abus de substances), ce qui limitait parfois la comparabilité des résultats. Par rapport aux risques de biais, les auteurs mentionnent qu'un peu moins de la moitié des études sont réalisées à partir d'une répartition adéquate des cas (*adequate allocation concealment*). En ce qui a trait aux autres études incluses, les informations sont insuffisantes pour déterminer si l'échantillon avait été composé à l'« aveugle » ou si les évaluateurs travaillaient sans savoir de quel groupe provenaient les participants (contrôle versus expérimental).

Afin d'évaluer quelle intervention (ou une combinaison des deux : intervention et antidépresseurs) est la plus efficace, seules les études qui comparaient les éléments suivants ont été incluses : (1) thérapies psychologiques versus prise d'antidépresseurs; (2) combinaison d'interventions (thérapie psychologique et antidépresseur) versus une psychothérapie seule ou une médication seule; (3) combinaison d'interventions (thérapie psychologique et antidépresseur) versus l'une ou l'autre des interventions (thérapie psychologique ou antidépresseur) et un placebo; (4) combinaison d'interventions (thérapie psychologique et antidépresseur) versus un traitement habituel ou un placebo.

Pour la majorité des résultats comparés, aucune différence significative n'a été observée entre les interventions. Des évidences limitées (basées sur 2 études et 220 participants) montrent que les antidépresseurs sont plus efficaces que la psychothérapie lorsque la mesure de rémission est prise immédiatement après l'intervention, démontrant que 67,8 % des participants dans le groupe médicamenteux et 53,7 % dans le groupe de psychothérapie sont considérés en rémission.

Des évidences limitées (basées sur 3 études et impliquant 378 participants) montrent que la combinaison de thérapies est plus efficace que la prise d'une médication seulement pour atteindre une forte rémission des symptômes dépressifs immédiatement après l'intervention. Selon ces résultats, 65,9 % des participants traités avec des thérapies combinées et 57,8 % des participants traités avec une médication sont considérés en rémission.

Enfin, aucune preuve ne permet de conclure que la combinaison de thérapies est plus efficace que la thérapie psychologique utilisée seule pour atteindre une rémission des symptômes dépressifs immédiatement après l'intervention.

Les événements adverses (indésirables) sont rapportés de diverses manières dans les études et ne peuvent pas être combinés dans les calculs méta-analytiques. Cependant, certaines études incluses dans cette méta-analyse mesurent les idéations suicidaires à l'aide d'outils d'évaluation standardisés qui sont appropriés pour de tels calculs. Dans une étude concernant 188 participants, le taux d'idéations suicidaires est significativement plus haut dans le groupe qui prend des antidépresseurs (18,6 %) comparativement au groupe de thérapie psychologique (5,4 %) et cet effet tend à se maintenir dans le temps. Des mesures prises entre 6 à 9 mois après la fin du traitement indiquent que 13,6 % des participants qui prennent une médication et 3,9 % des participants qui font partie du groupe de thérapie psychologique rapportent des idéations suicidaires.

Compte tenu des données limitées et des résultats conflictuels obtenus sur les résultats mesurés, il s'avère difficile, pour ces auteurs, d'émettre des conclusions sur l'efficacité d'interventions spécifiques. Ces derniers mentionnent que très peu de preuves sont disponibles à ce jour (donc un

manque d'ECR) pour conclure à l'efficacité des interventions psychologiques, des antidépresseurs ou de la combinaison de ces deux types de traitements pour traiter les troubles dépressifs chez les enfants et les adolescents. Selon les éléments de preuve disponibles, l'efficacité de ces traitements ne peut être établie.

Glenn *et al.* (2014)

Cette revue systématique des écrits (RSÉ) a pour objectif de répertorier et d'évaluer les connaissances actuelles sur les traitements psychosociaux des jeunes qui présentent des pensées et des comportements d'automutilation à visée suicidaire et non suicidaire. La recherche documentaire, menée dans quatre bases de données différentes, a permis de repérer 29 études (18 ECR, 5 essais non randomisés et 6 études pilotes) publiées avant juin 2013. Ces études comportaient entre 6 et 448 sujets. Les auteurs ont également fouillé la littérature grise portant sur les traitements offerts aux jeunes afin d'identifier d'autres documents pertinents.

Au départ, Glenn *et al.* (2014) ciblaient uniquement les études de type ECR. Étant donné le manque de recherche sur cette question, ils ont choisi d'inclure des études non randomisées. Trois critères ont été respectés pour la rétention des articles : les interventions devaient cibler les enfants et les adolescents âgés de 19 ans ou moins, devaient traiter spécifiquement les pensées et les comportements associés à l'automutilation et devaient mesurer un résultat spécifique associé à ces pensées et comportements (automutilation sans intention de mourir, idéations suicidaires, planification du suicide, tentatives de suicide, menaces ou geste de suicide, automutilation délibérée, comportements dits de *parasuicide* avec ou sans intention de mourir). Par ailleurs, les études portant sur le traitement d'un trouble de santé mentale spécifique ou sur les programmes de prévention généraux ou scolaires ont été exclues. Leurs recherches ont permis de constater que la plupart des études ciblent le traitement des adolescents et que très peu incluent des enfants âgés de moins de 10 ans. La qualité des études repérées dans cette RSÉ a été évaluée à l'aide des critères proposés par le *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology (JCCAP)*⁹.

Les traitements recensés proviennent de différentes orientations théoriques, mais des éléments communs les caractérisent. Parmi ceux-ci, les auteurs mentionnent la formation familiale (sur la communication et la résolution de problèmes), l'éducation des parents (gestion des imprévus et surveillance) de même que la formation et le développement des compétences individuelles (gestion des émotions, résolution de problème). Certains traitements (ex. : *CBT-Individual+CBT-Family+Parent Training for SAs*, *FBT-Parent training only for SITB*, *FBT-Attachment for SI*, *IPT-Individual for SI*, et *Psychodynamic therapy-Individual+Family for DSH*) repérés dans cette RSÉ sont prometteurs pour diminuer les comportements d'automutilation chez les enfants et les adolescents, mais leur efficacité repose actuellement sur un seul ECR. La réplification des études, particulièrement sur ces traitements est nécessaire afin d'identifier les ingrédients actifs pour le traitement, les effets médiateurs et modérateurs et de développer des interventions brèves à mettre en place lors des périodes à haut risque (ex. : sortie de l'hôpital).

Robinson *et al.* (2011)

⁹ Pour statuer si un traitement est fondé sur des données probantes, le JCCAP a établi cinq critères d'évaluation (annexe I).

Le but de cette étude est de réaliser une revue systématique et une méta-analyse de tous les ECR qui portent sur les interventions testées auprès des adolescents et des jeunes adultes (entre 12 et 25 ans) qui se sont présentés dans un milieu clinique avec des comportements suicidaires (tentative de suicide, idéations suicidaires, automutilation). À partir d'une recherche documentaire menée dans quatre bases de données électroniques, les auteurs ont retracé les articles publiés entre les années 1980 et 2010. Ils ont également réalisé une recherche dans la littérature grise (notamment dans les sites Internet de congrès internationaux sur la prévention du suicide ayant eu lieu entre 2003 et 2009) afin d'identifier d'autres documents pertinents. La qualité méthodologique des études incluses a été évaluée à l'aide des outils mis en place par la *Cochrane collaboration*. L'évaluation de l'éligibilité a permis aux auteurs d'inclure 15 ECR publiés.

Les études originales retenues incluaient entre 22 et 448 participants. Compte tenu des limites en ce qui a trait aux éléments rapportés dans les 15 études retenues, les auteurs ont eu de la difficulté à évaluer les risques de biais. Ils précisent que les résultats rapportés étaient inconsistants. Concernant l'efficacité du traitement, une seule étude a permis d'observer une différence significative concernant l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale (CBT) individuelle et le traitement habituel (TAU) entre le groupe expérimental et le groupe contrôle.

Les auteurs concluent que les évidences sur l'efficacité des interventions pour les adolescents et les jeunes adultes qui font des tentatives de suicide, qui ont des idéations suicidaires ou qui s'automutilent, sont limitées. D'autres ECR, utilisant des méthodologies rigoureuses, sont nécessaires. Cela dit, ils admettent que l'approche cognitivo-comportementale (CBT) est une intervention prometteuse, mais que davantage d'études sont nécessaires pour déterminer si cette approche est utile pour diminuer le risque suicidaire chez les jeunes qui se présentent dans les services cliniques.

5.3 Résultats obtenus lors de l'analyse de la littérature grise

En ce qui a trait à l'analyse de la littérature grise, la recherche n'a pas été réalisée de façon exhaustive. Bien que la littérature sur le suicide soit abondante, très peu de documents ont été repérés pour la clientèle âgée de 5 à 14 ans. Concernant spécifiquement les jeunes, les documents identifiés font souvent références aux interventions préventives ou mises en place dans les milieux scolaires.

5.3.1 Résultats concernant les guides de pratique

Parmi les différents guides repérés, seules les recommandations issues du *National Institute for Health and Clinical Excellence* sur le « self-harm » (NICE, 2011; 2012) qui concernent spécifiquement les enfants et qui répondent aux questions d'évaluation sont présentées. Le lecteur est invité à consulter le guide pour connaître l'ensemble des recommandations émises.

- **Résumé du guide de pratique « Self-harm : longer-term management (NICE clinical guideline 133) » (NICE, 2011; 2012).**

Le présent guide de pratique est développé selon la méthodologie proposée par NICE (2009) et respecte la méthode *AGREE* (*AGREE Collaboration*, 2001). Tel que précisé par les auteurs, les recommandations qui y sont répertoriées ne sont pas prescriptives. Bien que ce guide présente des orientations sur les interventions les plus appropriées à mettre en place auprès d'une personne qui

s'automutile, il ne peut se substituer à l'expertise et au jugement clinique de l'intervenant. Cet ouvrage a été développé dans le but d'éclairer la pratique sur la gestion à long terme des comportements d'automutilation chez les jeunes et les adultes. Il concerne le traitement (psychologique et psychosocial) à mettre en place à long terme¹⁰, que les gestes d'automutilation soient uniques ou répétitifs, et ce, peu importe l'âge des personnes. En ce qui a trait aux jeunes, il importe toutefois de préciser que les recommandations émises sont applicables à ceux âgés entre 8 et 17 ans.

Ce guide aborde des thèmes tels que l'accessibilité aux services, les impacts de la formation pour les professionnels, le consentement et la confidentialité, l'identification des facteurs de risque et de protection, l'utilisation des outils d'évaluation, etc.

Recommandations générales concernant la pratique clinique auprès des personnes qui s'automutilent

Recommandations
Les professionnels de la santé et des services sociaux qui travaillent auprès des personnes (incluant les enfants et les jeunes) qui s'automutilent devraient :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viser le développement d'une relation de confiance et de soutien et être engagés envers celles-ci. ▪ Être conscients de la stigmatisation et de la discrimination souvent associées à l'automutilation autant dans la société en général que dans les services de santé et adopter une approche de non-jugement. ▪ S'assurer que la personne soit pleinement engagée dans la prise de décision concernant son traitement et ses soins. ▪ Viser l'acquisition de l'autonomie et de l'indépendance, lorsque possible. ▪ Maintenir une continuité dans la relation thérapeutique, lorsque possible. ▪ S'assurer que les informations au sujet des épisodes d'automutilation soient communiquées aux autres membres de l'équipe professionnelle.

Recommandations concernant la formation et la supervision des professionnels

Recommandations
Les professionnels de la santé et des services sociaux qui travaillent auprès des personnes (incluant les enfants et les jeunes) qui s'automutilent devraient :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Être formés dans l'évaluation, le traitement et la gestion de l'automutilation. ▪ Être éduqués à propos de la stigmatisation et de la discrimination généralement associées à l'automutilation pour éviter le jugement.

Recommandations pour la gestion et le traitement à long terme de l'automutilation – intervention psychosociale et psychologique

Les recommandations sur le traitement des jeunes âgés de 8 à 17 ans qui s'automutilent émises dans ce guide sont basées sur les recherches disponibles. Pour cette population précise, seulement trois études¹¹ ont été retenues et les résultats ne permettent pas de distinguer de différences

¹⁰ Ce guide est complémentaire au guide « *Self-harm: the Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-harm in Primary and Secondary* » (NICE, 2004) qui vise l'intervention dans les 48 heures suivant l'incident, incluant le traitement physique de l'automutilation et la gestion à mettre en place dans les départements d'urgence. À noter que ce dernier guide n'a pas été retenu dans le cadre de la présente ETMISS.

¹¹ Les études qui ont servi à émettre les conclusions sur les effets des interventions sont les mêmes que celles retenues dans Glenn et al. (2014) : K=3 : Wood, 2001; Hazell, 2009; Green, 2011.

significatives entre les types de traitements évalués. Néanmoins, certaines lignes directrices sont applicables aux personnes de tous les groupes d'âge.

Recommandations
Interventions spécifiques à l'automutilation
Considérer l'offre de 3 à 12 séances d'intervention psychologique qui sont spécifiquement structurées pour les personnes qui s'automutilent dans le but de réduire l'automutilation.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intervention devrait être adaptée aux besoins de la personne et peut inclure des éléments issus des approches cognitivo-comportementale ou psychodynamique ou de la résolution de problèmes. ▪ Le thérapeute (intervenant) devrait être formé et supervisé dans la thérapie offerte à la personne qui s'automutile. ▪ Le thérapeute (intervenant) devrait être capable de travailler en collaboration avec la personne (client) pour identifier les problèmes qui causent la détresse ou qui ont précédé l'automutilation. ▪ Ne pas offrir un traitement pharmacologique comme une intervention spécifique pour réduire l'automutilation.
Traiter les troubles de santé mentale associés
Fournir les interventions psychologiques, pharmacologiques et psychosociales nécessaires au traitement d'un trouble de santé mentale associé.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépression (se référer au <i>NICE clinical guideline 28</i>). ▪ Lorsqu'une médication est nécessaire pour le traitement d'un trouble mental, tenir compte de la toxicité du médicament pour les surdoses (<i>overdose</i>). Par exemple, si un antidépresseur est nécessaire, privilégier un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (SSRIs). Ne pas utiliser les antidépresseurs tricycliques tels que le <i>dosulepin</i> parce qu'il est plus toxique.

