

CONFIDENTIEL

Québec, le 26 mai 2025

N/Réf. : [REDACTED]

Objet : Réponse à votre demande d'accès à l'information

Bonjour,

Je donne suite à votre demande d'accès à l'information que j'ai reçue le 8 mai dernier, par laquelle vous souhaitez obtenir « une copie du rapport suivant : Association des centres jeunesse du Québec. (1999). Médecins et intervenants des centres jeunesse se concertent sur un plan commun de lutte au suicide. Le suicide chez les usagers des centres jeunesse : il est urgent d'agir!, rapport préparé par le comité formé des représentants de l'Association des centres jeunesse du Québec, du Collège des médecins du Québec et du Protecteur du citoyen. » Vous souhaitez « également savoir s'il y a eu une mise à jour ou des documents supplémentaires qui sont nés du projet » et, le cas échéant, en obtenir une copie.

Décision

Vous trouverez ci-joint le rapport demandé. Par ailleurs, nous n'avons pas retracé de mise à jour de ce rapport, ni de documents supplémentaires qui auraient découlé de ce rapport.

Conformément à l'article 51 de la Loi sur l'accès, je vous informe que vous pouvez demander la révision de cette décision auprès de la Commission d'accès à l'information. Vous trouverez ci-joint une note relative à l'exercice de ce recours.

Si vous désirez plus de renseignements sur la décision, vous pouvez nous écrire à l'adresse suivante : acces@protecteurducitoyen.qc.ca, en mentionnant le numéro de votre dossier en objet.

Veillez recevoir mes salutations distinguées.

ORIGINAL SIGNÉ

Stéphanie Julien
Responsable de l'accès aux documents
et de la protection des renseignements personnels

p. j.

AVIS DE RECOURS

À la suite d'une décision rendue en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.

Révision

a) Pouvoir

L'article 135 de la Loi prévoit qu'une personne peut, lorsque sa demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels ou dans le cas où le délai prévu pour répondre est expiré, demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision. La demande de révision doit être faite par écrit et elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art. 137).

Les coordonnées de la Commission d'accès à l'information sont les suivantes :

QUÉBEC

Bureau 2.36

525, boul. René-Lévesque Est

Québec (Québec) G1R 5S9

Téléphone : 418 528-7741

Télécopieur : 418 529-3102

Téléphone sans frais : 1 888 528-7741

MONTREAL

Bureau 900

2045, rue Stanley

Montréal (Québec) H3A 2V4

Téléphone : 514 873-4196

Télécopieur : 514 844-6170

Téléphone sans frais : 1 888 528-7741

Courrier électronique : cai.communications@cai.gouv.qc.ca

b) Motifs

Les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

c) Délais

Les demandes de révision doivent être adressées à la Commission d'accès à l'information dans les 30 jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande (art. 135).

La Loi prévoit spécifiquement que la Commission d'accès à l'information peut, pour motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de 30 jours (art. 135).

ANNEXE

Textes des dispositions sur lesquels la décision s'appuie
--

RLRQ, chapitre A-2.1

LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. La présente loi s'applique aux documents détenus par un organisme public dans l'exercice de ses fonctions, que leur conservation soit assurée par l'organisme public ou par un tiers.

Elle s'applique quelle que soit la forme de ces documents: écrite, graphique, sonore, visuelle, informatisée ou autre.

45. Le responsable doit informer la personne qui lui fait une demande verbale de la possibilité de faire une demande écrite et que seule une décision sur une demande écrite est susceptible de révision en vertu de la présente loi.

47. Le responsable doit, avec diligence et au plus tard dans les vingt jours qui suivent la date de la réception d'une demande:

1° donner accès au document, lequel peut alors être accompagné d'informations sur les circonstances dans lesquelles il a été produit;

1.1° donner accès au document par des mesures d'accommodement raisonnables lorsque le requérant est une personne handicapée;

2° informer le requérant des conditions particulières auxquelles l'accès est soumis, le cas échéant;

3° informer le requérant que l'organisme ne détient pas le document demandé ou que l'accès ne peut lui y être donné en tout ou en partie;

4° informer le requérant que sa demande relève davantage de la compétence d'un autre organisme ou est relative à un document produit par un autre organisme ou pour son compte;

5° informer le requérant que l'existence des renseignements demandés ne peut être confirmée;

6° informer le requérant qu'il s'agit d'un document auquel le chapitre II de la présente loi ne s'applique pas en vertu du deuxième alinéa de l'article 9;

7° informer le requérant que le tiers concerné par la demande sera avisé par avis public;

8° informer le requérant que l'organisme demande à la Commission de ne pas tenir compte de sa demande conformément à l'article 137.1.

Si le traitement de la demande dans le délai prévu par le premier alinéa ne lui paraît pas possible sans nuire au déroulement normal des activités de l'organisme public, le responsable peut, avant l'expiration de ce délai, le prolonger d'une période n'excédant pas 10 jours. Il doit alors en donner avis au requérant par écrit dans le délai prévu par le premier alinéa.

51. Lorsque la demande est écrite, le responsable rend sa décision par écrit et en transmet copie au requérant et, le cas échéant, au tiers qui a présenté des observations conformément à l'article 49.

La décision doit être accompagnée du texte de la disposition sur laquelle le refus s'appuie, le cas échéant, et d'un avis les informant du recours en révision prévu par la section III du chapitre IV et indiquant notamment le délai pendant lequel il peut être exercé.

135. Une personne dont la demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels peut demander à la Commission de réviser cette décision.

Une personne qui a fait une demande en vertu de la présente loi peut demander à la Commission de réviser toute décision du responsable sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur l'application de l'article 9 ou sur les frais exigibles.

Ces demandes doivent être faites dans les trente jours qui suivent la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé par la présente loi au responsable pour répondre à une demande. La Commission peut toutefois, pour un motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter ce délai.

137. La demande de révision doit être faite par écrit; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée.

Avis en est donné à l'organisme public par la Commission.

Lorsque la demande de révision porte sur le refus de communiquer un renseignement fourni par un tiers, la Commission doit en donner avis au tiers concerné.

Lorsque la Commission, après avoir pris des moyens raisonnables pour aviser un tiers par la transmission d'un écrit, ne peut y parvenir, elle peut l'aviser autrement, notamment par avis public dans un journal diffusé dans la localité de la dernière adresse connue du tiers. S'il y a plus d'un tiers et que plus d'un avis est requis, les tiers ne sont réputés avisés qu'une fois diffusés tous les avis.

Médecins et intervenants des centres jeunesse se concertent sur un plan commun de lutte au suicide

LE SUICIDE CHEZ LES USAGERS DES CENTRES JEUNESSE : IL EST URGENT D'AGIR!



Rapport préparé par le comité formé de représentants de l'Association des centres jeunesse du Québec, du Collège des médecins du Québec et du Protecteur du citoyen

Avril 1999

342.0667
097145
5948
1999 ex.1
#3401

Québec, le 12 avril 1999

Monsieur Daniel Jacoby, Protecteur du citoyen

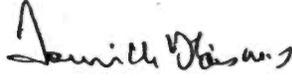
Monsieur Pierre Lamarche, directeur général
Association des centres jeunesse du Québec

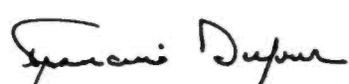
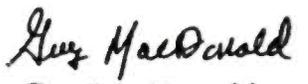
Monsieur Yves Lamontagne, président
Collège des médecins du Québec

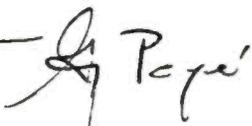
Messieurs,

Conformément au mandat qui lui a été confié, le Comité sur le suicide chez les jeunes vous remet son rapport. Nous espérons avoir répondu aux attentes qui nous ont été exprimées. Nous sommes heureux d'avoir pu apporter notre contribution, si modeste soit-elle, à la lutte pour la préservation du bien le plus précieux de nos jeunes : la vie.

Les membres du Comité,

			
Louise Baillargeon	Danielle Blais	François Chagnon	Gilles Clavel

			
Francine Dufour	Lambert Farand	Sonia Gilbert	Guy MacDonald

			
Claude Marquette	Guy Pagé	Marie-José Péroquin	Johanne Piché

LE PROTECTEUR DU CITOYEN
CENTRE
DE
DOCUMENTATION

Table des matières

Avant-propos.....	1
À l'origine de la création du Comité	3
La mort par suicide d'un adolescent et la détresse de ses parents.....	3
Le mandat.....	5
L'ampleur du phénomène	7
La prévalence du suicide chez les jeunes.....	7
Les jeunes sous la responsabilité des centres jeunesse : à très haut risque	8
La recherche menée par le Comité	11
Constats	14
Un leadership qui favorise le morcellement des actions.....	14
Les jeunes à risque suicidaire ont besoin d'accéder à des services de qualité offerts en concertation	15
Les préjugés sur la maladie mentale et la psychiatrie : des obstacles de taille.....	17
Médecins et intervenants sociaux des centres jeunesse : des professionnels que tout sépare quand tout devrait les rapprocher, au bénéfice des jeunes	18
Des contextes bien distincts de prise en charge.....	20
Les prises en charge des médecins	22
Les prises en charge dans les centres jeunesse	23
La protection de la jeunesse.....	24
La responsabilisation des jeunes contrevenants	27
La réadaptation	27
Au-delà des mandats, leur application	28
Agir sur le risque suicidaire.....	30
Principes directeurs	31
Les règles de droit.....	32
Conclusion	33
Recommandations	34
Annexe	38
Les règles de droit et leur application	39
Les droits reconnus par la loi.....	39
Les droits de la personne	39
Les droits des usagers.....	41
Les droits des enfants	41
L'exercice des droits.....	42
Le droit aux services et les ressources des établissements.....	42
Le droit aux soins et le consentement aux soins.....	43
La confidentialité d'un dossier et la collaboration inter-réseaux.....	44
Le secret professionnel et l'obligation de signalement.....	46
La prépondérance des droits.....	47
Bibliographie.....	49

«Une vie humaine est une vie où on a à penser à demain, à regarder les autres, à transformer les choses. Alors, je crois que le message d'espoir est un message de lucidité : chacun est quelqu'un dont les autres ont besoin pour faire avancer les choses et il n'y a personne de trop sur cette terre.»

Albert Jacquard

Avant-propos

Le suicide chez les jeunes est-il un phénomène alarmant au Québec? Sans hésiter, il faut répondre oui à cette question et reconnaître qu'il s'agit d'un problème grave de santé publique qui devrait être considéré comme prioritaire.

Depuis une quarantaine d'années et dans la plupart des pays industrialisés, la mortalité par suicide a connu des hausses marquées, dans tous les groupes d'âges des deux sexes. En même temps, un peu partout, on continuait d'observer que la propension au suicide augmentait avec l'âge, les taux maximums se trouvant chez les hommes plus âgés.¹

Au Québec, la hausse s'est également produite dans tous les groupes d'âges mais nous nous sommes distingués en passant, à plus d'un égard, dans les pelotons de tête, tant par comparaison avec les autres provinces canadiennes qu'avec les autres pays industrialisés.²

Il faut souligner avec insistance, la croissance spectaculaire et continue des taux de suicide chez nos jeunes et particulièrement dans le groupe des garçons de 15 à 19 ans où, de 1961 à 1991, le taux a progressé de 1635 %.³ Cette « **surmortalité**

¹ Y. D'AMOURS, *Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes*, Gouvernement du Québec, Conseil permanent de la jeunesse du Québec, Septembre 1995, p. 61.

² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *S'entraider pour la vie - Propositions d'une stratégie québécoise d'actions face au suicide*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Février 1997, p.p. 60 ss.; CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE, *Le suicide chez les jeunes - S.O.S. Jeunes en détresse!*, Gouvernement du Québec, Conseil permanent de la jeunesse, Québec, Février 1997, p.p. 14 ss.; ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC, *Le phénomène du suicide chez les jeunes - La prévention et l'intervention dans les centres jeunesse*, Association des centres jeunesse, Montréal, Novembre 1995, p.p. 4 ss.

³ *Id.*, A.C.J.Q., *Le phénomène...*, p.6; C.P.J., *Le suicide...*, p. 14.

particulièrement élevée des jeunes québécois de sexe masculin trouve peu d'équivalent ailleurs dans le monde ».⁴

Certes, bien des inconnues demeurent. Par contre, un nombre important de recherches, menées sur le **suicide de jeunes de 15 ans et plus**, indiquent clairement **la présence de psychopathologies⁵ dans plus de 85 % de ces suicides**. Elles montrent aussi que de nombreux autres facteurs viennent agir en conjoncture dans la genèse de suicides complétés. Sont notamment soulignés, les facteurs associés à la famille et au milieu de vie et ceux reliés aux événements stressants de la vie⁶.

