

Prévention du suicide

Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des
gestionnaires des centres de santé et de services sociaux



Prévention du suicide

Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des **gestionnaires** des centres de santé et de services sociaux



Le présent document a été coproduit par le Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale du ministère de la Santé et des Services sociaux et le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Coordination

- Marthe Hamel, chef de service, Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
- Johanne Archambault, directrice, Direction de la coordination et des affaires académiques (DCAA)
Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)
- Julie Lane, chercheuse, DCAA, CSSS-IUGS

Recherche et rédaction

- Johanne Archambault, directrice, DCAA, CSSS-IUGS
- Julie Lane, chercheuse, DCAA, CSSS-IUGS
- Marilou Collins-Poulette, professionnelle de recherche, DCAA, CSSS-IUGS
- Raymonde Camirand, professionnelle de recherche, DCAA, CSSS-IUGS

Collaboration ponctuelle à la rédaction de certaines sections

- Christine Pakenham, agente de recherche,
Direction générale de la santé publique, MSSS
- Julie Gauthier, agente de recherche,
Direction générale de la santé publique, MSSS

Collaboration à la rédaction des informations relatives à la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

- Brigitte Lavoie, conseillère clinique, Centre de prévention du suicide (CPS) Suicide Action Montréal
- Marie Lecavalier, adjointe à la Direction des services à la clientèle, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

Approbation des orientations des travaux par le comité de gestion du projet

- Julie Lane, CSSS-IUGS
- Johanne Archambault, CSSS-IUGS
- Marthe Hamel, Direction générale de la santé publique, MSSS
- Christine Pakenham, Direction générale de la santé publique, MSSS
- Julie Gauthier, Direction générale de la santé publique, MSSS
- Josée Lepage, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, MSSS
- Johanne Rhains, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, MSSS
- Patricia Dumas, Direction générale des services sociaux, MSSS

Les personnes suivantes, du MSSS, qui ont participé aux premiers travaux du comité :

- Caroline De Pokomandy-Morin, Direction générale des services de santé et médecine universitaire
- Pauline Thiboutot, Direction générale de la santé publique
- Louise Latulippe, Direction générale des services de santé et médecine universitaire

- Sylvie Veilleux, Direction générale de la santé publique
- Gaéтан Trudeau, Direction générale des services sociaux

Citation suggérée

Archambault, J., J. Lane, M. Collins-Poulette et R. Camirand (2010). *Guide de soutien au rehaussement des services en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 72 p.*

Secrétariat et correction

- Marie-Ève Latulippe, agente administrative, DCAA, CSSS-IUGS
- Lyne Turcotte, agente administrative, DCAA, CSSS-IUGS
- Nancy Hamel, technicienne en administration, DCAA, CSSS-IUGS
- Audrey Descroisselles, stagiaire en secrétariat, Direction générale de la santé publique, MSSS

Graphisme et infographie

- Deschamps Design

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document s'adresse aux gestionnaires et aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui peuvent le consulter sur les sites suivants :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> et www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-59732-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-59733-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2010

REMERCIEMENTS

La production du présent document a été rendue possible grâce à l'aide et à l'investissement des personnes suivantes, que nous souhaitons remercier chaleureusement.

- Les membres du comité de suivi en prévention du suicide, qui sont chargés de conseiller les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en prévention du suicide et d'examiner le déroulement de l'ensemble des démarches entreprises par le MSSS à ce sujet – dont l'élaboration de ce document et du *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*.

Monick Coupal de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, Bernard Deschênes de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Capitale-Nationale, Suzanne Gérin-Lajoie de l'ASSS de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Louis Lemay de l'Association québécoise de prévention du suicide, Ginette Martel de l'ASSS de Lanaudière, Françoise Roy de l'ASSS de la Montérégie, Alexandre St-Denis de l'ASSS de Laval, Édith Saint-Hilaire de l'ASSS de Chaudière-Appalaches et Gaétan Trudeau de la Direction générale des services sociaux du MSSS.

- Les étudiants à la maîtrise en management public de la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke qui ont reçu une partie de leur formation en participant à ce projet.

Mélissa Allard, Jean-Simon Bhérer, Yvan-Carmel Ntahondereye et Marilou Collins-Poulette, qui a ensuite été embauchée pour travailler plus activement au projet, ont contribué à enrichir nos réflexions sur les rôles des différents partenaires engagés dans la prévention du suicide.

- Les personnes consultées pour nourrir la réflexion sur la partie du guide qui présente les services des CSSS et des partenaires régionaux ou locaux en prévention du suicide.

Manon Bélanger du CSSS Saint-Jérôme, Julie Campbell du CPS le Faubourg, Bernard Deschênes de l'ASSS de la Capitale-Nationale, Brian Dickinson du CSSS de Trois-Rivières, Claudette Fournier du CSSS de la Vieille-Capitale, Laurent Garneau du CPS Saguenay–Lac-Saint-Jean, Suzanne Gérin-Lajoie de l'ASSS de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Claudette Lemaire du CSSS de Trois-Rivières, Louise Lévesque de JÉVI Centre de prévention du suicide – Estrie, Johanne Marcotte du CSSS de Bordeaux-Cartier-ville–Saint-Laurent, Serge Mercier du CSSS Les Eskers de l'Abitibi, Isabelle Plamondon du CSSS de Chicoutimi, Martine Roch du CSSS Les Eskers de l'Abitibi, Françoise Roy de l'ASSS de la Montérégie, Alexandre St-Denis de l'ASSS de Laval ainsi qu'Andrée Verreault du CPS Saguenay–Lac-Saint-Jean.

- Les intervenantes et intervenants ainsi que les gestionnaires de CSSS et de CPS qui ont contribué à l'*Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux*, phase préalable à la rédaction du guide. Ces personnes nous ont généreusement fait part de leurs perceptions et de leurs expériences en prévention du suicide.

Micheline Bureau et Diane Deserres du CPS d'Amos.

Marie-Claude Bergeron, Pierre Duchaine, Laurent Garneau, Carol Gravel, Jocelyn Maltais et André Verreault du CPS Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Chantal Brisson, Julie Champagne, Marie-Pier Coulombe, Matthieu Dallaire, Caroline Dionne, Geneviève Gamache, Nathalie Héon et Hélène Roy du CPS les Deux-Rives.

Simon Blais, Tania Boilar, Marie-Andrée Brassat Latulippe, Amélie Dubois, David Goudreault, Magali Héroux, Louise Lévesque, Lucie Pelchat et Sylvie Potvin du CPS JÉVI.

Héroux, Louise Lévesque, Lucie Pelchat et Sylvie Potvin du CPS JEVI.

Éric Arseneault, Marie-Claude Bédard, Sylvie Bolduc, Michaël Bouchard, Corinne Baribeau, Jessica Lalancette, Nathalie Matte, Sylvie Nadeau, Dominic Parisé, Julie Roberge, Stéphanie Rousseau, Audrey Simard et Audrey Tardif du CPS de Québec.

Amélie Gauthier et Caroline Martel du CPS le Faubourg.

Isabelle Bélanger, Josée Blanchette, Anne-Marie Codaire, Martine Grondin, André Landry, Vanessa Legault, Joanne Lemay, Mélissa Lutchman, Michel Presseault et Josée Thiffault du CPS Suicide Action Montréal.

Sabrina Côté, Myriam Gravel, Dany Jean, Réjane Lapointe, Isabelle Plamondon et Audrey Tremblay du CSSS de Chicoutimi.

Nicholas Bilodeau, Maryse Castilloux, Michel Couillard, Brian Dickinson, Jocelyne Giroux, Claudette Lemaire, Eloïse Plante et Marie-Claude Routhier du CSSS de Trois-Rivières.

Marc Bouffard, Sophearath Khay, Johanne Marcotte, Caroline Moisan, Sylvie Ladouceur et Monique Sauriol du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent.

Caroline Alain, Sophie Duclos et Thérèse Eustache du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.

Marie-Sophie Bernier, Louis Lambert, Serge Mercier et Martine Roch du CSSS Les Eskers de l'Abitibi.

Louis Bastien, Céline Beaudoin, Denise Bérard, Myriam Boucher-Yelle, Josée Bergeron, Lucie Gagnon, Philippe Gendron, Véronique Nadeau et Diane Thibault du CSSS-IUGS.

François-Olivier Bernard, Claudette Fournier, Lucie Giguère, Suzanne Nadeau, Ginette Lafontaine, Louise Plamondon, Marianne Ross et Micheline Tremblay du CSSS de la Vieille-Capitale.

Michel Bertrand, Manon Boulanger, Manon Des Ruisseaux, Justine Granger, Camylle Laroche, Jules Pruneau, Sophie Rainville et Geneviève Zambo du CSSS de Saint-Jérôme.

- Les intervenantes et intervenants ainsi que les gestionnaires ayant participé à la vérification du contenu des guides.

Réjane Lapointe du CSSS de Chicoutimi, Carol Gravel et Laurent Garneau du CPS Saguenay–Lac-Saint-Jean, Marianne Ross et Karine Plante du CSSS de la Vieille-Capitale, Éric Arseneault et Sylvie Nadeau du CPS de Québec, Brian Dickinson du CSSS de Trois-Rivières, Hélène Roy et Renée Quévillon du CPS les Deux Rives, Douglas Buchanan et Chantal Dupont du CSSS-IUGS, Sylvie Potvin et Louise Lévesque du CPS JEVI, Caroline Moisan et Anne-Marie Gagné du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, André Landry, Brigitte Lavoie et Philippe Angers du CPS Suicide Action Montréal, Lyne Larivière et Martine Roch du CSSS les Eskers de l'Abitibi, Julie K. Campbell et Amélie Gauthier du CPS le Faubourg, Annie Morrissette et Bruno Marchand de l'Association québécoise de prévention du suicide, Françoise Roy, consultante en prévention du suicide et développement des compétences.

- Les personnes qui ont participé à la vérification des sections des guides portant sur le suivi étroit.

Suzanne Gérin-Lajoie de l'ASSS de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Maria Fortin de l'ASSS du Bas-Saint-Laurent, D' Jean-François Dorval de l'ASSS du Bas-Saint-Laurent, Geneviève Girard-Tremblay du CSSS de Piekouagami et Dominique Gagnon de l'ASSS de la Montérégie.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	iii
Liste des sigles et des acronymes	vii
Introduction	1
1. Connaître le portrait local et régional du suicide, et favoriser son appropriation au sein du CSSS et du RLS	7
2. Connaître le rôle des CSSS et des partenaires en prévention du suicide	9
2.1. Le rôle des centres de santé et des services sociaux.....	10
2.2. Le rôle des urgences hospitalières.....	12
2.3. Le rôle des centres de prévention du suicide.....	14
2.4. Le rôle des centres de crise.....	15
2.5. Le rôle des sentinelles dans les milieux de vie.....	16
2.6. Le rôle des centres de réadaptation.....	17
2.7. Le rôle des cliniques médicales et des GMF.....	18
2.8. Le rôle du service 911 et des services policiers.....	19
2.9. Le rôle des ASSS et du MSSS.....	20
2.10. Le rôle des chercheurs en prévention du suicide.....	20
3. Mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer les interventions en prévention du suicide	22
3.1. S'assurer que les pratiques et les outils utilisés dans les CSSS sont réputés efficaces.....	22
3.2. Soutenir le maintien et le développement des compétences des intervenants en prévention du suicide.....	25
4. Mettre en œuvre des stratégies complémentaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en prévention du suicide	27
4.1. Favoriser l'accès à des services de crise.....	28
4.2. Assurer l'accès au suivi étroit.....	29
4.2.1. Qu'est-ce que le suivi étroit?.....	29
4.2.2. Quand autoriser la sortie de la personne suicidaire qui a été hospitalisée ou hébergée?.....	29

4.2.3. Pourquoi planifier la sortie de la personne suicidaire qui a été hospitalisée ou hébergée?.....	30
4.2.4. Comment planifier le suivi au terme de l'hospitalisation ou de l'hébergement?.....	30
4.2.5. Quand effectuer la première rencontre dans le cadre du suivi étroit?	30
4.2.6. Quelle est l'intensité du suivi étroit?.....	31
4.2.7. À quel moment peut cesser le suivi étroit?.....	31
4.2.8. Comment favoriser la fidélité au suivi étroit?.....	31
4.3. Faciliter l'accès de la population à des interventions de postvention à la suite d'un suicide	33
4.4. Faciliter l'accès aux services en implantant un réseau de sentinelles.....	34
4.5. Favoriser l'accès des proches de personnes suicidaires à des services de soutien	36
4.6. Favoriser la réduction de l'accès aux moyens de se suicider.....	37
4.7. Faciliter l'accès de la population à des projets en promotion de la santé mentale	38
4.8. Faciliter la continuité des services entre les partenaires du RLS.....	40
5. Faire le diagnostic des services offerts dans le CSSS et dans le RLS, puis déterminer et prioriser les améliorations à apporter	43
5.1. Le portrait du suicide et son appropriation.....	44
5.2. Le rôle des CSSS et des partenaires en prévention du suicide	45
5.3. La mise en œuvre des stratégies visant à améliorer les interventions en prévention du suicide	48
5.4. La mise en œuvre des stratégies complémentaires pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services en prévention du suicide.....	51
Conclusion.....	53
Lexique.....	55
Bibliographie.....	59

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AEOR	Services d'accueil, évaluation, orientation, référence
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CPS	Centre de prévention du suicide
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PASM	<i>Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens</i>
PNSP	<i>Programme national de santé publique 2003-2012</i>
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux

INTRODUCTION

À qui s'adresse le guide?

Le présent guide s'adresse à vous, gestionnaires de centres de santé et de services sociaux (CSSS), qui devez jouer plusieurs rôles en matière de prévention du suicide. Ces rôles associés à l'organisation des services et au soutien à l'intervention en prévention du suicide sont les suivants :

- assurer l'offre des services de base aux personnes suicidaires dans votre CSSS ;
- voir à ce que les intervenants soient compétents pour fournir ces services ;
- assurer la coordination optimale des services offerts aux personnes suicidaires, tant au sein de votre CSSS que dans votre réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS) ;
- associer d'autres partenaires du milieu aux efforts collectifs et intersectoriels en matière de prévention du suicide dans votre RLS.

La question du suicide concerne plusieurs programmes-services. Le guide touche donc le quotidien de plusieurs gestionnaires de CSSS en charge de services axés sur la prévention du suicide ou de services où les intervenants sont susceptibles d'être en contact avec des personnes suicidaires. Les services plus directement touchés sont :

- l'accueil universel, psychosocial ou de santé (ex. : AEOR, Info-social) ;
- les services psychosociaux généraux s'adressant aux adultes, aux jeunes ou aux personnes âgées ;
- les services de santé mentale à l'intention des adultes, des jeunes ou des personnes âgées ;
- l'urgence psychosociale (ex. : Urgence-Détresse, intervention de crise dans le milieu).

Le guide servira à stimuler les efforts axés sur l'amélioration des pratiques en prévention du suicide, efforts qui pourront se greffer aux initiatives et aux bonnes pratiques ayant déjà cours dans ce domaine sur les différents territoires. Son contenu s'inscrit en complémentarité avec le *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. La diffusion simultanée de ces deux documents cherche à créer une synergie mobilisatrice capable de soutenir le rehaussement des interventions ainsi que des pratiques de gestion en prévention du suicide.

Même si le présent guide ne peut, à lui seul, mener au rehaussement des services en prévention du suicide offerts dans les CSSS, plusieurs stratégies seront mises en œuvre afin d'assurer au mieux sa diffusion et l'appropriation la plus complète possible de son contenu par ceux à qui il est destiné.

Pourquoi un tel guide?

Il existe divers guides portant sur les pratiques en prévention du suicide, mais peu d'entre eux s'adressent à vous, gestionnaires du domaine de la santé et des services sociaux. Ce guide devrait vous être utile en ce qui concerne le déploiement des services en prévention du suicide et le soutien à apporter aux intervenants qui travaillent auprès des personnes suicidaires. Deux objectifs sont poursuivis :

- assurer la qualité des services offerts ainsi que l'adaptation des interventions en prévention du suicide dans les CSSS et les RLS ;
- optimiser les interventions en prévention du suicide dans les CSSS et les RLS, tant par la promotion que par l'utilisation d'outils et de pratiques efficaces.

Il est possible d'agir pour diminuer le taux de suicide. C'est un fait reconnu que plusieurs personnes suicidaires ont utilisé des services de santé, souvent de première ligne, dans les semaines et parfois les heures précédant leur passage à l'acte¹. Ainsi, nombre d'entre elles ont été vues dans les services de santé sans que le personnel n'ait été en mesure de les repérer et d'agir efficacement pour prévenir leur geste.

Les données de surveillance de l'état de santé de la population québécoise montrent que le taux de suicide est en diminution ces dernières années au Québec². Ce résultat encourageant ne doit toutefois pas masquer le fait que la population du Québec se situe encore parmi celles qui présentent les taux de mortalité par suicide les plus élevés dans les pays industrialisés³. De plus, le Québec demeure la province qui affiche le plus haut taux de suicide au Canada^{3,4}.

Pour certaines personnes plus vulnérables que d'autres au suicide (ex. : toxicomanes, personnes ayant un problème de santé mentale), qui viennent dans les services de santé, le risque de passage à l'acte est plus élevé; elles doivent donc bénéficier d'un filet de sécurité efficace. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP), mis à jour en 2008, ainsi que le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens* (PASM) invitent les CSSS à adopter l'intervention globale en prévention du suicide⁴. Cette forme d'intervention exige que tous les acteurs du réseau, les organismes du milieu et les partenaires des autres secteurs d'activité (éducation et justice, par exemple) travaillent de façon concertée.

L'analyse des besoins menée dans sept régions du Québec a mis en lumière des constats liés à l'organisation des services sur lesquels le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires peuvent axer leurs efforts⁵ :

- le manque de précisions sur les services offerts par le CSSS concernant le soutien aux personnes suicidaires;
- la confusion dans les rôles des divers établissements et organismes en prévention du suicide ainsi que l'absence d'une vision concertée et commune à tous les partenaires des RLS;
- le besoin de soutien des intervenants de CSSS en vue d'optimiser leur action auprès des personnes suicidaires (outils, approches d'intervention, formation, supervision clinique);
- le manque de clarté des mécanismes relatifs à la collaboration entre les partenaires du RLS et à la référence des personnes suicidaires de l'un à l'autre.

Ces constats ont servi d'assises à l'élaboration des guides ainsi qu'à la détermination des rôles que vous pouvez jouer en prévention du suicide en tant que gestionnaires.

Le guide est-il cohérent avec les plans et les programmes ministériels ?

Issu de la dernière réforme du système de santé et de services sociaux, le CSSS a une responsabilité particulière en matière de santé et de bien-être de la population du territoire qu'il dessert: il doit coordonner les services de santé et les services sociaux au sein du RLS ainsi que mobiliser les partenaires locaux concernant des enjeux d'importance, en plus de fournir lui-même certains services. Cette réforme s'appuie sur la responsabilité populationnelle, partagée collectivement avec les partenaires du RLS. Elle vise aussi à rendre accessible un continuum de services de qualité, allant de la promotion de la santé et de la prévention jusqu'au soutien en fin de vie. Voyons en quoi consistent les objectifs principaux liés à la réforme du système de santé.

- **L'accessibilité** des services implique un accès souple et équitable pour tous à un large éventail de soins de santé et de services sociaux capables de répondre à leurs besoins⁶. En prévention du suicide, l'accessibilité s'actualise par un ensemble de soins et de services suffisamment complet pour répondre adéquatement aux besoins diversifiés des personnes suicidaires. De plus, l'accessibilité requiert un accès rapide et universel aux ressources de soins et de services du RLS.
- **La continuité** des services se reflète par la mise en place de mécanismes et de moyens permettant la prise en charge de l'utilisateur tout au long de son parcours dans le système de santé⁶. L'objectif de la continuité des services renvoie également à la coordination optimale des services disponibles. En prévention du suicide, cette continuité pourrait se manifester sous la forme d'une prise en charge de la personne suicidaire d'une façon concertée et exempte de rupture dans la chaîne de services ou la transmission d'informations.
- **La qualité** des services offerts fait référence aux soins de santé et aux services sociaux fournis dans le cadre d'interventions ciblées et adéquates, effectuées par du personnel compétent dans un cadre éthique, respectueux et sécuritaire⁶. La qualité des services destinés à la personne suicidaire repose sur l'utilisation d'outils et de pratiques réputés efficaces et adaptés aux réalités de l'intervention dans les CSSS.

C'est dans le contexte de cette réforme que la Direction générale de la santé publique du MSSS a eu l'initiative de produire le *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* ainsi que le présent guide. Ce projet, qui s'est réalisé en collaboration avec la Direction de la santé mentale, vise à insuffler un mouvement favorisant l'atteinte des objectifs inscrits dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*⁷ et le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*⁴, deux documents d'orientation qui invitent les CSSS à adopter une intervention globale en prévention du suicide. Une telle intervention se caractérise notamment par la concertation et l'arrimage de toutes les organisations du réseau concernées par la prévention du suicide, et ce, en cohérence avec la réforme du système de santé et de services sociaux.

La Direction générale de la santé publique a choisi de s'associer au Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke pour élaborer deux guides adaptés aux réalités des CSSS. En outre de la désignation d'institut universitaire de gériatrie, l'établissement a celle de centre affilié universitaire (secteur social). La mission complémentaire des six centres affiliés universitaires du Québec consiste à favoriser l'essor d'une culture d'enseignement et de recherche aux fins de l'amélioration continue et du développement des pratiques d'intervention et de gestion. Au regard de cette désignation, le CSSS de Sherbrooke a acquis une expertise particulière liée :

- à la conduite de processus de concertation ;
- à la conception de démarches partenariales adaptées aux besoins exprimés ;
- à la définition et à la diffusion de modalités visant à favoriser la mise en commun de connaissances entre intervenants, gestionnaires et chercheurs dans les CSSS.

Le guide est-il adapté aux réalités des CSSS ?

Le guide que vous avez entre les mains a été conçu à partir :

- des orientations nationales en matière de santé publique, de santé mentale et de prévention du suicide, notamment celles qui énoncent la nécessité d'améliorer l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes suicidaires ou d'augmenter les efforts au regard de la prévention ;
- de l'analyse des besoins menée auprès d'une centaine d'intervenants de CSSS et d'organismes communautaires en prévention du suicide répartis dans sept régions du Québec ;

- d'échanges continus et directs entre une équipe du MSSS et une équipe d'un CSSS universitaire qui conçoit de nouvelles pratiques visant la mise en commun de connaissances et les adapte aux réalités des CSSS ou des RLS.