5.3.2 Résultats concernant les aspects éthiques

Concernant l'aspect éthique, des éléments ont été identifiés à travers un avis scientifique et un article théorique trouvés dans la littérature grise. Ceux-ci sont rapportés dans la présente section.

- **Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes (Julien et Laverdure, 2004)**

Pour réaliser cet avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes de moins de 25 ans, les auteures poursuivaient deux objectifs : 1) faire état des connaissances en matière de prévention du suicide chez les jeunes et 2) formuler des recommandations à l'endroit des stratégies préventives déjà implantées ou à être mises en place. Concernant cet avis, il importe de préciser que les interventions cliniques qui s'adressent aux personnes suicidaires soit dans le cadre de traitements ou de démarches de dépistage dans la population générale ont d'emblée été exclues par les auteures. Néanmoins, les éléments observés en lien avec « la prévention tardive » rejoignent davantage l'intervention que la prévention. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'ils sont rapportés dans la présente ETMISS, car ils fournissent des balises sur l'intervention à développer.

Concernant la **prévention tardive**, les auteures rapportent les éléments suivants :

« La grande majorité des actions mises en place et évaluées au cours des dernières décennies visait à identifier les jeunes à risque, ceux qui présentent un cumul de facteurs ou ceux qui sont déjà aux prises avec des idéations ou des comportements suicidaires. Ces stratégies s'inscrivent bien tardivement dans une logique de prévention et leur efficacité dépend de la capacité de réussir un parcours comportant un certain nombre d'étapes préalables et qui consistent à : 1) établir des critères sensibles et spécifiques pour définir la population des jeunes à risque; 2) mettre en place un réseau de services adaptés à leurs besoins; 3) faire connaître ce réseau et le rendre accessible; 4) établir des interventions et

des traitements qui reposent sur des standards de qualité et 5) s'assurer que des précautions ont été prises au niveau éthique pour ne pas faire porter aux intervenants des responsabilités qui ne sont pas de leur ressort ou encore pour ne pas inquiéter ou étiqueter des jeunes qui seraient identifiés à risque de suicide » (Julien et Laverdure, 2004, p.25).

Tel qu'énoncé, la cinquième étape apporte une mise en garde en lien avec l'éthique d'intervention qui peut éclairer les actions à prendre pour intervenir auprès d'un jeune suicidaire.

Toujours concernant l'aspect éthique, les auteures rappellent que :

« L'absence de données probantes ne devrait cependant pas conduire à écarter les initiatives [de stratégies préventives et par extrapolation, de stratégies d'intervention] qui ont été prises jusqu'à maintenant ou servir de prétexte à l'inaction. Cette position serait d'ailleurs inacceptable d'un point de vue éthique étant donné l'ampleur et l'évolution qu'a connues le phénomène du suicide au Québec depuis les dernières années. L'absence de données probantes devrait au contraire être comprise comme une invitation pressante à poursuivre et même à accroître les efforts consacrés à la recherche, au développement et à l'expérimentation d'actions qui seraient véritablement efficaces » (Julien et Laverdure, 2004, p. 26).

- **Ethical and legal issues in suicide research (Mishara et Weisstub, 2005)**

Bien que cet article concerne l'éthique associée à la recherche sur le suicide, certains éléments peuvent être éclairants pour cette ETMISS. Dans ce texte, les auteurs font ressortir qu'il y a moins d'études sur le suicide (sur les décès par suicide) que sur les autres causes de mortalité. Selon eux, ce constat peut être attribuable aux considérations éthiques liées à la recherche sur le suicide. À titre d'exemple, ils rapportent que les considérations éthiques à appliquer en recherche peuvent entraîner un biais sur le choix des participants, car il est immoral de priver une personne suicidaire de soins. De même, les auteurs admettent que les croyances morales et éthiques concernant le suicide influencent les décisions concernant les devis, la méthodologie, l'interprétation et la diffusion des recherches sur le suicide et par le fait même, sur la décision d'entreprendre ou non une recherche auprès de personnes suicidaires.

5.3.3 Résultats concernant les aspects légaux

La présente section offre un aperçu du système législatif québécois relatif aux jeunes suicidaires âgés de 14 ans ou moins.

Législations applicables aux mineurs suicidaires

Au Québec, trois avenues juridiques sont applicables aux mineurs suicidaires (Boutet, 2002¹²). Celles-ci peuvent être dirigées vers la Cour supérieure par le biais des dispositions du Code civil du Québec (C.c.Q.), vers la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et, enfin, leur cas peut être régi par le biais des dispositions de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001). Ces lois sont cohérentes et complémentaires (Boutet, 2002).

¹²Pour en connaître davantage sur l'application des lois, le lecteur est invité à consulter l'article intégral de Boutet (2002) intitulé « Le traitement juridique du mineur suicidaire ».

Le choix d'appliquer l'une ou l'autre de ces lois dépend de la nature de la problématique en cause. Par exemple, si l'origine des difficultés suicidaires présentées par le jeune est médicale, le médecin aura à protéger l'enfant selon les principes de la Loi P-38.001 et du C.c.Q, mais il n'aurait pas nécessairement l'obligation de faire un signalement à la DPJ. Par contre, si les difficultés sont associées à une problématique d'inadaptation psychosociale ou que son développement est compromis, c'est alors la LPJ qui devrait être appliquée.

Bien que ces différentes lois dictent l'intervention à réaliser avec les mineurs suicidaires, leur application est différente selon l'âge du jeune. Dans le cas du mineur de moins de 14 ans, l'intervenant doit obtenir l'autorisation de l'autorité parentale ou du tuteur légal pour offrir des soins (par exemple, le conduire au centre hospitalier). L'obtention du consentement aux soins du mineur de moins de 14 ans qui présente un danger pour lui-même est encadrée par les articles 26 à 31 du C.c.Q (voir annexe H) et par les articles inscrits à la Loi P-38.001.

Divulgence des renseignements

En vertu de l'article 19.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) un renseignement contenu au dossier d'un usager peut être communiqué, sans son consentement (réf. : annexe H) afin de prévenir un acte de violence, incluant un suicide, si l'intervenant a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable. Cependant, les quatre conditions suivantes doivent être dûment remplies pour justifier la divulgation d'un renseignement : 1) un motif raisonnable; 2) le caractère imminent du danger; 3) le risque de blessures graves; 4) seuls les renseignements nécessaires aux fins poursuivies.

Qui peut émettre un diagnostic au jeune suicidaire?

Dans le contexte québécois de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (projet de loi 21), le diagnostic demeure un acte réservé à certains professionnels (médecins, psychologues). Face à ce défi, les critères diagnostiques propres aux maladies mentales les plus associées au suicide ont été opérationnalisés à partir des comportements ou d'indicateurs observables et significatifs sur le plan clinique.

Application des différentes lois

Dans son article, Boutet (2002) rappelle l'importance de bien comprendre les lois en vigueur et voir comment elles doivent être appliquées afin de diriger l'adolescent vers les services susceptibles de répondre à sa problématique suicidaire. Cette façon de faire permet de distinguer les jeunes atteints d'une véritable pathologie psychiatrique de ceux aux prises avec des problèmes psychosociaux et de les orienter respectivement vers les services de santé ou les services sociaux requis par leur état.

Dans un document écrit par le MSSS (2005), on peut lire « qu'en pratique, il est très rare que la Loi P-38.001 soit utilisée pour protéger un mineur. Les intervenants qui travaillent auprès des jeunes utilisent la LPJ lorsque nécessaire. Toutefois, il faut envisager d'utiliser la Loi P-38.001 si celle-ci constitue la seule avenue pour une intervention rapide. Peu importe l'âge du mineur, évaluer si sa situation doit être signalée à la DPJ, lorsque le développement du mineur est compromis au sens de

la LPJ. Il est à noter que la question de l'interface entre les deux lois est toujours en réflexion et que cette interprétation pourrait éventuellement faire l'objet d'une révision » (pp. 10 et 11).

Selon Boutet (2002), des protocoles clairs qui coordonneraient les interventions des établissements du réseau de la santé et ceux des services sociaux doivent être développés. L'annexe J présente les éléments essentiels que devraient inclure ces protocoles.

De manière à bien comprendre et bien appliquer les lois concernant l'intervention à réaliser auprès d'un jeune manifestant des comportements suicidaire, il serait pertinent d'obtenir un avis légal officiel, ce qui n'a pu être fait dans le contexte de la présente ETMISS.

5.3.4 Résultats concernant les avis d'experts

Dans le cadre de cette ETMISS, précisons qu'aucun expert n'a été consulté. Cependant, la « Position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires » (Renaud et Marquette, 2002) semble pertinente, même si elle est antérieure à 2004. Il s'agit d'un document crédible et encore cité par les experts.

Tel que stipulé dans la position des pédopsychiatres, la première stratégie de prévention du suicide chez les enfants et les adolescents passe par le traitement des maladies mentales (déclaration d'Adélaïde, Goldney, 1998). Selon ces experts, il est impératif de dépister, d'évaluer et de traiter les maladies mentales. En effet, la maladie mentale est associée à 90 % des décès par suicide (Renaud et al., 2009) et chez les jeunes, ces maladies mentales sont principalement des troubles de l'humeur, des troubles liés à l'abus d'alcool et de drogues et des troubles de conduites (Brent *et al.*, 1993, 1994; Marttunen *et al.*, 1991; Renaud *et al.*, 2008; Renaud *et al.*, 2009; Runeson, 1989; Shaffer *et al.*, 1996).

Principes d'action mis de l'avant par les experts en pédopsychiatrie

Les principes d'action mis de l'avant par les experts en pédopsychiatrie, en 2002, sont les suivants :

- ✓ Favoriser, de façon prioritaire, le dépistage et le traitement précoce des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents, principalement ceux dont les antécédents familiaux comportent une histoire suicidaire.
- ✓ Sensibiliser, informer et former les intervenants du réseau, selon leurs rôles et leurs responsabilités, à reconnaître les signes de psychopathologie chez les enfants et les adolescents.
- ✓ Développer la concertation entre les ressources pour améliorer la continuité dans les interventions auprès des jeunes qui présentent un risque suicidaire.
- ✓ Apporter un soutien à la famille et impliquer les parents dans l'évaluation, le traitement et le suivi du jeune.
- ✓ Recommander la disposition sécuritaire des armes à feu et des substances toxiques et encourager les mesures visant à restreindre ou à empêcher l'accès à d'autres moyens dangereux.
- ✓ Encourager les cliniciens à collaborer avec les médias afin de réduire les effets de contagion du suicide liés à la couverture médiatique :
 - En milieu scolaire, remplacer les exposés portant spécifiquement sur le suicide par des activités de promotion de la santé mentale.

- Poursuivre, voire accentuer, la recherche biopsychosociale en vue d'améliorer les modalités de dépistage, de prévention, d'évaluation et de traitement du suicide.

5.4 Synthèse des résultats en fonction du niveau d'évidence et des dimensions

	Dimensions				Commentaires
	<u>Efficacité</u>	<u>Innocuité</u>	<u>Éthique</u>	<u>Légal</u>	
Études de synthèse					
Corcoran <i>et al.</i> (2011)	⊕000	--	--	--	Poursuivre les recherches sur l'efficacité des traitements.
Cox <i>et al.</i> (2014)	⊕000	--	--	--	
Glenn <i>et al.</i> (2014)	⊕000	--	--	--	
Robinson <i>et al.</i> (2011)	⊕000	--	--	--	
Littérature grise					
Guide NICE sur le self-harm-CG133 (2011)	⊕⊕00	--	--	--	Assurer une vigie pour identifier un guide de pratique portant exclusivement sur le suicide des jeunes.
Avis scientifique prévention suicide	⊕000	⊕000	⊕000	--	Obtenir un avis éthique officiel.
Ethical and legal issues in suicide research (Mishara et Weisstub, 2005)	--	--	⊕000	--	
Lois	--	--	--	⊕⊕⊕0	Obtenir un avis légal officiel.
Position clinique des pédopsychiatres du Québec (2002)	⊕000	--	--	--	Il s'agit d'un avis d'experts.

Légende concernant la qualité des évidences :

⊕⊕⊕⊕ = forte (A); ⊕⊕⊕0 = modéré (B); ⊕⊕00 = faible (C); ⊕000 = très faible (D)

6. Constats

Cette section établit les principaux constats qui émergent des différentes sources d'information consultées dans le cadre de la présente ETMISS.

Constats sur la littérature scientifique

Plusieurs éléments ressortent des études obtenues à partir de la littérature scientifique :

- Peu d'études portent exclusivement sur les jeunes âgés de moins de 14 ans qui présentent des comportements suicidaires. La plupart du temps, les études concernent des jeunes âgés de 13 ans et plus. Parmi les études incluses dans les méta-analyses et les recensions des écrits retenues dans la présente ETMISS, une étude cible des jeunes de 8 à 11 ans (Kova *et al.*, 2011 cité dans Glenn *et al.*, 2014) et une autre des jeunes de 10 à 16 ans (Harrington *et al.*, 1998 cité dans Glenn *et al.*, 2014).
- La composition des échantillons est souvent très large. Les échantillons ne différencient pas toujours les jeunes selon ce qu'ils sont enfants ou adolescents et incluent parfois des jeunes adultes. Dans les analyses, les plus jeunes sont souvent indifférenciés des jeunes des autres groupes d'âge, ce qui ne permet pas d'isoler les moins de 14 ans.
- Seuls les ECR étaient ciblés (avec des groupes de comparaison clairs) dans le cadre de cette ETMISS. En conséquence, des études ont pu être éliminées sur la base de critères relatifs à la

robustesse des devis de recherche. Or, dans le domaine social et spécifiquement en centre jeunesse, on retrouve souvent des études menées à partir d'un devis de type corrélationnel puisque certains sujets, tel le suicide, ne peuvent être randomisés.