C'est là un constat malheureusement encore ignoré d'une majorité de ceux qui interviennent auprès des jeunes. Il devient urgent de le véhiculer largement pour que tous ces jeunes aux prises avec leur détresse puissent recevoir les soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit pour la surmonter.

Une société dont le taux de suicide de ses jeunes atteint une telle ampleur est en situation de grande souffrance. L'État a un rôle de premier plan à jouer. La société est en droit de lui demander d'investir rapidement dans la recherche afin de comprendre les divers aspects du phénomène et d'assurer, véritablement, la disponibilité des ressources et des instruments essentiels à la vie et à la sauvegarde de la vie de sa jeunesse.

⁴ *Id.*, note 1.

⁵ Nous référons ici à toute maladie mentale ou désordre psychiatrique répertorié(e) à la classification internationale des maladies mentales (DMS IV).

⁶ D. BRENT, « Facteurs de risques associés au suicide à l'adolescence : revue des recherches », dans HÔPITAL SAINTE-JUSTINE, *P.R.I.S.M.E.*, Automne 1995, vol. 5, n° 4, p. 362; P.GAGNÉ, « Le suicide chez les moins de 20 ans », dans *P.R.I.S.M.E.*, *loc. cit.*, p. 375; voir aussi : CONSEIL CONSULTATIF DE PHARMACOLOGIE, *Le traitement de la dépression*, Gouvernement du Québec, Conseil consultatif de pharmacologie, Québec, 1996, p.p. 14 et 22 ss.

1

À l'origine de la création du Comité

La mort par suicide d'un adolescent et la détresse de ses parents.

Le suicide d'un adolescent de 14 ans ayant reçu les services d'un centre jeunesse et les démarches faites par les parents auprès de différentes instances, sont à l'origine des présents travaux du comité.

Ils reprochaient au centre jeunesse de ne pas avoir demandé l'évaluation pédopsychiatrique qu'ils pensaient nécessaire. Ils réclamaient que les responsables des divers organismes concernés reconnaissent leurs lacunes de fonctionnement, revoient leurs approches et travaillent en concertation et en collaboration avec les jeunes et leurs familles de telle sorte que de semblables drames ne se reproduisent plus.

Dans un premier temps, le Protecteur du citoyen, l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) et le centre jeunesse concerné se sont réunis pour analyser la situation et identifier les pistes de solution qui permettraient de cerner les améliorations à apporter pour mieux dépister et intervenir auprès de jeunes suicidaires des centres jeunesse (CJ) et faire en sorte que de tels drames soient évités.

Ils ont conclu à l'existence d'un sérieux problème d'arrimage entre les divers organismes concernés, tout particulièrement le problème de référence et d'accès aux ressources spécialisées en psychiatrie à des fins de consultation, de diagnostic, d'évaluation et de traitement de problèmes psychopathologiques, particulièrement pour les jeunes suicidaires des centres jeunesse.

De là est né le projet d'un groupe de travail piloté par le Protecteur du citoyen réunissant des représentants du Collège des médecins et des centres jeunesse, en vue d'étudier les modalités de mise en œuvre d'une interface entre les réseaux médical et social. Le comité formé de quatre médecins spécialistes et généralistes, de quatre

experts émanant des centres jeunesse et de trois délégués du Protecteur du citoyen, a débuté ses travaux le 21 janvier 1998. Une autre déléguée du Protecteur du citoyen s'est jointe au comité en cours de mandat.

2

Le mandat

Puisque le Comité est né d'un désir d'éliminer les obstacles empêchant la concertation entre les deux principaux réseaux d'intervention auprès des jeunes suicidaires, soit les réseaux médico-hospitalier et psychosocial, son mandat est essentiellement de proposer des solutions concrètes à ce problème après en avoir cerné l'ampleur. L'énoncé du mandat se lit comme suit :

« Dans le but de diminuer le nombre de suicides chez les jeunes de moins de 18 ans qui sont connus, soit du réseau des services sociaux, soit du réseau médical, soit des deux, et après avoir :

- identifié les clientèles visées et leurs milieux de vie;
- cerné le problème et son ampleur;
- précisé les droits des jeunes concernés;
- inventorié les ressources disponibles, leurs utilisations et leurs difficultés;

le Comité doit proposer des MOYENS CONCRETS de réaliser l'arrimage des ressources des milieux médicaux et sociaux en précisant le rôle des différentes ressources et les liens qu'elles doivent entretenir entre elles, dès lors que l'une est appelée à intervenir auprès d'un jeune suicidaire. L'objectif ultime est que tout jeune suicidaire soit évalué promptement par la ressource la plus compétente et, s'il présente un haut risque de suicide, que les soins et services requis par son état lui soient fournis immédiatement, dans un effort de concertation entre les acteurs concernés. »

Le Comité était, bien sûr, conscient qu'une partie des jeunes qui se suicident échappent au réseau de la santé comme à celui des centres jeunesse. Le Comité a tout de même choisi de se centrer sur les deux principaux réseaux et d'envisager l'objectif

de prévention dans le sens plus restrictif de « prévention du suicide chez les jeunes à haut risque, connus de ces deux réseaux » et cela, pour les raisons suivantes :

- le problème de jonction entre les deux réseaux était à ce point grave qu'il fallait s'y intéresser prioritairement et cibler leurs contraintes respectives à mener des interventions efficaces auprès des jeunes à haut risque, à commencer par les difficultés à dépister correctement ces jeunes;

- il y avait urgence d'agir pour prévenir tout suicide de jeunes en contact direct avec l'un ou l'autre des deux réseaux;

- l'information était déficiente quant aux actions qui sont ou ne sont pas posées à l'égard des jeunes suicidaires par l'un ou l'autre des réseaux. Pour cerner aussi précisément que possible l'ampleur du problème, il convenait donc de s'intéresser d'abord aux jeunes qui se sont effectivement suicidés parce que des données plus précises pouvaient être obtenues à leur sujet.

3

L'ampleur du phénomène

La prévalence du suicide chez les jeunes

Le suicide est un phénomène extrêmement complexe qui affecte de plus en plus de personnes. Au Canada comme dans la plupart des pays du monde industrialisé, les taux de décès par suicide ont été, au cours des trois dernières décennies, en constante progression. Bien que ce phénomène soit observable sur l'ensemble de la population canadienne, les jeunes forment un sous-groupe au sein duquel la hausse des suicides a été particulièrement marquée et le demeure.

Le Québec n'a pas échappé à cette tendance. Il est l'une des provinces où les taux de suicide chez les jeunes sont les plus élevés : au cours de l'année 1996, 112 québécois âgés de 10 à 19 ans sont décédés par suicide⁷. De 1980 à 1996 on a constaté, chez les jeunes québécois de 19 ans et moins, une augmentation du simple au double des taux de suicide (de 11,1 par 100,000 habitants à 20,5 par 100,000).

Tout comme on l'observe globalement en Amérique du Nord, le suicide affecte davantage les garçons québécois que les filles. Ainsi, on dénombre au Québec, au cours de l'année 1996, 17 décès par suicide chez les filles âgées de 15 à 19 ans (pour un taux global de 6,9 par 100,000 habitants) alors que, durant la même période, 83 adolescents masculins de ce groupe d'âge sont décédés par suicide (taux global 33,3 par 100,000). Le suicide est la cause de 31,5 % des décès dans ce groupe d'âge et constitue la deuxième cause de décès, après les accidents⁸.

⁷ DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, « Surveillance de la mortalité au Québec », 1998.

⁸ *Ibid*

Fait encore plus inquiétant, la progression se poursuit ici alors qu'elle ralentit ailleurs. En outre, les chercheurs ont observé que le taux de suicide associé à un groupe d'âge tend à se maintenir dans ce groupe, au fur et à mesure que ses membres vieillissent.⁹ L'observation se vérifie au Québec où, depuis 1970, chaque nouvelle génération de 15 à 24 ans (surtout masculine) a un taux de suicide plus élevé que la précédente et le maintient en vieillissant¹⁰.

On observe déjà une hausse du nombre de suicides chez les moins de 15 ans. On peut dès lors anticiper que la hausse des taux de suicide se poursuivra avec l'arrivée de nouvelles mini-génération. À moins de faire plus et mieux, dès maintenant.

Les jeunes sous la responsabilité des centres jeunesse : à très haut risque

En raison de leurs caractéristiques et de celles de leurs milieux de vie, les jeunes qui reçoivent des services des centres jeunesse au Québec forment un groupe à risque particulièrement élevé de suicide parce qu'ils présentent plusieurs facteurs de risque associés au suicide.

Ainsi, ces jeunes cumulent les pertes relationnelles, les échecs, les antécédents de violence et d'abus physique ou sexuel et les conflits interpersonnels, autant de facteurs qui augmentent la vulnérabilité et le risque de suicide. De même il est fréquent que l'on retrouve dans l'environnement de ces jeunes la présence de troubles psychiatriques ou d'antécédents suicidaires parmi les membres de la famille immédiate.

Toutefois, il n'existe actuellement aucune statistique officielle établissant les taux réels de décès par suicide chez ces jeunes. Les seules données concernant l'ampleur du phénomène du suicide parmi cette population de jeunes proviennent d'études effectuées auprès de sous-groupes d'adolescents et d'adolescentes admis ou inscrits en centre de réadaptation et de recherches en cours.

⁹ *Id.*, A.C.J.Q., « *Le phénomène...* », p. 6.

¹⁰ *Ibid*; voir aussi : C.P.J., « *Le point...* », 1995, p.p. 62-63.

Les premières données ont été fournies par l'enquête réalisée par Samson pour le compte de la Commission des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation¹¹. En réponse au questionnaire qui leur était soumis, les dirigeants de 39 centres de réadaptation ont recensé, qu'entre 1986 et 1988, huit suicides et 289 tentatives de suicides sont survenus chez des jeunes qui séjournaient dans ces centres. De plus, ils rapportaient que 19 jeunes s'étaient suicidés après leur séjour dans ces centres. Selon les responsables de l'enquête, le tableau ainsi obtenu demeure une mesure conservatrice du nombre de suicides dans ce sous-groupe spécifique, en raison des limites inhérentes à la méthode d'enquête¹².

Parallèlement, une étude menée par Desrosiers, Coderre, Bastien et Hamel¹³ auprès de 79 adolescents recevant des services de réadaptation dans la région de Lanaudière, a établi à 27,8 % le taux de tentative de suicide parmi les jeunes participants. La majorité de ces jeunes recevaient des services dispensés dans leur milieu de vie.

Enfin, deux études récentes montrent que les jeunes usagers des centres jeunesse présentent des taux très élevés d'idéations suicidaires et de tentative de suicide. Ainsi, Pronovost et Leclerc¹⁴ ont étudié la situation de 351 jeunes âgés de 11 à 18 ans, dans les premières semaines de leur admission en centre jeunesse au Québec, entre octobre 1997 et juin 1998. Ils établissent, qu'en date de l'étude, 33 % de ces jeunes avaient fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. En ce qui concerne les événements déclencheurs des épisodes suicidaires, 52 % des jeunes rapportaient des événements liés à des problèmes familiaux et 46 %, des événements liés à leur situation en centres jeunesse. Ces derniers se détaillent comme suit :

¹¹ Y. SAMSON, *Le phénomène du suicide chez les adolescents en centre de réadaptation*, Commission des centres de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation au Québec, Montréal, 1992.

¹² *Id.*, p.15.

¹³ M. DESROSIERS, R. CODERRE, M.F. BASTIEN, S. HAMEL, *Les tendances suicidaires chez une population adolescente à risque : étude comparative du réseau social et des stratégies de recherche d'aide des adolescents suicidaires et non suicidaires*, Département de santé communautaire de Lanaudière, Joliette (Québec), 1992, 171 p.

¹⁴ J. PRONOVOST, D. LECLERC en collaboration avec l'Association des centres jeunesse du Québec, *Le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en centres jeunesse : rapport final, faits saillants*, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, 1998, 22 p.

78,6 % de ces événements touchent plus spécifiquement la non-acceptation du placement par le jeune : la vie perçue comme difficile, l'« écoëurement », le fait de s'ennuyer de sa famille.

14,5 % sont reliés à l'attente du placement : crainte du placement ou d'être suivi par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), menace de placement faite par les parents, annonce du placement.

6,8 % se rapportent à des modifications relatives au placement : changement de point de service (3,4 %), prolongation du placement (1,7 %) retard apporté au placement ou fin du placement.