De plus, le guide a été élaboré de façon à permettre l'adaptation aux dynamiques des divers territoires. Il appartient à chaque CSSS et à chaque RLS de mettre en œuvre les recommandations contenues dans ce guide en les adaptant à son contexte particulier (ressources disponibles, priorités, travaux déjà réalisés, etc.).

Ce guide est adapté à vos besoins. En effet, le rôle des gestionnaires et celui des intervenants en prévention du suicide sont fort différents. Nous avons donc conçu deux guides à l'intention des uns ou des autres.

Les deux guides ont des contenus complémentaires et reposent sur une vision ainsi que des objectifs similaires. Celui qui vous est destiné met volontairement l'accent sur l'adaptation des services aux personnes suicidaires et sur l'amélioration de la qualité des services en prévention du suicide. Il traite aussi des pratiques prometteuses auxquelles vous pouvez vous référer pour améliorer à la fois l'arrimage de vos services avec ceux des partenaires en prévention du suicide et les stratégies visant à soutenir l'adoption des bonnes pratiques par les intervenants qui agissent directement auprès des personnes suicidaires.

Quant au *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, il est centré sur le processus d'intervention et les bonnes pratiques à utiliser pour intervenir auprès des personnes suicidaires. Ce processus se situe dans un contexte plus large de collaboration avec les autres acteurs du RLS.

Le schéma suivant illustre sommairement le contenu des deux guides et permet de distinguer les éléments qui sont propres à chacun.

CONTENU DES GUIDES

GUIDE À L'INTENTION DES GESTIONNAIRES

- 1** Connaître le portrait local et régional du suicide, et favoriser son appropriation au sein du CSSS et du RLS.
- 2** Connaître le rôle des CSSS et des partenaires en prévention du suicide :
 - définir les actions à accomplir dans le CSSS et auprès des partenaires.
- 3** Mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer les interventions en prévention du suicide :
 - assurer l'efficacité des pratiques et des outils utilisés dans le CSSS ;
 - soutenir le maintien et le développement des compétences des intervenants.
- 4** Mettre en œuvre des stratégies complémentaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services :
 - favoriser l'accès aux services de crise ;
 - assurer l'accès au suivi étroit ;
 - faciliter l'accès à la postvention ;
 - faciliter la reconnaissance des personnes suicidaires par les sentinelles ;
 - faciliter l'accès des proches à des services de soutien ;
 - favoriser la réalisation des projets visant la réduction de l'accès aux moyens de se suicider ;
 - faciliter l'accès à des projets faisant la promotion de la santé mentale ;
 - faciliter la continuité des services dans le RLS.
- 5** Effectuer le diagnostic des services offerts dans le CSSS et dans le RLS.

GUIDE À L'INTENTION DES INTERVENANTS

- 1** Les connaissances sur le suicide :
 - portrait du suicide ;
 - facteurs associés au suicide.
- 2** Les rôles et les services du CSSS et des partenaires.
- 3** Les bonnes pratiques d'intervention dans les CSSS :
 - accueillir la personne suicidaire et créer une alliance thérapeutique avec elle ;
 - effectuer une première et brève exploration de la situation ;
 - estimer la dangerosité du passage à l'acte ;
 - amener la personne suicidaire à se fixer un but à atteindre ;
 - amener la personne suicidaire à trouver des solutions pour atteindre son but ;
 - définir et suivre un plan d'action ;
 - conclure l'entretien en sécurité ;
 - effectuer un suivi de courte durée ;
 - effectuer un suivi étroit ;
 - orienter / référer / accompagner la personne ;
 - adapter l'intervention à la personne.
- 4** Le résumé du processus d'intervention dans les CSSS.
- 5** L'autodiagnostic de vos compétences.

Par ailleurs, le texte du présent guide a été soumis à des gestionnaires de CSSS ou de centres de prévention du suicide (CPS) de diverses régions du Québec ainsi qu'à des gestionnaires de l'Association québécoise de prévention du suicide aux fins de sa vérification. Ces personnes étaient invitées à répondre à treize questions leur permettant de s'exprimer tant sur la pertinence et la convivialité du guide que sur la qualité de l'information présentée. Plusieurs commentaires formulés ont servi à améliorer le contenu des deux guides. De plus, les éléments suivants sont ressortis de cette opération :

- L'information présentée dans le guide est claire, applicable, utile et d'une qualité permettant de susciter de bons échanges entre les partenaires du RLS. Il s'agit d'un «vrai outil de travail» qui amène à poser un regard critique et constructif sur le fonctionnement des organisations ainsi que sur le type d'actions à entreprendre pour améliorer les pratiques.
- Le guide semble être «un outil précis, concis et bien structuré». La structure du document, la série d'encadrés servant d'aide-mémoire et les nombreux schémas permettent de trouver rapidement l'information recherchée.
- Le guide est perçu comme un outil permettant de dresser le bilan de l'organisation des services en prévention du suicide, tant à l'intérieur du CSSS que, plus largement, dans le RLS. Il permet également aux partenaires d'avoir une vision commune de l'intervention en prévention du suicide et de soutenir les changements dans l'organisation des services sur un territoire. La section consacrée à la présentation du rôle des diverses organisations s'occupant de la prévention du suicide est particulièrement appréciée. On peut y distinguer notamment ce qui différencie les organisations, mais aussi les points qu'elles ont en commun. De plus, on y «reconnaît le travail fait sur le terrain».

Bref, ce guide semble répondre aux préoccupations ainsi qu'aux besoins des gestionnaires.

D'où viennent les pratiques à promouvoir proposées dans le guide?

Les pratiques que nous présentons dans le guide ont diverses sources. Certaines sont issues de recherches en prévention du suicide et d'autres viennent des pistes d'amélioration proposées par des CSSS, des CPS ou des organismes communautaires voués à la prévention du suicide, dans le cadre des travaux qui ont mené à la publication de *l'Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux*. D'autres pratiques encore viennent de projets, d'initiatives ou de protocoles d'entente considérés comme prometteurs qui ont été mis en œuvre dans différentes régions du Québec. Bien que plusieurs de ces pratiques n'aient pas encore fait l'objet d'une évaluation, elles sont recommandées par des experts venant de différents horizons.

Les étapes de la démarche proposée dans ce guide visent à améliorer la prévention du suicide dans les CSSS ainsi que sur l'ensemble du territoire local. Bien qu'elles soient placées dans une séquence logique, ces étapes peuvent se chevaucher. Le processus ne doit donc pas être appliqué de façon rigide. Il appartient aux gestionnaires et aux acteurs locaux de déterminer l'ordre dans lequel ces étapes se réaliseront sur leur territoire.

De quelle façon les bonnes pratiques sont-elles présentées dans le guide?

Les bonnes pratiques sont toujours exposées sur le modèle qui suit. Le même schéma permet d'abord de préciser, par une couleur distincte, l'étape du processus à suivre qui est abordée. Le texte s'ouvre par une incursion dans la réalité particulière de la personne suicidaire, de façon à centrer le propos sur les besoins de celle-ci. Nous faisons ensuite le lien entre l'étape du processus et les orientations ministérielles, tout en relevant les éléments centraux qui ressortent de la recension des écrits, avant de cerner la réalité dans les CSSS par rapport à cette même phase du processus. Au fil du texte, les éléments centraux de chaque paragraphe sont synthétisés dans de petits encadrés. Enfin, chaque section consacrée à une bonne pratique se conclut par un encadré qui énonce clairement les pratiques à promouvoir par les gestionnaires.

1 CONNAÎTRE LE PORTRAIT LOCAL ET RÉGIONAL DU SUICIDE, ET FAVORISER SON APPROPRIATION AU SEIN DU CSSS ET DU RLS

Connaître le portrait local et régional du suicide, et favoriser son appropriation au sein du CSSS et du RLS

Connaître le rôle des CSSS et des partenaires en prévention du suicide

Mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer les interventions en prévention du suicide

Mettre en œuvre des stratégies complémentaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en prévention du suicide

Faire le diagnostic des services offerts dans le CSSS et le RLS, puis déterminer et prioriser les améliorations à apporter

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le fait qu'une personne devienne vulnérable et envisage le suicide^{8, 9}. Pour dresser le portrait de la population vulnérable au suicide sur le territoire, il faut tenir compte des facteurs prédisposants et des facteurs contribuant au suicide. Ainsi, le portrait local et régional du suicide inclura le profil des personnes décédées par suicide, des personnes ayant fait des tentatives de suicide mais aussi de celles chez qui l'on reconnaît des facteurs prédisposants ou contribuant au suicide – comme la consommation de drogue et d'alcool, un problème de santé mentale, l'isolement social et l'instabilité familiale, pour n'en nommer que quelques-uns. L'*Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide* recommande de dresser le portrait de la population selon les différents groupes qui la composent afin de mieux planifier l'intervention en prévention du suicide¹⁰.

• **La personne suicidaire est vulnérable pour différentes raisons. Il importe de les connaître afin de pouvoir dresser le portrait de la population vulnérable au suicide sur le territoire.**

Le taux québécois de mortalité par suicide se situe parmi les plus élevés des provinces canadiennes en 2005 et l'un des plus élevés des pays industrialisés¹¹. Le taux de suicide varie également d'une région du Québec à l'autre, d'où l'importance de connaître l'état de situation du suicide dans votre région ainsi que sur votre territoire local. Le portrait du suicide implique également de tenir compte de l'entourage des personnes suicidaires puisque l'on estime à six le nombre d'individus vivement touchés par le suicide d'une personne¹². Les répercussions sociales et familiales liées au suicide sont donc des dimensions importantes à prendre en considération.

• **L'analyse des écrits révèle que le Québec détient un taux de suicide parmi les plus élevés au Canada. Il faut disposer d'un portrait fiable du suicide sur votre territoire : données épidémiologiques fiables et interprétées et connaissance de votre communauté.**

Vos responsabilités en matière de planification des services ne peuvent s'exercer sans des données sur les caractéristiques de votre population en rapport avec le suicide. Vous êtes d'ailleurs des utilisateurs importants d'informations relatives à la surveillance de l'état de santé de la population depuis qu'une responsabilité populationnelle a été confiée aux CSSS et à leurs partenaires. Ces données vous sont essentielles pour mieux cibler les interventions en prévention du suicide.

La responsabilité légale d'exercer la surveillance continue de l'état de santé de la population relève des directeurs de santé publique. En effet, l'article 34 de la Loi sur la santé publique (L.R.Q., chapitre S-2-2) confie au ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'aux directeurs de santé publique la responsabilité d'exercer la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population. Adressez-vous aux acteurs de la surveillance dans votre agence de la santé et des services sociaux (ASSS); ils ont les compétences nécessaires pour mettre à jour les données en matière de suicide qui vous permettront de définir au mieux vos stratégies concernant le rehaussement des services.

Certains CSSS et leurs partenaires ont, pour l'élaboration de leur projet clinique, tenu compte des caractéristiques de la population locale et des besoins particuliers des groupes vulnérables au suicide pour s'assurer de l'adéquation entre les besoins de la communauté et l'ensemble des services offerts.

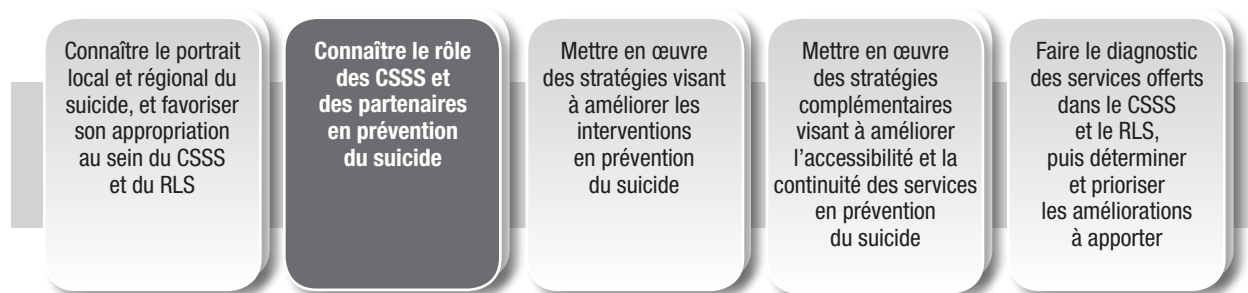
Dans le cadre des travaux relatifs à l'élaboration de leur projet clinique, le CSSS et ses partenaires ont tenu compte de toutes les caractéristiques de la population locale et des besoins particuliers des groupes vulnérables au suicide pour s'assurer de l'adéquation entre les besoins de la communauté et l'ensemble des services offerts. Ces travaux ont peut-être permis de trouver des pistes d'amélioration en prévention du suicide sur votre territoire. Si tel est le cas, vous avez déjà une base solide pour poursuivre votre réflexion.

LES ACTIONS À ACCOMPLIR

POUR CONNAÎTRE LE PORTRAIT LOCAL ET RÉGIONAL DU SUICIDE, ET FAVORISER SON APPROPRIATION

- Obtenir de l'information précise sur les données reliées au suicide :
 - en faisant participer les acteurs de la surveillance de l'ASSS, dès le début, aux processus de planification régionale ou locale pour disposer de données fiables et pour favoriser l'utilisation optimale de ces données, de façon à en dégager un portrait juste du suicide sur le territoire et des populations vulnérables au suicide qui y vivent;
 - en consultant l'Infocentre de santé publique afin d'obtenir les données sur le suicide disponibles pour les mises à jour ponctuelles (la procédure et le formulaire d'inscription à l'Infocentre de santé publique sont accessibles à la rubrique « Pour vous inscrire » du portail, à l'adresse suivante : <http://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca>).
- Au-delà des données épidémiologiques, il existe une dynamique particulière à chaque territoire ou communauté. Par exemple, les personnes suicidaires peuvent soit vivre plutôt dans certains quartiers ou certaines zones que d'autres, soit fréquenter des lieux ou des organismes particuliers du milieu. Ces connaissances sont utiles pour cibler des stratégies en prévention du suicide (ex. : stratégies par quartier ou petit territoire, stratégie dans et avec un organisme du milieu, etc.).
- Pousser plus loin l'exercice en définissant des stratégies susceptibles de favoriser la diffusion et l'appropriation de ce portrait au sein du CSSS et du RLS. Pour y parvenir, il importe :
 - de s'assurer d'avoir un portrait du suicide sur le territoire qui soit simple et adapté aux besoins des intervenants;
 - de s'assurer de la large diffusion de ce portrait au sein du CSSS et du RLS;
 - d'établir des modalités relatives à la discussion de ce portrait entre intervenants, gestionnaires du CSSS et représentants d'organisations partenaires du RLS dans des comités ou des instances qui existent déjà sur le territoire.

2 CONNAÎTRE LE RÔLE DES CSSS ET DES PARTENAIRES EN PRÉVENTION DU SUICIDE



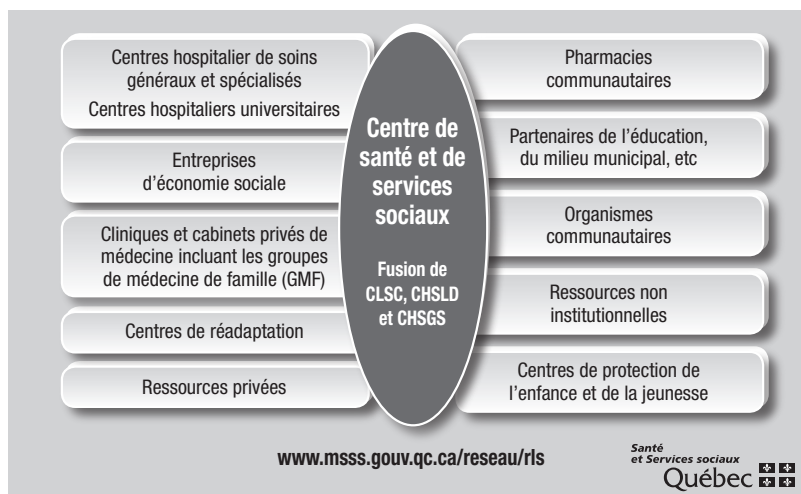
Les personnes suicidaires doivent avoir accès à une gamme de services adaptés à leurs besoins. On trouve notamment parmi ces services :

- l'intervention préventive ;
- l'intervention téléphonique jour et nuit ;
- l'intervention en période de crise suicidaire ;
- l'intervention après la crise, soit la postvention ainsi que le soutien aux endeuillés et aux proches⁴.

Le PASM stipule que l'organisation des services doit favoriser l'accès des personnes qui sont en crise suicidaire à une gamme de services, dont : «[...] un service d'intervention téléphonique (un numéro d'accès 24 heures par jour, 7 jours sur 7, et non seulement une ligne d'écoute) ; un service mobile d'intervention de crise «face à face» ; des places d'hébergement de crise ; un suivi de crise à court terme ; un service hospitalier d'urgence»⁴. L'offre de cette gamme de services exige «[...] un engagement soutenu d'un grand nombre d'acteurs dans l'organisation des services»⁴.

Le CSSS a non seulement la responsabilité de coordonner les services de santé et les services sociaux au sein du RLS, mais aussi celle de mobiliser les partenaires locaux concernant des enjeux d'importance. Plusieurs partenaires sont regroupés au sein d'un RLS, comme en témoigne le schéma qui suit⁶.

95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) au cœur de 95 réseaux locaux de services (RLS)



Le CSSS doit s'assurer que les personnes suicidaires ont accès à un ensemble de soins et de services. À cette fin, les partenaires du RLS en prévention du suicide ont à arrimer leurs services. En effet, les efforts doivent être concertés et reposer sur une compréhension commune du parcours des personnes suicidaires et de leurs proches ainsi que sur un partage clair des rôles des divers acteurs, traduit dans des mécanismes formels de collaboration.

En prévention du suicide, les partenaires du RLS doivent avoir une vision commune du parcours de la personne suicidaire et du partage des rôles. De plus, ils doivent définir des mécanismes formels de collaboration.

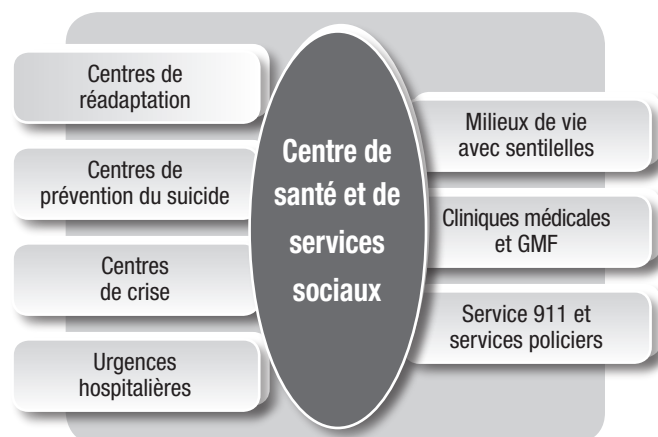
Nous proposons, dans la présente section du guide, une offre de services de base comprenant les actions de base que différents partenaires doivent accomplir en prévention du suicide. Les rôles sont précisés pour chacun des partenaires identifiés dans un schéma qui représente le RLS. Il reviendra à chaque milieu d'en adapter les lignes directrices générales à la réalité locale ou régionale. Bref, nous proposons des points de repère auxquels vous pourrez vous référer pour convenir, avec vos partenaires, du parcours des personnes suicidaires et du partage des rôles au sein du RLS. Discutez avec eux sur ces différents rôles pour vous assurer d'en avoir une vision commune.

2.1 LE RÔLE DES CENTRES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le CSSS a trois rôles complémentaires :

- offrir des services de base et des interventions efficaces aux personnes suicidaires ;
- coordonner les actions des divers partenaires du RLS en prévention du suicide établis sur le territoire du CSSS ;
- mobiliser les partenaires intersectoriels en prévention du suicide.

Le CSSS est l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux constituant la porte d'entrée en prévention du suicide. **Toutefois, il n'est pas le seul acteur à intervenir auprès des personnes suicidaires dans le RLS.**



Dans un CSSS, les intervenants doivent pouvoir accueillir la personne suicidaire qui s'y présente et qui n'est pas connue des services. Cette dernière peut s'y rendre de sa propre initiative ou parce qu'un partenaire du RLS l'a orientée vers le CSSS. L'accueil et l'évaluation de la personne suicidaire sont généralement effectués par les intervenants des services d'accueil, évaluation, orientation, référence (AEOR) – point d'accès aux services du CSSS – ou, dans certains cas, au guichet d'accès en santé mentale. Si la personne suicidaire téléphone au CSSS, le service d'accueil ou le service téléphonique continu (Info-Social, Urgence-Détresse ou autre) effectuera ce travail d'accueil et d'évaluation. Quant à la personne suicidaire qui est connue des services du CSSS, elle ne passera pas nécessairement par les services d'AEOR. Quelle est l'équipe ou le service qui s'occupera alors d'intervenir auprès d'elle? Est-ce que la personne suicidaire suivie par une équipe offrant des services spécifiques (ex. : jeunes ou adultes ayant un problème de dépendance ou de santé mentale, jeunes en difficulté) bénéficiera de services adaptés à sa condition fournis par cette même équipe ou par un autre service du CSSS? Assurez-vous de répondre à ces questions après avoir consulté les principaux intéressés au sein du CSSS.

Les intervenants du CSSS qui accueillent des personnes suicidaires doivent être aptes à estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire chez ces personnes. S'il y a lieu, les intervenants doivent être capables de gérer une crise suicidaire. Dans certains CSSS, on trouve des intervenants spécialisés en intervention de crise qui pourront prendre la relève lorsque la personne suicidaire est en danger grave et immédiat. L'état de la personne suicidaire peut faire en sorte que l'intervenant doive accompagner celle-ci à l'urgence hospitalière ou à un centre de crise.

Les intervenants du CSSS qui accueillent des personnes suicidaires doivent également être capables d'effectuer un suivi de courte durée de la crise suicidaire. Ce suivi peut être utilisé pour désamorcer la crise dans une situation ponctuelle vécue par la personne suicidaire. Il peut aussi être utilisé comme filet de sécurité, lorsque la personne est en attente d'un suivi particulier offert par un autre service ou d'un suivi étroit. Le suivi étroit sert pour sa part à intervenir dans une situation persistante ou récurrente, ou à offrir un suivi particulier aux personnes qui ont été en danger grave de passage à l'acte suicidaire. Ainsi, les intervenants des services de suivi psychosocial, de l'équipe de santé mentale ou de toute autre équipe travaillant auprès des groupes vulnérables au suicide (ex. : jeunes en difficulté, personnes âgées en perte d'autonomie, personnes ayant un problème de santé mentale) doivent pouvoir effectuer un suivi étroit.