- Les auteurs des études de synthèse examinées dans cette ETMISS concluent que les évidences scientifiques sur l'efficacité des interventions à mettre en place auprès des enfants et des adolescents sont limitées, et ce, pour différentes raisons :
 - Lorsque les résultats sont méta-analysés, le nombre d'études considérées (le « k ») est souvent très petit.
 - Étant donné la variabilité des mesures, les résultats ne peuvent être combinés pour effectuer les calculs méta-analytiques.
 - Les conditions de comorbidité sont peu isolées dans les études, ce qui complexifie la généralisation des résultats pour une population précise.
 - Les auteurs des études de synthèse veulent majoritairement inclure des ECR dans leurs études, or, la pauvreté d'ECR disponible dans la littérature sur le suicide des jeunes limite cette ambition.
 - Des problèmes d'attrition sont observés dans les recherches sur le traitement du suicide chez les jeunes.
 - Les traitements destinés aux adultes ne peuvent pas être transposables aux jeunes même s'ils sont jugés efficaces.
- Davantage d'études sont nécessaires pour déterminer quelles approches sont les plus efficaces pour intervenir auprès des jeunes suicidaires.

Constats sur les documents repérés dans la littérature grise

De façon générale, plusieurs limites sont observées dans les documents retracés à partir de la littérature grise :

- Les documents ciblent des groupes d'âge de façon indifférenciée (et plusieurs concernent des populations d'adolescents ou d'adultes).
- Les méthodologies d'élaboration des documents ne sont pas explicites, ce qui complexifie l'évaluation de la qualité.
- Les documents ne semblent pas prioriser l'utilisation des données probantes (du moins la méthodologie pour identifier les pratiques suggérées n'est pas présentée).
- Les sources (références) utilisées sont souvent vieilles ou non identifiées.
- Les interventions proposées concernent le processus (ou la procédure) à suivre lorsqu'un jeune manifeste un comportement suicidaire, mais ne précise pas quelle intervention privilégier auprès du jeune.
- Les documents disponibles dans les centres jeunesse portent sur les trajectoires de services à mettre en place auprès d'un jeune suicidaire.

Néanmoins, le guide de pratiques de NICE (CG 133, 2011; 2012) apporte un éclairage sur les façons d'intervenir, notamment en ce qui concerne l'importance de traiter les troubles de santé mentale associés au suicide et d'éviter la stigmatisation associée à l'automutilation.

Constats relatifs aux aspects éthiques

Les éléments rapportés sur cet aspect montrent les difficultés associées à la réalisation d'études sur le suicide. Lorsque ces études concernent les mineurs de moins de 14 ans, cela peut être complexifié. Ces observations peuvent expliquer, en partie du moins, les raisons pour lesquelles la littérature scientifique sur les enfants suicidaires de moins de 14 ans est si peu abondante.

Par ailleurs, tel que stipulé antérieurement, il importe de ne pas surresponsabiliser les intervenants qui travaillent auprès des jeunes suicidaires, ni étiqueter les jeunes qui seraient identifiés à risque de suicide (Julien et Laverdure, 2004, p. 25).

Constats relatifs aux aspects légaux

Plusieurs mentions légales font ressortir des éléments sur l'intervention à mettre en place auprès d'un jeune suicidaire. Afin d'obtenir un portrait complet sur cet aspect, un avis légal officiel devrait être recherché.

7. Conclusion

D'après les statistiques obtenues, les cas de suicide chez les jeunes âgés de 5 à 14 ans ne sont pas nombreux ou à tout le moins peu documentés. Il s'agit néanmoins d'un phénomène préoccupant, car les verbalisations ou les comportements suicidaires, même chez les plus jeunes, méritent qu'on s'y attarde.

La présente ETMISS visait à éclairer la prise de décision concernant l'intervention à privilégier auprès des jeunes de 5 à 14 ans qui présentent un comportement suicidaire. Étant donné le manque de données probantes propres à ce groupe d'âge, aucun traitement spécifique à cette clientèle n'a été identifié. Rappelons que l'absence d'évidence empirique, quant à l'efficacité d'une intervention particulière, ne signifie pas la même chose qu'un constat d'inefficacité des évidences (NICE, 2012). Cela dénote simplement un manque de recherche pour statuer sur le niveau de preuves.

Ainsi, le fait de ne pas avoir suffisamment de données de recherche sur l'efficacité des traitements (thérapies) à utiliser auprès des enfants suicidaires ne signifie pas que ces traitements ne fonctionnent pas. Les évidences scientifiques sont actuellement limitées et entravées par des problèmes méthodologiques, particulièrement associés au manque d'ECR, ce qui empêche d'identifier les traitements probants.

Puisqu'il serait contre-indiqué de ne pas intervenir auprès d'un jeune qui présente une problématique suicidaire (Julien et Laverdure, 2004), certaines pistes d'actions peuvent être dégagées de cette ETMISS. Les experts s'entendent sur la nécessité d'identifier et de traiter les troubles mentaux associés au suicide. Ils insistent également sur l'importance d'outiller les intervenants qui travaillent auprès de ces jeunes et d'assurer une continuité dans les services rendus. Enfin, il s'avère essentiel de poursuivre la recherche sur les meilleurs traitements à utiliser auprès des enfants et des adolescents suicidaires.

Références

- Association des centres jeunesse du Québec, Association des hôpitaux du Québec, Collège des médecins du Québec, Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2000). *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les Centres jeunesse*, Montréal, automne, feuillet.
- Aubin, J., Lavallée, C., Camirand, J., Audet, N., Beauvais, B. et Berthiaume, P. (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Institut de la statistique du Québec, Ste-Foy : Québec, 520p.
- AGREE Collaboration (2001). *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument*. London : St George's Hospital Medical School (<http://www.agreecollaboration.org>)
- Boutet, D. (2002). Le traitement juridique du mineur suicidaire. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 32, 317-433. Récupéré en ligne : https://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_32/32-2-boulet.pdf
- Bouthiller, L. et Filiatrault, F. (2013). Avis sur la banque de données sur le suicide comme nouvelle source de données au plan national de surveillance. Comité d'éthique de santé publique, INSPQ, 17p.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Royh, C., Schweers, J., et al. (1993). Psychiatric risk for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 521-529.
- Brent, D. A., Johnson, B. A., Perper, J., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S., Rather, C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1080-1086.
- Centre de collaboration nationale des méthodes et des outils (2011). *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II)*.
- Centre jeunesse de la Montérégie (2010). *Modèle de pratique sur la problématique du suicide au Centre jeunesse de la Montérégie*, Direction des services professionnels, Longueuil : Québec, 87p.
- Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire (2010). *Guide de pratique en situation de problématique suicidaire et de santé mentale*, Direction du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires, Québec : Québec, 239p.
- Chagnon, F. (2007). Le suicide chez les jeunes en Centre jeunesse : où en sommes-nous et quels sont les défis pour la prévention ? *Revue de psychoéducation*, 36(2), 273-278.
- Corcoran, J., Dattalo, P., Crowley, M., Brown, E. et Grindle, L. (2011). A systematic review of psychosocial interventions for suicidal adolescents. *Children and Youth Services Review*, 33, 2112-2118.
- Couture, M. (2011). *L'évaluation de la crédibilité des documents en ligne*. Récupéré le 25 mai 2015 de <http://benhur.teluq.uqam.ca/ST/sciences/sci1021/evalweb.htm>
- Cox, G. R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S. N., Parker, A. G. et Hetrick, S. E. (2014). *Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents* (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley and Sons, Ltd., 125p.
- Farand, L., Chagnon, F., Renaud, J. et Rivard, M. (2004). Completed Suicides Among Quebec Adolescents Involved With Juvenile Justice and Child Welfare Services. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 24-35.

- Gallagher, R. et Daigle, M. (2008). La problématique suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins : l'exemple d'un programme d'intervention en milieu scolaire primaire. *Frontières*, 21(1), 98-106.
- Glenn, C. R., Franklin, J. C. et Nock, M. K. (2014). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 0(0), 1-29.
- Goldney, R. D. (1998). The IASP Adelaide Declaration on suicide prevention. *Crisis*, 19(2), 50-51.
- Julien, M. et Laverdure, J. (2004). *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*. Direction développement des individus et des communautés, INSPQ, 49p.
- Laurier, C. (2008). Les facteurs associés au risque suicidaire chez les adolescents délinquants. *Frontières*, 21(1), 32-43.
- Lavoie, B., Lecavalier, M., Angers, P. et Houle, J. (2012). *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : Fondements théoriques et pratiques*. Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal.
- Légaré, G., Gagné, M. et Perron, P.-A. (2015). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2012*. Rapport, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 24p.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M.M., Lonnqvist, J. K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 48:834-9.
- Marsolais, G. et Bilodeau, M. (2005). (2005). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., Chapitre P-38.001)* (Cahier de formation). MSSS, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 41p.
- Mishara, L. B. et Weisstub, N. D. (2005). Ethical and legal issues in suicide research. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 23-41.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2012). *Self-harm : The NICE guideline on longer-term management*. NICE clinical guideline 133, 415p.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2011). *Self-harm : longer-term management*. NICE clinical guideline 133, 40p.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). *The Guidelines Manual*. London: NICE.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., . . . Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 98-105.
- 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 lifetime suicidal behavior among adolescents. *Journal American Psychiatry*, 70, 300-310.
- Pronovost, J., Leclerc, D. et Dumont, M. (2002). *Étude des facteurs de protection en relation avec le risque suicidaire. Comparaison d'une population scolaire d'adolescent(e)s desservi(e)s en centre jeunesse*. Rapport de recherche, UQTR.
- Renaud, J., Berlim, M. T., Séguin, M., McGirr, A., Tousignant, M. et Turecki, G. (2009). Recent and lifetime utilization of health care services by children and adolescent suicide victims: A case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 117, 168-173.
- Renaud, J., Berlim, M. T., McGirr, A., Tousignant, M. et Turecki, G. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 105, 221-228.
- Renaud, J., Chagnon, F., Turecki, G. et Marquette, C. (2005). Completed Suicides in a Youth Centres Population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (11), Octobre, 690-694.

- Renaud, J. et Marquette, C. (2002). *Position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires*. <http://lemedecinquebec.org/Media/74289/087-093Renaud0502.pdf>
- Robinson, J., Hetrick, S. E. et Martin, C. (2011). Preventing suicide in young people: systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 3–26.
- Runeson, B., 1989. Mental disorder in youth suicide. DSM-III-R Axes I and II. *Acta Psychiatr. Scand.*, 79, 490–497.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., Flory, M., 1996. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339–348.
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C. *et al.* (2007). Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res BMC Med Res Methodol*, 7:10.
- Statistique Canada (2014). Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge. Récupéré le 25 mai 2015 de <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/hlth66a-fra.htm>
- Steel, M. et Doey, T. (2007). Suicidal Behaviour in Children and Adolescents. Part 2: Treatment and Prevention (chapter 3). *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6) (june) 35-46.
- World Health Organization (WHO). (2008). Depression. Récupéré le 26 mai 2015 de <http://www.who.int/mentalhealth/management/depression/definition>

Annexe A

Liste des mots-clés utilisés

Suicide	suicide suicide-related problem suicide problem suicide attempt attempted suicide parasuicide (self-harm, depression, self destructive behavior)	suicidal suicidal behavior suicidal ideation/intent/risk
Intervention / programme	intervention intervention child prevention	program child suicide program treatment
Efficacité / implantation	effic* efficacy efficacy effectiveness	efficiency implement* applica* applicability
Éthique et légal	ethic* ethical issues	legal moral
Sécurité / protection	safety security	protection child protection
Meilleures pratiques	best practice evidence based evidence based practice standards guidelines best practice effectiveness	policy outcome issue implications considerations impact
Santé	health health status	physical health mental health
Synthesis of studies [OR] Study synthesis, Metasynthesis [OR] Meta synthesis [OR] Meta-synthesis		