Par ailleurs, l'étude montre qu'il est crucial d'assurer une formation adéquate des intervenants. En effet, même si cette question ne faisait pas partie des objectifs de l'étude, les chercheurs ont observé qu'une proportion importante d'intervenants étaient incapables de se prononcer sur la présence ou l'absence de caractéristiques hautement associées au risque suicidaire chez les jeunes dont ils avaient nouvellement la charge. Les proportions ont varié de 21 % à 41 % selon les caractéristiques en cause.

Une autre étude, menée par Chagnon¹⁵ auprès d'un échantillon de 160 jeunes de 14 à 17 ans admis en internat dans deux établissements des Centres jeunesse de Montréal entre avril 1995 et mai 1996, révèle des résultats comparables à ceux de Pronovost et Leclerc (1998) : 60 % des participants (n = 96) rapportent au moins un épisode suicidaire au cours des trois dernières années (idéations suicidaires 21 %; tentative de suicide 39 %). Plus de la moitié des jeunes qui ont commis une tentative de suicide (58,7 %) ont consulté un médecin à la suite d'une tentative de suicide; 46,8 % des jeunes ont été hospitalisés à la suite de cette tentative de suicide. Par ailleurs, 41,9 % des jeunes étaient admis dans un centre jeunesse lors de leur dernière tentative.

Ces données sont, bien sûr, encore parcellaires mais elles sont très inquiétantes parce qu'elles témoignent de taux de tentative de suicide de 4 à 10 fois supérieurs à ceux que l'on observe dans la population des jeunes québécois en général¹⁶. Ces taux

¹⁵ F. CHAGNON, *Étude des manifestations suicidaires chez des adolescents admis en centres jeunesse dans la région de Montréal*, (document soumis pour publication), 1998.

¹⁶ Voir à ce sujet : L. CÔTE, J. PRONOVOST, C. ROSS, « Comportements suicidaires et idéations suicidaires chez les adolescents québécois », dans *Psychologie médicale*, 1990, Vol. 22 (5), p.p. 389-392; M. TOUSIGNANT, M.F. BASTIEN, S. HAMEL, *Famille, écologie sociale et comportements suicidaires chez les adolescents québécois*, Conseil québécois de la recherche sociale, Québec, 1993, 85 p.; C. BELLEROSÉ, *Enquête sociale et de santé*, 1992-1993, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux : Santé Québec, 1994, 72 p.

s'accordent toutefois, dans l'ensemble, avec les résultats provenant d'études menées en sol américain auprès de groupes de jeunes relativement comparables.¹⁷

La recherche menée par le Comité

Afin de mieux documenter l'ampleur de la problématique, le comité a mené sa propre recherche portant sur les jeunes québécois de 18 ans et moins qui se sont suicidés en 1995 et en 1996. Le comité voulait déterminer dans quelle mesure ces jeunes avaient reçu ou non des services des centres jeunesse et des services médicaux avant leur décès.

En utilisant une méthode approuvée par la Commission d'accès à l'information du Québec destinée à préserver la confidentialité des informations utilisées dans la recherche, les données du Bureau du Coroner portant sur tous les cas de suicides de jeunes de 18 ans et moins survenus en 1995 et en 1996 furent transmises aux directions des 16 centres jeunesse du Québec, à la Régie de l'assurance-maladie du Québec et au Ministère de la santé et des services sociaux (fichier MED-ECHO) afin de déterminer l'utilisation des services des centres jeunesse et des services médicaux par les jeunes suicidés.

Au cours des deux années étudiées, 177 jeunes de 18 ans et moins se sont suicidés au Québec, 135 garçons et 42 filles. L'âge moyen des garçons était de 16,6 ans au moment du suicide et celui des filles était de 16,1 ans. Au moins 27 % des jeunes décédés en 1995 et 39 % des jeunes décédés en 1996 avaient déjà reçu des services des centres jeunesse (57 sur 177) : 40 % de ces jeunes recevaient encore des services au moment du décès (23 sur 57); 39 % en avaient reçu au cours de l'année précédant le décès (22 sur 57). Ceci représente un estimé conservateur puisque la procédure de recherche des dossiers dans les centres jeunesse n'était pas normalisée et que d'autres travaux ont montré que la recherche de dossiers par les centres jeunesse générait un certain nombre de faux négatifs. Par ailleurs, les données des centres jeunesse, conservées pour une période maximale de cinq ans, ne remontaient qu'à deux ou trois ans avant le décès : les jeunes qui auraient été suivis par les centres jeunesse avant cette période n'ont donc pu être identifiés. De plus, ces données n'incluaient pas les

¹⁷ P. RHODE, J. R. SEELEY, D. E. MACE, « Correlates of Suicidal Behavior in a Juvenile Detention Population » dans *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 27 (2), p.p. 164-175.

jeunes signalés en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)* mais dont le signalement n'avait pas été retenu, ce qui représente environ un signalement sur deux au cours de cette période.

Nous avons observé, par ailleurs, que 39 % des jeunes suicidés ayant reçu des services des centres jeunesse recevaient leurs derniers services en vertu de la *LPJ* et 51 % en vertu de la *Loi sur les jeunes contrevenants (LJC)*. Un petit nombre de ces jeunes recevaient des services en vertu de plus d'une loi.

Ainsi, 25 % (45 sur 177) des jeunes de moins de 18 ans qui se sont suicidés au Québec au cours des années 1995 et 1996 étaient encore suivis par les centres jeunesse au moment de leur suicide ou l'avaient été dans les mois précédents. Ceci suggère que la clientèle des centres jeunesse présente un risque de suicide beaucoup plus élevé que la population des jeunes en général. Ceci suggère également que les centres jeunesse pourraient jouer un rôle important dans la prévention du suicide parmi leur clientèle.

En ce qui concerne les services médicaux, 79 % des jeunes suicidés avaient vu un médecin dans l'année précédant leur décès et 24 % avaient vu un médecin dans le mois précédant leur décès. Par ailleurs, 12 % des jeunes suicidés avaient consulté un médecin pour un problème d'ordre psychiatrique dans l'année précédant le décès et 6 % avaient vu un médecin pour un problème d'ordre psychiatrique dans le mois précédant leur décès. Les médecins sont donc eux aussi en contact avec une proportion importante des jeunes québécois qui se suicident. Si l'on considère qu'environ 85 % des jeunes qui se suicident souffrent d'une psychopathologie qui est en général déjà présente dans les semaines précédant le geste suicidaire¹⁸, on peut supposer que les médecins pourraient eux aussi jouer un rôle important dans la prévention du suicide parmi leur clientèle, notamment en dépistant mieux ces conditions.

Les données obtenues dans le cadre de cette étude ne permettent pas d'évaluer le niveau d'échange entre les centres jeunesse et les médecins. On observe toutefois que, parmi les jeunes suicidés, les clients des centres jeunesse ont été plus souvent hospitalisés (28 %) et ont consulté plus souvent le médecin (91 %) au cours des cinq ans précédant leur décès que les jeunes suicidés qui n'ont pas été suivis par les centres jeunesse dont 13 % ont été hospitalisés et 73 % ont vu le médecin au cours de la même période. Cette différence est encore plus importante en ce qui concerne les hospitalisations et les consultations reliées à des problèmes d'ordre psychiatrique : la

¹⁸ *Id.*, note 6.

proportion des jeunes suicidés usagers des centres jeunesse qui ont été hospitalisés pour des problèmes d'ordre psychiatrique au cours des cinq années précédant leur suicide (25 %) est environ trois fois plus élevée que pour les non usagers (7 %); en ce qui concerne les consultations médicales reliées à des problèmes d'ordre psychiatrique dans les cinq années précédant le décès, les proportions d'usagers et de non usagers des centres jeunesse parmi les jeunes suicidés sont respectivement de 44 % et de 13 %. Plusieurs jeunes suicidés ont donc reçu à la fois des services des centres jeunesse et des services médicaux mais, encore une fois, les données de l'étude ne permettent pas de juger du niveau d'échange entre les deux types d'intervenants.

En conclusion, bien qu'elles représentent un estimé conservateur du taux réel de suicide, les données recueillies dans le cadre de cette étude témoignent de l'importance de la problématique du suicide chez les jeunes qui reçoivent des services des centres jeunesse. Par ailleurs, l'étude met en évidence le fait que la très grande majorité des jeunes qui décèdent par suicide sont en contact avec des professionnels du réseau de la santé et/ou des services psychosociaux et de réadaptation au cours de l'année qui précède leur décès. De même, une proportion comparable de jeunes suicidés (environ 25 %) est soit suivie par les centres jeunesse au moment du décès ou a reçu des services médicaux au cours du mois précédant le décès. Bien qu'il ne soit pas possible sur la base de cette étude de discuter de la qualité ou de l'adéquation des services dispensés aux jeunes victimes, il est logique de penser que l'amélioration de ces services, notamment par une concertation accrue des efforts déployés par ces deux groupes d'intervenants et la bonification des interventions, pourrait diminuer le nombre de décès par suicide chez les jeunes.

4

Constats

De tout temps, l'homme a mis au point des systèmes capables de produire l'horreur tout en étant fondés sur la somme des bonnes intentions de chacun. Il n'y a qu'à découper l'action, qu'à cloisonner chaque opération, qu'à rendre presque impossible la communication horizontale et à immerger le tout dans un océan de consignes, de normes et de règlements. Chacun fait terriblement bien ce qu'il a à faire, chaque action est sans reproche, mais en bout de ligne, c'est l'horreur. [...] dans une proportion importante de familles en grande détresse sociale, non seulement nous ne sommes pas « aidants », mais nous entretenons le drame ou même l'aggravons. Je ne mets pas en cause ici la Protection de la jeunesse; il est trop facile d'accuser les autres et cela fait justement partie du scénario. Non, je parle du système de déportation de nos responsabilités collectives vers un éternel ailleurs qui fait que, aujourd'hui encore, nous participons, chacun d'entre nous, au drame des « misérables ». Certains par des actions mais, la plupart, par omission. Les « misérables » ont comme caractéristique d'être la responsabilité des « autres » ... Jusqu'à ce qu'une autorité s'en occupe!

Jean Bédard¹⁹

Un leadership qui favorise le morcellement des actions

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est le grand responsable de l'organisation des services médicaux et psychosociaux. Malgré l'accroissement constant du taux de suicide au Québec depuis 30 ans, et plus particulièrement chez les jeunes, il n'a pas véritablement assumé le leadership qu'il fallait pour stopper cette progression et agir sur les causes.

¹⁹ J. BÉDARD, « Les misérables et la communauté », dans *L'Agora*, Février-mars 1998, Vol. 5, n° 2, p. 18.

identifier les symptômes, tels qu'ils se présentent chez ces jeunes. Il leur faut aussi développer ensemble les outils et les moyens d'intervenir d'une façon concertée auprès de chaque jeune en tenant compte des symptômes qu'il présente et des conditions psychosociales dans lesquelles il se trouve.

Par ailleurs, l'information perçoit encore moins dans le grand public. Les parents, les proches, les amis et tous les adultes qui interviennent auprès des jeunes, notamment dans le milieu scolaire, doivent être davantage sensibilisés pour être en mesure de réagir promptement aux signes de détresse qui se manifestent chez les jeunes, avant que leur état ne se détériore.

Les préjugés sur la maladie mentale et la psychiatrie : des obstacles de taille

Dans la population en général, le simple fait de devoir subir une évaluation psychiatrique fait peur : peur d'être étiqueté malade mental, peur de perdre la maîtrise de soi, peur de porter les stigmates sa vie durant, peur enfin d'avoir à prendre des médicaments perçus comme agressifs.

Ces craintes sont parfois partagées par certains intervenants et contribuent à renforcer les préjugés des patients. En outre, on méconnaît la rigueur scientifique des recherches qui s'effectuent dans ce domaine, autant pour identifier les causes des maladies mentales que pour développer de nouvelles approches de traitement. L'apport de la psychiatrie n'est encore trop souvent recherché qu'en période de crise.

L'évolution de la psychiatrie, depuis une vingtaine d'années, a conduit à une compréhension bio-psycho-sociale de la psychopathologie. Les composantes biologiques de plusieurs psychopathologies ont été identifiées et des traitements pharmacologiques efficaces ont été développés. Par ailleurs, des psychothérapies de plus en plus spécifiques reposant sur des approches cognitivo-comportementales ont été également introduites et se révèlent efficaces surtout lorsque combinées aux pharmacothérapies.

Les facteurs sociaux impliqués dans la genèse de la psychopathologie sont également reconnus en psychiatrie. Le modèle bio-psycho-social présente donc une avenue intéressante permettant d'intégrer les interventions des deux groupes (médical et psychosocial). Cependant, les intervenants ont parfois tendance à mettre de l'avant la composante qui leur est la plus familière en fonction de leur champ de compétence.

pouvoir agir sur les situations de compromission en même temps que d'assurer à ces jeunes les soins médicaux dont ils ont besoin, sur les plans physique et mental.