Enfin, les intervenants du CSSS qui travaillent auprès des personnes suicidaires doivent être aptes à référer, à orienter ou à accompagner ces dernières vers les ressources du territoire appropriées à leur condition.

LES ACTIONS À ACCOMPLIR

DANS LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer la dangerosité du passage à l'acte.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou héberger.

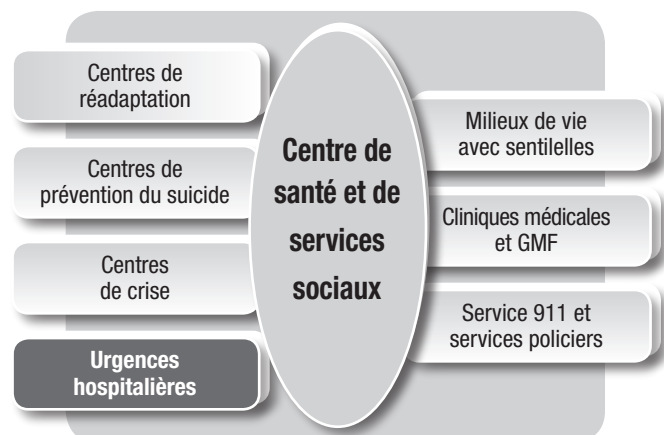
Quelques pistes de réflexion pour vous

- Avez-vous déterminé les services et défini les procédures visant à assurer l'accueil et la prise en charge des personnes suicidaires dans le CSSS? Ces procédures assurent-elles la continuité des services?
- Dans votre CSSS, les personnes qui interviennent auprès des personnes suicidaires ont-elles une vision claire et commune du parcours interne de ces personnes (ex. : divers points d'accès aux services, divers lieux de suivi) et des rôles des différents services qui les accueillent?
- Avez-vous fait connaître à l'ensemble des intervenants du CSSS concernés par la question ce parcours et ce partage des rôles?

2.2 LE RÔLE DES URGENCES HOSPITALIÈRES

L'urgence hospitalière peut soit être intégrée à un CSSS (centre hospitalier de soins généraux), soit se trouver dans un centre hospitalier spécialisé ou universitaire ; c'est pourquoi nous avons fait de ce service une entité distincte dans notre figure. Si les urgences hospitalières du Québec jouent un rôle important en prévention du suicide, elles ne sont toutefois pas le point d'accès aux services à privilégier dans le réseau.

Les intervenants au triage de l'urgence hospitalière accueilleront la personne suicidaire, qu'elle s'y présente de façon volontaire ou en raison du recours à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Dans le dernier cas, elle sera accompagnée par un intervenant d'une organisation du RLS s'occupant des personnes suicidaires, de deux policiers ou de ces trois personnes. En tout temps, quelqu'un peut se présenter seul à l'urgence



hospitalière ou en compagnie d'un proche. Les intervenants de l'urgence hospitalière doivent être aptes à estimer la dangerosité du passage à l'acte chez la personne suicidaire et à décider si celle-ci peut ou non rester seule en attendant de rencontrer le médecin ; ils attribueront une cote de priorité à son cas en fonction de leur évaluation. Si la personne est en crise ou présente des signes de désorganisation mentale, les intervenants doivent s'en occuper immédiatement. Si un problème de santé mentale est soupçonné chez cette personne, il faut lui garantir une consultation avec un spécialiste en santé mentale dans les 24 heures¹⁴. Il se peut que les intervenants doivent demander son hospitalisation si la dangerosité du passage à l'acte est grave et immédiate.

Il s'avère essentiel de planifier la sortie d'une personne suicidaire avant qu'elle n'obtienne son congé de l'urgence ou dès son admission à l'hôpital¹⁵. Cela permet d'éviter que la sortie ne soit précipitée et que cette personne ne se retrouve sans service.

Un taux élevé de personnes suicidaires sont réadmis à l'hôpital à la suite de leur sortie¹⁶. Il importe de déployer des efforts pour faciliter la transition et s'assurer de la continuité des soins et des services. Ainsi, un entretien entre la personne suicidaire et un agent de liaison, ou un autre employé assurant le lien entre l'urgence hospitalière et l'établissement qui offrira le suivi étroit, permettra de planifier ledit suivi qui sera offert à la première.

LES ACTIONS À ACCOMPLIR

DANS LES URGENCES HOSPITALIÈRES

- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer la dangerosité du passage à l'acte.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser** ou héberger.

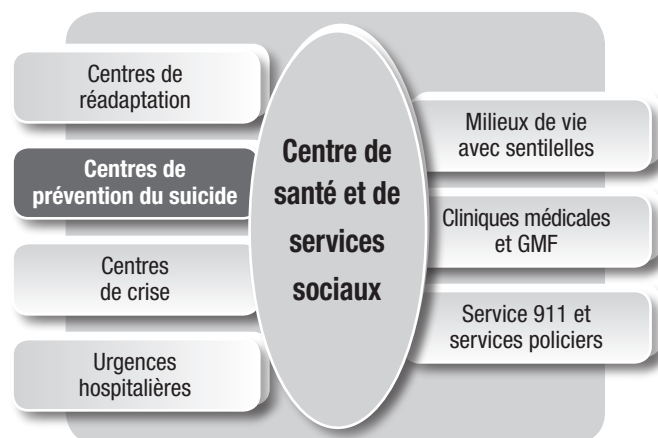
Quelques pistes de réflexion pour vous

- Avez-vous défini le rôle des urgences hospitalières en matière de prévention du suicide sur votre territoire ?
- Avez-vous défini ce rôle avec les autres partenaires du RLS pour vous assurer que tous en ont une compréhension commune et vous assurer de l'utilisation optimale de l'urgence hospitalière ?
- Avez-vous établi les mécanismes relatifs à la collaboration et à l'arrimage entre l'urgence hospitalière et le CSSS ? Entre l'urgence hospitalière ou le CSSS et les autres partenaires du RLS ?

2.3 LE RÔLE DES CENTRES DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Les centres de prévention du suicide (CPS) peuvent fournir des services à un ou à plusieurs RLS, services qui concernent principalement la prévention du suicide elle-même, l'intervention auprès de personnes suicidaires ainsi que le soutien offert à leurs proches¹⁷

Ces organismes jouent également un rôle dans la formation en prévention du suicide et ils offrent du soutien clinique aux partenaires du RLS¹⁷. Bref, les CPS contribuent à l'accompagnement des organisations s'occupant de la prévention du suicide.



La personne suicidaire peut accéder aux services du CPS en téléphonant directement à l'organisme ou par la ligne 1 866-APPELLE. Cette ligne téléphonique achemine l'appel de la personne suicidaire automatiquement vers les ressources de sa région. En général, dans les régions où il existe un CPS, l'appel est acheminé vers cet organisme.

Les CPS peuvent accueillir la personne suicidaire, estimer la dangerosité du passage à l'acte et gérer immédiatement la crise. Certains d'entre eux assureront le suivi, de courte durée ou étroit, de cette personne et la relanceront en fonction de la dangerosité du passage à l'acte. Enfin, en fonction des besoins de la personne suicidaire, ces centres peuvent aussi référer, orienter ou accompagner la personne suicidaire vers d'autres services offerts par les partenaires du RLS.

LES ACTIONS À ACCOMPLIR

DANS LES CENTRES DE PRÉVENTION DU SUICIDE (CPS)

- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer la dangerosité du passage à l'acte.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou héberger.

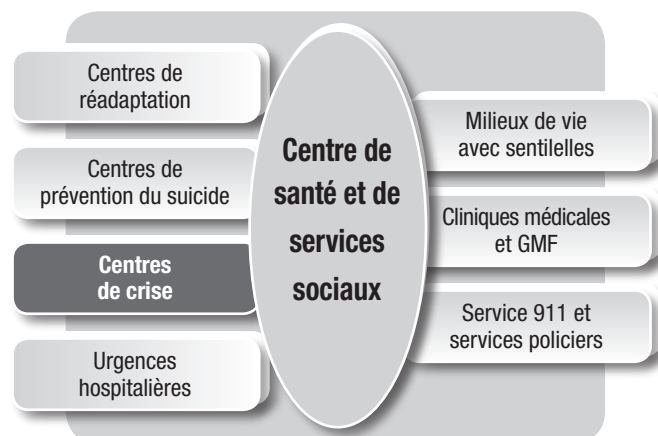
Quelques pistes de réflexion pour vous

- Avez-vous défini la complémentarité des rôles entre le CPS et votre CSSS ?
- Tous les gestionnaires et les intervenants de votre CSSS connaissent-ils bien ce partage des rôles et les services offerts par le CPS ? Quelles sont les modalités du contact continu entre le CPS et votre CSSS ?
- Avez-vous des idées pour améliorer la collaboration de votre CSSS avec le CPS ?

2.4 LE RÔLE DES CENTRES DE CRISE

Les centres de crise sont des organismes communautaires qui interviennent auprès de personnes traversant une crise¹⁷, notamment une crise suicidaire. Ils peuvent fournir des services sur un ou plusieurs territoires.

Ces organismes accueillent la personne suicidaire, estiment la dangerosité du passage à l'acte et gèrent immédiatement une crise. Certains services ou centres de crise peuvent assurer le suivi, de courte durée ou étroit, de la personne suicidaire et la relancer, en fonction de la dangerosité du passage à l'acte. Ils peuvent aussi référer vers d'autres services plus appropriés à sa condition. Ces organismes offrent un service d'hébergement de crise¹⁷ qui peut remplacer avantageusement l'hospitalisation de la personne suicidaire.



LES ACTIONS À ACCOMPLIR

DANS LES CENTRES DE CRISE

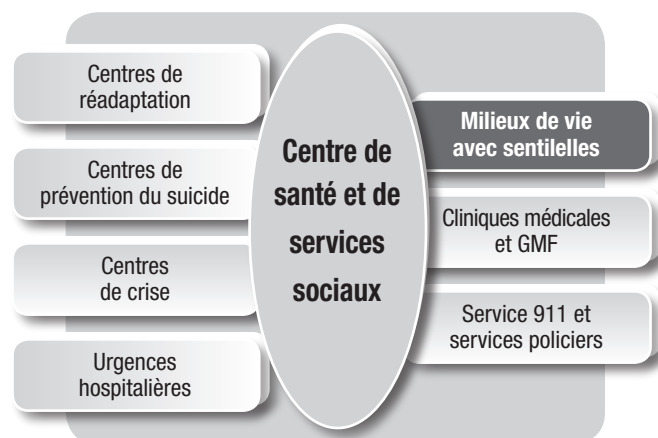
- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer la dangerosité du passage à l'acte.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou **héberger**.

Quelques pistes de réflexion pour vous

- Est-il possible, sur votre territoire, de référer les personnes suicidaires en danger grave de passage à l'acte à un centre de crise plutôt que de les hospitaliser? Assurez-vous, s'il n'existe pas de CPS ou de centre de crise dans votre région, de convenir de l'établissement ou de l'organisme qui assurera le suivi de ces personnes.
- Avez-vous défini la complémentarité des rôles entre le centre de crise et votre CSSS?
- Tous les gestionnaires et les intervenants du CSSS connaissent-ils bien ce partage des rôles et les services offerts par le centre de crise? Quelles sont les modalités du contact continu entre le centre de crise et votre CSSS?
- Avez-vous des idées pour améliorer la collaboration de votre CSSS avec le centre de crise?

2.5 LE RÔLE DES SENTINELLES DANS LES MILIEUX DE VIE

Les réseaux de sentinelles implantés au Québec ont une fonction importante en prévention du suicide. Les sentinelles sont des citoyens formés pour jouer le rôle de relayer entre la personne suicidaire et les ressources qui peuvent intervenir auprès d'elle. Sans être des professionnels de la santé et des services sociaux, ces personnes (ex. : enseignants, secrétaires, bénévoles, réceptionnistes) s'investissent dans la prévention du suicide dans leur milieu. D'ailleurs, plusieurs organisations, telles que des écoles ou des milieux de travail, forment des sentinelles pour repérer les personnes suicidaires. Les réseaux de sentinelles favorisent ainsi l'accessibilité de la personne suicidaire aux services en la mettant en communication avec ceux dont elle a besoin⁹. Les sentinelles permettent en effet de joindre les personnes isolées, difficiles à atteindre autrement, ainsi que celles qui n'utilisent pas les services de santé ni les services sociaux.



Les sentinelles sont aptes à reconnaître les signes avant-coureurs chez une personne vulnérable au suicide. Elles peuvent ensuite vérifier le degré d'urgence de la situation, renseigner la personne suicidaire sur les services du réseau susceptibles de l'aider (CSSS, CPS ou centre de crise) et l'inviter à les utiliser.

LES ACTIONS À ACCOMPLIR

PAR LES SENTINELLES DANS LES MILIEUX DE VIE

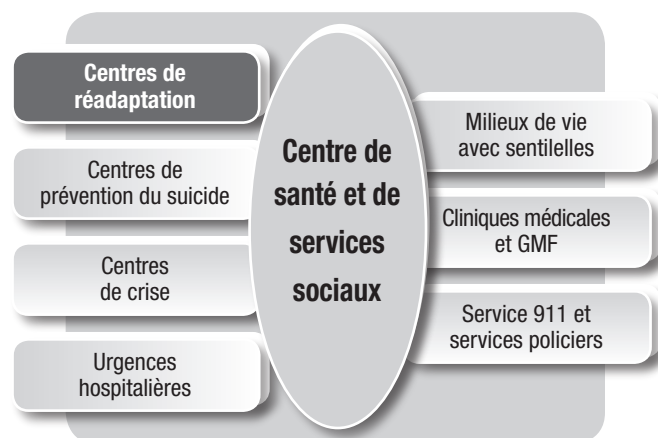
- Accueillir la personne suicidaire.
- Vérifier le degré d'urgence de la situation.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / **orienter** vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou héberger.

Quelques pistes de réflexion pour vous

- Existe-t-il un réseau de sentinelles sur votre territoire? Assurez-vous de connaître la situation sur votre territoire et de soutenir la mise en place du réseau de sentinelles, le cas échéant.
- Les sentinelles savent-elles à qui s'adresser au CSSS ainsi que dans les autres établissements et les autres organismes du réseau? Clarifiez ce point, car le CSSS doit collaborer avec les sentinelles pour assurer la prise en charge rapide des personnes suicidaires qui lui sont référées.

2.6 LE RÔLE DES CENTRES DE RÉADAPTATION

Le personnel de divers autres établissements du territoire dont les usagers sont particulièrement vulnérables au suicide a reçu une formation complète en intervention de crise suicidaire. Il s'agit des établissements à vocation régionale s'occupant de santé mentale, des centres de réadaptation en toxicomanie et des centres jeunesse. Les intervenants qui y travaillent peuvent estimer la dangerosité du passage à l'acte. Il est donc important que, dans les centres de réadaptation, le personnel développe ses compétences en prévention du suicide afin d'aider les personnes suicidaires qui en utilisent les services.



Les intervenants de ces établissements peuvent gérer immédiatement une crise suicidaire ainsi qu'effectuer le suivi de courte durée ou étroit en fonction des besoins de la personne suicidaire. Ils peuvent aussi référer, orienter ou accompagner la personne suicidaire vers d'autres services offerts par les partenaires du RLS. Certains centres peuvent héberger la personne suicidaire.

LES ACTIONS À ACCOMPLIR

DANS LES CENTRES DE RÉADAPTATION

- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer la dangerosité du passage à l'acte.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompanyer à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou **héberger**.

Quelques pistes de réflexion pour vous

- Quels sont les rôles joués par les centres de réadaptation de votre territoire auprès des personnes suicidaires? Il apparaît pertinent de convenir du rôle exact des établissements et des organismes à vocation régionale en matière de prévention du suicide ainsi que de leur complémentarité avec le CSSS et les autres partenaires du RLS.
- Pouvez-vous faire appel aux ressources spécialisées des centres de réadaptation lorsque certaines personnes suicidaires accueillies dans votre CSSS sont déjà suivies dans ces centres ou vivent des situations similaires à celles de leurs usagers? Quels sont les mécanismes d'accès à ces ressources?

2.7 LE RÔLE DES CLINIQUES MÉDICALES ET DES GMF

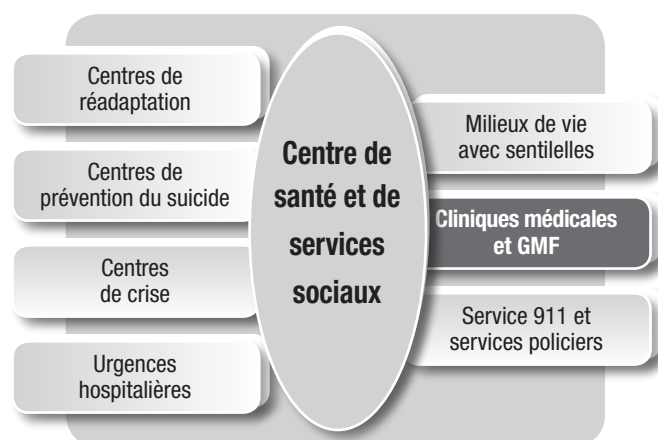
L'engagement des médecins de famille du territoire est essentiel en prévention du suicide. En effet, les cliniques médicales et les groupes de médecine de famille (GMF) constituent, avec les CSSS, la porte d'entrée des services de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux sur un territoire local donné. Quelques auteurs disent qu'entre 40 % et 70 % des personnes décédées par suicide ont consulté leur médecin de famille moins d'un mois avant de mettre un terme à leurs jours^{12, 18}, 36 % d'entre elles ayant obtenu un rendez-vous avec un omnipraticien moins d'une semaine

avant de poser leur geste¹⁸. Ces données montrent que le médecin de famille tient un rôle important, car il est probablement en contact avec un pourcentage non négligeable de personnes suicidaires¹.

L'Organisation mondiale de la santé affirme pour sa part que les médecins jouent un rôle majeur dans la prévention du suicide : ils doivent évaluer et prendre en charge les personnes suicidaires¹². L'importance que les médecins de famille soient vigilants et constamment à l'affût des symptômes attribuables à la dépression ou aux idées suicidaires est d'ailleurs soulignée par Dumel (2000). Les médecins de famille doivent être formés pour agir efficacement auprès des personnes suicidaires, car plusieurs se sentent mal à l'aise en leur présence¹². Une analyse des besoins effectuée en 2001 a révélé que 88 % des médecins interrogés considéraient qu'une formation en prévention du suicide serait souhaitable à l'actualisation de leur profession¹⁹. Le PNSP stipule que des activités de formation doivent être offertes aux cliniciens afin de les soutenir dans l'intégration de pratiques cliniques préventives². Le fait de suivre une formation en prévention du suicide réduit, pour les médecins, le risque de sous-évaluer l'ampleur de la détresse des personnes qu'ils soignent^{20, 21}. Quelques formations allant dans ce sens existent au Québec. L'une d'entre elles vise d'ailleurs à accroître les aptitudes des omnipraticiens quant à la reconnaissance, à la prise en charge ainsi qu'à la référence des personnes ayant des idées suicidaires ou d'autres problèmes de santé mentale²². Certaines expériences montrent que la formation des médecins en prévention du suicide peut avoir des retombées concrètes. À ce sujet, une recherche menée en Suède visait à démontrer les effets d'un programme de formation qui était destiné aux omnipraticiens et qui portait tant sur le diagnostic que sur le traitement des dépressions²⁰. La formation offerte aux médecins aurait contribué à réduire de façon significative le nombre de décès par suicide dans la population²³. Voilà un résultat encourageant !

Les médecins doivent accueillir la personne suicidaire et être aptes à estimer la dangerosité du passage à l'acte. En fonction des besoins de cette personne, ils peuvent aussi référer, orienter ou accompagner la personne suicidaire vers d'autres services offerts par les partenaires du RLS. Pour ce faire, les médecins doivent connaître les services qui sont offerts par les partenaires du RLS, et ce, dans l'optique de savoir lequel répond le mieux aux besoins de la personne suicidaire.

Vous gagnez à tisser des liens étroits avec ces médecins. Votre partenariat sera particulièrement utile au moment de l'intervention auprès d'une personne suicidaire qui est déjà suivie par un médecin d'une clinique médicale ou d'un GMF. Par ailleurs, puisque l'importance du suivi d'une crise suicidaire est reconnue, ce partenariat facilitera les démarches quand des médecins vont référer des personnes suicidaires à votre CSSS.



LES ACTIONS À ACCOMPLIR

DANS LES CLINIQUES MÉDICALES ET LES GMF

- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer la dangerosité du passage à l'acte.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou héberger.

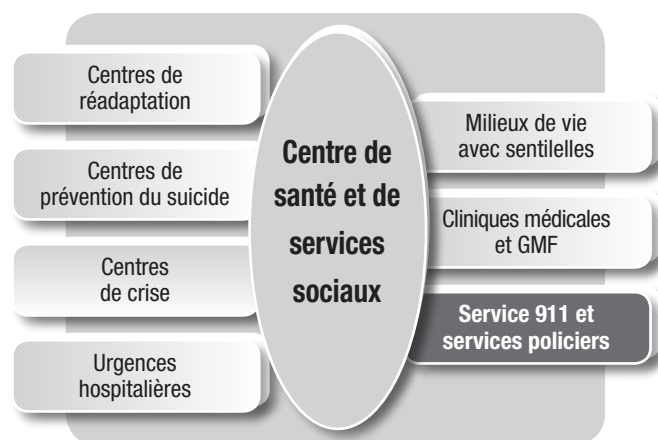
Quelques pistes de réflexion pour vous

- Travaillez-vous en partenariat avec les médecins des cliniques médicales et des GMF de votre territoire en prévention du suicide? Comment ce partenariat s'actualise-t-il? Est-ce que ces médecins connaissent les autres services offerts aux personnes suicidaires dans le RLS?
- Est-ce que les médecins de famille du territoire connaissent les services offerts par le CSSS aux personnes suicidaires? Comment maintenez-vous à jour les connaissances des médecins du territoire au regard des services du CSSS et des autres partenaires du RLS?

2.8 LE RÔLE DU SERVICE 911 ET DES SERVICES POLICIERS

Le service 911 et les services policiers ont pour fonction d'aider et de protéger la population. Leur personnel peut procéder à une estimation de l'urgence suicidaire. Toutefois, ni le service 911 ni les services policiers ne sont mandatés pour gérer une crise suicidaire ou pour en effectuer le suivi. Il est possible que les policiers gèrent temporairement une crise, lorsque la personne suicidaire est très désorganisée, en attendant que les établissements ou les organismes désignés du territoire prennent la relève. Ces ressources choisiront peut-être alors de référer la personne suicidaire aux services appropriés du CSSS, du CPS ou du service de crise, en fonction de l'urgence suicidaire perçue.