Annexe B

Liste des études exclues à partir de la littérature scientifique

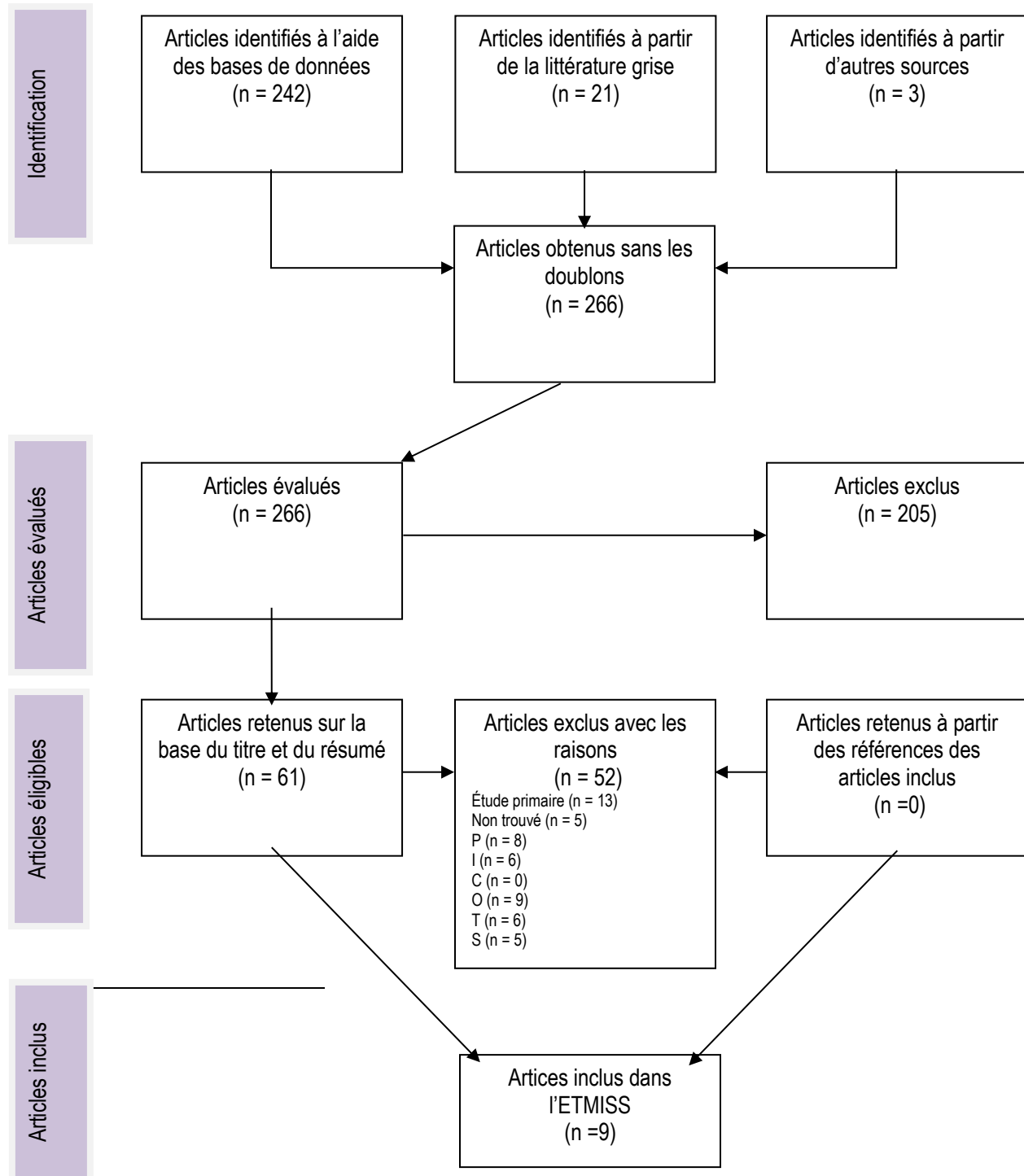
	Références (N=37/37)	Raisons de l'exclusion
1	Preventing repeat suicide attempts. (2005). <i>Nurses' Drug Alert</i> , 29(4), 30-31.	(NT) Article non trouvé
2	Alavi, Ali, Sharifi, Bahare, Ghanizadeh, Ahmad, et Dehbozorgi, Gholamreza. (2013). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Decreasing Suicidal Ideation and Hopelessness of the Adolescents with Previous Suicidal Attempts. <i>Iranian Journal of Pediatrics</i> , 23(4), 467-472.	(S) Pays (Iran)
3	Asarnow, J. R., Baraff, L. J., Berk, M., Grob, C. S., Devich-Navarro, M., Suddath, R., . . . Tang, L. (2011). An emergency department intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment. <i>Psychiatric Services</i> , 62(11), 1303-1309.	(ÉP) RCT (incluse dans MA)
4	Asarnow, Joan Rosenbaum, Emslie, Graham, Clarke, Greg, Wagner, Karen Dineen, Spirito, Anthony, Vitiello, Benedetto, . . . Brent, David. (2009). Treatment of selective serotonin reuptake inhibitor-resistant depression in adolescents: Predictors and moderators of treatment response. <i>Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry</i> , 48(3), 330-339. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181977476	(ÉP) RCT (adolescents 12-18 ans; effet médication)
5	Balaguru, Vasumathi, Sharma, Juhi, et Waheed, Waquas. (2013). Understanding the effectiveness of school-based interventions to prevent suicide: a realist review. <i>Child et Adolescent Mental Health</i> , 18(3), 131-139. doi: 10.1111/j.1475-3588.2012.00668.x	(S) Milieu scolaire
6	Becker-Weidman, Emily G., Jacobs, Rachel H., Reinecke, Mark A., Silva, Susan G., et March, John S. (2010). Social problem-solving among adolescents treated for depression. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 48(1), 11-18. doi: 10.1016/j.brat.2009.08.006	(ÉP) RCT
7	Bhatia, S. K., et Bhatia, S. C. (2007). Childhood and adolescent depression. <i>American Family Physician</i> , 75(1), 73.	(O) Médication dépression
8	Biddle, V. S., Sekula, L. K., Zoucha, R., et Puskar, K. R. (2010). Identification of Suicide Risk Among Rural Youth: Implications for the Use of HEADSS. <i>Journal of Pediatric Health Care</i> , 24(3), 152-167.	(O) Évaluation risque suicidaire
9	Bin, Qin, Yuqing, Zhang, Xinyu, Zhou, Pengfei, Cheng, Yiyun, Liu, Jin, Chen, . . . Peng, Xie. (2014). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors Versus Tricyclic Antidepressants in Young Patients: A Meta-analysis of Efficacy and Acceptability. <i>Clinical Therapeutics</i> , 36(7), 1087-1095.e1084. doi: 10.1016/j.clinthera.2014.06.001	(O) Efficacité de la médication
10	Bridge, Jeffrey A., Iyengar, Satish, Salary, Cheryl B., Barbe, Rémy, Birmaher, Boris, Pincus, Harold Alan, . . . Brent, David A. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>JAMA: Journal of the American Medical Association</i> , 297(15), 1683-1696. doi: 10.1001/jama.297.15.1683	(T) D'autres MA sont plus récentes
11	Cheung, A. (2007). Review: antidepressant use increases the risk of suicidal behaviour and ideation in children. <i>Evidence Based Mental Health</i> , 10(1), 20-20.	(NT) Article non disponible (seule la « note » l'est)
12	Daniel, S. S., et Goldston, D. B. (2009). Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations. <i>Suicide et Life-Threatening Behavior</i> , 39(3), 252-268. doi: 10.1521/suli.2009.39.3.252	(ÉP) Pas une RS ni une MA (outcomes)
13	De Silva, Stefanie, Parker, Alexandra, Purcell, Rosemary, Callahan, Patrick, Liu, Ping, et Hetrick, Sarah. (2013). Mapping the evidence of prevention and intervention studies for suicidal and self-harming behaviors in young people. <i>Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention</i> , 34(4), 223-232. doi: 10.1027/0227-5910/a000190	(ÉP) Pas une RS ni une MA (Mapping)
14	Esposito-Smythers, C., Walsh, A., Spirito, A., Rizzo, C., Goldston, D. B., et Kaminer, Y. (2011). Working With the Suicidal Client Who Also Abuses Substances. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> (Esposito-Smythers C., cesposi1@gmu.edu) George Mason University and Brown University Center for Alcohol and Addiction Studies).	(P) Adolescents et adultes en psychiatrie

15	Fristad, Mary A., et MacPherson, Heather A. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent bipolar spectrum disorders. <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> , 43(3), 339-355. doi: 10.1080/15374416.2013.822309	(P) <i>Bipolar spectrum</i>
16	Goodyer, Ian, Dubicka, Bernadka, Wilkinson, Paul, Kelvin, Raphael, Roberts, Chris, Byford, Sarah, . . . Harrington, Richard. (2007). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: Randomised controlled trial. <i>BMJ: British Medical Journal</i> , 335(7611), 142. doi: 10.1136/bmj.39224.494340.55	(ÉP) RCT
17	Hawton, Keith, et Harriss, Louise. (2008). Deliberate self-harm by under-15-year-olds: Characteristics, trends and outcome. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 49(4), 441-448. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01852.x	(O) <i>characteristics and long-term outcome of children and adolescents aged under 15 years who present to general hospitals because of deliberate self-harm (DSH)</i>
18	Högberg, G., et Hällström, T. (2008). Active multimodal psychotherapy in children and adolescents with suicidality: description, evaluation and clinical profile. <i>Clinical Child Psychology et Psychiatry</i> , 13(3), 435-448.	(ÉP) Méthodologie : <i>Case series</i>
19	Hooven, Carole, Walsh, Elaine, Pike, Kenneth C., et Herting, Jerald R. (2012). Promoting CARE: Including Parents in Youth Suicide Prevention. <i>Family et Community Health</i> , 35(3), 225-235.	(I) Intervention : prévention
20	Klomek, A. B., et Stanley, B. (2007). Psychosocial treatment of depression and suicidality in adolescents. <i>CNS Spectrums</i> , 12(2), 135-144.	(P) adolescents
21	March, John, Silva, Susan, et Vitiello, Benedetto. (2006). The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Methods and Message at 12 Weeks. <i>Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry</i> , 45(12), 1393-1403. doi: 10.1097/01.chi.0000237709.35637.c0	(T) TADS 2004 inclus dans MA de Cox et al., 2014
22	Masi, Gabriele, Mucci, Maria, Pfanner, Chiara, Berloff, Stefano, Liboni, Francesca, et Perugi, Giulio. (2013). Pediatric generalized anxiety disorder: Predictors of outcome after selective serotonin reuptake inhibitor monotherapy. <i>Journal of Clinical Psychopharmacology</i> , 33(4), 577-579. doi: 10.1097/JCP.0b013e31829465cb	(P) TAG
23	McDonell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A. P., Matestic, P., Steinmetz, K., Galbreath, H., et McClellan, J. M. (2010). A Pilot Evaluation of Dialectical Behavioural Therapy in Adolescent Long-Term Inpatient Care. <i>Child et Adolescent Mental Health</i> , 15(4), 193-196. doi: 10.1111/j.1475-3588.2010.00569.x	(ÉP) Étude empirique
24	Mehlum, Lars, Tørmoen, Anita J., Ramberg, Maria, Haga, Egil, Diep, Lien M., Laberg, Stine, . . . Grøholt, Berit. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. <i>Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry</i> , 53(10), 1082-1091. doi: 10.1016/j.jaac.2014.07.003	(ÉP) RCT
25	Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J., et McDowell, H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (12).	(P) adolescents et adultes – incapable de savoir l'étendue d'âge des enfants
26	Ougrin, D., Zundel, T., Kyriakopoulos, M., Banarsee, R., Stahl, D., et Taylor, E. (2012). Adolescents with suicidal and nonsuicidal self-harm: Clinical characteristics and response to therapeutic assessment. <i>Psychological Assessment</i> , 24(1), 11-20.	(ÉP) RCT déjà incluse dans MA
27	Palmer, R., Nascimento, L. N., et Fonagy, P. (2013). The State of the Evidence Base for Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents. <i>Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America</i> , 22(2), 149-214.	(NT) Pas spécifique au suicide Seul le résumé est disponible
28	Pineda, Jane, et Dadds, Mark R. (2013). Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. <i>Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry</i> , 52(8), 851-862. doi: 10.1016/j.jaac.2013.05.015	(ÉP) RCT déjà incluse dans MA
29	Sakolsky, Dara J., Perel, James M., Emslie, Graham J., Clarke, Gregory N., Wagner,	(O) médication

	Karen Dineen, Vitiello, Benedetto, . . . Brent, David A. (2011). Antidepressant exposure as a predictor of clinical outcomes in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) study. <i>Journal of Clinical Psychopharmacology</i> , 31(1), 92-97. doi: 10.1097/JCP.0b013e318204b117	
30	Sunseri, Paul A. (2004). Preliminary Outcomes on the Use of Dialectical Behavior Therapy to Reduce Hospitalization Among Adolescents in Residential Care. <i>Residential Treatment for Children et Youth</i> , 21(4), 59-76. doi: 10.1300/J007v21n04_06	(ÉP) Étude empirique
31	Tarrier, N., Taylor, K., et Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior. <i>Behavior Modification</i> , 32(1), 77-108.	(P) Ados et adultes, âge non précisé.
32	Taylor, L. M., Oldershaw, A., Richards, C., Davidson, K., Schmidt, U., et Simic, M. (2011). Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. <i>Behavioural and cognitive psychotherapy</i> , 39(5), 619-625.	(O) Type de devis : <i>pilot evaluation</i>
33	Tze-Chun, T., et Shih-Yin, H. (2010). Efficacy of school-based interpersonal psychotherapy to adolescents of early detected depressive and suicide ideations: Randomized control study. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> , 4((Tze-Chun T.) Kaohsiung Medical University Hospital, Taiwan), 90.	(S) Pays (Taiwan)
34	van de Loo-Neus, Gigi H. H., Rommelse, Nanda, et Buitelaar, Jan K. (2011). To stop or not to stop? How long should medication treatment of attention-deficit hyperactivity disorder be extended? <i>European Neuropsychopharmacology</i> , 21(8), 584-599. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.03.008	(P) ADHD
35	Ward-Ciesielski, Erin F. (2013). An open pilot feasibility study of a brief dialectical behavior therapy skills-based intervention for suicidal individuals. <i>Suicide et Life-Threatening Behavior</i> , 43(3), 324-335. doi: 10.1111/sltb.12019	(ÉP) Type de devis
36	Whittington, Craig J., Kendall, Tim, Fonagy, Peter, Cottrell, David, Cotgrove, Andrew, et Boddington, Ellen. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: Systematic review of published versus unpublished data. <i>The Lancet</i> , 363(9418), 1341-1345. doi: 10.1016/s0140-6736(04)16043-1	(O) Effet médication
37	Williams, S. B., O'Connor, E. A., Eder, M., et Whitlock, E. P. (2009). Screening for child and adolescent depression in primary care settings: A systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. <i>Pediatrics</i> , 123(4), e716-e735.	(S) études réalisées en milieu scolaire (n=5/7)
Légende: (P): Population (I): Intervention (C): Comparateur (O): Outcomes (résultats) (T): Timing (S): Setting (NT)= Article non trouvé (ÉP)=Étude primaire		

Annexe C

Organigramme de la recherche documentaire¹³



¹³ Cet organigramme est présenté à titre indicatif. Il donne un aperçu de la recherche réalisée. Étant donné que le mandat de cette ETMISS en est un de type « réponse rapide », on ne peut affirmer que la recherche documentaire est exhaustive. Bien que celle-ci ait été réalisée de manière systématique, il est possible que les résultats puissent différer lors d'une réplification.