L'étude statistique réalisée par le comité a, par ailleurs, montré que la très grande majorité des jeunes qui sont décédés par suicide au cours des années 1995 et 1996, avaient été en contact avec des professionnels de l'un ou l'autre des réseaux ou des deux à la fois, dans l'année précédant leur décès. Ceux qui étaient connus du réseau des centres jeunesse avaient un taux plus élevé de consultations médicales et d'hospitalisations que les autres jeunes, y compris pour un motif psychiatrique.

Les limites méthodologiques de cette recherche ne permettent toutefois pas de conclure, à partir de celle-ci, à l'existence ou à l'absence d'une concertation entre les deux réseaux à l'égard de ces jeunes. On doit cependant constater que les interventions n'ont pas réussi à prévenir le suicide de ces jeunes.

Une partie de la population des jeunes est, on l'a vu, aux prises avec des problèmes psychopathologiques et des problèmes de comportement qui sont importants, prévalents, complexes, atypiques et qui originent de multiples facteurs tant médicaux que sociaux, familiaux et environnementaux.

Le phénomène du suicide est l'une des manifestations de ces problèmes. On serait justifié de croire que les services sont généralement accessibles à ces jeunes. Tel n'est pas véritablement le cas. Les difficultés d'accès aux services psychiatriques existent partout avec des variantes. Elles sont particulièrement graves dans les régions éloignées des grands centres. Ceci a un impact direct sur les délais encourus par les centres jeunesse lorsqu'ils cherchent à obtenir des services pédopsychiatriques pour les jeunes sous leur garde, qu'il s'agisse de demandes de consultation, d'évaluation ou de traitement. Ces délais peuvent s'étendre sur des mois et deviennent critiques pour des jeunes en développement pour qui le temps compte d'une façon prioritaire.

À cet égard, les membres sont d'avis que la télémédecine pourrait constituer un des moyens d'assurer un support aux équipes en difficultés.

Il faut, de toute évidence, que des mécanismes de liaison soient créés entre les services spécialisés en pédopsychiatrie et les médecins qui ont une clientèle d'enfants et d'adolescents, les généralistes et les pédiatres notamment. Les intervenants sociaux des centres jeunesse devraient aussi être intégrés à ces mécanismes.

Il est primordial que tous les intervenants reconnaissent l'importance des psychopathologies chez les jeunes à risque suicidaire, et qu'ils soient en mesure d'en

identifier les symptômes, tels qu'ils se présentent chez ces jeunes. Il leur faut aussi développer ensemble les outils et les moyens d'intervenir d'une façon concertée auprès de chaque jeune en tenant compte des symptômes qu'il présente et des conditions psychosociales dans lesquelles il se trouve.

Par ailleurs, l'information perçoit encore moins dans le grand public. Les parents, les proches, les amis et tous les adultes qui interviennent auprès des jeunes, notamment dans le milieu scolaire, doivent être davantage sensibilisés pour être en mesure de réagir promptement aux signes de détresse qui se manifestent chez les jeunes, avant que leur état ne se détériore.

Les préjugés sur la maladie mentale et la psychiatrie : des obstacles de taille

Dans la population en général, le simple fait de devoir subir une évaluation psychiatrique fait peur : peur d'être étiqueté malade mental, peur de perdre le contrôle de soi, peur de porter les stigmates sa vie durant, peur enfin d'avoir à prendre des médicaments perçus comme agressants.

Ces craintes sont parfois partagées par certains intervenants et contribuent à renforcer les préjugés des patients. En outre, on méconnaît la rigueur scientifique des recherches qui s'effectuent dans ce domaine, autant pour identifier les causes des maladies mentales que pour développer de nouvelles approches de traitement. L'apport de la psychiatrie n'est encore trop souvent recherché qu'en période de crise.

L'évolution de la psychiatrie, depuis une vingtaine d'années, a conduit à une compréhension bio-psycho-sociale de la psychopathologie. Les composantes biologiques de plusieurs psychopathologies ont été identifiées et des traitements pharmacologiques efficaces ont été développés. Par ailleurs, des psychothérapies de plus en plus spécifiques reposant sur des approches cognitivo-comportementales ont été également introduites et se révèlent efficaces surtout lorsque combinées aux pharmacothérapies.

Les facteurs sociaux impliqués dans la genèse de la psychopathologie sont également reconnus en psychiatrie. Le modèle bio-psycho-social présente donc une avenue intéressante permettant d'intégrer les interventions des deux groupes (médical et psychosocial). Cependant, les intervenants ont parfois tendance à mettre de l'avant la composante qui leur est la plus familière en fonction de leur champ de compétence.

Lorsqu'elle s'intéresse aux enfants et aux adolescents, la psychiatrie ou pédopsychiatrie affronte d'autres défis. Non seulement les préjugés à l'égard de la maladie mentale sont-ils là aussi, très présents, mais la majorité des gens trouvent difficile d'admettre que des êtres aussi jeunes puissent souffrir de maladies mentales. Parce que l'adolescence entraîne de nombreux bouleversements, des symptômes reliés à des psychopathologies peuvent être erronément interprétés comme des manifestations normales du développement de l'autonomie et de l'identité. En outre, les jeunes ne sont pas toujours capables d'exprimer leurs malaises avec des mots. Il faut plutôt les décoder à partir des attitudes et des comportements. Aussi, non seulement les symptômes de psychopathologies peuvent-ils varier brusquement en intensité mais ils ne se présentent pas selon le même tableau clinique que chez l'adulte. La psychopathologie chez les jeunes est donc particulièrement difficile à diagnostiquer.

Médecins et intervenants sociaux des centres jeunesse : des professionnels que tout sépare quand tout devrait les rapprocher, au bénéfice des jeunes

Le succès de toute intervention en vue de dépister, prendre en charge, diagnostiquer, traiter ou assurer le suivi d'un jeune en détresse suicidaire, repose sur un subtil dosage de compétences humaines, professionnelles et scientifiques.

Ni les médecins, ni les intervenants sociaux ne possèdent l'ensemble des compétences nécessaires pour intervenir seuls sur tous les problèmes qui affectent les jeunes à haut risque de suicide.

Les écarts de pensée entre les membres des diverses professions, médicales et psychosociales, créent depuis longtemps des tensions qui affectent et même compromettent l'efficacité globale de chacune des ressources chargées d'intervenir auprès des jeunes à risque de suicide. Les tensions sont répercutées au coeur même des interventions individuelles où trop de professionnels perçoivent les actions des autres professionnels comme autant d'intrusions dans leur champ de compétence spécifique.

Les membres du comité reconnaissent d'emblée que le manque de concertation entre professionnels constitue un problème majeur qui peut accroître le risque de suicide chez les jeunes. S'il existe à des degrés divers, dans toutes les sphères d'activités du

réseau de la santé et des services sociaux, il affecte cruellement les efforts de tous ceux qui tentent d'agir sur la problématique du suicide chez les jeunes et les réduit très souvent à l'impuissance et à l'échec.

Ni les facultés universitaires qui forment médecins et intervenants sociaux, ni les organismes professionnels ou syndicaux qui les regroupent, ni les établissements n'ont suffisamment cherché à établir des liens fonctionnels ou à susciter le partage des nouvelles connaissances entre eux ou entre professionnels de diverses spécialités. Des frontières artificielles, érigées de longue date entre des champs d'expertise pourtant connexes, perpétuent la méfiance et l'ignorance et continuent de freiner l'action.

Même dans chaque spécialité, la distance est parfois très grande entre ceux qui cherchent à ouvrir sur de nouvelles connaissances et ceux qui pourraient les mettre à profit concrètement dans leurs interventions quotidiennes.

Un problème important est celui de la jonction entre les centres jeunesse et la pédopsychiatrie.

Il faut d'abord préciser que la DPJ et les centres jeunesse reçoivent de plus en plus de jeunes qui présentent des difficultés se situant à la frontière de l'adaptation et de la psychiatrie. Les difficultés de ces jeunes et de leur famille sont complexes, les manifestations sont souvent spectaculaires et percutantes; ces « troubles de comportement » peuvent être réactionnels à des situations familiales et sociales très perturbées; ils sont généralement l'expression de souffrances importantes, de troubles plus profonds, de problèmes psychopathologiques difficiles à diagnostiquer. Leurs besoins appellent les réponses de « deux univers » de services forts différents mais qui se doivent d'être complémentaires et profondément arrimés.

Or, l'expertise de la DPJ et les services des centres jeunesse d'une part et les services psychiatriques d'autre part relèvent de deux univers fort différents, de deux cultures ayant chacune sa vision, son langage et ses règles incluant des préjugés mutuels, de sorte que les intervenants ont du mal à se rencontrer et à se concerter.

La vision du travail en complémentarité auprès des jeunes est peu ou pas élaborée, donc très peu partagée. Les psychiatres déplorent chez les intervenants des CJ l'insuffisance des connaissances pour le dépistage des troubles en santé mentale. Certains psychiatres ne sont pas toujours intéressés à travailler avec les intervenants des CJ, et certains parmi ceux-ci négligent de reconnaître l'expertise des autres intervenants et refusent de travailler en complémentarité avec le monde médical. Bref,

on se connaît peu ou pas, on ignore ses spécificités et ses limites, les processus et procédures de l'autre : chacun évolue dans des couloirs qui se rencontrent peu ou pas.

Malgré tout, une conviction demeure, celle de la nécessité absolue de travailler en étroite collaboration, en concertation.

Cependant, certaines conditions de base sont essentielles : d'abord, la reconnaissance de cette indispensable complémentarité, la présence d'un désir partagé de travailler en alliance, le respect mutuel, la connaissance et l'acceptation des spécificités et limites de chacun, un apprivoisement réciproque de l'univers des autres intervenants, la création de réseaux personnalisés. Ceci pourra favoriser une compréhension commune des besoins des jeunes et de leur famille, une vision des services complémentaires à leur offrir et des conditions à mettre en place pour leur actualisation : formations communes, mécanismes de coordination, ententes de services, protocoles d'intervention, partage de responsabilités.

Les membres du Comité sont bien conscients qu'un contexte aussi global ne peut être modifié qu'à long terme. C'est pourquoi il est essentiel d'intervenir dès maintenant et de proposer les solutions les plus concrètes possibles. Ils souhaitent toutefois que leurs travaux et la diffusion qui en sera faite convainquent les décideurs à tous les niveaux et la population, de l'urgence d'agir sur la problématique du suicide chez nos jeunes. Sans une volonté commune de mobiliser tous ceux qui sont en contact avec des jeunes à haut risque, d'agir en synergie dans les activités de recherche, de formation, de dépistage, d'intervention, sans une intégration des ressources, sans une mise à contribution des connaissances, des approches, des habiletés de chacun, le suicide continuera de faucher des jeunes alors qu'une majorité d'entre eux pourraient être aidés.

Des contextes bien distincts de prise en charge

Les différences fondamentales qui séparent les deux réseaux et celles qui opposent souvent des professionnels dans chacun des réseaux, sont au cœur même des problèmes d'arrimage. La situation n'est pas nouvelle. Il y a bientôt 10 ans, le Rapport du Groupe de travail sur l'application des mesures de protection de la jeunesse, mieux connu sous le nom de « Rapport Harvey »²⁰, dans son bilan sur

²⁰ GROUPE DE TRAVAIL SUR L'APPLICATION DES MESURES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE, *La protection sur mesure - un projet collectif*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1991, 164 p.

l'application des mesures de protection de la jeunesse après une première décennie, situait cette problématique comme l'élément majeur du manque de concertation.

Plusieurs facteurs contributoires étaient soulignés, notamment : la multiplicité des intervenants, des établissements et des cadres légaux d'intervention, le caractère empirique des connaissances dans les disciplines de sciences humaines et la difficulté d'en mesurer les résultats, les difficultés particulières de l'intervention en contexte d'autorité. Autant d'aspects freinant l'action de chacun, au détriment d'une protection réelle et efficace des jeunes.

Voici un passage du diagnostic posé alors et qui, encore aujourd'hui, s'avère d'une grande pertinence²¹.