Le 911 ainsi que les services policiers peuvent choisir d'enclencher un processus de référence et d'accompagnement de la personne suicidaire à l'urgence hospitalière quand la situation le requiert. D'ailleurs, le service 911 et les services policiers peuvent collaborer avec vous quand s'applique la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, c'est-à-dire lorsqu'un danger grave et immédiat menace la sécurité de la personne suicidaire ou de son entourage. Par ailleurs, dans une situation moins grave, il est possible que les policiers orientent la personne suicidaire vers l'une ou l'autre des ressources du réseau.



LES ACTIONS À ACCOMPLIR

PAR LE PERSONNEL DU SERVICE 911 ET DES SERVICES POLICIERS

- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer l'urgence suicidaire.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou héberger.

Quelques pistes de réflexion pour vous

- Quelles sont les pratiques actuelles du service 911 et des services policiers sur votre territoire quand ils ont affaire à une personne suicidaire? Avez-vous convenu ensemble des pratiques optimales à adopter dans ce cas?
- Le service 911 et les services policiers ont-ils une connaissance à jour des ressources du territoire? Comment cette connaissance restera-t-elle à jour?

2.9 LE RÔLE DES ASSS ET DU MSSS

Le CSSS ainsi que les partenaires régionaux et locaux s'occupant de la prévention du suicide sont appuyés dans leurs actions. Il importe de souligner, dans l'actualisation de leur rôle en cette matière, le soutien de l'agence de la santé et des services sociaux (ASSS) et du MSSS, qui :

- définissent les grandes orientations ;
- soutiennent ces organisations dans l'intégration des bonnes pratiques (ex. : aide à la production des outils nécessaires, subvention pour des activités de formation) ;
- sensibilisent régulièrement les gestionnaires et les intervenants tant à leurs rôles qu'à la nécessité de collaborer avec leurs partenaires.

2.10 LE RÔLE DES CHERCHEURS EN PRÉVENTION DU SUICIDE

L'apport fourni par les chercheurs s'intéressant à la prévention du suicide mérite d'être souligné. Effectivement, les chercheurs contribuent à l'amélioration des pratiques en ce domaine :

- en ajoutant de nouvelles connaissances et en les diffusant ;
- en analysant ainsi qu'en évaluant la pertinence, l'efficacité et l'efficience de certaines pratiques qui ont cours.

Le Réseau québécois de recherche sur le suicide, soutenu par le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, vient d'ailleurs d'être créé. Il a pour mandat de favoriser le développement de la recherche, la collaboration entre les chercheurs de divers milieux et l'utilisation des résultats de recherche par les milieux d'intervention.

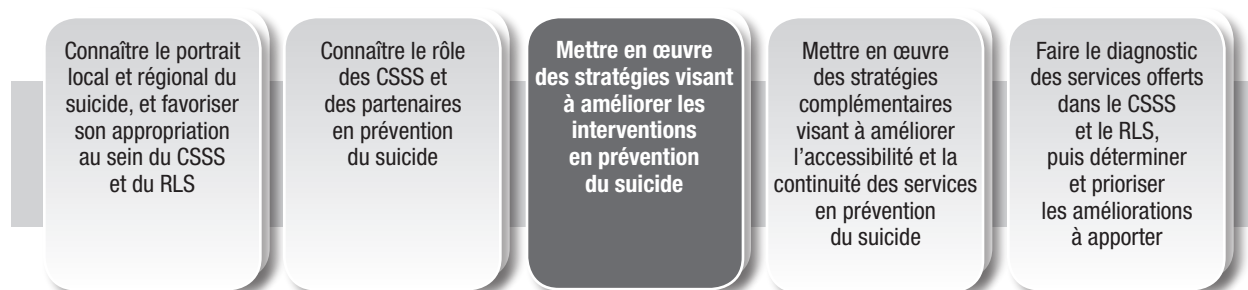
Le tableau qui suit donne une idée d'ensemble des actions à accomplir par le CSSS et chacun des autres partenaires du RLS en prévention du suicide.

ACTIONS À ACCOMPLIR POUR INTERVENIR AUPRÈS D'UNE PERSONNE SUICIDAIRE								
ACTEURS DU RLS	Accueillir	Estimer la dangerosité du passage à l'acte	Gérer immédiatement la crise	Effectuer le suivi de courte durée	Référer ou orienter	Effectuer le suivi étroit	Accompagner à l'urgence hospitalière	Hospitaliser ou héberger
Centres de santé et de services sociaux	●	●	●	●	●	●	●	
Urgences hospitalières	●	●	●		●			● Hospitaliser
Centres de prévention du suicide	●	●	●	●	●	●	●	
Centres de crise	●	●	●	●	●	●	●	● Héberger
Milieux de vie avec des sentinelles		▲			● Orienter		●	
Centres de réadaptation		●	●	●	●	●	●	● Héberger
Cliniques médicales ou GMF	●	●			●		●	
911 ou services policiers		■			●		●	

Légende

- Action accomplie
- ▲ Action accomplie partiellement : vérification du degré d'urgence de la situation
- Action accomplie partiellement : estimation de l'urgence suicidaire

3 METTRE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES VISANT À AMÉLIORER LES INTERVENTIONS EN PRÉVENTION DU SUICIDE



La qualité de l'intervention auprès de la personne suicidaire repose notamment sur les deux éléments suivants : l'efficacité des pratiques et des outils utilisés ainsi que le maintien et le développement des compétences des intervenants.

3.1 S'ASSURER QUE LES PRATIQUES ET LES OUTILS UTILISÉS DANS LES CSSS SONT RÉPUTÉS EFFICACES

La personne suicidaire vit une situation complexe ; il faut donc utiliser des stratégies particulières ayant fait leur preuve lorsque l'on intervient auprès d'elle. La prévention du suicide peut être considérée comme un mélange d'art et de science²⁴. Il importe de faire en sorte que l'intervention s'inspire des recherches sérieuses dans le domaine et des pratiques auxquelles ont recours les intervenants chevronnés. Dans la mise à jour du PNSP, on souligne d'ailleurs l'importance de l'appropriation des résultats de recherche par les décideurs, les gestionnaires et les intervenants pour contribuer au rehaussement des pratiques².

Les intervenants psychosociaux utilisent peu les résultats de recherche pour alimenter leur pratique²⁵. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation, notamment des problèmes d'accessibilité à certains résultats de recherche, des problèmes d'application de certains de ces résultats à la pratique et la priorité accordée aux savoirs issus de l'expérience. En prévention du suicide, un fossé important s'observe entre les pratiques utilisées par les intervenants et celles qui sont rapportées dans les articles scientifiques²⁶. Le comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale (2004) suggère d'établir des protocoles standardisés pour l'intervention auprès des personnes suicidaires.

L'analyse des besoins conduite auprès d'intervenants de CSSS et de CPS a permis de constater la variété des pratiques utilisées pour intervenir auprès des personnes suicidaires⁵. Parmi les pratiques réputées efficaces, selon les recherches dans le domaine, certaines approches – dont la thérapie cognitivo-comportementale – demeurent peu utilisées dans les CSSS⁵.

De par sa complexité, la situation de la personne suicidaire impose à l'intervenant d'utiliser des stratégies réputées efficaces.

L'analyse des écrits révèle l'existence d'un écart important entre les pratiques utilisées par les intervenants et les pratiques reconnues efficaces par la recherche.

Dans certains CSSS, il est possible de dénoter une sous utilisation de certaines modalités d'intervention reconnues efficaces en prévention du suicide.

On peut également observer, dans certains CSSS, le recours peu fréquent à des outils pour estimer la dangerosité du passage à l'acte chez la personne suicidaire. Plusieurs intervenants évaluent l'urgence suicidaire avec le COQ. Le COQ est un bref questionnaire qui consiste à demander d'abord à la personne suicidaire si elle envisage de se suicider puis, dans l'affirmative, à lui demander **comment, où et quand** elle compte passer à l'acte; la précision de son plan détermine l'urgence suicidaire. Toutefois, ces intervenants mentionnent qu'ils ne modulent pas leur évaluation en fonction de la présence de facteurs précipitants, contributifs ou prédisposants et de facteurs de protection liés au suicide⁵. D'autres études ont déjà rapporté que certains intervenants qui travaillent en santé mentale ou qui font de l'intervention téléphonique ne tiennent pas compte de ces facteurs dans l'évaluation de la personne en crise suicidaire^{27, 28}. Cette situation est préoccupante dans la mesure où un intervenant qui ne prend pas en considération les facteurs associés au suicide peut sous-estimer l'urgence suicidaire et renvoyer chez elle une personne chez qui l'on peut pourtant reconnaître plusieurs facteurs la rendant vulnérable. Le *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* vise à soutenir les intervenants dans leurs efforts pour fonder davantage leurs pratiques sur des résultats de recherche. Ce guide expose de façon détaillée les pratiques qui gagnent à être utilisées par les intervenants, pratiques qui sont présentées sommairement dans l'encadré suivant.

LES ACTIONS À PROMOUVOIR

POUR VOUS ASSURER QUE LES PRATIQUES ET LES OUTILS UTILISÉS DANS VOTRE CSSS SONT RÉPUTÉS EFFICACES

- Promouvoir des pratiques efficaces pour agir sur la crise suicidaire dans votre CSSS.
 - L'approche orientée vers les solutions semble particulièrement adaptée au CSSS, car elle :
 - est reconnue comme étant efficace ;
 - nécessite moins de rencontres que d'autres approches pour atteindre les mêmes résultats ;
 - met l'accent sur la recherche de solutions plutôt que sur le problème ;
 - mise sur les compétences et les ressources de la personne suicidaire.

Le *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* présente un processus d'intervention basé sur cette approche.

- Promouvoir des pratiques efficaces pour estimer la dangerosité du passage à l'acte chez la personne suicidaire.
 - La grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte, conçue par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, est un outil :
 - clair, facile d'utilisation et basé sur des expériences cliniques solides ;
 - qui permet d'estimer simultanément l'urgence suicidaire et la présence de facteurs liés au suicide ;
 - qui permet d'orienter l'intervention après l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte de la personne suicidaire.

- Promouvoir des pratiques efficaces pour assurer la sécurité de la personne suicidaire tout au long du processus d'intervention.
 - Un accompagnement personnalisé est nécessaire lorsque la personne est en danger grave de passage à l'acte. De plus, il faut définir un protocole d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui qui soit formel et dénué d'ambiguïté afin de faciliter la décision de recourir à celle-ci. Cette loi, qui constitue une **mesure d'urgence d'exception**, permet de priver temporairement un individu de son droit de liberté afin de le garder sans son consentement dans un centre hospitalier. Elle est utilisée, en certaines circonstances, pour assurer la sécurité de la personne suicidaire.
- Promouvoir des pratiques efficaces pour assurer le suivi étroit de la crise suicidaire.
 - Les intervenants des CSSS et des organisations partenaires du RLS qui doivent offrir un suivi gagnent à utiliser des approches qui sont réputées efficaces pour intervenir auprès des personnes suicidaires, notamment :
 - l'approche orientée vers les solutions ;
 - l'approche cognitivo-comportementale ;
 - l'approche par résolution de problèmes ;
 - l'approche dialectique comportementale ;
 - l'approche interpersonnelle.
- Promouvoir des pratiques efficaces pour intervenir auprès des groupes vulnérables suivants :
 - les hommes ;
 - la population autochtone ;
 - les populations homosexuelles, bisexuelles et transsexuelles ;
 - les jeunes de 15 à 24 ans ;
 - les personnes âgées de 65 ans et plus ;
 - les personnes incarcérées ;
 - les personnes ayant vécu un ou plusieurs épisodes de blessures auto-infligées ;
 - les personnes ayant un problème de santé mentale ;
 - les personnes ayant un problème de dépendance.

L'intervention auprès d'une personne suicidaire faisant partie de l'un de ces groupes doit être adaptée pour être efficace. Le *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* donne des précisions additionnelles quant aux particularités de cette intervention.
- Promouvoir des pratiques efficaces concernant la nécessaire collaboration avec les médecins de famille et les autres partenaires du RLS dans le cadre du suivi des personnes suicidaires.

3.2 SOUTENIR LE MAINTIEN ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES INTERVENANTS EN PRÉVENTION DU SUICIDE

La personne suicidaire éprouve généralement une certaine difficulté à exprimer clairement ce qu'elle vit. L'intervention auprès d'elle requiert des compétences précises. Il importe que les intervenants aient les compétences nécessaires pour estimer la dangerosité du passage à l'acte et assurer les suivis qu'exige l'état de cette personne. La formation liée à la prévention du suicide permet aux intervenants d'assurer un suivi adapté et optimal de la personne suicidaire⁴. Elle permet aussi de clarifier les mythes entourant le suicide et sa prévention²⁹. Des formations de base et de perfectionnement s'imposent donc. De plus, il importe d'offrir du soutien clinique aux intervenants qui travaillent en prévention du suicide^{29, 30, 31}.

La détresse vécue par certaines personnes suicidaires peut devenir émotionnellement lourde à porter pour les intervenants. Il est reconnu que la relation d'aide s'établissant avec la personne suicidaire peut générer un stress important chez les intervenants³⁰ et agir comme élément déclencheur d'un épuisement professionnel³². Ce trop-plein d'émotions risque également, à long terme, d'amenuiser leur capacité de compassion, un élément nécessaire à l'exercice de leurs fonctions professionnelles³². Il importe d'instaurer, dans votre CSSS, des modalités permettant d'épauler les intervenants et de leur donner la possibilité d'évacuer les tensions émotionnelles accumulées dans l'exercice de leur profession. Il existe quelques services d'aide visant à soulager le personnel traitant de la détresse psychologique, de la tristesse, des sentiments néfastes qu'il peut éprouver lorsqu'une personne auprès de laquelle il intervient décède par suicide³³. Il se peut effectivement que, dans de telles circonstances, un intervenant ressente de la confusion, de la colère, de la culpabilité ou de l'apathie³⁴. Il faut garder à l'esprit que les intervenants sont, plus que d'autres, sujets à vivre des deuils³⁵. La supervision clinique constitue une autre façon d'aider les intervenants. Elle peut être considérée comme une activité d'apprentissage et de soutien professionnel par laquelle le superviseur amène l'intervenant à optimiser ses approches ainsi qu'à accroître son sentiment de compétence par des échanges de propos constructifs³⁶. La supervision clinique permet de contrer la perception d'isolement professionnel qu'a parfois le personnel travaillant en prévention du suicide³⁰. Enfin, elle contribue à prévenir l'épuisement professionnel pouvant être causé par la surcharge émotionnelle et la fatigue de compassion³².

L'analyse des besoins menée auprès d'intervenants de CSSS et de CPS a démontré que ceux qui ont reçu une formation liée à l'intervention de crise suicidaire en ont retiré des bénéfices, personnels ou collectifs⁵. Parmi ces bénéfices, on remarque notamment l'augmentation du sentiment de compétence ainsi que l'instauration d'un langage commun. Certains témoignages d'intervenants de CSSS font voir des disparités relativement à l'accès à des formations portant sur l'intervention en situation de crise suicidaire. Selon les intervenants interrogés, la qualité de leur intervention auprès des personnes suicidaires peut en souffrir et cela peut les plonger dans une zone d'inconfort professionnel⁵. L'Analyse des besoins a

La personne suicidaire éprouve de la difficulté à exprimer clairement ce qu'elle vit. Il importe donc d'offrir une formation adéquate et un soutien clinique de qualité aux intervenants pour qu'ils puissent estimer adéquatement les risques encourus par cette personne.

L'analyse des écrits révèle que l'intervention auprès de la personne suicidaire est complexe, peut générer un stress important et être le déclencheur d'un épuisement chez le professionnel. Il s'avère donc pertinent d'offrir de la formation et du soutien clinique aux intervenants.

Dans certains CSSS, il est possible d'observer une disparité quant à l'accès aux formations en prévention du suicide.

aussi permis de dégager le profil du superviseur clinique souhaité par les intervenants de CSSS :

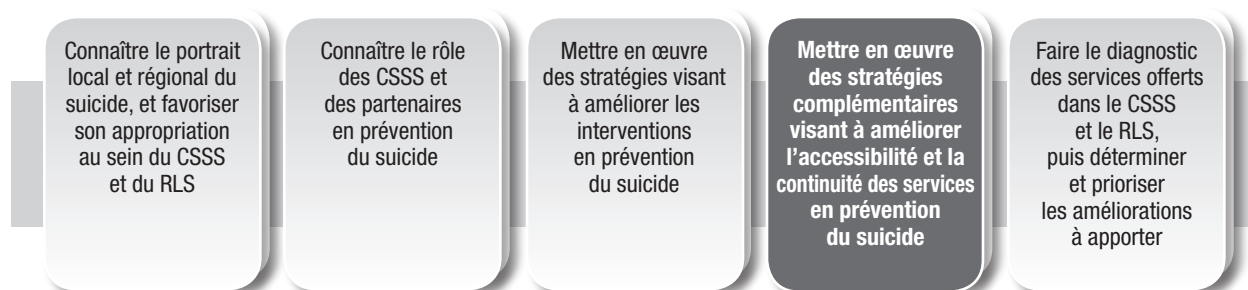
- il a acquis une expertise clinique ;
- il n'a pas de lien d'autorité avec les intervenants ;
- il se consacre à la supervision à temps plein ;
- il est disponible ;
- il sait créer un climat de confiance et encourager, en plus d'avoir des attitudes de respect ;
- il conseille au lieu d'imposer⁵.

LES ACTIONS À PROMOUVOIR

POUR SOUTENIR LE MAINTIEN ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CHEZ LES INTERVENANTS EN PRÉVENTION DU SUICIDE

- Faire en sorte que les intervenants travaillant auprès des personnes suicidaires aient accès à des activités de formation. La formation doit être :
 - adaptée aux compétences requises pour intervenir auprès de ces personnes en fonction des actions à accomplir (ex. : agir sur la crise suicidaire ou effectuer le suivi étroit de la crise) ;
 - mise à jour régulièrement. L'Angleterre propose d'ailleurs que les intervenants travaillant auprès de personnes suicidaires soient formés tous les trois ans³⁰.
- Faire en sorte que les intervenants qui travaillent auprès des personnes suicidaires aient accès à une supervision clinique. Le superviseur clinique devrait :
 - agir à la fois à titre de guide et de modèle pour la personne supervisée³⁷ ;
 - faciliter le transfert des apprentissages chez les intervenants qui ont suivi une formation liée à la prévention du suicide³¹ ;
 - respecter des standards éthiques élevés³⁸ ;
 - avoir lui-même accès à une formation pour exercer son rôle, et ce, dans l'optique d'acquérir ou de développer des compétences :
 - relativement aux nouveaux modèles de supervision clinique, qui l'incitent à mettre en avant l'expertise de la personne supervisée plutôt que de se positionner en expert³⁹,
 - lui permettant de pallier les réactions de transfert et de contre-transfert que peut entraîner la supervision clinique, comme toute interaction éducative⁴⁰,
 - lui permettant de pallier la crainte des intervenants que la supervision soit une évaluation déguisée de la performance⁴¹.
- Vous assurer que votre CSSS dispose d'un protocole clair et formel pour aider les intervenants à l'occasion du décès par suicide d'un usager (postvention).

4 METTRE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES COMPLÉMENTAIRES VISANT À AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SERVICES EN PRÉVENTION DU SUICIDE



À titre de gestionnaires d'un CSSS, vous disposez de leviers importants pour rehausser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts aux personnes suicidaires. Le CSSS doit favoriser l'accès à un continuum complet de services, qui va de la prévention jusqu'au soutien en fin de vie². Vous devez donc vous assurer que votre CSSS et vos partenaires du RLS avez mis en place les moyens d'accomplir les actions prévues pour chacun dans le partage des rôles et responsabilités (voir la section 2). Vous devez également vous assurer que les intervenants reçoivent la formation et le soutien dont ils ont besoin (voir la section 3). En prévention du suicide, certains services sont offerts plus largement que d'autres. Ainsi, l'intervention téléphonique existe dans chacune des régions tandis que l'accès à un centre de crise, le suivi étroit et l'intervention de postvention, notamment, restent plus rares.

La présente section contient des stratégies qui permettent d'accroître l'accès aux services destinés aux personnes suicidaires et à leurs proches ainsi que d'améliorer la continuité des services au sein du RLS.

Nous vous proposons notamment des stratégies visant :

- à favoriser l'accès à des services de crise ;
- à assurer l'accès au suivi étroit ;
- à faciliter l'accès de la population à des interventions de postvention à la suite d'un suicide ;
- à faciliter l'accès aux services en implantant un réseau de sentinelles ;
- à favoriser l'accès des proches de personnes suicidaires à des services de soutien ;
- à favoriser la réduction de l'accès aux moyens de se suicider ;
- à faciliter l'accès de la population à des projets en promotion de la santé mentale ;
- à faciliter la continuité des services entre les partenaires du RLS.

4.1 FAVORISER L'ACCÈS À DES SERVICES DE CRISE

La personne suicidaire ressent une souffrance psychologique extrême et intolérable⁴². C'est cette souffrance qu'elle cherche à fuir. Il importe donc que les personnes suicidaires aient accès à des services adaptés à leur condition, qui les aident à faire diminuer leur souffrance et à entrevoir des solutions à leurs problèmes. Le PASM stipule d'ailleurs que l'organisation des services d'un RLS doit assurer l'accès à une gamme de services de crise intégrés : service d'intervention téléphonique continu, service mobile d'intervention de crise, suivi de crise à très court terme, service hospitalier d'urgence et hébergement de crise⁴. La personne suicidaire doit avoir accès à des services ayant des horaires élargis (pas uniquement de 9 h à 17 h) et à des relais efficaces entre les divers services hors des heures normales.

Les organisations qui se consacrent à l'intervention de crise sont reconnues pour offrir des services adaptés aux besoins et à la condition de la personne suicidaire^{1, 43}. Il est possible d'affirmer que ces ressources représentent un maillon important dans la prestation des services destinés à une population fragilisée par une crise⁴⁴. Elles permettent de pallier la stigmatisation qu'entraîne parfois l'hospitalisation⁴⁵. À ce jour, peu d'études ont évalué les retombées de ces ressources au Québec. Toutefois, une recherche a permis de constater des progrès chez 90 % des utilisateurs d'un centre de crise⁴⁶. De plus, 85 % des utilisateurs se disaient ouverts à retourner au centre et la majorité d'entre eux ont affirmé avoir préféré les services du centre de crise à ceux d'un hôpital⁴⁶.