Annexe D

Liste des études incluses dans les revues systématiques

	Robinson <i>et al.</i> (2011)	Corcoran <i>et al.</i> (2011)	Glenn <i>et al.</i> (2014)	Cox <i>et al.</i> , 2014
ADAPT (2007)				x ²
Amish, P.L. (1991)		x		
Asarnow, J. R., Baraff, L., Berk, M., Grob, C., Devich-Navarro, M., Suddath, R., Tang, L. (2011)			x	
Bernstein, (2000)				x ²
Brent, G., Greenhill, L.L., Compton, S. <i>et al.</i> (2009)	x	x	x	
Clarke (2005)				x
Cornelius (2009)				x
Cotgrove, A.J., Zirinsky, L., Black, D., Weston, D. (1995)	x	x	x	
Deas (2000)				x
Deykin, E. Y., Hsieh, C. C., Joshi, N., et Mcnamarra, J. J. (1986)		x	x	
Diamond, G.S., Wintersteen, M.B., Brown, G.K. <i>et al.</i> (2010)	x	x	x	
Donaldson, D., Spirito, A., Esposito-Smythers, C., Donaldson, D., Spirito, A., Esposito-Smythers, C. (2005)	x	x	x	
Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Uth, R., et LaChance, H. (2006)			x	
Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Kahler, C. W., Hunt, J., et Monti, P. (2011)			x	
Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., et Schulz, E. (2011)			x	
*Green, J. M., Wood, A. J., Kerfoot, M. J., Trainor, G., Roberts, C., Rothwell, J., ... Harrington, R. (2011)			x	
Greenfield, B., Larson, C , Hechtman, L., Rousseau, C , et Platt, R. (2002)		x		
Harrington R, Kerfoot, M., Dyer, E. <i>et al.</i> (1998)	x	x	x	
*Hazell, P.L., Martin, G., McGill, K., Wood, T.K., Trainor, G., Harrington, R. (2009)	x	x	x	
Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., et Edwards, J. (2004)		x	x	
James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., et Alfoadari, K. (2008)			x	
James, A. C., Winmill, L., Anderson, C., et Alfoadari, K. (2011)			x	
Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., et Miller, A. L. (2004)		x	x	
Kim (2012)				x
King, C.A., Klaus, N., Kramer, A., Venkataraman, S., Quinlan, P., et Gillespie, B. (2009)	x	x	x	
King, C.A., Kramer, A., Preuss, L. <i>et al.</i> (2006)	x	x	x	
Mandoki (1997)				x
McLeavey, B., Daly, R.J., Ludgate, J.W., Murray, C.M. (1994)	x			
Melvin (2006)				x ²
Ougrin, D., Boege, I., Stahl, D., Banarsee, R., et Taylor, E. (2013)			x	
Perepletchikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas-Palumberi, H., et Miller, A. L. (2011)			x	
Pineda, J., et Dadds, M. R. (2013)			x	
Power, P. J. R., Bell, R.J., Mills, R. <i>et al.</i> (2003)	x			
Rathus, J. H., et Miller, A. L. (2002)		x	x	
Riggs (2007)				x
Robinson, J., Yuen, H. P., Gook, S., Hughes, A., Cosgrave, E., Killackey, E., ... Yung, A. (2012)			x	
Rossouw, T. I., et Fonagy, P. (2012)			x	
Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Cantwell, C., Belin, T. R.,		x ¹	x ¹	

et Song, J. (2000)				
Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Van Rossem, R., Graae, F., Cantwell, C., Castro-Blanco, D., . . . Feldman, J. (1996)		x ¹	x ¹	
Rudd, M.D., Rajab, M.H., Orman, D.T., Joiner, T., Stulman, D.A., Dixon, W. (1996)	x		x	
Slee, N., Garnefski, N., Van Der Leeden, R., Arensman, E., Spinhoven, P. (2008)	x			
Spirito, A., Boergers, J., Donaldson, D., Bishop, D., Lewander W. (2002)	x			
TADS (2004)				x ²
Tang, T. C., Jou, S. H., Ko, C. H., Huang, S. Y., et Yen, C. F. (2009)		x	x	
TASA (2009)				x ²
Taylor, L. M., Oldershaw, A., Richards, C., Davidson, K., Schmidt, U., et Simic, M. (2011)			x	
Turner, R.M. (2000)	x			
*Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A., Harrington, R. (2001)	x	x	x	
Total des études incluses (N):	15	17	29	11

Notes. Les trois études marquées d'un astérisque (*) sont celles qui ont été considérées dans le CG NICE « Self-Harm : longer-term management » pour mesurer l'effet des psychothérapies vs TAU. C'est donc à partir de ces études que les recommandations pour l'intervention psychologique et psychosociale sont émises.
L'étude de Cox et al. (2014) porte sur la dépression alors que les trois autres études ciblent les comportements suicidaires. Bien que 11 études soient listées dans le tableau, les auteurs ont considéré 37 études puisque les références marquées d'un exposant (?) représentent un regroupement d'études. Celles-ci sont listées en bleu dans la section qui suit.
Pour l'étude de Glenn et al. (2014), les études marquées d'un ¹ sont considérées comme une seule, d'où le N= 29 plutôt que 30.
Pour l'étude de Corcoran et al. (2011), les études marquées d'un ¹ sont considérées comme une seule, d'où le N= 17 plutôt que 18.

ADAPT 2007 (les sept études suivantes (en bleu) font partie du projet ADAPT)

- Byford, S., Barrett, B., Roberts, C., Wilkinson, P., Dubicka, B., Kelvin, R.G., et al. (2007). Cost-effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors and routine specialist care with and without cognitive behavioural therapy in adolescents with major depression. *British Journal of Psychiatry*, 191, 521-527.
- Goodyer, I., Dubicka, B., Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Byford, S., et al. (2007). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. *BMJ*, 335(7611), 142-145.
- Goodyer, I. & Kutcher, S. (2008). CBT plus an SSRI was as effective as an SSRI alone for adolescents with moderate to severe depression: Commentary. *Evidence Based Medicine*, 13(1):13.
- Harrington, R., Dubicka, B., Leech, A., Breen, S., Roberts, C., Goodyer, I., et al. (2002). Randomised controlled trial of fluoxetine and cognitive-behaviour therapy versus fluoxetine alone in adolescents with major depression (ADAPT Trial) [conference abstract]. Proceedings of the 30th Annual Conference of the British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies; Jul 17-20; Warwick, UK.
- Wilkinson P, Dubicka B, Kelvin R, Roberts C, Goodyer I. (2009). Treated depression in adolescents: Predictors of outcome at 28 weeks. *British Journal of Psychiatry*; 194(4), 334-341.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *The American Journal of Psychiatry*, 168(5), 495-501.

- Wilkinson, P.O., Goodyer, I.M. (2008). The effects of cognitive-behavioural therapy on mood-related ruminative response style in depressed adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 3–13.
- Asarnow, J. R., Baraff, L., Berk, M., Grob, C., Devich-Navarro, M., Suddath, R., . . . Tang, L. (2011). Effects of an emergency department mental health intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment: A randomized controlled trial. *Psychiatric Services (Washington, DC)*, 62, 1303. doi:10.1176/appi.ps.62.11.1303
- Bernstein 2000 (les cinq études suivantes (en bleu) font partie des travaux de Bernstein)**
- Bernstein, G.A., Anderson, L.K., Hektner, J.M., Realmuto, G.M. (2000). Imipramine compliance in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3):284–291.
- Bernstein, G.A., Borchardt, C.M., Perwien, A.R., Crosby, R.D., Kushner, M.G., Thuras, P.D., et al. (2000). Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 276–83.
- Bernstein, G.A., Hektner, J.M., Borchardt, C.M., McMillan, M.H. (2001). Treatment of school refusal: One-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 206–213.
- Bernstein, G.A., Warren, S.L., Massie, E.D., Thuras, P.D. (1999). Family dimensions in anxious-depressed school refusers. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(5):513–528.
- Layne, A.E., Bernstein, G.A., Egan, E.A., Kushner, M.G. (2003). Predictors of treatment response in anxious-depressed adolescents with school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3):319–26.
- Brent, G., Greenhill, L.L., Compton, S. et al. (2009). The treatment of adolescent suicide attempters (TASA): Predictors of suicidal events in an open treatment trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48, 987–996.
- Clarke, G., DeBar, L., Lynch, F., Powell, J., Gale, J., O'Connor, E. et al. (2005). A randomized effectiveness trial of brief cognitive-behavioral therapy for depressed adolescents receiving antidepressant medication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(9), 888–898.
- Cornelius, J., Douaihy, A., Chung, T., Kelly, T., Daley, D., Hayes, J., et al. (2011). Four-year follow-up of double-blind fluoxetine trial in comorbid MDD/AUD adolescents. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research [abstracts from the 34th Annual Scientific Meeting of the Research Society on Alcoholism, RSA. 25-29 Jun 2011; Atlanta, GA United States]*;35:20A.
- Cornelius, J.R., Bukstein, O.G., Wood, D.S., Kirisci, L., Douaihy, A., Clark, D.B. (2009). Double-blind placebo-controlled trial of fluoxetine in adolescents with comorbid major depression and an alcohol use disorder. *Addictive Behaviors*, 34 (10), 905–909.
- Cornelius, J.R., Douaihy, A., Bukstein, O.G., Daley, D.C., Wood, S.D., Kelly, T.M. et al. (2011). Evaluation of cognitive behavioral therapy/motivational enhancement therapy (CBT/MET) in a treatment trial of comorbid MDD/AUD adolescents. *Addictive Behaviors* 36(8), 843–848.
- Deas, D., Randall, C.L., Roberts, J.S., Anton, R.F. (2000). A double-blind, placebo-controlled trial of sertraline in depressed adolescent alcoholics: a pilot study. *Human Psychopharmacology*, 15, 461–469.
- Cotgrove, A.J., Zirinsky, L., Black, D., Weston, D. (1995). Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal Adolescence*, 18, 569–577.
- Deykin, E. Y., Hsieh, C. C., Joshi, N., & Mcnamarra, J. J. (1986). Adolescent suicidal and self-destructive behavior: Results of an intervention study. *Journal of Adolescent Health Care*, 7, 88–95. doi:10.1016/S0197-0070(86)80002-X

- Diamond, G.S., Wintersteen, M.B., Brown, G.K. *et al.* (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 122–131.
- Donaldson, D., Spirito, A., Esposito-Smythers, C., Donaldson, D., Spirito, A., Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 113–120.
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Uth, R., & LaChance, H. (2006). Cognitive behavioral treatment for suicidal alcohol abusing adolescents: Development and pilot testing. *American Journal of Addiction*, 15, 126–130. doi:10.1080=10550490601006188
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Kahler, C. W., Hunt, J., & Monti, P. (2011). Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 728. doi:10.1037=a0026074
- Fleischhaker, C., Bo`hme, R., Sixt, B., Bru`ck, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 3. doi:10.1186=1753-2000-5-3
- Green, J. M., Wood, A. J., Kerfoot, M. J., Trainor, G., Roberts, C., Rothwell, J., . . . Harrington, R. (2011). Group therapy for adolescents with repeated self harm: Randomised controlled trial with economic evaluation. *British Medical Journal*, 342, d682. doi:10.1136=bmj.d682
- Greenfield, B., Larson, C , Hechtman, L., Rousseau, C , & Platt, R. (2002). A rapid response outpatient model for reducing hospitalization rates among suicidal adolescents. *Psychiatric Services*, 53, 1574-1579.
- Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E. *et al.* (1998). Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 512–518.
- Hazell, P.L., Martin, G., McGill, K., Wood, T.K., Trainor, G., Harrington, R. (2009). Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 662–670.
- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., & Edwards, J. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 183–190. doi:10.1097=00004583-200402000-00014
- Kim, S.M., Han, D.H., Lee, Y.S., Renshaw, P.F. (2012). Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. *Computers in Human Behavior*, 28(5),1954–1959.
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of dialectical behaviour therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 148–152. doi:10.1111=j.1475-3588.2007.00470.x
- James, A. C., Winmill, L., Anderson, C., & Alfoadari, K. (2011). A preliminary study of an extension of a community dialectic behaviour therapy (DBT) programme to adolescents in the looked after care system. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, 9–13. doi:10.1111=j.1475-3588.2010.00571.x
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 276–282. doi:10.1097=00004583-200403000-00008
- King CA, Klaus N, Kramer A, Venkataraman S, Quinlan P, Gillespie B. The youth-nominated support team – version II for suicidal adolescents: a randomized controlled intervention trial. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77:880–893. doi:10.1037=a0016552

- King CA, Kramer A, Preuss L *et al.* Youth-nominated support team for suicidal adolescents (version 1): a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74:199–206.
- Mandoki, M.W., Tapia, M.R., Tapia, M.A., Sumner, G.S., Parker, J.L. (1997). Venlafaxine in the treatment of children and adolescents with major depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 149–154.
- Melvin 2006 (les trois études suivantes (en bleu) font partie des travaux de Melvin)**
- Dudley, A.L., Melvin, G.A., Williams, N.J., Tonge, B.J., King, N.J. (2005). Investigation of consumer satisfaction with cognitivebehaviour therapy and sertraline in the treatment of adolescent depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(6):500–506.
- Gordon, M.S., Tonge, B., Melvin, G.A. (2011). Outcome of adolescent depression: 6 Months after treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(3):232–239.
- Melvin GA, Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Gordon MS, Klimkeit E. A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006, 45(10), 1151–61.
- McLeavey, B., Daly, R.J., Ludgate, J.W., Murray, C.M. (1994). Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide Life Threat Behav*, 24, 382–394.
- Ougrin, D., Boege, I., Stahl, D., Banarsee, R., & Taylor, E. (2013). Randomised controlled trial of therapeutic assessment versus usual assessment in adolescents with self-harm: 2-year follow-up. *Archives of Disease in Childhood*, 0, 1–5.
- Perepletchikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas-Palumberi, H., & Miller, A. L. (2011). Adapting dialectical behaviour therapy for children: Towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, 116–121.
- Pineda, J., & Dadds, M. R. (2013). Family Intervention for adolescents with suicidal behavior: A randomized controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 851–862.
- Power, P.J.R., Bell, R.J., Mills, R. *et al.* (2003). Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomized controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 37, 414–420.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146–157.
- Riggs, P.D., Mikulich-Gilbertson, S.K., Davies, R.D., Lohman, M., Klein, C., Stover, S.K. (2007). A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy in adolescents with major depression, behavior problems, and substance use disorders. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(11), 1026–1034.
- Robinson, J., Yuen, H. P., Gook, S., Hughes, A., Cosgrave, E., Killackey, E., . . . Yung, A. (2012). Can receipt of a regular postcard reduce suicide-related behaviour in young help seekers? A randomized controlled trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 6, 145–152.
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1304–1313.
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Cantwell, C., Belin, T. R., & Song, J. (2000). The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1081–1093.
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Van Rossem, R., Graae, F., Cantwell, C., Castro-Blanco, D., . . . Feldman, J. (1996). Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room program for adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 654–663.

- Rudd, M.D., Rajab, M.H., Orman, D.T., Joiner, T., Stulman, D.A., & Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: preliminary results. *J Consult Clin Psychol*, 64, 179–190.
- Slee N, Garnefski N, Van Der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. (2008). Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 192, 202–211.
- Spirito, A., Boergers, J., Donaldson, D., Bishop, D., Lewander, W. (2002). An intervention trial to improve adherence to community treatment by adolescents after a suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41:435–442.