« Le corpus des connaissances dont s'inspirent les professions appelées à intervenir auprès du jeune en difficulté diffèrent considérablement; chaque profession s'intéresse à des dimensions différentes de la personne et base son intervention sur des principes fondamentaux qui varient. Ainsi, face à une même problématique, des professionnels de diverses disciplines feront une lecture différente de la situation, poseront un diagnostic distinct et pourront même formuler des prescriptions contradictoires. Ces écarts constituent donc une force centrifuge qui amène des professionnels intervenant dans une même situation à prôner des stratégies et tactiques divergentes. Dans certains cas, la « raison d'état » que constitue l'intérêt supérieur de l'enfant amène les intervenants à trouver des compromis acceptables, souvent aux dépens des priorités découlant de la loi en vertu de laquelle ils œuvrent, en glissant sur certains préceptes professionnels, ou encore à l'encontre des priorités et des politiques de leur établissement. Malheureusement, parfois il arrive aussi que l'intérêt de l'enfant cède le pas à l'un ou l'autre des impératifs qui lui font concurrence. Dans de tels cas, chaque intervenant cherche à contrôler la situation et à infléchir le plan de traitement vers les solutions qu'il préconise. Voici quelques exemples :

- *Psychiatre et intervenant social : l'un cherche à préserver sa relation thérapeutique avec un parent que l'autre considère dangereux pour son enfant.*
- *Éducateur et intervenant social : l'un veut régler les problèmes de troubles de comportement sérieux chez l'adolescent par une approche de réadaptation, l'autre attribue davantage la problématique à une dynamique psychosociale malsaine et cherche à s'attaquer au problème en établissant un nouveau réseau d'aide pour le jeune. »*

²¹ *Id.*, p.63.

Les 155 recommandations formulées par le groupe de travail auraient-elles eu toutes les suites espérées, que le présent comité n'aurait eu aucune raison d'être, dix ans plus tard.

Plus fondamental encore, il y aurait davantage de mains tendues aux divers points de jonction entre les deux réseaux. Le filet de sécurité ainsi créé serait suffisamment solide et serré qu'aucun jeune en contact avec l'un ou l'autre des professionnels, ne serait privé des soins médicaux ou des services sociaux dont il a besoin pour surmonter une détresse suicidaire ou une souffrance qui risque de le conduire au suicide. Il faut qu'aujourd'hui cesse de signifier demain, pour tous ces jeunes et ces parents qui demandent de l'aide.

Les prises en charge des médecins

L'étude menée dans le cadre de nos travaux démontre que la très grande majorité des jeunes qui se suicident avaient consulté des médecins dans l'année précédant leur décès (79 %); 24 % avaient vu un médecin dans le mois précédant leur décès.

Ces médecins exercent en cabinet privé, en CLSC ou en milieu hospitalier. Ils sont omnipraticiens ou spécialistes. Des jeunes de plus de 14 ans les consultent de leur propre chef; d'autres, dont les plus jeunes, viennent accompagnés le plus souvent de leurs parents, mais aussi, lorsqu'ils sont sous l'autorité du directeur de la protection de la jeunesse, parce que des intervenants les y emmènent. D'autres enfin sont conduits à l'urgence en situation de crise ou après une tentative de suicide.

À l'exception des psychiatres et de certains médecins qui s'intéressent de près à la santé mentale de leurs patients, la plupart des médecins ont une pratique essentiellement axée sur la santé physique générale ou sur les aspects en lien direct avec leur spécialité. Au quotidien, ils mettront forcément l'accent sur le contrôle des symptômes de maladies ou de désordres physiques. Les faits et circonstances qui les ont fait apparaître ou les personnes en présence sont d'intérêt dans la mesure où ils permettent au médecin de rassembler les divers éléments qui expliquent l'état physique du patient.

Lorsqu'un jeune consulte et que le médecin reconnaît des indices de désordre psychiatrique, il a la responsabilité immédiate de s'assurer que le jeune patient soit pris en charge par un pédopsychiatre, un psychiatre ou, si cela est impossible, par un médecin omnipraticien adéquatement formé en santé mentale. Cette situation ne pose vraisemblablement pas de problème si ce n'est celui de l'accessibilité aux ressources spécialisées, particulièrement dans certaines régions.

Par contre, les psychopathologies ne sont pas nécessairement apparentes lors d'une consultation. Les recherches indiquent, en effet, que les désordres psychiques peuvent se développer graduellement ou être déclenchés brusquement sous l'effet de divers facteurs. Ils peuvent fort bien être masqués par les malaises physiques qui amènent le jeune à consulter ou être confondus avec les difficultés comportementales qui peuvent apparaître lors de la puberté.

Même si les médecins partagent avec de nombreuses autres personnes le rôle de dépister les maladies mentales, tout médecin qui voit un jeune patient porte alors la responsabilité du dépistage. Il devrait donc être sensible aux indices qui témoignent d'un dysfonctionnement psychique non seulement chez le jeune mais aussi chez les personnes de son entourage. C'est un fait maintenant connu que la présence de psychopathologies dans la famille est associée à l'augmentation du risque suicidaire chez les enfants d'où la nécessité d'évaluer les antécédents familiaux ²².

Le médecin doit d'autant plus se soucier des antécédents et de la situation globale existant dans la famille du jeune suicidaire qu'il se doit de vérifier, même sommairement, le désir et la capacité des parents de venir en aide à leur enfant en difficulté. Si le désir ou cette capacité sont absents, le développement et même la vie du jeune suicidaire peuvent être compromis. Le médecin doit alors, conformément à la *Loi sur la protection de la jeunesse*, signaler la situation au DPJ.

Les prises en charge dans les centres jeunesse

La recherche effectuée par le comité a montré comme nous l'avons vu qu'au moins 1/3 des jeunes (57 sur 177) qui se sont suicidés au cours des années 1995 et 1996 au Québec recevaient des services des centres jeunesse au moment de leur décès ou en avaient déjà reçu. Compte tenu que 85 % des jeunes qui se suicident sont affectés d'une forme de psychopathologie, il est primordial qu'ils soient dépistés à temps et reçoivent les soins médicaux dont ils ont besoin, en même temps qu'ils bénéficient des mesures de protection jugées nécessaires à leur sécurité et à leur développement.

Depuis avril 1993, les établissements publics chargés de venir en aide aux enfants, aux jeunes et aux jeunes mères qui connaissent de graves difficultés psychosociales ou d'adaptation sont fusionnés ou sont regroupés au sein des centres jeunesse. Ces organisations, qui fournissent aussi des services aux familles des enfants et des jeunes en difficulté, chapeautent donc, sous une seule administration, les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, les Centres de réadaptation pour jeunes en

²² *Id.*, D. BRENT, « Facteurs de risque... », p. 367.

difficulté d'adaptation et les Centres pour mères en difficulté d'adaptation d'une même région. Lors de leur création, et avant les fusions d'établissements dans certaines régions, les centres jeunesse du Québec regroupaient 63 établissements publics et employaient près de 8 000 intervenants sociaux.

La mission des centres jeunesse intègre, à toutes fins utiles, les missions confiées par la *Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS)* aux centres de la protection de l'enfance et de la jeunesse et aux centres de réadaptation. Les centres jeunesse exercent donc leur mandat dans le cadre de cette loi, mais aussi de la *Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)*, de la *Loi sur les jeunes contrevenants (LJC)* et du *Code civil du Québec* (notamment, les dispositions relatives à l'adoption, à la recherche des antécédents biologiques, à la médiation et à l'expertise devant la Cour supérieure en matière de garde d'enfants).

Les centres jeunesse sont directement imputables de certains de ces mandats, tels que ceux du Directeur de la protection de la jeunesse et ceux du Directeur provincial (dans le cadre de la *LJC*), même s'ils exercent ces mandats en partenariat. L'imputabilité de certains autres mandats est assumée conjointement avec des partenaires. C'est le cas, par exemple, des mandats d'adaptation sociale et de réadaptation, découlant de la *LSSSS* et de la Politique de la Santé et du Bien-être. On pense ici à des services psychosociaux, des services de placement et de réadaptation, d'intégration sociale, d'accompagnement, de soutien ou d'urgence sociale. On pense également à la participation à des stratégies pour réduire l'incidence de problèmes tels que l'abandon, la négligence, les abus physiques ou sexuels, les troubles de comportement ou la délinquance.

Dans le cadre du présent document, nous nous arrêtons aux trois mandats des centres jeunesse qui ont le plus grand impact sur la question que nous examinons : la protection de la jeunesse, la responsabilisation des jeunes contrevenants et la réadaptation.

La protection de la jeunesse

Les centres jeunesse ont le mandat d'assurer la protection des enfants et des jeunes dont la sécurité ou le développement est présumé compromis en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. Leurs objectifs sont de mettre fin à la situation de compromission (en assurant la sécurité, l'intégrité physique, sexuelle et psychologique ainsi que le développement des jeunes signalés à la protection de la jeunesse) et de faire en sorte que cette situation ne se reproduise pas.

Dans le cadre de ce mandat exclusif à la DPJ, les directeurs de la protection de la jeunesse des centres jeunesse :

- reçoivent et traitent les signalements;
- décident si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis;
- décident de l'orientation à donner à l'intervention;
- révisent les situations et décident de la fin des mesures de protection;
- exercent des tutelles;
- reçoivent les consentements généraux en matière d'adoption et demandent au tribunal de déclarer un enfant admissible à l'adoption;
- autorisent ou présentent aux tribunaux des demandes de divulgation de renseignement;
- réfèrent, avec leur consentement, les personnes aux organismes appropriés.

Pour être en mesure d'exercer ce mandat, les centres jeunesse procèdent à l'évaluation de la situation des enfants signalés. Ils doivent donc juger de la pertinence de recourir à une judiciarisation de la situation ou convenir d'une entente comportant des mesures volontaires, notamment : le placement en ressources de type familial, le suivi en milieu familial, le placement en réadaptation soit en foyer de groupe soit en internat. Ils doivent aussi déterminer les autres mesures de protection et d'aide, ainsi que désigner des personnes autorisées à intervenir au nom du DPJ. On trouve, à la page suivante, un tableau faisant état de la situation globale en cette matière.

**PORTRAIT DE LA SITUATION DU QUÉBEC
EN PROTECTION DE LA JEUNESSE
DU 1^{er} AVRIL 1997 au 31 MARS 1998²³**

90 000 appels reçus par les différents services de protection de la jeunesse (accueil, réception, traitement des signalements) :

▶ **40 000 demandes de services** d'information et de consultation venant de la population et des professionnels (secteur social et de la santé, secteur scolaire, police, etc.)

▶ **50 000 signalements** reçus :

- 25 000 signalements non retenus à l'étape de la réception et du traitement des signalements (50 %);
- 14 500 évaluations avec conclusion « sécurité / développement non compromis » (58 %);
- 10 500 évaluations avec conclusion « sécurité / développement compromis » (42 %) ayant entraîné la prise en charge à l'étape de l'application des mesures :
 - 50 % en milieu naturel;
 - 38 % en famille d'accueil;
 - 12 % en établissement.

N.B. Cette situation est stable depuis au moins trois ans.

²³ GROUPE D'EXPERTS EN ORGANISATION CLINIQUE EN MATIÈRE JEUNESSE, (A. Lebon, prés.) *État de la situation et recommandations au regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1998, p. 14.

La responsabilisation des jeunes contrevenants

Dans le cadre de la *Loi sur les jeunes contrevenants*, les centres jeunesse ont pour mandat d'assurer la protection de la société, l'adaptation et l'intégration sociale de ces jeunes, le développement de la compétence parentale et la réduction des récidives. Ils doivent remplir ce mandat en responsabilisant le jeune et en mobilisant la communauté. Pour ce faire, les centres jeunesse fournissent ou s'assurent que l'on fournit des services relatifs aux aspects suivants :

- l'évaluation de la situation sociale et de la criminalité du jeune;
- l'élaboration de rapport prédécisionnel;
- le suivi probatoire;
- les mesures de rechange et les mesures compensatoires;
- l'exécution des mesures ordonnées;
- les milieux de garde et de détention provisoire;
- les ressources alternatives aux milieux de garde;
- la réadaptation et l'intégration sociale.

L'exercice de ce mandat suppose donc, entre autres tâches, le développement et l'offre de programmes adaptés ainsi que la collaboration avec des organismes diversifiés.

La réadaptation

Les centres jeunesse ont enfin le mandat de fournir des services de réadaptation à certains jeunes qui manifestent des troubles graves de comportement, ceux dont le développement est compromis, qui ont besoin d'être protégés parce qu'ils se mettent en situation de danger ou qui ont besoin d'être accompagnés dans leur démarche de responsabilisation. Leur objectif est alors de restaurer le fonctionnement social du jeune et la capacité de son milieu familial à assurer sa protection et son développement ou encore de fournir au jeune un nouveau milieu de vie stable dans lequel il pourra poursuivre son développement en toute sécurité.

Ces objectifs pourront être atteints en vertu d'une entente volontaire ou d'une ordonnance du tribunal et exigeront la mise en œuvre des moyens suivants : l'évaluation des besoins, l'application de mesures d'aide, de soutien et d'accompagnement, le développement et la mise en œuvre d'approches alternatives au placement, le recours au placement (sa préparation, son suivi), le développement de programmes de réadaptation, les activités de réinsertion sociale, l'établissement et la mise en œuvre d'un projet de vie.