L'analyse des besoins préalable à la production des guides a fait ressortir le peu d'options, hormis l'hospitalisation, dans certaines régions⁵. Cette situation implique que les intervenants de CSSS accompagnent parfois des personnes suicidaires à l'urgence hospitalière tout en sachant pertinemment que cette option n'est peut-être pas la plus adaptée aux besoins. À cet égard, l'auteur de l'Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide soulignait que l'accueil de la personne suicidaire dans les urgences hospitalières du Québec demeurait problématique¹⁰.

⋮ ***La personne suicidaire ressent une souffrance psychologique extrême. Il importe donc de lui offrir des services adaptés à sa condition.***

⋮ ***L'analyse des écrits révèle que les services ou les centres de crise sont reconnus comme étant susceptibles d'offrir des services adaptés à la personne suicidaire.***

⋮ ***Dans certains RLS, il n'y a pas beaucoup d'options autres que l'hospitalisation.***

LES ACTIONS À PROMOUVOIR

POUR FAVORISER L'ACCÈS À DES SERVICES DE CRISE

- Donner accès à des services d'hébergement de crise et à des services adaptés aux besoins des personnes en crise suicidaire sur votre territoire.
- Faire connaître aux intervenants de votre CSSS et à vos partenaires du RLS les services de crise offerts aux personnes suicidaires sur le territoire ainsi que le profil des personnes pouvant en bénéficier. Cette connaissance des services permettra à tous d'orienter, de référer ou d'accompagner adéquatement les personnes suicidaires vers des services de crise adaptés à leurs besoins.

4.2 ASSURER L'ACCÈS AU SUIVI ÉTROIT

La personne suicidaire qui a été admise à l'hôpital est sujette à poser ou à répéter un geste suicidaire pendant une période qui va des jours suivant son admission^{47, 48, 49} à trois mois après l'obtention de son congé de l'hôpital, et particulièrement dans les premiers jours de ce congé^{47, 49, 50}. Il importe que ces personnes puissent alors bénéficier d'un suivi étroit⁴.

Cette même vulnérabilité s'observe chez les personnes qui ont été en danger grave de passage à l'acte, et dont la crise a été gérée dans un autre lieu qu'une urgence hospitalière ou un centre hospitalier (ex. : centre de crise, clinique médicale, GMF ou organisme s'occupant de santé mentale). Le suivi étroit doit également être offert à ces personnes.

La personne suicidaire est particulièrement vulnérable durant l'année suivant une tentative de mettre fin à ses jours. Un suivi étroit doit être proposé à toute personne pour qui le risque de passer à l'acte a déjà été élevé et immédiat.

4.2.1 Qu'est-ce que le suivi étroit?

Le suivi étroit est une mesure visant à s'assurer que la personne qui est ou qui a été en danger grave de passage à l'acte et qui quitte l'organisation ayant effectué la gestion de sa crise suicidaire (ex. : hôpital, centre de crise) puisse avoir accès à un suivi rapidement et de façon intensive.

4.2.2 Quand autoriser la sortie de la personne suicidaire qui a été hospitalisée ou hébergée?

La sortie de l'hôpital ou du lieu d'hébergement doit être envisagée seulement si l'état mental de la personne est stabilisé, que la crise suicidaire est passée, que la sécurité de cette personne est assurée⁵¹ et qu'un suivi approprié a été planifié⁵².

La personne suicidaire doit être réévaluée 48 heures puis 24 heures avant sa sortie, et ce, afin de s'assurer que le danger de passage à l'acte est atténué^{48, 53}. Sa sortie n'est toutefois pas recommandée si :

- son état mental n'est pas encore stabilisé et qu'un plan de traitement adapté n'est pas établi⁵⁴ ;
- les mécanismes de soutien et de suivi ne sont pas suffisamment structurés^{54, 55} ;
- son environnement n'est pas favorable⁵⁴ ;
- elle désire que son hospitalisation se poursuive⁵⁴.

Seul le médecin est responsable de mettre fin à l'hospitalisation.

L'analyse des écrits montre que la sortie de l'hôpital doit être envisagée seulement si l'état de la personne est stabilisé et qu'un suivi est planifié.

4.2.3 Pourquoi planifier la sortie de la personne suicidaire qui a été hospitalisée ou hébergée ?

La planification du suivi est importante⁵⁶. Elle doit être envisagée et organisée dès le début de l'hospitalisation ou de l'hébergement^{55, 57}. Les interventions liées à la planification de la sortie de l'hôpital sont reconnues efficaces pour réduire le risque de réhospitalisation de la personne et augmenter l'adhésion de celle-ci au suivi⁵⁸.

L'analyse des écrits montre aussi qu'il est crucial de planifier la sortie de la personne suicidaire hospitalisée ou hébergée, sinon elle n'utilisera pas les services que son état requiert.

4.2.4 Comment planifier le suivi au terme de l'hospitalisation ou de l'hébergement ?

Plusieurs organisations offrant des services d'hospitalisation ou d'hébergement aux personnes suicidaires n'effectuent pas de suivi étroit. Ces organisations devraient toutefois compter une personne remplissant la fonction d'agent de liaison capable :

- d'établir le lien avec les différents intervenants engagés dans la prise en charge de la personne ;
- de planifier le suivi étroit⁵⁴ ;
- d'effectuer des relances auprès des personnes qui ne veulent pas avoir de suivi étroit.

L'analyse des écrits invite à saisir l'importance qu'un intervenant fasse le pont entre la personne suicidaire hospitalisée ou hébergée et celui qui fera le suivi étroit. Il s'agit d'un agent de liaison qui planifie le suivi étroit et relance les personnes qui ne veulent pas avoir de suivi étroit.

L'agent de liaison gagne d'ailleurs à être présent lorsque le suivi étroit sera proposé à la personne suicidaire. La qualité de l'approche qui sera adoptée et des arguments qui seront utilisés est cruciale pour inciter la personne à accepter ce suivi.

Si la personne suicidaire accepte le suivi étroit, l'agent de liaison communiquera avec l'organisation responsable d'assurer ledit suivi et fera en sorte qu'une prise de contact ait lieu entre l'intervenant qui fera le suivi et cette personne, et ce, avant sa sortie de l'hôpital^{45, 54, 59, 60} ou du milieu d'hébergement.

Si la personne suicidaire refuse le suivi étroit, l'agent de liaison l'aviserá qu'il communiquera avec elle plus tard. Il relancera régulièrement cette personne et évaluera alors sa situation^{55, 61}. Quand la relance téléphonique ne marche pas, la visite à domicile peut être envisagée par l'agent de liaison⁵⁴. Si la personne finit par accepter le suivi étroit, l'agent de liaison communiquera d'abord avec l'organisation responsable d'assurer ledit suivi pour connaître le nom de l'intervenant qui en sera chargé ainsi que le moment de la première rencontre. Celle-ci devra idéalement avoir lieu dans les 24 à 48 heures. L'agent de liaison communiquera ensuite avec la personne suicidaire pour lui transmettre ces informations.

4.2.5 Quand effectuer la première rencontre dans le cadre du suivi étroit ?

La première rencontre organisée dans le cadre du suivi étroit devrait avoir lieu dans les 24 à 48 heures suivant la sortie soit de l'hôpital ou de l'urgence, médicale ou psychiatrique^{15, 62, 63}, soit du centre d'hébergement. Si la personne a un problème de santé mentale et qu'elle a été en danger grave de passage à l'acte, la première rencontre de suivi devrait se tenir dans les 24 heures¹⁵.

De l'analyse des écrits, il ressort que :
– l'intervenant qui fera le suivi étroit devrait prendre contact avec la personne suicidaire avant sa sortie de l'hôpital ou du centre d'hébergement de crise ;
– la première rencontre devrait avoir lieu dans les 24 à 48 heures.

4.2.6 Quelle est l'intensité du suivi étroit ?

La fréquence des rencontres et la durée du suivi doivent être modulées en fonction des besoins de la personne suicidaire et du jugement clinique de l'intervenant. Toutefois, dans les premiers temps qui suivent la fin de l'hospitalisation ou de l'hébergement, cette personne devrait être vue et évaluée au moins chaque semaine¹⁵.

• *L'analyse des écrits montre que, dans les premiers temps après sa sortie, la personne suicidaire doit être rencontrée et évaluée chaque semaine.*

4.2.7 À quel moment peut cesser le suivi étroit ?

L'évaluation de l'état suicidaire de la personne doit être faite à chaque rencontre⁶⁴ organisée dans le cadre du suivi étroit. Il est raisonnable d'estimer que la crise suicidaire est résorbée quand la personne n'a plus d'idées suicidaires⁶⁴ pendant trois rencontres consécutives. Autrement dit, la fin du suivi étroit peut être envisagée lorsque la personne ne donne plus aucun indice de passage à l'acte suicidaire, trois rencontres de suite. Toutefois, le jugement clinique de l'intervenant doit s'exercer en toute circonstance. Il peut arriver que l'intervenant et la personne décident de continuer à se rencontrer dans le cadre d'un suivi moins intensif, si la situation l'exige.

• *L'analyse des écrits fait ressortir que la fin du suivi étroit peut être envisagée seulement lorsque la personne ne présente plus aucun indice de passage à l'acte, et ce, pendant au moins trois rencontres consécutives.*

Il faut garder en tête le fait que le suivi étroit peut parfois s'échelonner sur une longue période. À ce sujet, chez les personnes hospitalisées pour une tentative de suicide, le taux de récurrence reste maximal durant un an^{65, 66}. Le suivi peut donc couvrir cette période^{57, 65}.

4.2.8 Comment favoriser la fidélité au suivi étroit ?

Certains facteurs favorisent la fidélité de la personne suicidaire au suivi étroit :

- une collaboration étroite et très structurée entre l'organisation qui a hospitalisé ou hébergé la personne suicidaire et celle qui assurera ce suivi⁶⁷ ;
- un suivi bien organisé⁵⁴, individualisé et flexible^{68, 69} ;
- un suivi effectué par la même personne qui est intervenue pendant l'hospitalisation^{45, 54, 59, 60} ou l'hébergement ;
- une bonne communication entre la personne suicidaire et l'intervenant ou l'équipe qui fait le suivi⁷⁰.

Si la personne suicidaire ne se présente pas à son rendez-vous, un plan de relance doit être élaboré et mis en œuvre. La personne responsable du suivi doit tenter immédiatement de joindre la personne suicidaire pour évaluer sa situation^{55, 61}. Si la relance téléphonique ne marche pas, la visite à domicile peut être envisagée afin de s'assurer que la personne n'est pas en danger⁵⁴.

• *L'analyse des écrits montre l'importance de relancer la personne qui ne se présente pas à un rendez-vous dans le cadre du suivi étroit.*

Ce type de relance est réputé efficace pour augmenter l'assiduité aux rendez-vous et diminuer la répétition de comportements suicidaires⁶⁰. D'autres mesures peuvent aussi être envisagées, dont :

- l'organisation d'une rencontre de la personne suicidaire avec toutes celles qui sont liées au plan de traitement pour faire le point ;
- l'offre d'un soutien psychologique à la famille ;
- la réadmission de la personne à l'hôpital ou au centre d'hébergement si elle semble en danger, idéalement au même endroit où elle a été reçue auparavant⁵⁴.

Enfin, l'analyse des besoins préalable à la production des guides a montré que certaines des personnes consultées considèrent le suivi étroit comme un moyen susceptible de favoriser la continuité des services et l'arrimage des interventions réalisés à la suite d'une tentative de suicide⁵.

• ***Dans certains CSSS, les intervenants considèrent le suivi étroit comme un moyen pouvant favoriser la continuité et l'arrimage des services.***

LES ACTIONS À PROMOUVOIR

POUR ASSURER L'ACCÈS À UN SUIVI ÉTROIT POUR LES PERSONNES QUI SONT OU QUI ONT ÉTÉ EN DANGER GRAVE DE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

- Recenser les organisations qui offrent le suivi étroit (ex. : CSSS, centres de prévention du suicide, centres de crise) et déterminer quelles sont les autres qui devraient l'offrir pour répondre aux besoins de la population locale. Ces organisations devront s'engager :
 - à définir ensemble une procédure visant à faciliter les demandes d'accès au suivi étroit (ex. : confier toutes ces demandes aux services d'AEOR du CSSS) ;
 - à désigner, parmi leurs intervenants, ceux qui effectueront ce suivi.
- Mettre en place les conditions pour que les intervenants qui effectueront le suivi étroit adoptent de bonnes pratiques, soit :
 - offrir le suivi étroit à toute personne suicidaire qui est ou qui a été en danger grave de passage à l'acte ;
 - prendre contact avec la personne suicidaire avant sa sortie de l'hôpital, du centre d'hébergement ou du centre de crise^{45, 54, 59, 60} ;
 - organiser la première rencontre dans les 24 à 48 heures suivant cette sortie^{15, 62, 63} ;
 - relancer sans délai chaque personne qui ne se présente pas à son rendez-vous, en ayant recours aux stratégies réputées efficaces (voir la section 4.2.8), et ce, dans l'optique de s'assurer qu'elle est en sécurité et qu'elle viendra à ses rencontres de suivi ;
 - rencontrer et évaluer la personne suicidaire au moins chaque semaine dans les premiers temps après sa sortie¹⁵ ;
 - si cette personne ne donne aucun indice de passage à l'acte pendant trois rencontres consécutives, l'intervenant peut, en fonction de son jugement clinique, envisager alors la fin du suivi étroit. Il est possible que l'intervenant et la personne décident de continuer à se rencontrer, dans le cadre d'un suivi moins intensif, pour poursuivre leur travail.

- S'assurer que les intervenants qui effectueront le suivi étroit ont ou acquerront les compétences requises pour :
 - accueillir la personne suicidaire et créer une alliance thérapeutique avec elle ;
 - effectuer une première et brève exploration de la situation ;
 - estimer la dangerosité du passage à l'acte ;
 - amener la personne suicidaire à se fixer un but à atteindre ;
 - amener la personne suicidaire à trouver des solutions pour atteindre son but ;
 - définir et suivre un plan d'action avec la personne suicidaire ;
 - conclure en sécurité l'entretien avec la personne suicidaire ;
 - orienter, référer ou accompagner la personne suicidaire ;
 - adapter l'intervention en fonction des caractéristiques particulières de la personne suicidaire (ex. : un problème de santé mentale).
- Faire savoir aux partenaires du RLS quelles organisations offrent le suivi étroit et quelles sont les modalités d'accès à ce type de suivi.
- Vous assurer que chaque organisation qui offre des services d'hospitalisation et d'hébergement aux personnes suicidaires mais qui n'effectue pas de suivi étroit désigne un membre de son personnel à titre d'agent de liaison, dont les fonctions consistent :
 - à établir le lien avec les différents intervenants engagés dans la prise en charge de la personne suicidaire ;
 - à planifier le suivi étroit avec les intervenants des organisations qui l'effectueront⁵⁴ ;
 - à être présent lorsque le suivi étroit sera proposé à la personne suicidaire ;
 - à communiquer avec l'organisation responsable d'offrir le suivi étroit pour organiser la prise de contact entre l'intervenant qui effectuera ce suivi et la personne suicidaire, et ce, avant que cette dernière ne sorte de l'hôpital^{45, 54, 59, 60} ou du milieu d'hébergement ;
 - à mettre en place des conditions pouvant faciliter le suivi étroit ;
 - à transmettre les informations pertinentes, en utilisant la fiche prévue à cet effet, à l'organisation qui offrira le suivi étroit ;
 - à relancer régulièrement la personne qui refuse le suivi étroit, et ce, en ayant recours aux stratégies réputées efficaces (voir la section 4.2.8), dans l'optique de s'assurer que cette personne est en sécurité et de l'inciter à demander un tel suivi.

4.3 FACILITER L'ACCÈS DE LA POPULATION À DES INTERVENTIONS DE POSTVENTION À LA SUITE D'UN SUICIDE

Le geste de la personne qui se suicide affecte l'ensemble de son cercle familial ainsi que ses amis⁷¹. Il importe donc de veiller à faciliter l'accès des personnes ébranlées par un suicide à des mesures d'aide et de soutien, lesquelles sont désignées par le vocable postvention³⁰. D'ailleurs, le PASM souligne la pertinence d'offrir aux personnes qui en ont besoin des services de postvention⁴.

⋮ **La personne suicidaire affecte**
⋮ **plusieurs personnes par son**
⋮ **geste lorsqu'elle s'enlève la vie.**
⋮ **Il importe de leur offrir des**
⋮ **interventions de postvention.**

La postvention comprend des mesures liées au traitement ainsi qu'au rétablissement des personnes affectées par un suicide⁷². Ce type d'intervention vise à freiner l'effet d'entraînement pouvant s'observer dans un milieu, par exemple à l'école ou au travail, à la suite d'un acte suicidaire⁷³. La postvention comprend également des fonctions de gestion des réactions de stress, de crise et de deuil que peuvent vivre les personnes touchées par le suicide. L'analyse de la situation et des réactions observées permettra d'identifier les personnes ou les groupes auprès desquels on priorisera les interventions adaptées. La séquence et la durée des interventions doivent dépasser la période de choc provoquée par l'annonce de la nouvelle⁷³.

Des ressources d'aide existent dans les RLS, souvent dans les CPS, afin de soutenir les proches du défunt dans leur deuil ainsi que les milieux touchés. Toutefois, l'Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide a montré des inégalités dans l'offre d'activités de postvention (services aux endeuillés, protocoles de postvention dans les milieux touchés) entre les régions du Québec¹⁰.

• **L'analyse des écrits révèle que la postvention peut freiner l'effet d'entraînement observé après un suicide et aider à gérer les réactions de stress, de crise et de deuil.**

• **D'une région à l'autre, l'offre d'activités de postvention est inégale.**

LES ACTIONS À PROMOUVOIR

POUR FACILITER L'ACCÈS DE LA POPULATION À DES INTERVENTIONS DE POSTVENTION À LA SUITE D'UN SUICIDE

- Recenser les organisations du RLS qui offrent des activités de postvention et déterminer quelles sont les autres qui devraient en offrir pour répondre aux besoins de la population locale.
- Faire savoir aux partenaires du RLS quelles organisations offrent les activités de postvention et quelles sont les modalités d'accès à ces activités.
- Définir le protocole de postvention qui sera suivi dans votre CSSS. Ce protocole, qui doit être clair et formel, vise à soulager la détresse psychologique et émotionnelle provoquée par un suicide.

4.4 FACILITER L'ACCÈS AUX SERVICES EN IMPLANTANT UN RÉSEAU DE SENTINELLES

Souvent, la personne suicidaire n'admet pas avoir un problème⁷⁴ et celle qui le fait ne connaît pas toujours les services qui peuvent l'aider. Ces deux constats pourraient expliquer le fait que les personnes suicidaires entreprennent rarement de leur propre chef de demander de l'aide⁷⁴. Il importe donc de former des sentinelles, capables à la fois de reconnaître celles qui ont des idées suicidaires, à les référer ou à les accompagner vers les services susceptibles de répondre à leurs besoins. L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide proposée dans le cadre de référence du MSSS vise ce triple objectif⁹.

• **La personne suicidaire n'admet pas toujours qu'elle a un problème. Il importe d'utiliser des stratégies permettant de reconnaître ces personnes dans leur milieu de vie.**

L'implantation d'un réseau de sentinelles en prévention du suicide implique la présence, un peu partout sur un territoire donné, de personnes actives dans divers milieux de vie. Cette initiative a comme finalité la réduction des tentatives de suicide et des suicides dans la population. On considère les sentinelles comme des ressources compétentes qui jouent «[...] un rôle de relais entre le danger que constitue le risque de suicide et les ressources qui peuvent intervenir auprès des personnes suicidaires»⁹.

D'après l'analyse des besoins préalable à la conception des guides, plusieurs réceptionnistes ou secrétaires de CSSS – notamment celles qui travaillent à l'accueil – sont souvent en contact avec des personnes suicidaires, mais il semble qu'elles n'ont pas accès à la formation pour devenir sentinelle⁵.

⋮ ***L'analyse des écrits révèle que le réseau de sentinelles est un moyen efficace de reconnaître les personnes suicidaires.***

⋮ ***Dans certains CSSS, la formation pour devenir sentinelle ne semble pas être offerte au personnel administratif, pourtant fréquemment en contact avec des personnes suicidaires.***

LES ACTIONS À PROMOUVOIR

POUR FACILITER L'ACCÈS AUX SERVICES PAR L'IMPLANTATION D'UN RÉSEAU DE SENTINELLES

- Vous assurer qu'un coordonnateur responsable d'implanter les réseaux de sentinelles sur le territoire a été nommé. Cette personne est chargée d'établir les liens entre les sentinelles et les partenaires du RLS engagés dans la prévention du suicide. Elle doit avoir des compétences en gestion de projet, du leadership et une bonne connaissance du continuum de services ainsi que des ressources du milieu. Enfin, elle doit maintenir des liens continus avec le CSSS, lequel doit soutenir les sentinelles.
- Avec les partenaires du RLS :
 - Recenser les groupes sociaux vulnérables vivant sur le territoire afin de cibler les milieux de vie où former des sentinelles.
 - Définir des stratégies favorisant la sensibilisation, l'adhésion et la mobilisation des milieux de vie ciblés pour devenir des maillons du réseau de sentinelles.
 - Recruter des personnes adultes volontaires pour exercer un rôle de sentinelle dans la collectivité.
 - Faciliter l'accès des sentinelles à une formation de base en prévention du suicide pour les soutenir dans l'exercice de leur rôle. Cette formation doit les rendre capables de reconnaître les signes précurseurs du suicide, de vérifier le degré d'urgence de la situation, de recueillir et de transmettre les informations pertinentes aux intervenants s'occupant de la prévention du suicide ainsi que de renseigner la personne suicidaire sur les ressources d'aide.
- Définir les modalités relatives au soutien des sentinelles (ex. : soutien téléphonique continu) et à l'accès des personnes suicidaires aux services après avoir été reconnues comme telles par les sentinelles.
- Désigner les intervenants dont la tâche sera d'orienter, dans le RLS, les personnes suicidaires reconnues comme telles par les sentinelles.