TADS 2004 (les dix-huit études suivantes (en bleu) font partie des travaux de TADS)

- Brent, D.A. (2006). Glad for what TADS adds, but many TADS grads still sad. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12):1461–4.
- Curry, J., Rohde, P., Simons, A., Silva, S., Vitiello, B., Kratochvil, C., et al. (2006). Predictors and moderators of acute outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12):1427–39.
- Domino, M.E., Burns, B.J., Silva, S.G., Kratochvil, C.J., Vitiello, B., Reinecke, M.A., et al. (2008). Cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: Results from TADS. *The American Journal of Psychiatry*, 165(5), 588–596.
- Domino, M.E., Foster, E., Vitiello, B., Kratochvil, C.J., Burns, B.J., Silva, S.G., et al. (2009). Relative cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: 36-week results from the TADS randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(7), 711–720.
- Feeny, N.C., Silva, S.G., Reinecke, M.A., McNulty, S., Findling, R.L., Rohde, P., et al. (2009). An exploratory analysis of the impact of family functioning on treatment for depression in adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(6):814–825.
- Glass, R.M. (2005). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of Pediatrics*, 146, 145.
- Goodyer, I. & Kutcher, S. (2008). CBT plus an SSRI was as effective as an SSRI alone for adolescents with moderate to severe depression: Commentary. *Evidence Based Medicine*, 13(1),13.
- Jacobs, R.H., Becker-Weidman, E.G., Reinecke, M.A., Jordan, N., Silva, S.G., Rohde, P., et al. (2010). Treating depression and oppositional behavior in adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(4):559–567.
- Jensen, P.S. (2006). After TADS, can we measure up, catch up, and ante up?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12):1456–1460.
- Jensen, P.S. (2005). NIMH's TADS: More than just a tad of progress?. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12:156–158.
- Kratochvil, C., Emslie, G., Silva, S., McNulty, S., Walkup, J., Curry, J., et al. (2006). Acute time to response in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12):1412–1418.
- March, J., Albano, A.M., Rosenberg, D., Casat, C., Emslie, G., Kratochvil, et al. (2012). Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00006286 (accessed 17 January).
- March, J., Silva, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., Burns, B., et al. (2009). The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): outcomes over 1 year of naturalistic follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1141–1149.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., et al. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*, 292(7), 807–820.

- March, J., Silva, S., Vitiello, B. (2006). Team Tads. The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): methods and message at 12 weeks. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12):1393-1403.
- March, J.S., Silva, S., Petrycki, S., Dubicka, B., Ramchandani, P. (2005). Fluoxetine plus cognitive behavioural therapy was most effective for adolescents with major depressive disorder. *Evidence Based Medicine*, 10:46.
- May, D.E., Kratochvil, C.J., Puumala, S.E., Silva, S.G., Rezac, A.J., Hallin, M.J., et al. (2007). A manual-based intervention to address clinical crises and retain patients in the Treatment of Adolescents With Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46:573-581.
- The TADS Team. The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Long Term Effectiveness and Safety Outcomes. (2007). *Archives of General Psychiatry*, 64(10):1132-1144.

TASA 2009 (les trois études suivantes (en bleu) font partie des travaux de TASA)

- Brent, D.A., Greenhill, L.I., Compton, S., Emslie, G., Wells, K., Walkup, J.T., et al. (2009). The Treatment of Adolescent Suicide Attempters Study (TASA): predictors of suicidal events in an open treatment trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(10), 987-986.
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D.A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., et al. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(10):1005-1013.
- Vitiello, B., Brent, D.A., Greenhill, L.I., Emslie, G., Wells, K., Walkup, J.T., et al. (2009). Depressive symptoms and clinical status during the Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(10):997-1004.
- Taylor, L. M., Oldershaw, A., Richards, C., Davidson, K., Schmidt, U., & Simic, M. (2011). Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 619.
- Turner, R.M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cogn Behav Practice*, 7, 413-419.
- Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A. & Harrington, R. (2001). Randomized trial of group therapy for repeated deliberate selfharm in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 1246-1253.

Annexe E

Liste des documents issus de la littérature grise exclue

	Références (N=15/21)	Raisons de l'exclusion
1	Gouvernement du Québec (2010). <i>Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux</i> . MSSS, 93p.	(I)
2	Gallagher, R. (2005). <i>Le problème du suicide chez les enfants. Comprendre et agir à l'école primaire. Guide de repérage et de référence à l'intention du personnel scolaire</i> . Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine.	École primaire (S)
3	Julien, M. et Laverdure, J. (2004). <i>Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes</i> . Direction développement des individus et des communautés, INSPQ, 49p.	Article inclus (section éthique)
4	Lake, J. (2013). <i>Les enfants suicidaires : Particularité du processus suicidaire et intervention auprès d'eux</i> . Webinaire du CRISE, présentation PowerPoint.	Vielles références (T)
5	CJM-IU (2006). La prévention et l'intervention face au phénomène du suicide chez l'enfant.	(I)
6	CJQ-IU (2010). <i>Offre de services en santé mentale. Guide de pratique en situation de problématique suicidaire et de santé mentale</i> .	Trajectoire de services et expertise clinique (I)
7	Guideline NICE sur la dépression – CG 28 (2005) <i>Depression in children and young people Identification and management in primary, community and secondary care</i>	Informations sur le <i>self-harm</i> sont disponibles dans le CG 133 (2011; 2012) (T)
8	Guideline NICE sur le Self-harm – CG 16 (2004) <i>Self-harm The short-term physical and psychological management and secondary prevention of selfharm in primary and secondary care</i>	Intervention dans les 48h (traitement physique et gestion dans les urgences (I)
9	Renaud, J. et Marquette, C. (2002). <i>Position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires</i> .	Article inclus (section experts)
10	Suicide Action Montréal (SAM) et Centre Dollard-Cormier (2012). <i>Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Fondements théoriques et pratiques</i> .	14 ans et plus (P)
11	Centre Jeunesse de la Montérégie (2009). <i>Modèle de pratique sur la problématique du suicide</i> .	Trajectoire de services (I)
12	American Academy of Child et Adolescent Psychiatry (ACCAP) (2001). Practices Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. <i>Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry</i> , 40 (7) (supplement), 24-51.	(T)
13	Gagnon, D., et Gallagher, R. (2006). Les conduites suicidaires chez les	Document non trouvé

	enfants : Quelle est l'ampleur du problème au Québec? <i>Vis-à-Vie</i> , 15(1), 6-7.	
14	Gallagher, R. (2006). Le problème du suicide chez les enfants : A-t-on les moyens d'attendre d'en avoir plein les bras avant d'agir? <i>Vis-à-Vie</i> , 15(1), 3-4.	Document non trouvé
15	Mishara, L. B. et Weisstub, N. D.(2005). Ethical and legal issues in suicide research. <i>International Journal of Law and Psychiatry</i> , 28, 23-41.	Article inclus (section éthique)
16	Boutet, D. (2002). Le traitement juridique du mineur suicidaire. <i>Revue de droit de l'Université de Sherbrooke</i> , 32, 317-433. Récupéré en ligne : https://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/document s/RDUS/volume_32/32-2-boulet.pdf	Article inclus (section légale)
17	Hazell, P. et Mirzaie, M. (2013). <i>Tricyclic drugs for depression in children and adolescents</i> (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley et Sons, Ltd.	Mesure la dépression (O)
18	Hetrick, S. E., McKenzie, J. E., Cox, G. R., Simmons, M. B. et Merry, S. N. (2012). <i>Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents</i> (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley et Sons, Ltd.	Efficacité de la médication (O)
19	Cox, G.R., Fisher, C.A, De Sylva, S., Phelan, M., Akinwale, O. P., Simmons, M. B. et al. (2012). Interventions for prevening relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (11): CD007504. Doi : 10.1002/14651858.CD007504.pub2	M-A mise à jour en 2014 (T)
20	Cox, G. R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S. N., Parker, A. G. et Hetrick, S. E. (2014). <i>Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents</i> (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley et Sons, Ltd., 125p.	Doublon (Article inclus section littérature scientifique)
21	NICE (2011; 2012). Guide self-harm long term (CG133) National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2012). <i>Self-harm : The NICE guideline on longer-term management</i> . NICE clinical guideline 133, 415p. National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2011). <i>Self-harm : longer-term management</i> . NICE clinical guideline 133, 40p.	Article inclus (section guide de pratique)

Annexe F

Grilles AGREE II

Résultats de l'évaluation de la qualité du guide de pratique clinique NICE « Self-harm : longer-term management (CG 133) » selon la grille AGREE II				
Domaines	Items	Facteurs de qualité (AGREE II)	NICE Guideline (2005)	Score par domaine (%)
1. Champ d'application et objectifs	1	Description des objectifs.	7	100
	2	Description des questions de santé visées par le guide.	7	
	3	Description de la population cible.	7	
2. Implication des acteurs	4	Représentation variée du groupe de développement.	7	100
	5	Considération du point de vue des acteurs et de la population cible.	7	
	6	Identification de l'utilisateur cible.	7	
3. Rigueur du développement	7	Utilisation d'une méthode systématique pour identifier les évidences.	7	100
	8	Description claire des critères de sélection.	7	
	9	Description claire des forces et des limites des évidences.	7	
	10	Description claire de la méthode de formulation des recommandations.	7	
	11	Considération des bénéfices pour la santé, des effets secondaires et des risques dans la formulation des recommandations.	7	
	12	Liens explicites entre les recommandations et les évidences.	7	
	13	Révision du guide par des experts externes avant sa publication.	7	
	14	Procédure de mise à jour du guide disponible.	7	
4. Clarté de la présentation	15	Les recommandations sont spécifiques et sans ambiguïté.	7	100
	16	Présentation claire des différentes options de gestion des soins de santé.	7	
	17	Recommandations clés sont facilement identifiables.	7	
5. Applicabilité	18	Description des facilitateurs et des barrières à l'application du guide.	7	100
	19	Des conseils et des outils sont fournis pour faciliter l'application des recommandations dans la pratique.	7	
	20	Considération pour l'implication des ressources potentielles pour l'application des recommandations.	7	
	21	Des critères de suivi et d'évaluation sont présents dans le guide.	7	
6. Indépendance éditoriale	22	Les points de vue d'organismes subventionnaires n'ont pas influencé le contenu du guide.	7	100
	23	Déclaration des conflits d'intérêts.	7	
Évaluation générale de la qualité				
Ce guide de pratique a été développé dans le respect de tous les standards de qualité recommandés par <i>AGREE II</i> .				
Recommandations par rapport à l'utilisation du guide				
Ce guide peut être utilisé tel quel.				

Annexe G

Caractéristiques des études de synthèse

Source	Nombre d'études recensées	Nombre d'études retenues	Aspects méthodologiques	Critères d'inclusion	Principaux résultats	Score de qualité (AMSTAR)/11
Robinson <i>et al.</i> (2011)	4886	21/199 évaluées (15 ECR + 6 ECR non publiées) Échantillons variant de 22 à 448 participants	CCRCT, EMBASE et PsycInfo (1980 à juin 2010). Inclut des ECR,	Population: Jeunes 12 à 25 ans Se présentent à un service clinique pour un comportement suicidaire (tentative de suicide, idées suicidaires, automutilation) 6 mois avant de participer à l'étude. Intervention : Traitements qui portent sur la tendance suicidaire : Traitement habituel, CBT, « thérapie psychologique individuelle », « thérapie psychologique de groupe », DBT, Thérapie familiale, intervention de conformité (<i>compliance enhancement intervention</i>), <i>Youth nominated support team</i> , Carte d'accès à l'urgence, Médication, CBT et médication. <i>Outcomes</i> : - Nb moy. d'incidents d'automutilation - Nb de personnes impliquées dans des incidents d'automutilation multiples - Nb de personne qui s'automutile - Idées suicidaires	Nb d'incidents d'automutilation : Aucune différence significative entre les 2 groupes n'indique qu'il y a moins d'incidents d'automutilation rapportés dans le groupe CBT en postintervention, 6 mois, et 9 mois (MD -3.4 95 %CI - 6.54 to - 0.26). Nb de personnes qui s'automutilent : Aucune différence entre les deux groupes au suivi neuf mois. Idées suicidaires : réduction significative des IS (mesurés avec le <i>Suicide Cognition Scale</i> ; scores se situent entre 20-100) dans le groupe recevant la CBT postintervention (MD - 13.07 95 %CI -22.48, -.66), suivi 6 mois (MD-13.78 95 % CI -23.49, - 4.07) et suivi 9 mois (MD - 18.28 95 % CI - 26.66, - 9.9).	9
Corcoran <i>et al.</i> (2011)	961	17/48 évaluées (7 études quasi expérimentales et 10 ECR) Échantillons variant de 30 à 448 participants	PubMed/MedLine (312); PsycInfo (123); CINAHL (309); Dissertation Abstracts (190); and Academic Search Complete (27)	Population: Adolescents âgés de 10 à 18 présentant des pensées ou des comportements suicidaires. Intervention : Interventions psychosociales auprès des participants étant identifiés suicidaires ;	Participants à une intervention de groupe sont légèrement moins nombreux à avoir des comportements suicidaires ou d'automutilation à la fin de l'intervention	10

Source	Nombre d'études recensées	Nombre d'études retenues	Aspects méthodologiques	Critères d'inclusion	Principaux résultats	Score de qualité (AMSTAR)/11
			no restriction on start date to Spring 2010.	<p>ceux-ci peuvent être médicamenteux ou non.</p> <p><i>Outcomes</i> : Mesures sur le suicide autorapportées ou standardisées, concernent Mesures sur l'automutilation ou les événements suicidaires (dont les tentatives de suicide) rapportées par le jeune ou collectées à partir de données administratives.</p> <p>ECR et devis quasi expérimentaux publiés et non publiés,</p>	<p>(posttest) versus participants du groupe contrôle.</p> <p>Entre 6 à 18 mois après le traitement, participants du groupe expérimental (ceux ayant reçu l'intervention) sont plus nombreux à rapporter des événements suicidaires ou d'automutilation.</p> <p>Au posttest et au suivi, les participants du groupe expérimental sont légèrement plus nombreux à rapporter des idées suicidaires.</p>	
Cox <i>et al.</i> (2014)	33 ¹	11/29 Échantillons variant de 10 à 439 participants	<p>CCDANCTR, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CENTRAL, ICTRP</p> <p>nov. 2011 au 11 juin 2014 (mise à jour de la recherche publiée en 2012)</p>	<p>Population : Enfants 6-12 ans et adolescents 13-18 ans avec un diagnostic primaire de dépression (<i>depressive disorder</i> – DSM ou ICD) émis par un clinicien. Les participants avec un diagnostic secondaire (dont les comportements suicidaires) en comorbidité sont inclus.</p> <p>Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N'importe laquelle intervention psychosociale avec n'importe quelle médication (antidépresseurs); - Combinaison d'interventions (thérapies psychologiques + antidépresseurs) versus une thérapie psychologique seule ou une médication seule; - Combinaison d'interventions (thérapies psychologiques + antidépresseurs) versus une thérapie psychologique seule ou une médication seule + 	<p>Évidences limitées sur antidépresseurs > psychothérapies (67,8 % des participants dans le groupe « médication » et 53,7 % dans le groupe « psychothérapie » sont en rémission) lorsque la mesure de rémission est prise auprès des cliniciens en postintervention (OR : 0,52, 95 % CI : 0,27 to 0.98).</p> <p>Évidences limitées sur thérapies combinées > antidépresseurs seuls permettraient d'atteindre haut taux de rémission après un épisode de dépression lorsque la mesure est prise</p>	11