Au-delà des mandats, leur application

Si les centres jeunesse sont imputables de ces trois mandats, ils ne peuvent, en revanche, s'en acquitter seuls et de manière isolée. Bien sûr, il leur faut développer leurs propres compétences et renforcer leur expertise, mais ils doivent également compter sur le savoir, les compétences et l'expertise de leurs partenaires. Cela est vrai sur de nombreux plans, qu'il s'agisse de détecter, de cerner ou de « démêler » certaines problématiques complexes (psychopathologie, déficience intellectuelle, suicide, toxicomanie, mauvais traitements physiques ou abus sexuel, troubles de comportement), d'évaluer les situations, d'élaborer des plans d'intervention, d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes ou des traitements, de prévenir la répétition des situations dangereuses ou la récurrence, d'aider le jeune à se réadapter à son milieu, à se doter d'un projet de vie, etc.

Au cours des dernières années, la pratique de la protection de la jeunesse et de la réadaptation ont été l'objet de commentaires critiques et de recommandations de la part de divers organismes tels la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ), le Vérificateur général du Québec et le Coroner. Le comité Lebon estime que la situation est « maîtrisée » en ce qui a trait aux jeunes contrevenants. « Par ailleurs, en protection, la situation est stable depuis trois ans, mais elle demeure préoccupante et sérieuse bien qu'elle a déjà été plus critique ». Des faiblesses importantes du système ont été mises en lumière. Parmi celles-ci, il convient de noter les suivantes :

- la formation du personnel (formation de base, formation d'entrée et formation continue) est incomplète, particulièrement en ce qui concerne les facteurs de risques suicidaires et les indices de psychopathologie;
- les approches et outils d'évaluation ne sont pas standardisés et ne sont pas toujours à la hauteur des meilleures pratiques reconnues en matière de protection de la jeunesse;
- la supervision de personnel est insuffisante;
- les pratiques cliniques ne sont pas à la hauteur des meilleures pratiques reconnues en matière de traitement;

Conscients de cette situation, les centres jeunesse et leur Association ont réagi en entreprenant un effort sans précédent de resserrement de la pratique en protection de la jeunesse, en services psychosociaux et en réadaptation. Des travaux sont en cours pour élaborer les profils de compétence requis pour les cadres, les superviseurs et les intervenants en protection de la jeunesse, en réadaptation et auprès des jeunes

contrevenants. Différents recueils de pratique et d'instruments sont en voie de développement ou le seront, au cours de l'an 2000, notamment sur les thèmes suivants : négligence, troubles de comportement, prévention du suicide, évaluation du risque, évaluation du développement de l'enfant et de l'adolescent, dépistage des troubles psychopathologiques, toxicomanie. Ces éléments serviront à développer un cadre de formation de base et spécialisée comprenant l'apprentissage des compétences, l'expérimentation des pratiques recommandées et l'utilisation des instruments retenus.

Actuellement, il n'existe pas de normes à l'échelle du réseau des centres jeunesse qui assurent que les intervenants possèdent les compétences nécessaires pour reconnaître les psychopathologies et les indices de risques suicidaires.

En raison de la complexité clinique de ces problématiques, en l'absence de ressources nécessaires et des mécanismes de concertation entre les services médicaux et psychosociaux, un certain nombre d'intervenants ne sont pas habilités à identifier ces jeunes dont la situation nécessite une évaluation médicale.

Les contenus et la durée de la formation sont inégales et ne sont pas encadrés par des normes faisant l'objet d'un consensus entre les établissements.

Des protocoles d'entente doivent donc exister. Cependant, ces protocoles ne pourront assurer, à eux seuls, des services adéquats s'ils ne sont pas accompagnés d'une véritable intégration des intervenants médicaux et sociaux, intégration qui ne se réalisera que grâce à des contacts fréquents et approfondis. Sans de tels échanges et en l'absence d'un véritable esprit d'équipe, les plus beaux protocoles sur papier resteront, dans les faits, lettre morte.

Lorsqu'un enfant doit être évalué médicalement dans le cadre d'un processus de protection ou de réadaptation, excluant le cadre d'une expertise légale, le Directeur de la protection de la jeunesse doit, en effet, pouvoir compter sur des ressources médicales qui sont disponibles, dans un délai correspondant au niveau d'urgence, puisqu'il s'agit d'un élément clef de la prise de décision. Le DPJ possède l'autorité légale pour exiger d'un centre hospitalier qu'il héberge un enfant. Cependant, la solution la plus conforme aux intérêts de l'enfant et aux droits et responsabilités de chacun, ne peut venir que d'une volonté ferme d'assurer aux enfants l'accès à des soins dont les modalités sont adaptées au contexte de la prise en charge ainsi qu'aux caractéristiques de ces jeunes, notamment leur situation de vulnérabilité et de compromission qui augmentent l'urgence de ces soins.

Outre l'accès à ces services, les mécanismes doivent assurer la continuité des soins et des informations entre les deux groupes de donneurs de services, et ce, tout au long de l'intervention. L'ensemble de ces interventions doit favoriser au maximum l'exercice de la responsabilité parentale.

Agir sur le risque suicidaire

Une stratégie visant à réduire le taux de suicide parmi la clientèle des centres jeunesse devra avoir comme objectifs une meilleure évaluation du risque suicidaire, incluant la reconnaissance des symptômes précurseurs du geste suicidaire ainsi qu'une intervention appropriée dans ces circonstances, incluant la postvention. Une telle stratégie devra également s'attaquer aux principaux facteurs de risque agissant en amont du geste suicidaire. On devra, entre autres, assurer le diagnostic et le traitement des psychopathologies qui se manifestent souvent sous forme de troubles de comportement et qui constituent un facteur très important de risque suicidaire.

Par ailleurs, on devra aussi agir sur les autres facteurs de risque suicidaire en utilisant des approches plus efficaces dans le traitement du comportement antisocial, de l'impulsivité, de la toxicomanie et des troubles cognitifs sous-jacents à ces problématiques. Il faudra aussi réduire les pertes relationnelles, les conflits et les changements de milieu subis par la clientèle, ainsi que le niveau de stress associé à certaines interventions psychosociales et judiciaires.

Certains de ces objectifs pourront être atteints par une meilleure articulation entre les centres jeunesse et le milieu médical. D'autres reposent sur des changements de pratique au sein même des centres jeunesse. Il est important de noter que cette stratégie visant à réduire le taux de suicide parmi la clientèle des centres jeunesse contribuera à améliorer leur performance dans d'autres volets de leur mission.

5

Principes directeurs

La préservation de la vie humaine est fondamentale et prioritaire;

Le recours au secours, à l'assistance, lorsqu'il y a danger pour la préservation de la vie est un droit reconnu;

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont l'obligation de répondre aux besoins des clients ou de les référer vers les organismes les plus aptes à répondre à leurs demandes de services;

Les parents sont les premiers responsables de leurs enfants. Ils doivent être constamment et prioritairement informés et impliqués dans les processus d'intervention;

La concertation entre les partenaires des secteurs médical et psychosocial et les parents est une condition de réussite dans l'intervention auprès des jeunes en centres jeunesse présentant des problèmes complexes de psychopathologie et de suicide.

La formation des intervenants, le suivi continu de l'action et la recherche sont des conditions essentielles à l'amélioration des interventions et à la qualité des services.

6

Les règles de droit

Chaque fois que des services de santé et des services sociaux sont requis, plusieurs règles légales viennent interagir pour baliser les droits des usagers et en garantir l'exercice. Certaines règles posent les principes, d'autres prévoient les cas d'exception. Dans une intervention auprès d'un jeune suicidaire, l'urgence de la situation commande généralement l'application par préséance des règles d'exception. C'est pourquoi le Comité a jugé essentiel d'annexer au présent rapport, un condensé des principales règles, dans une approche faisant primer le droit suprême à la vie.

7

Conclusion

La seule solution raisonnable : concertation et respect mutuel.

Les intervenants médicaux et sociaux ont une responsabilité partagée dans le dépistage, l'identification, le traitement, le suivi et la prise en charge des jeunes en détresse suicidaire.

Les intervenants de la DPJ ont, par loi, la responsabilité exclusive de juger des besoins de protection des jeunes signalés à leur attention et des mesures les plus susceptibles d'assurer leur sécurité et leur développement.

Il appartient par contre aux médecins de diagnostiquer les maladies physiques et mentales des jeunes, de déterminer la gravité de ces maladies et de définir les traitements appropriés.

Les décisions des uns et des autres ne seront véritablement prises dans l'intérêt des jeunes que si les professionnels cherchent ensemble les meilleures solutions, le plus possible en collaboration avec les jeunes eux-mêmes et leurs parents.

Lorsque la santé mentale d'un jeune est atteinte ou soupçonnée de l'être et que son développement et sa sécurité sont compromis ou apparaissent menacés, les lignes de démarcation entre les divers « dangers » qui le guettent ne peuvent suivre les contours des champs d'expertise exclusifs. Les « dangers » se chevauchent et ont des répercussions dans toutes les dimensions de la personne.

Si chacun se cantonne dans son insatisfaction ou ses perceptions négatives des services que l'autre fournit aux jeunes qui lui sont confiés ou référés, on continuera d'entretenir une lutte stérile dont les jeunes, vivant toute forme de détresse, font les frais, jusqu'à en perdre la vie.

8

Recommandations

Leadership

- 1 - QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaisse l'ampleur du phénomène du suicide chez les jeunes et l'importance de la psychopathologie comme facteur de risque;
- 2 - QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux assure le leadership et accorde priorité à cette problématique;
- 3 - QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux alloue les ressources requises et soutienne de façon concrète l'implantation de services visant l'intervention efficace auprès des jeunes à risques suicidaires;

Ressources

- 4 - QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaisse les difficultés d'accès aux ressources médicales spécialisées en santé mentale (omnipraticiens avec formation additionnelle en psychiatrie, psychiatres et pédopsychiatres);
- 5 - QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, en collaboration avec les universités et les organismes professionnels, définissent des orientations claires en réponse à ces difficultés d'accès;

- 6 - QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux prenne les mesures nécessaires afin d'établir une accessibilité équitable aux ressources spécialisés dans les régions;
- 7 - QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes qui subventionnent la recherche accordent une priorité à l'étude du suicide chez les jeunes, particulièrement chez la population à risque élevé;

Mise en œuvre

- 8 - QUE l'organisation des services médicaux dans les centres jeunesse de chaque région soit élaborée conjointement entre la Régie régionale, le Département régional de médecine générale et les Centres jeunesse, les départements ou les services de pédopsychiatrie;
- 9 - QUE le Département régional de médecine générale identifie les médecins omnipraticiens qui ont développé un intérêt et une expertise spécifique dans le domaine de la santé des jeunes incluant la santé mentale, afin qu'ils assurent des services médicaux intégrés aux interventions des centres jeunesse;
- 10 - QUE les pédopsychiatres, dans chaque région, se concertent afin que des services de consultation et de liaison soient disponibles et accessibles en priorité pour les médecins œuvrant en centres jeunesse;
- 11 - QUE l'Association des centres jeunesse et le Collège des médecins du Québec exercent un rôle de leadership au plan provincial, afin d'établir une véritable concertation entre les partenaires concernant l'accès aux services, le transfert des connaissances, le partage d'information, la mise en œuvre, l'évaluation de programmes et la recherche;

Modes d'opération

- 12 - QUE des normes en matière de dépistage et d'intervention sur le suicide, soient développées entre les centres jeunesse et le secteur médical;

- 13 - QUE les processus d'intervention en cours dans les centres jeunesse définissent clairement les informations à transmettre aux parents et leur implication entourant la problématique du suicide;
- 14 - QUE les centres jeunesse adoptent des normes de tenue de dossiers et de transfert d'information concernant la problématique du suicide chez les jeunes qu'ils reçoivent;
- 15 - QUE les médecins, en collaboration avec les intervenants sociaux, développent des instruments de dépistage du risque suicidaire et de la présence de psychopathologies chez les jeunes;
- 16 - QUE le bureau du Coroner procède à l'autopsie psychologique de tous les cas de suicide de jeunes;
- 17 - QUE soit formé un comité d'experts multidisciplinaire composé de représentants des centres jeunesse et du corps médical dont le mandat serait de recevoir toutes les informations disponibles concernant le suicide de jeunes usagers des centres jeunesse, d'obtenir les données des autopsies psychologiques, d'analyser les événements entourant ces suicides et de formuler toute recommandation en vue d'améliorer la qualité des interventions dans les deux réseaux;
- 18 - QUE ce même comité soit chargé d'assurer la surveillance de l'incidence des suicides des jeunes en centres jeunesse;
- 19 - QUE des outils spécifiques mettant à profit les résultats de recherches soient élaborés conjointement par les centres jeunesse et les partenaires médicaux en vue de prévenir le suicide des jeunes.
- 20 - QUE les centres jeunesse procèdent à l'évaluation de l'efficacité de leurs interventions portant sur d'autres facteurs de risques suicidaires, tels que : le comportement antisocial, l'impulsivité, la toxicomanie, les troubles cognitifs, les pertes relationnelles, les conflits interpersonnels et les changements de milieux subis par la

clientèle, ainsi que le niveau de stress associé à certaines interventions psychosociales et judiciaires;

Formation

- 21 - QUE tous les intervenants des centres jeunesse soient formés au dépistage des jeunes présentant un risque suicidaire et/ou une psychopathologie ainsi qu'aux processus d'intervention auprès de ces jeunes;
- 22 - QUE les modalités entourant cette formation assurent le soutien nécessaire et le suivi continu aux intervenants;
- 23 - QUE les organismes impliqués dans la formation des médecins offrent une formation sur les psychopathologies de l'adolescence, la problématique du suicide et les problèmes de santé mentale chez les jeunes et chez leur famille;
- 24 - QUE tous les intervenants, qu'ils relèvent du réseau psychosocial ou du réseau médical, soient sensibilisés aux aspects légaux impliqués dans la problématique du suicide, notamment : la circulation des informations et le refus de consentement aux soins.