4.5 FAVORISER L'ACCÈS DES PROCHES DE PERSONNES SUICIDAIRES À DES SERVICES DE SOUTIEN

La personne suicidaire n'est pas toujours encline à demander une aide formelle. Cela s'observe plus fréquemment chez les hommes aux prises avec des problèmes émotionnels ou psychologiques⁷⁵. Par contre, la personne suicidaire fait souvent appel à ses proches. Conséquemment, ces derniers communiquent en grand nombre avec les centres de prévention du suicide pour recevoir du soutien⁷⁵. La nécessité d'accorder du soutien aux proches est d'ailleurs l'une des orientations inscrites dans le PASM pour guider l'organisation des services⁴. Il s'avère donc important de définir les modalités relatives à l'accueil et au soutien des proches des personnes suicidaires.

L'analyse des écrits révèle que les proches des personnes suicidaires jouent un rôle incontestable dans la prévention du suicide⁷⁶. Offrir des programmes de soutien aux proches des personnes suicidaires s'avère une avenue prometteuse pour apporter indirectement une aide aux personnes suicidaires qui n'en demandent pas⁷⁷. En effet, les proches peuvent notamment contribuer à tisser les mailles d'un filet de sécurité humain autour de la personne suicidaire⁷⁸ et accompagner cette dernière dans sa recherche de solutions¹⁰. Cependant, il importe de vérifier l'état psychologique des proches et de connaître les éléments qui les protègent⁷⁹. Une étude québécoise portant sur l'intervention auprès des proches d'hommes suicidaires a montré que le soutien reçu leur avait permis :

- de souffler;
- d'améliorer leur communication avec la personne suicidaire ;
- d'utiliser des mécanismes d'adaptation positifs (ex. : parler de ce qui les préoccupe avec quelqu'un) ;
- d'augmenter leur habileté à communiquer avec la personne suicidaire et à l'aider⁷⁷. Cette étude a également montré que le soutien offert aux proches a permis de rendre plus rares les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les symptômes de dépression chez les hommes.

L'analyse des besoins préalable à la conception des guides a permis de déduire qu'il serait pertinent que les guides traitent des modalités d'intervention à privilégier auprès des proches des personnes suicidaires⁵. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, force est de constater le peu de soutien qui leur est offert¹⁰, mais certaines initiatives sont prometteuses¹⁰.

• ***La personne suicidaire n'est pas toujours encline à chercher une aide formelle et a plutôt recours à ses proches. Il importe donc d'instaurer des mesures de soutien pour ces derniers.***

• ***L'analyse des écrits révèle que les proches peuvent contribuer à assurer la sécurité de la personne suicidaire et accompagner cette dernière dans sa recherche de solutions.***

• ***Les CSSS offrent peu de services aux proches des personnes suicidaires.***

LES ACTIONS À PROMOUVOIR

POUR FAVORISER L'ACCÈS DES PROCHES DE PERSONNES SUICIDAIRES À DES SERVICES DE SOUTIEN

- Offrir des programmes de soutien aux proches afin d'éviter leur épuisement et pour qu'ils conservent leur engagement envers la personne suicidaire⁷⁶.
- Vous assurer que les intervenants ciblés pour soutenir les proches soient aptes⁷⁵ :
 - à traiter les demandes d'aide faites par des proches pour une personne suicidaire ;
 - à fournir aux proches des informations sur le suicide ;
 - à permettre aux proches de souffler et d'alléger leur fardeau émotionnel, fait de peur, de culpabilité, de tristesse, de découragement et de sentiment d'impuissance ;
 - à vérifier l'état psychologique des proches ;
 - à outiller les proches pour leur permettre d'accompagner la personne suicidaire, si leur état psychologique le permet ;
 - à informer les proches des différentes ressources pouvant répondre à leurs besoins ;
 - à inciter les proches à adopter des mécanismes d'adaptation positifs (ex. : parler de ce qui les préoccupe avec quelqu'un).
- Sensibiliser les intervenants de votre CSSS à la participation des proches au traitement de la personne suicidaire (avec le consentement de cette dernière) et les former sur les meilleures stratégies permettant de favoriser cette participation.

4.6 FAVORISER LA RÉDUCTION DE L'ACCÈS AUX MOYENS DE SE SUICIDER

La personne en crise est particulièrement vulnérable au suicide, surtout lorsque des moyens létaux permettant de mettre un terme à ses jours lui sont accessibles. Il importe donc de s'assurer que des stratégies visant à réduire l'accès à de tels moyens sont mises en œuvre sur le territoire, d'en informer les intervenants et de les sensibiliser aux risques associés à ces moyens. Le PNSP recommande d'ailleurs l'organisation d'activités pour sensibiliser la population aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès².

L'analyse des écrits révèle que l'accès facile à des moyens potentiellement létaux accroît de façon importante le risque de suicide³⁰. Notamment, la présence d'une arme à feu dans un domicile quintuple, ou presque, ce risque^{80, 81, 82}. Il importe donc de réduire l'accès à certaines méthodes de suicide⁸³. Plusieurs décès par suicide sont évitables. Il est donc primordial de mener des actions préventives auprès des personnes vulnérables⁸⁰.

⋮ **La personne en crise est**
⋮ **vulnérable au suicide, surtout**
⋮ **lorsque des moyens létaux lui**
⋮ **sont accessibles.**

⋮ **L'analyse des écrits révèle que**
⋮ **le risque de suicide s'accroît**
⋮ **avec l'accès facile à des moyens**
⋮ **létaux.**

Plusieurs pays, dont le Canada, ont des programmes nationaux qui fixent des objectifs au regard de la réduction de l'accès aux moyens létaux⁸⁴. Le Québec se caractérise ici par des initiatives visant la réduction des risques liés à l'accès aux moyens¹⁰. L'analyse de certaines initiatives régionales a permis de constater la pluralité des formes que peut prendre la réduction de l'accessibilité aux moyens^{85, 86, 87}. Parmi ces formes, on trouve notamment :

- le retrait préventif des armes à feu non utilisées ou non enregistrées ;
- la distribution gratuite de mécanismes de verrouillage des armes à feu ;
- la promotion, auprès de la population, de l'importance d'entreposer les armes à feu de façon sécuritaire ;
- la sensibilisation de la population aux risques de suicide liés à la possession d'armes à feu.

L'Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide rapporte que des activités liées aux armes à feu ont été organisées dans près de la moitié des régions de la province¹⁰. Les initiatives visant à réduire l'accès aux autres moyens restent cependant moins nombreuses⁶.

⋮ **Dans plusieurs régions du Québec, des initiatives visant à freiner l'accès aux armes à feu ont été prises.**

LES ACTIONS À PROMOUVOIR

POUR FAVORISER LA RÉDUCTION DE L'ACCÈS AUX MOYENS DE SE SUICIDER

- Être à l'affût des initiatives visant à réduire l'accès aux moyens létaux qui sont prises sur votre territoire. Évaluer la pertinence de la participation de votre CSSS à certaines de ces initiatives avec les autres partenaires du RLS.
- Adopter, à l'intention des intervenants de votre CSSS, des stratégies d'information et de sensibilisation concernant les risques liés aux armes à feu⁸⁵.
- Outiller les intervenants de votre CSSS concernant les façons de rendre moins facile, pour les personnes suicidaires, l'accès aux moyens létaux⁸⁵.
- Informer la population quant aux initiatives visant la réduction de l'accès aux moyens de se suicider qui sont prises votre territoire.

4.7 FACILITER L'ACCÈS DE LA POPULATION À DES PROJETS EN PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

La personne suicidaire peut être incertaine quant à son désir de vivre ou de mourir. Son ambivalence peut s'expliquer par la présence simultanée chez elle de facteurs associés au suicide et de facteurs de protection, et leur interaction⁸⁸. Chacun des RLS du Québec doit s'efforcer de consolider les facteurs qui protègent les personnes et font en sorte qu'elles n'envisagent pas le suicide.

⋮ **Il existe des facteurs de protection en matière de prévention du suicide. Des actions doivent être menées par le CSSS et ses partenaires du RLS pour les consolider au sein de la population.**

Dans la mise à jour du PNSP, les CSSS sont d'ailleurs conviés à soutenir la mise en œuvre d'interventions en amont des problèmes, sur la base des déterminants de la santé². La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que le CSSS assure l'accès de la population locale à une gamme étendue de services et qu'il agit en amont sur les déterminants de la santé⁸⁹. Le renforcement de la promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide constitue un aspect important de votre rôle de gestionnaire de CSSS, et ce, à la fois sur le plan clinique et sur le plan organisationnel.

Un avis scientifique en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux³ souligne l'importance d'agir sur l'individu, son milieu de vie et son environnement global. Les facteurs de protection comme l'estime de soi, les habiletés sociales ou les stratégies d'adaptation et de résolution de problèmes peuvent contribuer à diminuer le risque de suicide dans la population^{3,9}. Il importe donc de connaître les approches misant sur ces facteurs de protection et d'en définir, au besoin²⁴. Par ailleurs, on peut considérer que les approches qui renforcent les facteurs de protection du suicide s'insèrent dans la perspective de la prévention primaire du suicide ou dans celle de la promotion de la santé mentale. La prévention primaire du suicide consiste à faire diminuer le risque de suicide par l'amélioration de la santé physique, mentale, spirituelle et émotionnelle de la population⁹⁰. Elle suppose une action sur les facteurs susceptibles de provoquer l'apparition du problème. Si plusieurs pays ont déjà reconnu l'importance de proposer des actions reposant sur la prévention primaire du suicide, la rareté de la documentation sur le sujet invite toutefois à se questionner sur la place qu'occupent ces initiatives. Quant à la promotion de la santé mentale, elle s'actualise par des actions visant à améliorer le bien-être de toute la population ou de groupes particuliers⁸. Ces actions servent, par exemple, à augmenter les compétences, les forces personnelles, le soutien social ou le sentiment d'appartenance⁸.

• ***L'analyse des écrits permet de constater l'importance de la promotion de la santé mentale et de la prévention primaire du suicide en même temps que le peu d'initiatives prises en ce sens.***

Les Écoles promotrices de santé s'insèrent dans cette perspective puisqu'elles visent une action simultanée sur l'éducation, la santé et le maintien d'un environnement sain pour les jeunes aux études⁹¹. Au Québec, l'approche École en santé, proposée par le MSSS en collaboration avec le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport, s'en inspire. Elle est le véhicule privilégié pour l'intégration des actions relatives à la promotion de la santé et du bien-être ou à la prévention auprès des jeunes en milieu scolaire. Elle offre aux milieux scolaires et à leurs partenaires une démarche et des outils qui favorisent l'adoption des meilleures pratiques relatives à la promotion et à la prévention au regard des situations préoccupantes touchant la santé ou le bien-être des jeunes. En ce sens, elle contribue à la promotion de la santé mentale et à la prévention du suicide. L'approche École en santé vise :

• ***Dans certains CSSS, on recense peu d'initiatives en prévention primaire du suicide.***

- à favoriser, chez les jeunes, l'acquisition et le développement d'aptitudes et d'attitudes susceptibles de maximiser la santé, la réussite scolaire ainsi que le bien-être global ;
- à faire la promotion d'un environnement social et scolaire qui soit aussi sécuritaire que sain pour les jeunes ;
- à tisser des liens positifs et sains entre les milieux scolaire, communautaire et familial⁹².

Selon les intervenants interrogés dans le cadre de l'analyse des besoins préalable à la rédaction des guides, il y a peu d'activités relatives à la prévention primaire ou à la promotion de la santé mentale dans les CSSS⁵.

LES ACTIONS À PROMOUVOIR

POUR FACILITER L'ACCÈS DE LA POPULATION À DES PROJETS EN PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

- Appuyer et suivre les projets en promotion de la santé mentale dans les écoles.
 - Proposer, dans votre RLS, des actions relatives à la promotion de la santé et à la prévention conçues selon l'approche École en santé pour mieux agir sur l'ensemble des facteurs clés du développement des jeunes suivants : école, famille, communauté, services préventifs, estime de soi, compétence sociale, habitudes de vie ainsi que comportements sains et sécuritaires. Il faut amener les intervenants à accorder autant d'importance aux facteurs favorisant la promotion de la santé mentale (ex. : estime de soi et compétence sociale) qu'aux facteurs liés à la santé physique.
 - Encourager les initiatives prises dans le cadre du programme *Fluppy*. Ce programme, qui s'inscrit dans l'approche École en santé, permet d'agir en amont sur l'ensemble des facteurs clés qui influencent le développement des enfants et des jeunes. Il comprend 15 activités interactives qui sont axées sur le personnage *Fluppy*⁹³. Le programme vise le développement des habiletés sociales chez les enfants des milieux scolaires défavorisés à travers trois volets :
 - le volet famille, qui permet d'apporter une aide à domicile aux parents d'enfants vulnérables⁹⁴ ;
 - le volet enseignant, qui sert à soutenir les éducateurs qui ont ces enfants en difficulté dans leur classe⁹⁴ ;
 - le volet enfant, qui amène les jeunes à acquérir ou à développer des aptitudes altruistes, des habiletés de communication ainsi que des mécanismes de résolution de problèmes et d'autocontrôle⁹⁵.
- Élaborer et suivre les projets en promotion de la santé mentale offerts aux adultes et aux personnes âgées.

4.8 FACILITER LA CONTINUITÉ DES SERVICES ENTRE LES PARTENAIRES DU RLS

La personne suicidaire a différents besoins, dont certains peuvent être comblés par divers partenaires du RLS. Des lacunes dans la continuité des services offerts à la personne suicidaire peuvent nuire à son rétablissement¹. Les interventions de ces différents partenaires gagnent ainsi à s'insérer dans une approche globale qui est centrée sur l'utilisateur et ses besoins⁹⁶, et qui favorise la continuité des services. Les écrits ministériels reconnaissent l'importance d'une action concertée en prévention du suicide⁹⁷ et l'importance de la continuité des services offerts aux groupes fragiles^{4, 6}.

⋮ ***La personne suicidaire a des besoins qui peuvent être comblés par plusieurs partenaires du RLS. Il importe donc de définir des stratégies favorisant la continuité des services qui lui sont offerts.***

Le désir de collaborer des partenaires constitue un élément essentiel à l'instauration d'une approche globale centrée sur l'utilisateur et ses besoins⁹⁶. La collaboration repose à la fois sur l'engagement de chacune des organisations partenaires, sur la reconnaissance mutuelle des expertises organisationnelles ainsi que sur la connaissance et le respect des mandats confiés à chacune de ces organisations⁹⁶. Elle peut être facilitée et systématisée au moyen d'une entente formalisant la complémentarité des services et des ressources qui permettent d'accompagner au mieux la personne suicidaire. Cette entente vise :

- à accroître la fluidité des mécanismes de référence entre les partenaires d'un RLS ;
- à assurer la prise en charge continue de la personne suicidaire ;
- à favoriser la concertation et l'intégration des services offerts ;
- à favoriser un meilleur maillage entre les partenaires du RLS.

L'Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux révèle le manque de fluidité des mécanismes utilisés pour référer la personne suicidaire à l'une ou l'autre des organisations partenaires des RLS⁵. Certains CSSS ont élaboré et signé un protocole d'entente interétablissements (CSSS-hôpital-organismes partenaires) par lequel ils se sont engagés à suivre des procédures qui encadrent la référence des personnes suicidaires ainsi que la transmission des informations concernant ces dernières afin d'améliorer la continuité des services et la coordination des interventions⁵. Par exemple, le protocole MARCO, soutenu par Suicide Action Montréal, regroupe en réseau quinze partenaires signataires susceptibles d'intervenir auprès de personnes suicidaires. Il vise à assurer la coordination et la fluidité des mécanismes de référence entre les établissements partenaires¹. Le protocole PASCAL regroupe quant à lui sept partenaires de Laval. Il vise :

- à créer un filet de sécurité utile aux personnes suicidaires ;
- à mettre en place des modalités favorisant la transmission de l'information ;
- à établir des relations de confiance entre la multitude d'intervenants des organisations et des établissements engagés⁹⁸.

Pour ce qui est du programme SILAR, implanté dans la région de Québec, il vise à assurer un relais entre les services hospitaliers et les soins psychosociaux dont la personne suicidaire a besoin à la suite de son séjour à l'hôpital⁹⁹. Enfin, l'Entente de services pour les situations de crise et de suicide, implantée dans les Laurentides, vise :

- à favoriser la continuité dans la prestation des services aux usagers en situation de crise ;
- à définir les modalités encadrant les références ;
- à définir clairement le rôle des divers partenaires s'occupant des personnes suicidaires⁹⁶. Vous pouvez vous référer à ces diverses expériences.

• **L'analyse des écrits révèle**

• **l'importance :**

- **– d'améliorer la collaboration entre les partenaires du RLS qui s'occupent des personnes suicidaires ;**
- **– d'encadrer cette collaboration par une entente formelle.**

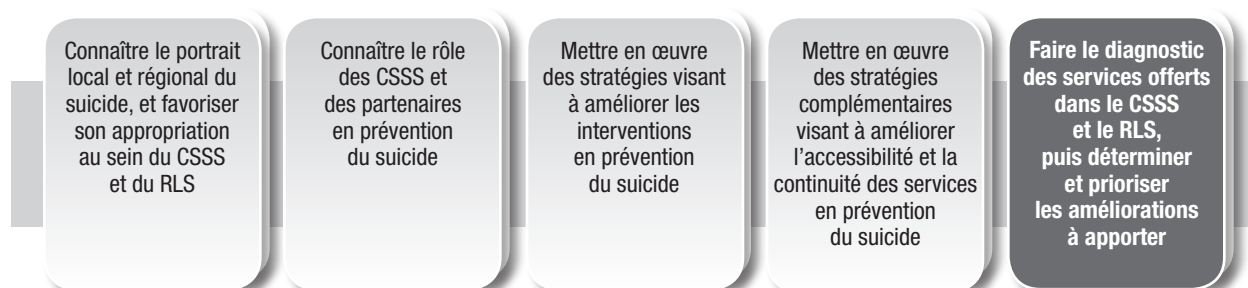
• **Dans certains CSSS, des ententes interétablissements définissent les procédures relatives à la référence des personnes suicidaires et les modalités du partage d'information ou de la collaboration entre les services.**

LES ACTIONS À PROMOUVOIR

POUR FACILITER LA CONTINUITÉ DES SERVICES ENTRE LES PARTENAIRES DU RLS

- Favoriser la collaboration entre les partenaires du RLS, notamment par la signature d'une entente à cet effet, apparaît comme une action fructueuse^{1, 96, 99, 100, 101}. Dans cette perspective, vous devez :
 - déterminer quelles seront les organisations partenaires de l'entente ;
 - connaître la mission, le rôle et l'engagement de chacun des partenaires liés par le protocole et, d'autre part, le parcours des personnes suicidaires dans le RLS ;
 - créer ou désigner une instance qui sera responsable d'orchestrer l'application de l'entente et d'en assurer la gestion ;
 - déterminer les modalités de référence entre les partenaires et préciser les détails techniques ou logistiques qui s'y rattachent (dans un formulaire qui permettra d'uniformiser l'information nécessaire aux références) ;
 - fixer des indicateurs afin d'évaluer l'entente ou d'en suivre l'évolution ;
 - créer un conseil des partenaires ou une autre entité stratégique qui sera responsable des activités d'orientation, de planification et de suivi de l'entente ;
 - former un comité de liaison, qui veillera à l'harmonisation des pratiques liées à l'entente et à la mise en œuvre des décisions de l'instance stratégique précitée (ex. : conseil des partenaires) ;
 - créer les conditions facilitant l'implantation et la pérennité de l'entente, soit :
 - un solide engagement des partenaires¹ ;
 - un climat de confiance et de respect¹ ;
 - une description sans équivoque du rôle de chacun des partenaires¹⁰⁰ ;
 - une reconnaissance réciproque des expertises⁹⁸ ;
 - l'accès des intervenants s'occupant des personnes suicidaires à une formation ciblée, suffisante et adéquate^{1, 96}, laquelle leur permettra de les rendre compétents dans l'exercice de leurs nouvelles fonctions⁹⁸.
- Si la signature d'une entente n'est pas possible ou ne correspond pas à votre façon de travailler, vous devez :
 - connaître la mission ainsi que le rôle de chacun des partenaires du RLS et des services du CSSS engagés dans la prévention du suicide ;
 - créer ou désigner des lieux de concertation où les partenaires engagés dans la prévention du suicide pourront discuter sur les lacunes dans les services offerts aux personnes suicidaires au sein du RLS.

5 FAIRE LE DIAGNOSTIC DES SERVICES OFFERTS DANS LE CSSS ET DANS LE RLS, PUIS DÉTERMINER ET PRIORISER LES AMÉLIORATIONS À APPORTER



La présente section contient un outil vous permettant de faire un double diagnostic : celui des services qu'offre votre CSSS aux personnes suicidaires et celui des services offerts par le RLS. Cet outil d'auto-diagnostic vous sera également utile pour amorcer une réflexion sur la collaboration avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'avec les partenaires intersectoriels engagés dans la prévention du suicide au sein du RLS. Il vous aidera :

- à trouver des pistes d'amélioration concernant les services aux personnes suicidaires dans votre CSSS ;
- à définir des stratégies pour soutenir les intervenants qui travaillent en prévention du suicide dans l'amélioration de leurs pratiques ;
- à trouver des pistes de collaboration avec les partenaires du RLS.

À l'aide des diverses questions inspirées des pratiques à promouvoir, vous pourrez faire le bilan des services offerts aux personnes suicidaires dans votre CSSS. Vous obtiendrez rapidement un portrait des éléments existants et des éléments manquants à partir des réponses affirmatives ou négatives. La colonne Pratiques à promouvoir vous permet de raffiner votre analyse et de décider des pistes d'amélioration à inclure, par exemple, dans un plan d'action visant les services de votre CSSS ou du RLS. Nous vous suggérons de faire cette seconde analyse en collaboration avec les intervenants du CSSS et les partenaires du RLS qui s'occupent des personnes suicidaires lorsque cette collaboration vous semble indiquée ou nécessaire.