Source	Nombre d'études recensées	Nombre d'études retenues	Aspects méthodologiques	Critères d'inclusion	Principaux résultats	Score de qualité (AMSTAR)/11
				<p>placebo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Combinaison d'interventions (thérapies psychologiques + antidépresseurs) versus placebo ou traitement habituel (TAU) <p><i>Outcomes:</i> Primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rémission de dépression (diagnostic par un professionnel de la santé mentale ou absence de symptômes pendant 8 sem.) - Nb d'abandons sans motif - Suicide relié à des effets indésirables sérieux (idéations, tentatives, avec ou sans intentions connues) <p>Secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesures reliées au suicide : Nb participants ayant des idéations suicidaires; Idéations suicidaires (mesures standardisées : SIQ-JR) - Rémission : Outil standardisés : CDRS-R, MADRS, K-SADS-P, HAM-D - Amélioration symptômes dépressifs (auto-rapportés et outils standardisés) - Fonctionnement (outils standardisés : GAF, C-GAS) - Nb d'abandon dus aux effets indésirables. <p>ECR publiées et non publiées, toutes les langues</p>	<p>immédiatement en postintervention (OR 1,56, 95 % CI 0,98 to 2,47), (65,9 % des participants traités en thérapies combinées versus 57,8% de ceux traités par la médication sont évalués en rémission)</p> <p>Aucune évidence sur thérapies combinées > thérapie psychologique seule lorsque la mesure de rémission est prise auprès des cliniciens en postintervention (OR 1,82, 95 % CI 0,38 to 8,68).</p> <p>Taux d'IS est > dans le groupe « antidépresseur » (18,6%) versus le groupe thérapies psychologiques (5,4 %) (OR 0,26, 95 % CI 0,09 to 0,72); effets qui se maintient après 6 à 9 mois (OR 0,26, 95 % CI 0,07 to 0,98 : 13,6 % des participants du groupe « antidépresseurs » et 3,9% du groupe thérapies psychosociales » rapportent IS.</p>	
Glenn et al. (2014)		29 études (18 ECR, 5 essais non randomisés et 6 études pilotes Échantillons variant de 6 à 448 participants	HealthSTAR, MEDLine, PsycINFO, PubMed ProQuest ClinicalTrials.gov Articles publiés avant juin 2013.	Population : Enfants et adolescents de moins de 19 ans traités pour les pensées et les comportements d'automutilation Intervention : Traitements qui portent spécifiquement sur les pensées et les	Actuellement, les recherches ne permettent pas de conclure en l'efficacité des traitements sur les pensées et les comportements d'automutilation (PCA) avec ou sans	9

Source	Nombre d'études recensées	Nombre d'études retenues	Aspects méthodologiques	Critères d'inclusion	Principaux résultats	Score de qualité (AMSTAR)/11
				<p>comportements d'automutilation suivants :</p> <p>(a) automutilation sans intention suicidaire (nonsuicidal self-injury - NSSI);</p> <p>(b) idéations suicidaires;</p> <p>(c) préparation/plan suicidaire (préparation des actions en vue d'une tentative);</p> <p>(d) tentative de suicide (avec intentions de mourir);</p> <p>(e) menaces ou signes de suicide (qui menacent de nuire à la personne, sans intention de mourir);</p> <p>(f) automutilation ou <i>parasuicide</i> (avec ou sans intention de mourir);</p> <p>(g) événements suicidaires ou comportements liés au suicide (pensées, plans, préparation, tentative)</p> <p><i>Outcomes</i> : Mesures de l'efficacité du traitement selon la récurrence des pensées et comportements d'automutilation après la période de traitement</p> <p>Tous types de devis Littérature publiée et non publiée</p>	<p>intention suicidaire auprès des jeunes et des adolescents.</p> <p>Selon la nomenclature utilisée : Manque d'évidences scientifiques (ECR et réplication) pour affirmer qu'un traitement est bien établi ou supérieur à un autre (Level 1: pour traiter PCA chez les enfants et les adolescents. Composantes de traitements efficaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prennent racine dans une variété d'orientations théoriques (CBT, FBT, IPT, and psychodynamic therapy). <p>En général, le traitement (voir les ingrédients) efficace:</p> <p>(a) Cible le bon fonctionnement des relations interpersonnelles, en particulier avec la famille (inclure la famille ou le parent dans le traitement); (b) Implique l'entraînement d'habiletés;</p> <p>(c) est intensif (spécialement lorsque les interventions visent à réduire les comportements d'automutilation); (d) s'adresse à d'autres comportements inadaptés ou à des facteurs de risque</p>	

Source	Nombre d'études recensées	Nombre d'études retenues	Aspects méthodologiques	Critères d'inclusion	Principaux résultats	Score de qualité (AMSTAR)/11
					propres aux pensées et comportements d'automutilation (spécialement pour réduire les tentatives de suicide).	
<p>¹ Il s'agit de la mise à jour de l'étude de Cox et al. réalisée en 2012 qui avait repéré 10 841 références : Cox, G.R., Fisher, C.A., De Silva, S., Phelan, M., Akinwale, O.P., Simmons, M.B., et al. (2012). Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews 2012</i>, (11):CD007504. [DOI: 10.1002/14651858.CD007504.pub2]</p>						

Compléments des « principaux résultats » présentés dans le tableau précédent.

Les prochains tableaux sont réalisés ou extraits intégralement des quatre études de synthèse. Ils sont présentés en complément de la colonne « principaux résultats ». Pour davantage de détails, le lecteur est invité à se référer aux études originales.

Tableau réalisé à partir des résultats de la méta-analyse de Robinson et al. (2011)

	Nb moy. d'incidents d'automutilation/ tentative de suicide (TS)	Nb de personnes impliquées dans des incidents d'automutilation multiples	Nb de personne qui s'automutile	Idées suicidaires (IS)
CBT vs TAU (K=2)	Aucune différence significative entre les deux groupes en postintervention, six et neuf mois (MD -3,4 95 % CI - 6,54 à - 0,26).	- Aucune différence entre les deux groupes au suivi 9 mois.		Réduction significative des IS dans le groupe CBT en postintervention (MD - 13,07 95 % CI -22,48, -0,66), au suivi 6 mois (MD-13,78 95 % CI -23,49, - 4.07) et au suivi 9 mois (MD - 18,28 95 % CI - 26,66, - 9,9).
Thérapie psychologique individuelle (TPI) vs Intervention de contrôle (K=2)	Selon 1 seule étude : Aucune différence significative en postintervention (RR 4,27 95 %CI 0,54, 33,98) ou au suivi 6 mois (RR 2,13 95 %CI 0,46, 9,99); Au suivi 12 mois, les 2 études ne permettent pas de déceler de différence significative entre les 2 groupes (RR 0,42 95 %CI 0,09, 1,92).			Selon 1 étude : Aucune différence significative entre les groupes en postintervention (MD - 7,50 95 %CI - 22,94, 7,97), suivi 6 mois (MD -5,11 95 %CI -30,18, 19,96) ou au suivi 12 mois (MD - 8,44 95 % CI -29,19, 12,31).
Thérapie psychologique de groupe vs TAU (K=3)	Selon 1 étude : Aucune différence significative entre les groupes (RR-1,20 95 % CI - 2,44, 0,44).	Aucune différence significative entre les groupes (RR 0,54 95 % CI 0,07, 3,95). Résultats contradictoires : Selon 1 étude (Wood et al., 2001): diminution au suivi 7 mois alors que l'étude de Hazell et al. (2009), qui est une réplification de l'étude de Wood et al., ne montre aucune différence significative entre les 2 groupes aux suivis 6 et 12 mois (RR 1,37 95 % CI 0,96, 1,95).	Selon 1 étude : Aucune différence significative entre les groupes aux suivis 6 mois (RR 1,3 95 % CI 1.0, 1.7) et 12 mois (RR1,25 95 % CI 0,97, 1,6).	2 études : Aucune différence significative entre les groupes en postintervention (SMD -0,03 95 % CI - 0,26, 0,21). 3études : Aucune différence significative entre les groupes (SMD - 0,08 95 % CI - 0,32, 0,17). 2 études : Aucune différence significative entre les groupes au suivi de 12 mois (SMD - 0,09 95 % CI - 0,43, 0,25).
DBT vs Intervention de contrôle (K=1)	Différence significative entre les 2 groupes : un peu moins de TS dans le groupe DBT VS groupes			Différence significative entre les 2 groupes : le groupe DBT montre un niveau de SI plus faible au

	Nb moy. d'incidents d'automutilation/ tentative de suicide (TS)	Nb de personnes impliquées dans des incidents d'automutilation multiples	Nb de personne qui s'automutile	Idées suicidaires (IS)
	de thérapie centrée sur le client au suivi 6 mois (MD - 4,58 95%CI - 8,13,- 1,03) et au suivi 12 mois (MD - 4,83 95% CI- 7,9,-1,76).			suivi 6 mois (MD - 10.5 95% CI - 16,38, - 4,62) et au suivi 12 mois (MD - 7,75 95% CI - 14,66, - 0,84).
Thérapies familiales vs TAU (K=2)		Au suivi de 6 mois : aucune différence significative (RR 1,01 95 %CI 0,47, 2,19).		Aucune différence significative entre les groupes en post intervention (SMD - 0,39 95 %CI - 1,07, 0,29) ni au suivi 6 mois (SMD - 0,38 95 % CI - 0,93, 0,17).
Intervention de conformité vs TAU (K=1)	Aucune donnée disponible.			
Youth nominated support team vs TAU(K=2)	Selon 1 étude : Aucune différence significative en postintervention (RR 1,55 95 %CI 0,83, 2,93).			
Emergency access card (K=1)	Selon 1 étude : Aucune différence significative entre les groupes au suivi 12 mois (RR 0,53 95 % CI 0,14, 1,93).			
Médication vs CBT (K=1)	Aucune donnée disponible.			
Médication vs CBT+médication (K=1)	Aucune donnée disponible.			
CBT vs CBT+ médication (K=1)	Aucune donnée disponible.			

Tableaux des résultats de la méta-analyse de Corcoran et al. (2011)

Table 2
ORs for suicide and self-harm events.

Study	Intervention # with event/total #	Controls # with event/total #	OR	95% CI
Posttest				
Rathus	1/29	7/82	0.383	0.045 to 3.252
Brent	1/14	1/15	1.077	0.0609 to 19.047
Greenfield	23/158	14/128	1.387	0.682 to 2.821
King	26/151	16/138	1.586	0.811 to 3.102
Huey	10/74	7/82	1.674	0.603 to 4.651
Deykin	172/175	147/154	2.730	0.694 to 10.748
Total (fixed effects)	233/601	192/599	1.492	1.001 to 2.224
Total (random effects)	233/601	192/599	1.514	1.008 to 2.274
6–7 Month follow-up				
Amis	4/12	10/12	0.100	0.0144 to 0.693
Wood	2/32	10/31	0.140	0.0278 to 0.706
Diamond	4/35	7/31	0.442	0.116 to 1.688
Donaldson	4/15	2/16	2.545	0.391 to 16.551
Hazell	30/34	23/34	3.587	1.011 to 12.731
Total (random effects)	44/128	52/124	0.590	0.142 to 2.444
Total (fixed effects)	44/128	52/124	0.678	0.376 to 1.223

Table 3
Suicidal ideation: Cohen's ds and CIs at posttest.