Annexe

Les règles de droit et leur application

Dans un premier temps, il convient de regarder les droits que confère la loi au jeune usager qui requiert des services, pour ensuite dégager les règles qui gouvernent l'exercice de ces droits et qui entraînent donc forcément des obligations pour les parents puis pour les divers intervenants qui dispensent les services dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Les droits reconnus par la loi

La présente partie traite d'abord des droits de la personne pertinents à la problématique sous étude. Ces droits énoncent les grands principes qui forment la toile de fond de toute législation particulière. Elle aborde ensuite les droits propres à l'usager des services de santé et des services sociaux pour terminer par les droits qui concernent spécifiquement les enfants.

Les droits de la personne

En 1975, le gouvernement québécois adoptait la *Charte des droits et libertés de la personne*²⁴ qui énonce, à l'article 1, que tout être humain a **droit à la vie**. Il va sans dire que dans la hiérarchie des droits, le droit à la vie s'inscrit en premier car de lui découlent tous les autres droits. Ainsi en est-il du **droit au secours**, lorsque la vie est en péril²⁵. Notons que la *Charte canadienne des droits et libertés* reconnaît également ce droit à la vie²⁶.

Mis à part les chartes, notre droit commun prévoit aussi des droits fondamentaux. En effet, le *Code civil du Québec (C.c.Q.)* édicte que tout être humain possède la

²⁴ *L.R.Q.*, c. C-12.

²⁵ Article 2.

²⁶ *Loi de 1982 sur le Canada*, Annexe B, 1982 (R.-V.), c. 11, art. 7.

personnalité juridique et qu'il a la pleine jouissance des droits civils²⁷. Quels sont ces droits ? Le **droit à la vie, à l'inviolabilité et à l'intégrité de sa personne**²⁸.

²⁷ C.c.Q., article 1.

²⁸ C.c.Q., article 3.

Les droits des usagers

La personne qui s'adresse à un établissement régi par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*²⁹ (LSSSS) est un usager et, à ce titre, est protégée par les droits que lui confère cette loi. En effet, une fois posé le principe que la raison d'être des services est la personne qui les requiert³⁰, la LSSSS prévoit que toute personne a **droit à des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée**³¹. De plus, toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le **droit de recevoir les soins que requiert son état**³².

Les droits des enfants

Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de 18 ans. La loi reconnaît au mineur des droits spécifiques.

Ainsi, au chapitre des droits économiques et sociaux, la charte québécoise accorde une place particulière à l'enfant et décrète qu'il a **droit à la protection, à la sécurité et à l'attention que ses parents ou les personnes qui en tiennent lieu peuvent lui donner**³³. Notons que cette disposition se retrouve mot pour mot dans le *Code civil*³⁴.

Par ailleurs, la *Loi sur la protection de la jeunesse*³⁵ (LPJ) reprend, dans son article 8, le contenu de l'article 5 de la LSSSS concernant le droit à des services de santé et des services sociaux adéquats, et y ajoute le droit à des services d'éducation.

En terminant, nous ne saurions passer outre à un texte législatif international que le Québec a ratifié et par lequel il s'est déclaré lié, en janvier 1992 : la *Convention relative aux droits de l'enfant*³⁶.

²⁹ L.R.Q., c. S-42. Les établissements visés comprennent les CLSC, les Centres hospitaliers, les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, les Centres d'hébergement et de soins de longue durée et les Centres de réadaptation. Voir l'article 74.

³⁰ Article 3.

³¹ Article 5.

³² Article 7.

³³ Voir article 39.

³⁴ C.c.Q., article 32.

³⁵ L.R.Q., c. P-34.1.

³⁶ Décret 1681-91, (1992) 124 G.O., partie 2, n° 1, p. 51.

Le texte contient 53 articles. Pour notre propos, retenons que les États qui sont parties à la convention s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être³⁷. Ils reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie et conviennent d'assurer, dans toute la mesure du possible, la survie et le développement de cet enfant³⁸. Enfin, ils affirment le **droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation**. À cet égard, les États s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du **droit d'avoir accès à ces services**³⁹.

En résumé donc, les droits reconnus qui intéressent particulièrement la problématique du suicide chez les jeunes sont les suivants :

- droit à la vie;
- droit au secours si la vie est en péril;
- droit à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne;
- droit à des services (sociaux et médicaux) adéquats sur les plans scientifique, humain et social;
- droit à des services continus et personnalisés;
- droit à des soins immédiats si la vie ou l'intégrité est en danger.

L'exercice des droits

Cette seconde partie vise à préciser le cadre légal dans lequel s'exercent les droits reconnus au jeune usager. Davantage axée sur la pratique quotidienne des intervenants, elle examine les dispositions qui, à prime abord, peuvent sembler conflictuelles.

Le droit aux services et les ressources des établissements

L'article 13 de la *LSSSS* énonce que le droit à des services de santé et à des services sociaux s'exerce en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont dispose l'établissement⁴⁰. C'est dire que le droit à des services adéquats n'est pas absolu. Cependant, si **l'article 13 introduit une limite à l'exercice du droit de**

³⁷ Article 3.

³⁸ Article 9.

³⁹ Article 24.

⁴⁰ Voir l'article 8 de la *LPJ* qui est au même effet.

l'usager, il ne peut être invoqué pour justifier une action qui porterait atteinte à ce droit ou encore - et à plus forte raison - à un droit protégé par la *Charte*.

En d'autres termes, si un établissement refuse d'offrir des services à une personne, en raison d'un manque de personnel ou d'un manque de lits par exemple, il doit s'assurer que la personne pourra obtenir les mêmes services dans un autre établissement. Le droit à des services adéquats sera ainsi préservé. Par contre, si la vie de cette personne est en danger, l'établissement doit lui venir en aide, conformément à l'article 2 de la *Charte* qui, comme nous l'avons vu, accorde à tout être humain un droit au secours si sa vie est en péril.

Le droit aux soins et le consentement aux soins

Comme nous l'avons vu plus haut, la *LSSSS* prévoit que toute personne a le droit de recevoir les soins que requiert son état. **Ce droit aux soins doit cependant s'exercer conjointement avec le droit à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne.** D'où la disposition de l'article 9 qui décrète que nul ne peut être soumis à des soins sans son consentement et que l'on retrouve aussi à l'article 11 du *C.c.Q.*

Dans le cas d'un enfant de moins de 14 ans, le consentement aux soins est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur⁴¹. Le législateur a par contre estimé, qu'à compter de l'âge de 14 ans, le mineur devait acquérir une certaine autonomie à cet égard. Il l'a donc autorisé à consentir seul aux soins requis par son état, dans les situations courantes⁴².

Que faire si le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur, dans le premier cas, est empêché ou refuse de consentir aux soins ou, dans le second cas, si le mineur de 14 ans et plus refuse les soins? L'autorisation du tribunal est alors nécessaire⁴³.

Dans une situation d'urgence cependant, le législateur retire au mineur de 14 ans et plus le droit de refuser des soins alors que sa vie est en danger ou son intégrité menacée. Le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur retrouve alors la capacité de consentir pour le mineur sans qu'il faille recourir au tribunal et cela, tant que la situation d'urgence décrite ci-haut, subsiste⁴⁴.

⁴¹ *C.c.Q.*, article 14; *LSSSS*, article 9 et 12, 1^o.

⁴² *C.c.Q.*, article 14.

⁴³ *C.c.Q.*, article 16.

⁴⁴ *Ibid*

Qu'advient-il si le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur ne peut être obtenu en temps utile? La règle est la même pour tous : l'article 13 du *C.c.Q.* décrète, qu'en cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée.

Il faut voir ici une **consécration de la primauté du droit à la vie sur le droit à l'intégrité.**

À noter que la permission d'agir sans consentement préalable est également prévue dans la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*⁴⁵. Ainsi, un médecin peut décider de son seul gré de mettre une personne sous garde préventive si son état présente un danger grave et immédiat⁴⁶. Le Directeur de la protection de la jeunesse peut, de son côté, à titre de mesure d'urgence, exiger qu'un centre hospitalier héberge un enfant pour une période maximale de vingt-quatre heures sans le consentement du tribunal. Dans l'exercice de ce pouvoir, il peut aussi autoriser la prestation de services médicaux ou de tous soins qu'il juge nécessaires, sans le consentement des parents ou ordonnance du tribunal⁴⁷.

Il ressort de ces dispositions que dans les situations qui revêtent un caractère d'urgence et de dangerosité, c'est l'exception qui devient la règle et le médecin ou le DPJ, chacun dans leur sphère, sont habilités à agir - ou plutôt à réagir - en conséquence.

La confidentialité d'un dossier et la collaboration inter-réseaux

L'article 19 de la *LSSSS*⁴⁸ énonce que le dossier d'un usager est confidentiel. Nul ne peut y avoir accès si ce n'est avec l'autorisation de l'usager, de son représentant (le parent si l'usager a moins de 14 ans) ou sur ordre du tribunal. Le législateur entend ainsi protéger le droit à la vie privée⁴⁹.

Cette norme vise donc à garantir le respect de la vie privée des usagers. Cependant, elle ne saurait servir de prétexte à une non-collaboration entre les divers intervenants des réseaux social et médical.

⁴⁵ *L.Q.*, 1997, c. 75.

⁴⁶ Voir article 7 de cette loi.

⁴⁷ *LPJ*, articles 46, 47 et 48.

⁴⁸ Voir également *LPJ*, art.11.2.

⁴⁹ Voir : *Charte des droits et libertés de la personne*, art.5 et *C.c.Q.*, art 35.

En effet, l'article 100 de la même loi prévoit que les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de qualité qui soient continus et qu'à cette fin, ils doivent collaborer avec les autres intervenants du milieu. L'article 101 précise davantage les responsabilités d'un établissement :

- recevoir toute personne qui requiert ses services ;
- évaluer ses besoins ;
- dispenser les services requis ou les faire dispenser par une ressource qui peut les fournir ;
- veiller à la continuité et à la complémentarité intra et inter-ressources.

Cette dernière disposition permet de conclure que **tout individu qui consulte est un usager au sens de la loi** et que **le réseau doit le prendre en charge, quelle que soit la porte à laquelle il frappe**. En prescrivant continuité, complémentarité et échanges de services, la *LSSSS* suppose la collaboration inter-réseaux.

À cet égard, la *LPJ* est encore plus explicite et stipule que « les renseignements confidentiels peuvent être divulgués sans l'autorisation de la personne concernée à toute personne, organisme ou établissement à qui la présente loi confie des responsabilités »⁵⁰ dans la mesure et de telle sorte qu'ils puissent exercer pleinement leurs responsabilités. Par l'effet combiné des articles 46 et 62, les centres de réadaptation et les centres hospitaliers constituent de tels établissements.

La règle de confidentialité ne s'applique donc pas entre intervenants dans un même dossier. En effet, si la collaboration inter-réseaux constitue un moyen privilégié par le législateur afin de parvenir à des services de qualité, encore faut-il que les intervenants détiennent l'information nécessaire à l'exercice de leurs fonctions. Dès lors, la divulgation d'éléments cliniques pertinents ne saurait être ressentie comme un acte illégal et de là, être ignorée ou négligée.

⁵⁰ *LPJ*, art. 72.6.