5.1 Le portrait du suicide et son appropriation

QUESTIONS À VOUS POSER	OUI	NON	PRATIQUES À PROMOUVOIR
1. Au sein du RLS, les partenaires ont-ils une bonne connaissance de la réalité du suicide sur le territoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide présente un portrait général du suicide au Québec. Il est nécessaire d'en brosser un portrait détaillé à l'échelle locale et régionale (section 1).</i>
2. Est-ce que certaines façons d'améliorer les services offerts aux personnes suicidaires sont incluses dans votre projet clinique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide recommande de poursuivre le travail amorcé dans le cadre du projet clinique (section 1).</i>
3. Est-ce qu'une modalité concernant la diffusion, au sein du CSSS et du RLS, du portrait du suicide sur votre territoire est mise en place ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide montre l'importance de l'appropriation du portrait du suicide par tous les acteurs concernés par la question afin que les travaux d'amélioration des services aient un sens pour chacun (section 1).</i>
4. Au sein de votre RLS, les services aux personnes suicidaires sont-ils adaptés en fonction du profil des groupes vulnérables au suicide vivant sur le territoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide recommande que les interventions en prévention du suicide soient adaptées en fonction du profil des groupes vulnérables. Pour de plus amples informations concernant l'adaptation des stratégies d'intervention, référez-vous au Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux.</i>
5. Au sein du RLS, les partenaires savent-ils qui forme les groupes vulnérables au suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide fait mention des groupes vulnérables au suicide qui suivent : les hommes, les autochtones, les populations homosexuelle, bisexuelle et transsexuelle, les jeunes de 15 à 24 ans, les personnes de 65 ans et plus, les personnes incarcérées, les personnes ayant vécu un ou plusieurs épisodes de blessures auto-infligées, les personnes ayant un problème de santé mentale et celles qui ont un problème de dépendance (section 3.1) Pour de plus amples informations sur l'intervention auprès de ces groupes, référez-vous au Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux.</i>

VOTRE BILAN ET VOS PRIORITÉS DE GESTION :

5.2 Le rôle des CSSS et des partenaires en prévention du suicide

QUESTIONS À VOUS POSER	OUI	NON	PRATIQUES À PROMOUVOIR
1. Avez-vous fixé un point d'accès aux services unique pour les personnes suicidaires qui sont repérées par les sentinelles et inconnues des services de votre CSSS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux <i>Le guide recommande que les gestionnaires fixent un ou plusieurs points d'accès aux services pour les personnes connues et qu'ils en fassent autant pour les personnes inconnues des services du CSSS (section 2).</i></p>
2. Est-ce que les jeunes, les adultes et les personnes âgées suicidaires utilisent le même point d'accès aux services dans votre CSSS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Avez-vous fixé un point d'accès aux services spécifiques pour les personnes suicidaires déjà connues des services de votre CSSS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Est-ce que les intervenants des divers services et des divers programmes de votre CSSS connaissent les points d'accès aux services pour les personnes suicidaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Est-ce que les intervenants des divers services et des divers programmes de votre CSSS utilisent les points d'accès aux services prévus pour les personnes suicidaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Les partenaires ont-ils une information claire et précise sur le ou les points d'accès aux services de votre CSSS pour les personnes suicidaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Avez-vous vérifié la compréhension des partenaires au sujet du ou des points d'accès aux services?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Est-ce que les sentinelles utilisent le ou les points d'accès aux services de votre CSSS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Est-ce que les médecins du territoire utilisent le ou les points d'accès aux services de votre CSSS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Avez-vous des mécanismes pour faire connaître à la population du territoire le ou les points d'accès aux services de votre CSSS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

QUESTIONS À VOUS POSER	OUI	NON	PRATIQUES À PROMOUVOIR
11. Au sein du RLS, les partenaires se sont-ils entendus sur une vision commune du parcours de la personne suicidaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide indique les actions à accomplir par chaque partenaire du RLS en prévention du suicide. Ce partage de rôles doit être adapté en fonction de vos ressources et de la population du territoire. Ce partage sert en quelque sorte de base pour déterminer le parcours optimal des personnes suicidaires dans votre réseau (sections 2 et 4.8).</i>
12. Au sein du RLS, les partenaires se sont-ils entendus sur le rôle de chacun auprès des personnes suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Au sein du RLS, avez-vous formalisé ce partage des rôles dans un protocole d'entente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Est-ce que les intervenants du CSSS et du RLS connaissent les contextes où il est plus approprié : - d'orienter la personne suicidaire vers un autre service? - de référer la personne suicidaire à un autre service ? - d'accompagner la personne suicidaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide présente un partage des rôles en prévention du suicide qui est cohérent avec le nouveau rôle attribué aux CSSS et avec le fonctionnement en RLS (section 2).</i>
15. Est-ce que le rôle que vous jouez en prévention du suicide est clair ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Connaissez-vous le rôle des autres gestionnaires de votre CSSS au regard de la prévention du suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Connaissez-vous le rôle du CSSS au regard de la prévention du suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Connaissez-vous le rôle des urgences hospitalières au regard de la prévention du suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Connaissez-vous le rôle des centres de prévention du suicide au regard de la prévention du suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Connaissez-vous le rôle des centres de crise au regard de la prévention du suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Connaissez-vous le rôle des sentinelles au regard de la prévention du suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Connaissez-vous le rôle des centres de réadaptation en prévention du suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

QUESTIONS À VOUS POSER	OUI	NON	PRATIQUES À PROMOUVOIR
23. Connaissez-vous le rôle des cliniques médicales et des GMF en prévention du suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide présente un partage des rôles en prévention du suicide qui est cohérent avec le nouveau rôle attribué aux CSSS et avec le fonctionnement en RLS (section 2).</i>
24. Connaissez-vous le rôle du service 911 et des services policiers en prévention du suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VOTRE BILAN ET VOS PRIORITÉS DE GESTION :

5.3 La mise en œuvre des stratégies visant à améliorer les interventions en prévention du suicide

QUESTIONS À VOUS POSER	OUI	NON	PRATIQUES À PROMOUVOIR
1. Les intervenants de votre CSSS utilisent-ils un processus éprouvé pour intervenir auprès de la personne suicidaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le guide recommande que les intervenants en prévention du suicide travaillant dans les points d'accès aux services du CSSS utilisent un processus d'intervention qui contient les bonnes pratiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accueillir la personne suicidaire et créer une alliance thérapeutique avec elle ; - effectuer une première et brève exploration de la situation ; - estimer la dangerosité du passage à l'acte ; - amener la personne suicidaire à se fixer un but à atteindre ; - amener la personne suicidaire à trouver des solutions pour atteindre son but ; - définir et suivre un plan d'action avec la personne suicidaire ; - conclure en sécurité l'entretien avec la personne suicidaire ; - orienter, référer ou accompagner la personne ; - effectuer un suivi de courte durée ; - effectuer un suivi étroit ; - adapter l'intervention aux caractéristiques de la personne suicidaire. <p>Il existe plusieurs approches pour effectuer le suivi étroit, soit l'approche orientée vers les solutions, l'approche cognitivo-comportementale, l'approche par résolution de problèmes, l'approche dialectique comportementale et l'approche interpersonnelle.</p> <p>Pour de plus amples informations sur l'intervention auprès de ces groupes, référez-vous au Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux.</p>
2. Est-ce que les intervenants du CSSS sont en mesure d'adapter leurs interventions en fonction des besoins particuliers de certains groupes vulnérables au suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Les intervenants du CSSS qui effectuent le suivi étroit ont-ils des lignes directrices claires et appropriées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

QUESTIONS À VOUS POSER	OUI	NON	PRATIQUES À PROMOUVOIR
<p>4. Les intervenants travaillant dans les points d'accès aux services du CSSS disposent-ils d'un outil efficace pour évaluer la dangerosité du passage à l'acte chez une personne suicidaire ?</p> <p>5. Les nouveaux intervenants des CSSS entendent-ils parler de cet outil rapidement après leur arrivée ?</p> <p>6. Au sein du RLS, utilisez-vous une façon unique pour estimer la dangerosité du passage à l'acte chez une personne suicidaire ?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le guide recommande l'utilisation de la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte, conçue par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, au sein du CSSS et dans les organisations partenaires du RLS (section 3.1).</p>
<p>7. Est-ce que le CSSS s'est doté d'un protocole formel concernant l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ?</p> <p>8. Est-ce que les intervenants en prévention du suicide de votre CSSS sont à l'aise avec les conditions d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le Guide mentionne l'importance de se doter d'un protocole formel sur l'application de la Loi (section 3.1). Pour des renseignements relatifs aux conditions d'application de cette loi, référez-vous au Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux.</p>
<p>9. Est-ce que les intervenants des points d'accès aux services de CSSS pour les personnes suicidaires reçoivent systématiquement une formation de base ?</p> <p>10. Dans votre CSSS, les intervenants qui travaillent auprès des personnes suicidaires reçoivent-ils des formations basées sur le même langage et une même approche générale ?</p> <p>11. Plus largement, avez-vous une stratégie claire concernant la formation de base des intervenants en prévention du suicide de votre CSSS ?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le guide recommande que les intervenants en prévention du suicide travaillant dans les CSSS reçoivent une formation de base. Des activités de formation continue devraient ensuite leur être offertes afin de les aider à maintenir les habiletés qu'ils auront acquises dans le cadre de la formation de base (section 3.2).</p> <p>Le guide mentionne les avantages que les intervenants du CSSS et du RLS utilisent un vocabulaire commun en prévention du suicide. Ce langage commun peut être acquis par des sessions de formation ou par d'autres types d'échanges (section 3.2).</p>

QUESTIONS À VOUS POSER	OUI	NON	PRATIQUES À PROMOUVOIR
12. Avez-vous une stratégie claire relativement à la formation continue des intervenants en prévention du suicide de votre CSSS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Au sein du RLS, les intervenants qui travaillent auprès des personnes suicidaires reçoivent-ils des formations basées sur le même langage et une même approche générale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Les intervenants qui travaillent auprès des personnes suicidaires dans votre CSSS peuvent-ils discuter entre eux de leurs stratégies d'intervention dans l'optique de développer leurs compétences?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le guide recommande l'adoption de stratégies relatives à la discussion des situations vécues avec des personnes suicidaires (section 3.2).</p>
15. Les intervenants qui travaillent auprès des personnes suicidaires dans votre CSSS bénéficient-ils d'une supervision clinique régulière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le guide recommande que les intervenants qui travaillent auprès des personnes suicidaires dans les CSSS aient un superviseur clinique pour les aider à s'approprier des compétences relatives à ce type d'intervention (section 3.2).</p>
16. Les intervenants agissant auprès des personnes suicidaires sont-ils soutenus activement (postvention) à l'occasion du décès d'un usager ou d'un collègue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le guide recommande d'instaurer un protocole de postvention pour soutenir les intervenants à l'occasion du décès par suicide d'un collègue ou d'un usager (section 3.2).</p>

VOTRE BILAN ET VOS PRIORITÉS DE GESTION :

5.4 La mise en œuvre des stratégies complémentaires pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services en prévention du suicide

QUESTIONS À VOUS POSER	OUI	NON	PRATIQUES À PROMOUVOIR
1. Au sein du CSSS, est-ce que des mécanismes relatifs à la référence et à la collaboration sont prévus entre les services pour mieux accompagner les personnes suicidaires sont convenus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide montre l'importance que des mécanismes permettant de référer la personne suicidaire aux autres services du CSSS soient clairement définis (section 5.4).</i>
2. Au sein du RLS, avez-vous défini des stratégies globales et efficaces pour réduire le suicide et les problèmes de santé mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide recommande de veiller à la mise en place de projets, de programmes ou d'initiatives en promotion de la santé mentale destinés aux jeunes tels que Fluppy et École en santé et aux adultes (section 4.7).</i>
3. Au sein du RLS, collaborez-vous avec le milieu scolaire en matière de prévention du suicide ou de promotion de la santé mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Au sein du RLS, collaborez-vous avec le milieu municipal en matière de prévention du suicide ou de promotion de la santé mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Au sein du RLS, collaborez-vous avec le milieu de la justice en matière de prévention du suicide ou de promotion de la santé mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Est-ce que des documents traitant des façons de réduire l'accès qu'ont les personnes suicidaires aux moyens de mettre fin à leurs jours sont offerts comme outils aux intervenants dans votre CSSS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Est-ce que des initiatives visant à réduire l'accès aux moyens de se suicider existent sur le territoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide souligne l'importance de s'assurer de réduire l'accès aux moyens de se suicider. Pour y parvenir, des initiatives de sensibilisation aux risques liés aux moyens ainsi que l'information des intervenants quant aux façons de restreindre l'accès aux moyens peuvent s'avérer intéressantes (section 4.6).</i>
8. Au sein du RLS, reconnaissez-vous adéquatement les personnes ayant des idées suicidaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide recommande la présence de personnes aptes à reconnaître les signes précurseurs du processus suicidaire chez les autres dans divers milieux de vie. L'implantation d'un réseau de sentinelles constitue une initiative qui vise cet objectif (section 4.4).</i>
9. Au sein du RLS, avez-vous implanté un réseau étendu et bien formé de sentinelles dans divers milieux de vie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

QUESTIONS À VOUS POSER	OUI	NON	PRATIQUES À PROMOUVOIR
10. Avez-vous défini des modalités pour soutenir les sentinelles qui ont besoin de communiquer avec un intervenant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide souligne l'importance de mettre en place des modalités relatives au soutien des sentinelles, telles que le soutien téléphonique continu (section 4.4).</i>
11. Au sein du RLS, les personnes suicidaires ont-elles accès à des services de crise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide recommande de rendre accessibles et de faire connaître les services de crise aux personnes suicidaires. Ces services constituent, dans certains cas, une solution de rechange intéressante à l'hospitalisation (section 4.1).</i>
12. Le CSSS offre-t-il du soutien aux proches de personnes qui se sont suicidées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide recommande d'établir des stratégies visant à faciliter l'accès à des interventions de postvention afin de soutenir dans leur deuil les personnes touchées par un suicide (section 4.5).</i>
13. Assurez-vous un suivi étroit aux personnes suicidaires qui sont ou qui ont été en danger grave de passage à l'acte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide reconnaît le suivi étroit comme une stratégie pertinente pour le suivi des personnes qui sont ou qui ont été en danger grave de passage à l'acte (section 4.2)</i>
14. Au sein du RLS, les partenaires ont-ils convenu de mécanismes de référence et de collaboration pour mieux accompagner les personnes suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide recommande de définir des protocoles d'entente de service ou des modalités relatives à l'arrimage afin :</i> <ul style="list-style-type: none"> - d'assurer la collaboration optimale entre les partenaires du RLS ; - de favoriser la fluidité des mécanismes de référence ; - d'assurer la continuité et la concertation des services en prévention du suicide dans le RLS (section 4.8).
15. Au sein du RLS, avez-vous relevé des lacunes dans les services offerts aux personnes suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide recommande de créer ou de désigner des lieux de concertation où les partenaires du RLS en prévention du suicide peuvent discuter des lacunes des services (section 4.8).</i>

VOTRE BILAN ET VOS PRIORITÉS DE GESTION :

CONCLUSION

Les personnes suicidaires sont des êtres fragiles qui ont besoin de services adaptés et d'un accompagnement soutenu, tous les moyens doivent être pris pour éviter qu'elles ne passent à l'acte. Les CSSS peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie et le bien-être de ces personnes ayant des besoins particuliers. L'élaboration du présent guide a été l'occasion de cibler toutes les actions par lesquelles les CSSS et leurs partenaires des RLS peuvent avoir une influence en prévention du suicide. Le guide lui-même constitue une invitation à exercer cette influence tout en gardant le cap sur la transformation du réseau de la santé et des services sociaux amorcée en 2004. Ainsi, le contenu cadre avec le nouveau rôle des CSSS et l'actualisation de la responsabilité populationnelle partagée entre ces établissements et les partenaires au sein des RLS. Ce guide constitue également une invitation à faire davantage reposer les décisions relatives à l'organisation des services et les approches cliniques sur des résultats de recherche probants ainsi que sur des pratiques éprouvées. Il n'a toutefois rien de dogmatique puisqu'on y trouve aussi des pratiques prometteuses et qu'une place y est faite aux contraintes locales ou régionales. Ce guide vous aidera, en tant que gestionnaires de CSSS, à faire le diagnostic des services offerts aux personnes suicidaires dans votre établissement et sur votre territoire, à choisir les éléments qui sont prioritaires à l'échelle locale ou régionale et à prendre des décisions qui correspondent à votre réalité.

Nous insistons sur le fait que le CSSS ne peut pas et ne doit pas offrir à lui seul tous les services dont ont besoin les personnes suicidaires. Il est l'une des portes d'entrée du réseau local et la porte d'entrée parmi les établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour ces personnes, pour leurs proches et pour les sentinelles, ces membres de la communauté qui reconnaissent des personnes suicidaires dans leur environnement et les orientent vers les services que leur état nécessite. Le CSSS doit ainsi s'assurer de contribuer, idéalement avec souplesse et flexibilité, à la gamme de services d'intervention, de suivi et de postvention destinés aux personnes suicidaires ou à leurs proches.

La contribution particulière de votre CSSS se définit en tenant compte des caractéristiques des personnes suicidaires et des personnes vulnérables vivant sur le territoire et en tenant compte des services offerts aux personnes suicidaires et à leurs proches par les autres établissements et les organismes du milieu au sein du RLS. Les travaux relatifs au projet clinique vous ont peut-être déjà amené à faire cet exercice fin en matière de services aux personnes suicidaires ou, du moins, à ébaucher un diagnostic de la santé mentale de votre population, des services existants et des services à leur ajouter pour soutenir adéquatement ces personnes. Si tel est votre cas, vous pourrez compléter votre travail à l'aide de ce guide.

Sur le plan de l'organisation collective, nous dirons d'abord que le Québec bénéficie d'un réseau étendu d'organismes communautaires ayant une solide expertise en prévention du suicide, notamment les CPS. Le réseau de la santé et des services sociaux peut y prendre appui pour assurer le développement des compétences cliniques du personnel qui intervient auprès des personnes suicidaires. Ensuite, les CSSS partagent, avec les cliniques et les cabinets privés de médecins, le rôle de porte d'entrée de ce réseau, fait qui rend incontournable la collaboration entre ces organisations pour l'évaluation et le suivi des personnes suicidaires. Enfin, l'implantation graduelle au Québec d'un réseau de sentinelles dans plusieurs milieux de vie, tels que les écoles ou différents lieux de travail, accroît notre capacité collective à reconnaître précocement les personnes vulnérables au suicide. Bref, nous avons déjà une bonne capacité collective pour intervenir auprès des personnes suicidaires.

Pour améliorer nos interventions, nous devons relever cinq défis principaux, qui sont d'ordres divers.

1. Il faut une meilleure articulation des compétences existant dans les établissements et les organismes du milieu, sur la base d'un parcours simplifié pour les personnes suicidaires et leurs proches. L'un des moyens d'y parvenir est de convenir non seulement du parcours des personnes suicidaires dans le système de santé et de services sociaux mais aussi du partage des rôles et de la collaboration entre les différents acteurs en prévention du suicide. Si cette collaboration doit être encadrée par des ententes formelles entre les organisations, elle doit aussi permettre le contact direct entre les intervenants des divers milieux à l'occasion du suivi offert aux personnes suicidaires. Le guide présente diverses stratégies à cet égard.
2. Il faut rehausser les compétences du personnel dans les CSSS et celles des médecins de famille afin d'assurer l'adéquation et l'efficacité de l'intervention auprès des personnes suicidaires. Les intervenants des CSSS se sentent souvent mal à l'aise dans leur travail auprès de ces personnes, soit parce qu'ils n'ont pas toutes les compétences de base, soit parce que celles-ci n'ont pas été rafraîchies depuis longtemps ou parce qu'ils ne bénéficient pas d'un soutien professionnel. Le guide mentionne divers moyens pour remédier à ce malaise :
 - un outil, qui est une approche d'intervention adaptée à la première ligne ;
 - la formation, de base et continue ;
 - la supervision clinique, qui apporte aux intervenants la consolidation de leurs compétences et une plus grande confiance.
3. Il faut amener toutes les organisations à utiliser un langage commun pour estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire. À cet effet, le guide a recours à l'outil clinique conçu par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances. Cet outil québécois repose sur des résultats de recherche et des savoirs issus de l'expérience.
4. Il faut s'assurer que les CSSS interviennent auprès des personnes suicidaires selon une approche adaptée aux services de première ligne. Le guide recommande l'approche orientée vers les solutions, dont l'adoption entraîne toutefois un changement important dans la pratique des intervenants qui travaillent auprès des personnes suicidaires. Un accompagnement à moyen terme devra donc être offert aux intervenants pour que ce changement s'opère et que les nouvelles pratiques se consolident. Il s'inscrit tout naturellement dans la formation continue et le soutien professionnel déjà mentionnés.
5. Il faut que les CSSS et les partenaires du RLS tissent ensemble un filet de sécurité efficace autour des personnes suicidaires. La lecture du guide fait comprendre l'importance de ne pas laisser seule une personne pour qui la dangerosité du passage à l'acte suicidaire est élevée et immédiate. Après avoir effectué cette estimation chez la personne suicidaire, on doit lui offrir un suivi étroit, soit un accompagnement personnalisé et soutenu, pendant un certain temps.

L'importance des acquis facilitera la tâche à toutes les organisations qui sont invitées à consacrer des efforts en vue de l'amélioration des services aux personnes suicidaires. Les défis sont bien définis et des pistes concrètes d'action sont proposées pour les relever avec succès. Il ne manque que votre engagement et votre mobilisation, deux éléments qui sont à votre portée !

LEXIQUE

■ Accompagner

Définition :

Accompagner la personne suicidaire consiste soit à se rendre avec elle à l'urgence hospitalière ou au centre de crise, soit à désigner une personne pour le faire.

Contexte d'application :

L'accompagnement est à privilégier lorsque les services d'un partenaire du RLS sont susceptibles de répondre aux besoins de la personne suicidaire et que l'évaluation de celle-ci révèle, selon la grille d'estimation de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire :

- danger grave et immédiat (cote **ROUGE**) ;
- danger grave à court terme (cote **ORANGE**).

■ Dangerosité du passage à l'acte

Définition :

La dangerosité du passage à l'acte réfère au niveau de danger qu'une personne pose un geste suicidaire. L'estimation de la dangerosité du passage à l'acte tient compte des paramètres suivants :

- l'urgence suicidaire : la planification du suicide (COQ : Comment ? Où ? Quand ?) ;
- les facteurs associés : les facteurs liés à la personne suicidaire, son milieu de vie ainsi qu'à son environnement pouvant fragiliser la personne et la rendre plus vulnérable au suicide ;
- les facteurs de protection : les facteurs liés à la personne suicidaire, son milieu de vie ainsi qu'à son environnement pouvant contribuer à la protéger contre le suicide.

■ Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

Définition :

La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* est aussi référée sous le nom de loi P-38.001. Cette Loi constitue une mesure d'exception pouvant être utilisée, en certaines circonstances, pour assurer la sécurité de la personne suicidaire. Cette Loi vise à priver temporairement la personne de son droit de liberté afin de la garder sans son consentement dans un centre hospitalier.

■ Orienter

Définition :

Orienter la personne suicidaire vers un autre service consiste à lui suggérer de communiquer avec ce service.