Study	N Intervention	N Control	Total	d	95% CI
Diamond	35	31	66	-0.917	-1.437 to 0.398
Tang	35	38	73	-0.768	-1.253 to 0.283
Amish	15	15	30	-0.373	-1.129 to 0.382
Rotherman	65	75	140	-0.263	-0.599 to 0.0737
Donaldson	15	16	31	-0.141	-0.877 to 0.595
Wood	28	29	57	-0.104	-0.635 to 0.427
Harrington	79	75	154	-0.0677	-0.386 to 0.251
Hazell	35	37	72	-0.0466	-0.517 to 0.424
Katz	32	30	62	0.117	-0.391 to 0.626
Total (fixed effects)	339	346	685	-0.254	-0.406 to 0.103
Total (random effects)	339	346	685	-0.274	-0.497 to 0.0515

Tableaux des résultats de la méta-analyse de Cox et al. (2014)

Comparison 1. Psychological therapy versus antidepressant medication

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1 Remission by clinical interview (post-intervention) ITT	2	268	Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.62 [0.28, 1.35]
2 Remission by clinical interview (post-intervention) OC	2	220	Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.52 [0.27, 0.98]
3 Remission by clinical interview (six to nine months follow-up) ITT	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
4 Remission by clinical interview (six to nine months follow-up) OC	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
5 Dropouts (post-intervention)	2	271	Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.61 [0.11, 3.28]
6 Dropouts (six to nine months follow-up)	2	223	Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	1.17 [0.63, 2.19]
7 Suicidal ideation (post-intervention)	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
8 Suicidal ideation (six to nine months follow-up)	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
9 Suicidal ideation (post-intervention)	2	268	Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-3.12 [-5.91, -0.33]
10 Suicidal ideation (six to nine months follow-up)	2	268	Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-2.89 [-5.49, -0.28]
11 Suicidal ideation (12 months follow-up)	1		Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Totals not selected
12 Remission by cut-off (post-intervention)	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
13 Remission by cut-off (six to nine months follow-up)	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
14 Remission by cut-off (12 months follow-up)	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
15 Depression symptoms clinician rated (CDRS-R) (post-intervention)	1		Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Totals not selected
16 Depression symptoms clinician rated (CDRS-R) (six to nine months follow-up)	1		Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Totals not selected
17 Depression symptoms clinician rated (CDRS-R) (12 months follow-up)	1		Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Totals not selected
18 Depression symptoms self rated (post-intervention)	2	255	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	0.16 [-0.69, 1.01]
19 Depression symptoms self rated (six to nine months follow-up)	2	268	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.04 [-0.51, 0.42]
19 Depression symptoms clinician rated (CDRS-R) (six to nine months follow-up)	2	408	Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.27 [-2.26, 1.72]
20 Depression symptoms clinician rated (CDRS-R) (12 months follow-up)	1		Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Totals not selected
21 Depression symptoms self rated (post-intervention)	5	683	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.14 [-0.36, 0.09]
22 Depression symptoms self rated (six to nine months follow-up)	4	610	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.06 [-0.28, 0.17]
23 Depression symptoms self rated (12 months follow-up)	2	368	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.26 [-0.46, -0.05]
24 Functioning (post-intervention)	3	396	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	0.09 [-0.11, 0.28]
25 Functioning (six to nine months follow-up)	3	385	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	0.08 [-0.12, 0.28]
26 Functioning (12 months follow-up)	1		Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Totals not selected

Comparison 3. Combination therapy versus psychological therapy

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1 Remission by clinical interview (post-intervention) ITT	2	265	Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	1.61 [0.38, 6.90]
2 Remission by clinical interview (post-intervention) OC	2	222	Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	1.82 [0.38, 8.68]
3 Remission by clinical interview (six to nine months follow-up) ITT	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
4 Remission by clinical interview (six to nine months follow-up) OC	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
5 Dropouts (post-intervention)	2	265	Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	1.23 [0.12, 12.71]
6 Dropouts (six to nine months follow-up)	2	231	Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.75 [0.40, 1.42]
7 Suicidal ideation (post-intervention)	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
8 Suicidal ideation (six to nine months follow-up)	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
9 Suicidal ideation (post-intervention)	2	265	Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	0.60 [-2.25, 3.45]
10 Suicidal ideation (six to nine months follow-up)	2	265	Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	1.78 [-2.29, 5.85]
11 Suicidal ideation (12 months follow-up)	1		Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Totals not selected
12 Remission by cut-off (post-intervention)	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
13 Remission by cut-off (six to nine months follow-up)	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
14 Remission by cut-off (12 months follow-up)	1		Odds Ratio (M-H, Random, 95% CI)	Totals not selected
15 Depression symptoms clinician rated (CDRS-R) (post-intervention)	1		Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Totals not selected
16 Depression symptoms clinician rated (CDRS-R) (six to nine months follow-up)	1		Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Totals not selected
17 Depression symptoms clinician rated (CDRS-R) (12 months follow-up)	1		Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Totals not selected
18 Depression symptoms self rated (post-intervention)	2	265	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.28 [-1.41, 0.84]
19 Depression symptoms self rated (six to nine months follow-up)	2	265	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.16 [-0.63, 0.31]
20 Depression symptoms self rated (12 months follow-up)	1		Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Totals not selected
21 Functioning (post-intervention)	1		Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Totals not selected
22 Functioning (six to nine months follow-up)	1		Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Totals not selected

Level 1: Well-Established	Level 2: Probably Efficacious	Level 3: Possibly Efficacious	Level 4: Experimental	Level 5: Questionable Efficacy
—	CBT-Individual + CBT-Family + Parent Training (SA) FBT-Attachment (SI) FBT-Parent training only (SITB) IPT-Individual (SI) Psychodynamic therapy-Individual + Family (DSH)	FBT-Ecological (SA)	CBT-Individual (DSH, SI) CBT-Individual + CBT-Family (SE, SI) CBT skills-Group (SI) DBT (DSH, NSSI, SI) DBT-Group only (SI) FBT-Emergency (DSH, SA, SI) FBT-Problem-focused (SI) Resource interventions-Individual (DSH, SA, SI) Support-based interventions (SI)	CBT skills + DBT skills + Psychodynamic therapy skills-Group (DSH)

Annexe H

Complément sur les aspects légaux

- **Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)**

Au Québec, cette loi permet exceptionnellement de protéger une personne contre son gré lorsqu'elle représente un danger grave pour elle-même ou pour autrui, soit la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

- **Code civil du Québec**

Les articles 26 à 31 du Code civil du Québec doivent être appliqués dès que le mineur présente un danger pour lui-même.

SECTION II

De la garde en établissement et de l'évaluation psychiatrique

26. Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise.

Le consentement peut être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou, lorsque la personne est majeure et qu'elle ne peut manifester sa volonté, par son mandataire, son tuteur ou son curateur. Ce consentement ne peut être donné par le représentant qu'en l'absence d'opposition de la personne.

1991, c. 64, a. 26; 1997, c. 75, a. 29.

27. S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.

Si le danger est grave et immédiat, la personne peut être mise sous garde préventive, sans l'autorisation du tribunal, comme il est prévu par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001).

1991, c. 64, a. 27; 1997, c. 75, a. 30.

28. Lorsque le tribunal ordonne une mise sous garde en vue d'une évaluation psychiatrique, un examen doit avoir lieu dans les 24 heures de la prise en charge par l'établissement de la personne concernée ou, si celle-ci était déjà sous garde préventive, de l'ordonnance du tribunal.

Si le médecin qui procède à l'examen conclut à la nécessité de garder la personne en établissement, un second examen psychiatrique doit être effectué par un autre médecin, au plus tard dans les 96

heures de la prise en charge ou, si la personne était initialement sous garde préventive, dans les 48 heures de l'ordonnance.

Dès lors qu'un médecin conclut que la garde n'est pas nécessaire, la personne doit être libérée. Si les deux médecins concluent à la nécessité de la garde, la personne peut être maintenue sous garde, pour un maximum de 48 heures, sans son consentement ou l'autorisation du tribunal.

1991, c. 64, a. 28; 1997, c. 75, a. 31.

29. Tout rapport d'examen psychiatrique doit porter, notamment, sur la nécessité d'une garde en établissement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, sur l'aptitude de la personne qui a subi l'examen à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens et, le cas échéant, sur l'opportunité d'ouvrir à son égard un régime de protection du majeur.

Il doit être remis au tribunal dans les sept jours de l'ordonnance. Il ne peut être divulgué, sauf aux parties, sans l'autorisation du tribunal.

1991, c. 64, a. 29; 1997, c. 75, a. 32.

30. La garde en établissement à la suite d'une évaluation psychiatrique ne peut être autorisée par le tribunal que si les deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde.

Même en ce cas, le tribunal ne peut autoriser la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire, quelle que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise.

1991, c. 64, a. 30; 1997, c. 75, a. 33; 2002, c. 19, a. 1.

30.1. Le jugement qui autorise la garde en fixe aussi la durée.

La personne sous garde doit, cependant, être libérée dès que la garde n'est plus justifiée, même si la période fixée n'est pas expirée.

Toute garde requise au-delà de la durée fixée par le jugement doit être autorisée par le tribunal, conformément aux dispositions de l'article 30.

2002, c. 19, a. 1.

31. Toute personne qui est gardée dans un établissement de santé ou de services sociaux et y reçoit des soins doit être informée par l'établissement du plan de soins établi à son égard, ainsi que de tout changement important dans ce plan ou dans ses conditions de vie.

Si la personne est âgée de moins de 14 ans ou si elle est inapte à consentir, l'information est donnée à la personne qui peut consentir aux soins pour elle.

1991, c. 64, a. 31.

Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

L'article 19.0.1 de la LSSSS énonce ce qui suit :

Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut être communiqué, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace l'usager, une autre personne ou un groupe de personnes identifiables. Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours. Ils ne peuvent l'être que par une personne ou une personne appartenant à une catégorie de personnes autorisée par le directeur des services professionnels et diagnostiques ou, à défaut d'un tel directeur, par le directeur général de l'établissement. Les personnes ainsi autorisées ne peuvent communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication. Le directeur général de l'établissement doit, par directive, établir les conditions et les modalités suivant lesquelles les renseignements peuvent être communiqués. Toute personne autorisée à communiquer ces renseignements est tenue de se conformer à cette directive.

L'objectif visé par la communication d'un renseignement contenu au dossier de l'usager, sans son consentement, est la prévention d'un acte de violence, incluant un suicide, sous réserve que l'intervenant ait un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable.

Il est donc requis avant de procéder à la communication d'un renseignement contenu au dossier de l'usager de vérifier que les quatre conditions suivantes sont dûment remplies :

- 1) Un motif raisonnable.
- 2) Le caractère imminent du danger.
- 3) Le risque de blessures graves.
- 4) Seuls les renseignements nécessaires aux fins poursuivies.

Loi 21

Dans le contexte québécois de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (projet de loi 21), le diagnostic demeure un acte réservé à certains professionnels. Face à ce défi, les critères diagnostiques propres aux maladies mentales les plus associées au suicide ont été opérationnalisés à partir des comportements ou d'indicateurs observables et significatifs sur le plan clinique.

Annexe I

Critères d'évaluation du JCCAP

TABLE 1
Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology Evaluation Criteria for Evidence-Based Treatments

Methods criteria:

1. Group design: Study involved a randomized controlled design
2. Independent variable defined: Treatment manuals or logical equivalent were used for the treatment
3. Population clarified: Conducted with a population, treated for specified problems, for whom inclusion criteria have been clearly delineated
4. Outcomes assessed: Reliable and valid outcome assessment measures gauging the problems targeted (at a minimum) were used
5. Analysis adequacy: Appropriate data analyses were used and sample size was sufficient to detect expected effects

Level 1: Well-Established Treatments

Evidence criteria

- 1.1. Efficacy demonstrated for the treatment in at least two (2) independent research settings and by two (2) independent investigatory teams demonstrating efficacy by showing the treatment to be either:
 - 1.1.a. Statistically significantly superior to pill or psychological placebo or to another active treatment
 OR
 - 1.1.b. Equivalent (or not significantly different) to an already well-established treatment in experiments
 AND
- 1.2. All five (5) of the Methods Criteria

Level 2: Probably Efficacious Treatments

Evidence criteria

- 2.1. There must be at least two good experiments showing the treatment is superior (statistically significantly so) to a waitlist control group
- OR
- 2.2. One or more good experiments meeting the Well-Established Treatment level with the one exception of having been conducted in at least two independent research settings and by independent investigatory teams
- AND
- 2.3. All five (5) of the Methods Criteria

Level 3: Possibly Efficacious Treatments

Evidence criterion

- 3.1. At least one good randomized controlled trial showing the treatment to be superior to a wait list or no-treatment control group
- AND
- 3.2. All five (5) of the Methods Criteria
- OR
- 3.3. Two or more clinical studies showing the treatment to be efficacious, with two or more meeting the last four (of five) Methods Criteria, but none being randomized controlled trials

Level 4: Experimental Treatments

Evidence criteria

- 4.1. Not yet tested in a randomized controlled trial
- OR
- 4.2. Tested in one or more clinical studies but not sufficient to meet Level 3 criteria.

Level 5: Treatments of Questionable Efficacy

- 5.1. Tested in good group-design experiments and found to be inferior to other treatment group and/or wait-list control group (i.e., only evidence available from experimental studies suggests the treatment produces no beneficial effect).

Note: Criteria adapted from Silverman and Hinshaw (2008) and Division 12 Task Force on Psychological Interventions' reports (Chambless et al., 1998), Chambless and Hollon (1998), and Chambless and Ollendick (2001). Criteria for methodology described in Chambless and Hollon (1998).

Annexe J

Liste des éléments essentiels à inclure dans un protocole portant les interventions sur le suicide auprès des mineurs

- L'évaluation d'un risque suicidaire est un acte médical qui doit donc exclusivement être posé par un médecin.
- Les personnes autorisées à consentir aux soins, à l'hospitalisation ou à une garde en établissement pour le mineur sont les titulaires de l'autorité parentale ou les tuteurs.
- L'autorisation du tribunal n'est pas requise pour administrer des soins, hospitaliser ou garder en établissement un mineur de moins de 14 ans: le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.
- L'autorisation du tribunal n'est pas requise non plus pour garder en établissement un mineur suicidaire de 14 ans et plus: le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.
- Si le mineur de 14 ans et plus, apte, a besoin de soins et les refuse, il faut alors s'adresser au tribunal en vertu de l'article 16 C.c.Q. qui devrait recevoir application. Si ce mineur est, au contraire, inapte à prendre une décision, l'autorité parentale ou celle du tuteur reprend sa place.
- En cas d'absence, d'inaction ou de refus injustifié du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur à l'égard du traitement ou de la garde en établissement, il faut s'adresser au tribunal. Si le mineur présente un danger pour lui-même ou pour autrui, il doit être gardé en établissement. En l'absence de son consentement ou d'un consentement substitué, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui doit s'appliquer comme pour un adulte, et ce, quel que soit son âge.
- Toute situation d'urgence physique, mentale ou psychologique (alors que la vie est en danger ou l'intégrité menacée), lorsque le danger est grave et immédiat, permet de procéder sans consentement ni autorisation du tribunal, à des soins ou à la garde en établissement en vertu des articles 13 et 27 al. 2 C.c.Q. La situation doit être régularisée par la suite selon les dispositions législatives spécifiques.
- On ne doit signaler à la DPJ que les cas où une personne a un «motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement est compromis», au sens de la Loi sur la protection de la jeunesse, quel que soit l'âge du mineur.
- Toute personne professionnelle qui prodigue des soins ou autres formes d'assistance à un mineur et qui a un «motif raisonnable de croire que sa sécurité ou son développement est compromis», a l'obligation légale de signaler la situation au Directeur de la protection de la jeunesse, et ce, même si elle est liée par le secret professionnel.
- Un signalement à la DPJ n'est requis que dans les cas où il semble que le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur ne fait pas le nécessaire pour que le mineur reçoive les soins appropriés.
- Un signalement à la DPJ est également requis s'il apparaît que la situation nécessite des services psychosociaux que l'enfant de 14 ans et plus ou sa famille refuse.

Extraits de Boutet, 2002, pp. 424-425.



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



Unité d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en services sociaux

Site : Centre jeunesse de Québec

Février 2016