Le secret professionnel et l'obligation de signalement

L'article 9 de la charte québécoise prévoit que chacun a droit au respect du secret professionnel⁵¹ et précise que toute personne, tenue par la loi au secret professionnel, ne peut divulguer les renseignements confidentiels qui lui ont été révélés, à moins qu'elle ne soit autorisée par celui qui lui a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

En l'absence d'autorisation donc, les personnes assujetties ne seront déliées de leur obligation que par la loi. Or, c'est précisément ce que réalise la *LPJ* en créant un devoir de signalement à tout professionnel qui prodigue des soins à des enfants, « qu'il soit lié ou non par le secret professionnel »⁵². Comment le professionnel peut-il alors concilier les exigences contraires du secret professionnel et de la protection de l'enfant ? À quelles conditions doit-il briser le lien de confiance qu'il a établi avec le jeune ?

La *LPJ* précise que le signalement au Directeur de la protection de la jeunesse est obligatoire si la sécurité ou le développement de l'enfant apparaît ou peut être compromis. Tel est le cas si l'enfant manifeste des troubles de comportement sérieux⁵³. Ainsi, lorsqu'un enfant présente des comportements suicidaires, le recours au Directeur de la protection de la jeunesse s'avère nécessaire si les parents ne prennent pas les moyens pour gérer la situation ou s'ils ne parviennent pas à prendre ces moyens, soit à cause de leurs limites personnelles, soit à cause du refus de leur enfant, âgé de 14 ans et plus, de consentir aux soins et services nécessaires à sa survie même.

Dans une telle situation effectivement, **le droit fondamental au respect du secret professionnel est supplanté par le droit social de l'enfant à la protection et à la sécurité.** Vu que le fondement même du système de protection repose sur le principe de signalement, le législateur a autorisé une telle dérogation à la rigueur du secret professionnel.

⁵¹ Il est important de souligner que le secret professionnel dont il est question ici, s'entend non seulement de celui qui est créé par un texte de loi formel, mais aussi, de celui qu'imposent tous les codes de déontologie adoptés par règlement sous l'emprise du *Code des professions* ou des codes des établissements.

⁵² *LPJ*, art. 39.

⁵³ *LPJ*, art. 38 h.

La prépondérance des droits

Pour conclure cette section sur les règles de droit et leur application, il semble opportun de faire le point sur la question de la prépondérance des droits et de dégager les valeurs qui s'y trouvent enchâssées.

L'article 52 de la charte québécoise donne une première indication quant à la primauté des droits :

« 52. Aucune disposition d'une loi, même postérieure à la Charte, ne peut déroger aux articles 1 à 38, sauf dans la mesure prévue par ces articles, à moins que cette loi n'énonce expressément que cette disposition s'applique malgré la Charte. »

Cette primauté accordée aux droits énoncés dans la *Charte* s'explique du fait qu'ils représentent les valeurs reconnues dans notre société.

Il va de soi que **le droit à la vie s'inscrit en tout premier** dans l'échelle des droits et des valeurs. En effet, de même que le droit considère la vie comme le fondement de tous les droits, l'éthique considère la vie de l'homme comme le fondement de toute valeur.

Quant aux autres droits fondamentaux énoncés dans la *Charte* - intégrité de la personne, respect de la vie privée, droit au secret professionnel -, ils sont l'expression concrète des valeurs de dignité et de liberté et tiennent le même rang dans la hiérarchie des droits.

Par ailleurs, établir une prépondérance pour les droits prévus dans les lois particulières⁵⁴ serait un exercice futile, puisque chacune de ces lois possède sa propre finalité.

Cela dit, qu'advient-il en cas de **conflit entre un droit et une obligation** ? Les tribunaux et les auteurs enseignent que la meilleure approche, dans une telle situation, consiste à **privilégier l'interprétation de la loi la plus susceptible d'assurer le respect de sa finalité.**

⁵⁴ Nous n'abordons pas les droits prévus au *C.c.Q.* car ils reprennent pour la plupart les droits énoncés dans la *Charte*.

Un autre guide dans la détermination de la primauté d'un droit sur un autre consiste à **évaluer le caractère d'urgence d'une situation donnée**. Comme nous l'avons vu, l'urgence opère une mutation : l'exception devient la règle. Cela n'implique pas une double norme de conduite selon l'urgence ou la normalité de la situation ; les droits et obligations demeurent les mêmes, mais leur application diffère. La prise de conscience de cette « réalité juridique » s'avère primordiale dans une problématique comme celle du suicide chez les jeunes. En effet, **s'il est une situation que l'on peut et que l'on doit qualifier d'urgente, c'est bien celle de l'adolescent qui présente un risque sérieux d'en finir avec la vie.**

En terminant cet exposé sur les règles de droit et leur application, il importe de garder à l'esprit que **la loi n'est qu'un outil** et qu'elle ne saurait répondre à toutes les questions ni résoudre tous les problèmes.

Bibliographie

- ADEM BÉGIN, D., « Témoignage d'un parent », dans HÔPITAL SAINTE-JUSTINE, (1995) 5 *P.R.I.S.M.E.* 390-399.
- ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD ET ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC, *C.L.S.C. et Centres jeunesse - Des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille*, Montréal, 1998, 20 p.
- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC, *Le phénomène du suicide chez les jeunes - La prévention et l'intervention dans les centres jeunesse*, Montréal, Novembre 1995, 106 p.
- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSES DU QUÉBEC, *Mauvais traitements physiques faits aux enfants - cadre de référence*, Septembre 1997, 98 p.
- BÉDARD, J., « Les misérables et la communauté », dans (1998) 5 (2) *L'Agora* 18-20.
- BELLEROSE, C., *Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Santé Québec), Québec, 1994, 72 p.
- BERMAN, A.L., D.A. JOBES, « Suicide Prevention in Adolescents (Age 12-18) », dans *Suicide and Life - Threatening Behavior*, Vol. 25 (1), Spring 1995, 143-154.
- BRENT, D., *Correlates of the Medical Lethality of Suicide Attempts in Children and Adolescents*, (1987) 26 (1) *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 87-90.
- BRENT, D., « Facteurs de risques associés au suicide à l'adolescence : revue des recherches », dans HÔPITAL SAINTE-JUSTINE, (1995) 5 *P.R.I.S.M.E.* 360-374.
- BRENT, D., « Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior : Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress », dans *Suicide and Life - Threatening Behavior*, Vol. 25, Supplement, 1995, 52-63.

- BRENT, D., J.A. PERPER, « Research in Adolescent Suicide : Implications for Training, Service Delivery, and Public Policy », dans *Suicide and Life - Threatening Behavior*, Vol. 25 (2), 1995, 222-230.
- BUREAU DU CORONER, *Rapport annuel*, Québec, 1992 à 1996.
- BUREAU DU CORONER, *Répertoire des recommandations des coroners*, Québec, 1992 à 1996.
- BURKET, R.C., W.C. MYERS, « Axis I and Personality Comorbidity in Adolescents with Conduct Disorder », dans (1995) 23 (1) *Bull Am Psychiatry Law* 73-82.
- CENTRE JEUNESSE DE LAVAL, Guide de pratique concernant la problématique des suicides chez les jeunes hébergés au Centre jeunesse de Laval, Mai 1998.
- CHAGNON, F., *Étude des manifestations suicidaires chez des adolescents admis en centres jeunesse dans la région de Montréal*, (document soumis pour publication), 1998.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Rapport du Groupe de travail sur l'accessibilité aux soins psychiatriques et aux services de santé mentale*, Montréal, Octobre 1997, 20 p.
- CONSEIL CONSULTATIF DE PHARMACOLOGIE, *Le traitement de la dépression*, Québec, 1996, 62 p.
- CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE, *Le suicide chez les jeunes - S.O.S. Jeunes en détresse!*, Québec, Février 1997, 132 p.
- CÔTE, L., J. PRONOVOST, C. ROSS, « Comportements suicidaires et idéations suicidaires chez les adolescents québécois », dans (1990) 22 (5) *Psychologie médicale* 389-392.
- D'AMOURS, Y., *Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes*, Conseil permanent de la jeunesse du Québec, Septembre 1995, 102 p.
- DESROSIERS, M., R., CODERRE, M.F., BASTIEN, S., HAMEL, *Les tendances suicidaires chez une population adolescente à risque : étude comparative du réseau social et des stratégies de recherche d'aide des adolescents suicidaires et*

- non suicidaires*, Département de santé communautaire de Lanaudière, Joliette, 1992, 171 p.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Surveillance de la mortalité au Québec*, 1998.
- GAGNÉ, P., « Le suicide chez les moins de 20 ans », dans HÔPITAL SAINTE-JUSTINE, (1995) 5 *P.R.I.S.M.E.* 375-381.
- GRATTON, F., « Entrevue », (1997) 7 *R.N.D.* 16-28.
- GRATTON, F., *Les suicides d'être de jeunes Québécois*, Presse de l'Université du Québec, 1996, 338 p.
- GROUPE D'EXPERTS EN ORGANISATION CLINIQUE EN MATIÈRE JEUNESSE, (A. LEBON, prés.), *État de la situation et recommandations au regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1998, 111 p.
- GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ D'ÉTUDE L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES JEUNES CONTREVENANTS AU QUÉBEC, *Au nom ... et au-delà de la loi - Les jeunes contrevenants* (Rapport Jasmin II), Ministère de la Santé et des services sociaux et Ministère de la Justice, Québec, Février 1995, 275 p.
- GROUPE DE TRAVAIL SUR L'APPLICATION DES MESURES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE, *La protection sur mesure - un projet collectif*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1991, 164 p.
- GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ÉVALUATION DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE, *La Protection de la jeunesse - Plus qu'une loi*, (Rapport Jasmin I), Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Janvier 1992, 191 p.
- HÔPITAL SAINTE-JUSTINE (éd.), « Adolescents en danger de suicide », (1995) 5 *P.R.I.S.M.E.* 358-542.
- LAMBERT, D., B., GINGRAS, A., FOURNIER, *Protection de la jeunesse et jeunes contrevenants*, Farnham, Publications CCH Ltée, 1997, 322 p.

- LAPLANTE, L., « Les jeunes et la loi : il faut qu'on en parle », (1997) 7 *R.N.D.* 1-13.
- LAPLANTE, L., « Les suicides de jeunes - un mal de vivre qui dérouté », (1997) 7 *R.N.D.* 1-13.
- LE CORONER EN CHEF, *Rapport d'enquête - Décès de Yannick Boukala-Lacombe*, 1998, 75 p.
- MARANDA, F., « Désordre psychiatrique et suicide à l'adolescence », dans HÔPITAL SAINTE-JUSTINE, (1995) 5 *P.R.I.S.M.E.* 383-388.
- MARIS, R.W., « The Relationship of Nonfatal Suicide Attempts to Completed Suicides, dans R.W. MARIS et autres, *Assessment and Predictors of Suicide*, New-York, Guilford Press, 1992, 362-380.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Avril 1997, 51 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *S'entraider pour la vie - Propositions d'une stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, Février 1997, 83 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (COMITÉ JEUNESSE), *Qu'est-ce qu'on peut faire de mieux ensemble pour les enfants, les jeunes et leur famille* (document de soutien à la consultation), Québec, Mars 1998.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *S'entraider pour la vie - Stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, 1998, 94 p.
- PRONOVOST, J., D., LECLERC, en collaboration avec l'Association des centres jeunesse du Québec, *Le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en centres jeunesse : rapport final, faits saillants*, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, 1998, 22 p.
- RHODE, P., J.R., SEELEY, D.E., MACE, « Correlates of Suicidal Behavior in a Juvenile Detention Population » dans *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 27 (2), 1995, 164-175.
- RONDEAU, Juge Lucie (Cour du Québec, Chambre de la jeunesse et Chambre criminelle et pénale), « Entrevue », (1997) 7 *R.N.D.* 16-28

- SAMSON, Y., *Le phénomène du suicide chez les adolescents en centre de réadaptation*, Commission des Centres de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation au Québec, Montréal, 1992.
- SHAFFER, D., A. GARLAND, M. GOULD, P. FISHER et P. TRAUTMAN, *Preventing Teenage Suicide : A Critical Review*, (1988) 27 (6) *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 675-687.
- SPIRITO, A., L. BROWN, J. OVERHOLSER, G. FRITZ, « Attempted Suicide in Adolescence : a Review and Critique of the Literature », (1989) 9 *Clinical Psychology Review* 335-363.
- TANNEY, B.L., « Mental Disorders, Psychiatric Patients, and Suicide », dans R.W. MARIS et autres, *Assessment and Predictors of Suicide*, New-York, Guilford Press, 1992, 277-320.
- TOUSIGNANT, M., M.F., BASTIEN, S., HAMEL, *Famille, écologie sociale et comportements suicidaires chez les adolescents québécois*, Conseil québécois de la recherche sociale, Québec, 1993, 85 p.