Contexte d'application :

Il est pertinent d'orienter la personne suicidaire uniquement lorsque l'évaluation de celle-ci révèle, selon la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte, un indice de passage à l'acte :

- absent (cote **VERT**).

■ Postvention

Définition :

La postvention consiste à offrir du soutien et de l'aide aux personnes affectées par un décès attribuable à un suicide³⁰. Elle comprend des mesures liées au traitement ainsi qu'au rétablissement de ces personnes⁷².

■ Référencer

Définition :

Référencer la personne suicidaire à un service ou à un intervenant en particulier consiste à joindre, par téléphone ou par télécopieur, ce service ou cet intervenant pour l'aviser qu'une personne suicidaire se présentera chez lui et ainsi en préparer l'arrivée. La référence est l'occasion de transmettre certaines informations utiles au suivi de la personne suicidaire.

Contexte d'application :

La référence est à privilégier lorsque les services d'un partenaire du RLS sont susceptibles de répondre aux besoins de la personne suicidaire et que l'évaluation de celle-ci révèle, selon la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, un indice de passage à l'acte :

- faible (cote **JAUNE**).

■ Sentinelle

Définition :

La sentinelle est une ressource compétente qui joue «[...] un rôle de relais entre le danger que constitue le risque de suicide et les ressources qui peuvent intervenir auprès des personnes suicidaires»⁹. Les sentinelles ne sont pas des professionnels de la santé et des services sociaux mais des personnes de divers milieux de vie qui s'investissent en prévention du suicide (ex. : enseignants ou secrétaires). Les sentinelles sont formées pour reconnaître dans leur milieu les personnes suicidaires et les orienter vers les ressources appropriées à leur situation⁹.

■ Suivi de courte durée

Définition :

Le suivi de courte durée consiste soit à intervenir auprès d'une personne à faible indice suicidaire traversant une crise passagère, soit à intervenir de façon temporaire auprès d'une personne en attente d'un autre type de suivi. Il s'agit donc d'une modalité visant à favoriser la continuité des services offerts à la personne suicidaire.

Contexte d'application :

Le suivi de courte durée s'applique principalement dans trois cas de figure :

- lorsque l'évaluation de la personne suicidaire révèle, selon la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte, un indice de passage à l'acte faible (cote **JAUNE**) ;
- lorsque la personne suicidaire attend d'être prise en charge dans le cadre d'un suivi étroit ;
- lorsque la personne suicidaire est en attente d'un suivi de longue durée (ex. : suivi en santé mentale adulte).

■ Suivi étroit

Définition :

Le suivi étroit est une mesure visant à s'assurer que la personne qui est ou qui a été en danger grave de passage à l'acte et qui quitte l'organisation ayant effectué la gestion de sa crise suicidaire (ex. : hôpital, centre de crise) puisse avoir accès à un suivi rapidement et de façon intensive.

Contexte d'application :

Le suivi étroit s'applique lorsque l'évaluation de la personne suicidaire révèle, selon la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, un indice de passage à l'acte :

- grave et immédiat (cote **ROUGE**) ;
- danger grave à court terme (cote **ORANGE**).

BIBLIOGRAPHIE

1. HOULE, J., C. POULIN et H. VAN NIEUWENHUYSE (2006). *Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole MARCO*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, VI, 136 p.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 p.
3. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*, rédigé par D. Saint-Laurent et M. Gagné, Québec, INSPQ, 19 p.
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2005). *Plan d'action en santé mentale - La force des liens*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 96 p.
5. LANE, J., et J. ARCHAMBAULT (2010). *Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 40 p.
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004). *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Document principal*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 75 p.
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.
8. WHITE, J., et N. JODOIN (2004). *Guide des stratégies prometteuses pour la prévention du suicide chez les jeunes Autochtones*, révisé, Calgary (Alberta), Centre pour la prévention du suicide, 278 p.
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : Cadre de référence*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 70 p.
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004). *Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide*, rédigé par N. Potvin, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 102 p.
11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010). *État de santé de la population québécoise : Quelques repères (2010)*, Québec, Direction des communications, 34 p.
12. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *La prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes*, Genève, Prise en charge des troubles mentaux et neurologiques, Département de santé mentale et toxicomanies, OMS, VI, 13 p.
13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010). Site Internet, [En ligne], [www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index.php] (Consulté le 17 avril 2009).
14. NEW SOUTH WALES DEPARTMENT OF HEALTH, MENTAL HEALTH AND DRUG AND ALCOHOL OFFICE (2005). *Suicidal Behaviour – Management of Patients with Possible Suicidal Behaviour*, North Sydney (Australia), NSW Department of Health, [43] p.

15. NEW SOUTH WALES DEPARTMENT OF HEALTH, MENTAL HEALTH AND DRUG AND ALCOHOL OFFICE (2008). *Discharge Planning for Adult Mental Health Inpatient Services*, North Sydney (Australia), NSW Department of Health, 42 p.
16. GIBB, S.J., A.L. BEAUTRAIS et D.M. FERGUSON (2005). «Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 39, n^{os} 1-2-, janvier-février, p. 95-100.
17. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2009). *Balises définissant les liens de collaboration entre le volet social du service Info-Santé et Info-Social et les membres de l'Association québécoise de prévention du suicide, de l'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec et du Regroupement des services communautaires d'intervention de crise du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 17 p.
18. DUMEL, F. (2000). *Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale?*, [En ligne], [http://www.esculape.com/psychiatrie/suicide_risque.html] (Consulté le 13 février 2009).
19. ST-HILAIRE, É., L. BEAUDRY et Y. MATHIEU (2003). *Formation médicale en prévention du suicide: Bilan mi-étape d'une expérience dans la région de la Chaudière-Appalaches*, Sainte-Marie (Québec), Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, III, 56 + [7] p.
20. MICHEL, K. (2002). «Le médecin et le patient suicidaire – Partie I: Aspects fondamentaux», *Forum médical suisse*, n^{os} 29/30, 24 juillet, p. 704-707.
21. RITTER, K., et al. (2002). «Suicide risk-related knowledge and attitudes of general practitioners», *Wiener Klinische Wochenschrift / The Middle-European Journal of Medicine*, vol. 114, n^{os} 15-16, août, p. 685-690.
22. PRÉVILLE, M., et al. (2004). *Rapport d'évaluation du programme PPS-MD: Programme de prévention du suicide s'adressant aux omnipraticiens*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 52 p. + annexes.
23. RUTZ, W., et al. (1989). «An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 79, n^o 1, janvier, p. 19-26.
24. MISHARA, B. (2003). «Succès, échecs et défis en prévention du suicide au Québec», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 24, n^o 1, p. 125-134.
25. DAGENAIS, C. (2006). «Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux: Quels modèles de transfert de connaissances privilégier?», *Les Sciences de l'éducation – Pour l'ère nouvelle*, vol. 39, n^o 3, p. 23-35.
26. MISHARA, B.L. (2008). «Reconciling clinical experience with evidence-based knowledge in suicide prevention policy and practice», *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 29, n^o 1, p. 1-3.
27. JOINER, T., et al. (2007). «Establishing standards for the assessment of suicide risk among callers to the National Suicide Prevention Lifeline», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 37, n^o 3, juin, p. 353-365.
28. MISHARA, B.L., et al. (2007). «Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 37, n^o 3, juin, p. 308-321.
29. TERRA, J.L. (2003). «Prévenir le suicide», *Actualité et dossier en santé publique*, n^o 45, décembre, p. 20-23.
30. SIMON FRASER UNIVERSITY, CENTRE FOR APPLIED RESEARCH IN MENTAL HEALTH AND ADDICTION (2007). *Working With the Client Who is Suicidal: A Tool for Adult Mental Health and Addiction Services*, rédigé par L. Monk et J. Samra, Vancouver (Colombie-Britannique), Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University et British Columbia Ministry of Health, 111 p.

31. SÉGUIN, M. (2001). «Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte? Place de la prise en charge psychologique», in P. Mazet et G. Darcourt (sous la dir. de), *La crise suicidaire: Reconnaître et prendre en charge*, Paris, John Libbey Eurotext et Fédération française de psychiatrie, p. 235-262.
32. GAGNIER, J.-P. (2002). «Les processus de supervision: soutenir l'exercice des responsabilités individuelles et collectives», in J.-P. Gagnier et R. Lachapelle (sous la dir. de), *Pratiques émergentes en déficience intellectuelle: Participation plurielle et nouveaux rapports*, chapitre 6, Sainte-Foy (Québec), Presses de l'Université du Québec, coll. «Pratiques et politiques sociales», p. 171-196.
33. MIDENCE, K., S. GREGORY et R. STANLEY (1996). «The effects of patient suicide on nursing staff», *Journal of Clinical Nursing*, vol. 5, n° 2, mars, p. 115-120.
34. DAIGLE, M., R. LABELLE et C. GIRARD (2003). *Cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec*, s. l., Regroupement des Directrices de soins d'établissements psychiatriques en association avec l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en psychiatrie, 85 p.
35. GRAD, O.T., et A. ZAVASNIK (1998). «The caregiver's reactions after suicide of a patient», in R.J. Kosky et al. (sous la dir. de), *Suicide Prevention: The Global Context*, New York, Plenum Press, p. 287-291.
36. POIRIER, M. (2006) «Enjeux cliniques et éthiques de la supervision externe des équipes en santé mentale», *Santé mentale au Québec*, vol. 31, n° 1, printemps, p. 107-124.
37. SAVARD, R. (1997). *Effets d'une formation continue en counseling sur les variables personnelles relatives à la création d'une alliance de travail optimale*, thèse présentée à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Montréal, 252 f.
38. CAMPBELL, J.M. (2006). *Essentials of Clinical Supervision*, Hoboken (New Jersey), John Wiley & Sons, 304 p.
39. SANTA RITA, E. (1998). «Solution-focused supervision», *The Clinical Supervisor*, vol. 17, n° 2, p. 127-139.
40. PEARSON, Q.M., (2000). «Opportunities and challenges in the supervisory relationship: Implications for counsellor supervision», *Journal of Mental Health Counselling*, vol. 22, n° 4, octobre, p. 283-294.
41. VILLENEUVE, L. (2005). «Implantation au CLSC Drummond de la supervision clinique: retombées sur le personnel supervisé», *Intervention OPTSQ*, n° 122, juin, p. 138-147.
42. FISKE, H. (1998). «Applications of solution-focused brief therapy in suicide prevention», in D. De Leo, A. Schmidtke et R.F.W. Diekstra (sous la dir. de), *Suicide Prevention: A Holistic Approach*, Dordrecht (Pays-Bas), Kluwer Academic Publishers, p. 185-197.
43. COMITÉ D'EXPERTS SUR L'ORGANISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE (2004). *Troubles suicidaires: Urgences en santé mentale*, rapport du Comité, s. l., Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale, 23 p.
44. PÉLADEAU, N., C. MERCIER et L. COUTURE (1991). «Les centres de crise et les services en santé mentale: l'expérience du Sud-Ouest de Montréal», *Santé mentale au Québec*, vol. 16, n° 2, automne, p. 267-288.
45. COMTOIS, K.A., et M.M. Linehan (2006). «Psychological treatments of suicidal behaviors: a practice-friendly review», *Journal of Clinical Psychology*, vol. 62, n° 2, février, p. 161-170.
46. LEFEBVRE, Y., et F. COUDARI (1991). «L'Entremise: de l'autonomie à l'emprise... institutionnelle?», *Santé mentale au Québec*, vol. 16, n° 2, automne, p. 289-314.
47. NORDENTOFT, M. (2007). «Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark – Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups», *Danish Medical Bulletin*, vol. 54, n° 4, novembre, p. 306-369.
48. QIN, P., et M. NORDENTOFT (2005). «Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers», *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 4, avril, p. 427-432.
49. APPLEBY, L., et al. (1999). «Suicide within 12 months of contact with mental health services: National clinical survey», *British Medical Journal*, vol. 318, n° 7193, 8 mai, p. 1235-1239.

50. HUNT, I.M., et al. (2009). «Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study», *Psychological Medicine*, vol. 39, n° 3, mars, p. 443-449.
51. APTER, A., et R.A. KING (2006). «Management of the depressed, suicidal child or adolescent», *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 15, n° 4, octobre, p. 999-1013.
52. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006). *Guide de gestion de l'urgence*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux et Montréal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 250 p.
53. LINKS, P.S., et B. HOFFMAN (2005). «Preventing suicidal behaviour in a general hospital psychiatric service: Priorities for programming», *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, n° 8, juillet, p. 490-496.
54. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (1998). *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*, Paris, Service des recommandations professionnelles, ANAES, 44 p.
55. NEW SOUTH WALES DEPARTMENT OF HEALTH (2004). *Suicide Risk Assessment and Management Protocols: Mental Health In-Patient Unit*, North Sydney (Australia), NSW Department of Health, II, 21 p.
56. MEEHAN, J., et al. (2006) «Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: National clinical survey», *The British Journal of Psychiatry*, vol. 188, n° 2, février, p. 129-134.
57. DAR COURT, G. (sous la présidence de) (2001).«La crise suicidaire: recommandations du jury», in P. Mazet et G. Darcourt (sous la dir. de), *La crise suicidaire: Reconnaître et prendre en charge*, Paris, John Libbey Eurotext et Fédération française de psychiatrie, p. 421-446.
58. STEFFEN, S., et al. (2009). «Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 120, n° 1, juillet, p. 1-9.
59. KING, E.A., et al. (2001). «The Wessex Recent In-Patient Suicide Study – 1. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides», *The British Journal of Psychiatry*, vol. 178, n° 6, juin, p. 531-536.
60. HAWTON, K.K.E. et al. (1999). «Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, (Art. n° CD0001764. DOI: 10.1002/14651858.CD001764).
61. DZUROVA, D., et al. (2008). «Analysis of parasuicide, psychiatric care and completed suicides, implications for intervention strategy (Czech Republic, 1996-2000)», *International Journal of Public Health*, vol. 53, n° 3, juin, p. 139-149.
62. NATIONAL INSTITUTE FOR MENTAL HEALTH IN ENGLAND (2003). *Preventing Suicide: A Toolkit for Mental Health Services*, rédigé par D. Duffy, T. Ryan et R. Purdy, [Leeds (U.K.)], NIMHE, National Health Service, 39 p.
63. CEDEREKE, M., K. MONTI et A. ÔJEHAGEN (2002). «Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study», *European Psychiatry*, vol. 17, n° 2, avril, p. 82-91.
64. JOBES, D.A., et J.F. DROZD (2004). «The CAMS approach to working with suicidal patients», *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 34, n° 1, mars, p. 73-85.
65. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). *Prévenir le suicide: Ressource pour conseillers*, série Ressources, n° 7, Genève, Prise en charge des troubles mentaux et des affections cérébrales, Département de santé mentale et abus de substances psychoactives, OMS, 27 p.
66. MISHARA, B.L., et M. TOUSIGNANT (2004). *Comprendre le suicide*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, coll. «Paramètres», 172 p.
67. MANN, J.J., et al. (2005). «Suicide prevention strategies: a systematic review», *Journal of the American Medical Association*, vol. 294, n° 16, 26 octobre, p. 2064-2074.
68. SULLIVAN, A.M., et al. (2005). «The safe treatment of the suicidal patient in an adult inpatient setting: a proactive preventive approach», *Psychiatric Quarterly*, vol. 76, n° 1, mars, p. 67-83.

69. MOTTO, J.A., et A.G. BOSTROM (2001). «A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention», *Psychiatric services*, vol. 52, n° 6, juin, p. 828-833.
70. HOUGHTON, A., et al. (1996). «Does a dedicated discharge coordinator improve the quality of hospital discharge?», *Quality and Safety in Health Care*, vol. 5, n° 2, juin, p. 89-96.
71. SANTÉ CANADA, COMITÉ DE RÉDACTION SUR LES MALADIES MENTALES AU CANADA (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 111 p.
72. CENTRE DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION SUR LE SUICIDE ET L'EUTHANASIE (s. d.). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide – Thème 6: La postvention*, [En ligne], [http://www.criseapplication.uqam.ca/theme6.asp?partie=partie1_2] (Consulté le 4 février 2009).
73. SÉGUIN, M., et F. ROY (s. d.). *Comment mettre en place des interventions de postvention en milieu scolaire*, présentation PowerPoint, 27 diapositives, [En ligne] [http://www.fedecegeps.qc.ca/61_colloque/22241_SUICIDE_Pr%20sentation_Mme_M__S%20guin_Postvention_en_milieu_scolaire_23-24_mai_2007.pdf?PH_PSESSID=e1cab44eec52090653124d8c5972c1cf] (Consulté le 25 juillet 2008).
74. DULAC, G., et A. LALIBERTÉ (2003). *Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque de suicide présentant des problèmes de toxicomanie et/ou de santé mentale dans le processus suicidaire*, Montréal, Centre d'études appliquées sur la famille, Université McGill, 80 p.
75. MISHARA, B.L., et J. HOULE, en collaboration avec SUICIDE ACTION MONTRÉAL (2004). *Évaluation des projets-pilotes d'aide aux hommes suicidaires par l'intermédiaire de leurs proches: Rapport final*, Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), Université du Québec à Montréal, 53 p.
76. HOULE, J., B.L. MISHARA et F. CHAGNON (2005). «Le soutien social peut-il protéger les hommes de la tentative de suicide?», *Santé mentale au Québec*, vol. 30, n° 2, automne, p. 61-84.
77. MISHARA, B.L., J. HOULE et B. LAVOIE (2005). «Comparison of the effects of four suicides prevention programs for family and friends of high-risk suicidal men who do not seek help themselves», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 35, n° 3, juin, p. 329-342.
78. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie: Guide de pratique clinique*, rédigé par F. Laflamme, Westmount (Québec), Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ, 47 p.
79. LECOMTE, Y., et Y. LEFEBVRE (1986). «L'intervention en situation de crise», *Santé mentale au Québec*, vol. 11, n° 2, novembre, p. 122-142.
80. DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (2001). «Les décès par arme à feu – Une arme à feu dans un foyer: un gros risque!», *Prévention en pratique médicale*, bulletin de la Direction, juin, 4 p.
81. CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE 02 (s. d.). *Les armes et vous: Êtes-vous à l'abri... du drame?*, feuillet de 15 cm X 9 cm, Chicoutimi (Québec), Centre de prévention du suicide 02, 2 p. recto-verso.
82. TERRA, J.-L. (2003). «La limitation de l'accès aux moyens du suicide: l'exemple des armes à feu», *Actualité et dossier en santé publique*, n° 45, décembre, p. 24.
83. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE (2004). *Avant-projet de l'ACPS pour une stratégie nationale canadienne pour la prévention du suicide*, Edmonton (Alberta), Association canadienne pour la prévention du suicide, 34 p.
84. GREYERZ, S. VON, et E. KELLER-GUGLIOMETTI, E. (2005). *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse: Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251)*, s. l., Office fédéral de la santé publique de Suisse, 42 p.
85. CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE 02 (1999). *Réduire les risques de suicide, d'homicide et d'accidents associés aux armes à feu au Saguenay-Lac-Saint-Jean*, Chicoutimi (Québec), Centre de prévention du suicide 02, 11 p.
86. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT (2007). En un an, une augmentation de 71 % d'armes à feu récupérées a été enregistrée avec le Programme de désistement des

- armes à feu inutilisées, communiqué du 26 juin, Rimouski, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1 p. [En ligne], [http://www.agencesssgim.ca/fichiers/agence/Communique/Com_Desistment_mai2006.pdf] (Consulté le 1^{er} juin 2010).
87. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES (2007). *Prévention du suicide – Distribution gratuite de verrous de pontet pour les armes à feu*, communiqué de presse du 24 octobre, Sainte-Marie (Québec), Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2 p.
 88. GUTIERREZ, P.M. (2006). « Integratively assessing risk and protective factors for adolescent suicide », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 36, n° 2, avril, p. 129-135.
 89. QUÉBEC (2009). *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, [En ligne], [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html] (Consulté le 1^{er} juin 2010).
 90. SANTE CANADA, COMITE CONSULTATIF SUR LA PREVENTION DU SUICIDE (2003). *Agir selon ce que nous savons : La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations*, rapport du Comité, [Ottawa], Santé Canada, 205 p.
 91. ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ (2003). *Écoles promotrices de la santé : Renforcement de l'initiative régionale Stratégies et lignes d'action 2003-2012*, rédigé par J. Ippolito-Shepherd et L. Mantilla Castellanos, Washington (D.C.), OPS, série Promotion de la santé, n° 4, 74 p.
 92. QUÉBEC. COMITÉ NATIONAL D'ORIENTATION ÉCOLE EN SANTÉ ET COLLABORATEURS (2005). *École en santé : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires – Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes – En bref*, rédigé par L. Arcand et C. Martin, [Québec], ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 11 p.
 93. COMEAU, M. (1999). *État de situation sur l'implantation du programme Fluppy d'entraînement aux habiletés sociales dans la région de Québec et proposition de consolidation progressive du programme*, Beauport, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 44 p.
 94. TARDIF, A. (2000). « Le programme de Fluppy », *Le petit Magazine des services complémentaires*, vol. 2, n° 1, automne, Québec, Ministère de l'Éducation, p. [5-6].
 95. NOREAU, C. (s. d.). *Le Programme Fluppy : Prévenir l'agressivité... dès l'âge préscolaire*, présentation PowerPoint, 27 diapositives, [En ligne], [http://innovons.qc.ca/documents/-2-10_Nore-C.pdf] (Consulté le 29 septembre 2008).
 96. LAFRENIÈRE, H. (2002). *Ententes de services pour les situations de crise et suicide*, s. l., Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 57 p.
 97. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide – S'entraider pour la vie*, rédigé par G. Mercier et D. Saint-Laurent, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 94 p.
 98. AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2005). *Protocole PASCAL pour la continuité des services aux personnes suicidaires adultes*, Laval, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval, 12 p.
 99. NADEAU, S. (2008). Programme SILAR au CPSQ, [Présentation PowerPoint d'une communication présentée aux 4^{es} Journées biennuelles de santé mentale : La force des liens – Attachons nos pratiques, tenues à Montréal en 2008].
 100. NADEAU, S. (2007). *Programmes de prévention du suicide agissant sur les clientèles hommes : programme SILAR*, Document déposé au Forum de consensus sur la prévention du suicide chez les hommes (30 novembre), Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), Université du Québec à Montréal, 38 p.
 101. SUICIDE ACTION MONTRÉAL (2006). *Protocole MARCO pour la continuité des services aux personnes suicidaires : Site PAP-Fleury*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 26 p.

