

Planifier et déployer des actions et des services concertés en prévention du suicide

Guide pratique pour les établissements
du réseau de la santé et des services
sociaux et leurs partenaires

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte

Dépôt légal – 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-95804-8 (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, 2024

Réalisation

Ce guide est produit par l'équipe des projets nationaux en transfert des connaissances de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie - CHUS), mandatée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

RÉDACTION PRINCIPALE

Karel-Ann St-Martin, courtière de connaissances, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Émilie Picarou, courtière de connaissances, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

DIRECTION ARTISTIQUE ET DESIGN GRAPHIQUE

ouiflo.ca : Noémie Ledoux et Marie-Anne C. Duplessis

COORDINATION (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Pier B. Lortie, adjointe au directeur scientifique, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Joël Castonguay, conseiller en prévention du suicide, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale (DDAIS), MSSS

Catherine Denis, coordonnatrice Jeunesse et vie adulte et conseillère en promotion de la santé mentale et en prévention du suicide, DDAIS, MSSS

Anne-Marie Langlois, directrice, DDAIS, MSSS

Christine Pelletier, coordonnatrice, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Julie Rousseau, directrice générale adjointe, Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé, MSSS

SOUTIEN À LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Louis-Philippe Côté, doctorant, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), Université du Québec à Montréal (UQAM)

Luc Dargis, agent de recherche, CRISE, UQAM

Francis Lacasse, bibliothécaire, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Chiara Mara-Bolduc, courtière de connaissances, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Remerciements

en ordre alphabétique

La rédaction de ce guide fut un long processus auquel plusieurs personnes ont contribué de près ou de loin, et nous les en remercions.

Kim Basque, Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)

Tania Boilar, JEVI Centre de prévention du suicide (CPS) - Estrie

Marie-Claude Brais, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière

Émilie Coulombe, MSSS

Audrey Doucet, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Julie Fillion, MSSS

Mathieu Gagnon, AQPS

Elvira Galant, MSSS

Jérôme Gaudreault, AQPS

Jean-Philippe Goupil, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Virginie Hamel, CISSS de Laval

Eveline Laurin, CPS de Lanaudière

Martine Lafleur, MSSS

Marie-Noële Lavoie, CISSS de Chaudière-Appalaches

Membres du comité régional en prévention du suicide de Montréal et leurs collaborateurs

Geneviève Lessard, MSSS

Ginette Martel, MSSS

Louise Paré, CISSS de Chaudière-Appalaches

Karine Plante, MSSS

Lynda Poirier, Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec (RCPSQ) et CPS de Québec

Camille Poirier-Veilleux, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Marie-Claude Roberge, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Françoise Roy, consultante

Andrée-Anne Simard, MSSS

Édith St-Hilaire, CISSS de Chaudière-Appalaches

Sophie Taillon, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Cat Tuong Nguyen, MSSS

CONTRIBUTION À LA RÉDACTION

Jeanne Bazinet, CIUSSS de l'Estrie - CHUS (jusqu'en 2021)

Danielle Pinsonneault, CIUSSS de l'Estrie - CHUS (jusqu'en 2021)

Ce guide s'inscrit en continuité avec le *Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux* (2010). Nous soulignons l'apport des personnes qui avaient contribué à ce guide rédigé en 2010 et nous les remercions.

La conception de ce guide s'est échelonnée sur plusieurs années. Merci à toutes les personnes que nous aurions pu oublier par inadvertance.

Table des matières

Introduction	7	Stratégies sélectives	42
		L'implantation de réseaux de sentinelles	43
Collaborer en prévention du suicide	11	Le repérage des idées suicidaires dans tous les services	45
La collaboration intraétablissement	12	Les outils d'autosoins ou d'autogestion	46
La collaboration intersectorielle avec les partenaires en prévention du suicide	15	Les services psychosociaux lors d'événements de sécurité civile	49
La collaboration interdisciplinaire en prévention du suicide	17	Les services d'intervention 24/7	51
		Les services pour les proches de la personne qui pense au suicide	53
Connaître les données et les services de la région	19	La postvention - faire face à un suicide	56
L'état de situation du suicide	20	Le soutien aux proches endeuillés par suicide	58
Les services offerts et les actions posées en prévention du suicide	23		
		Stratégies indiquées	60
Soutenir les intervenants	24	Les services d'intervention de crise	61
La formation, les pratiques et les outils réputés efficaces en prévention du suicide	25	L'intervention psychosociale de courte durée	63
Le soutien clinique et entre pairs	27	L'urgence hospitalière	64
		Les services d'hébergement et d'hospitalisation	66
Intégrer des stratégies universelles, sélectives et indiquées de prévention du suicide	30	Le suivi de type étroit ou l'équivalent	68
Stratégies universelles	32		
La promotion de la santé mentale et du bien-être	33	Suivre le déploiement du plan d'action	70
La sensibilisation de la population au sujet du suicide	36		
La réduction de l'accès aux moyens de se suicider	38	Conclusion	74
La communication sécuritaire et préventive au sujet du suicide	40		
		Bibliographique	78

Liste des sigles et acronymes

AQPS	Association québécoise de prévention du suicide	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CPS	Centre de prévention du suicide	OMS	Organisation mondiale de la Santé
CRISE	Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie	PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
CSSS	Centres de santé et de services sociaux	PNSP	Programme national de santé publique
DDAIS	Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale	RCPSQ	Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec
ENA	Environnement numérique d'apprentissage	RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
FCP	Formation continue et partagée	TUS	Trouble lié à l'usage de substances

Introduction

En 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux a entrepris une démarche d'implantation des bonnes pratiques en prévention du suicide. Cette démarche a mené à la conception de deux guides de bonnes pratiques : le *Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* et le *Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*.

Un atelier a également été offert aux gestionnaires pour mobiliser les partenaires autour de la prévention du suicide et élaborer un plan d'action concerté et ancré dans les besoins des populations. Ces plans d'action étaient conçus selon l'organisation des CSSS existant avant la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015)*¹. Depuis 2015, plusieurs CISSS et CIUSSS ont actualisé le plan d'action en prévention du suicide pour les populations qu'ils desservent.

Dans quelles orientations gouvernementales s'inscrit ce guide?

Le présent guide découle de la mesure 4.1 du Plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé, qui vise l'amélioration de la performance des services préventifs offerts à la population, particulièrement en matière de prévention du suicide. Plus spécialement, l'action 5 de cette mesure vise à soutenir les gestionnaires ainsi que les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ou du milieu communautaire dans leurs fonctions et leurs interventions en matière de prévention du suicide.

Ce guide contribue également à la mise en œuvre de la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 : rallumer l'espoir, dont l'un des fondements est le déploiement d'actions fondées sur les meilleures pratiques et les données probantes.

Pourquoi faut-il continuer d'agir pour prévenir le suicide?

Le rapport Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2024 de l'INSPQ rappelle que le suicide est un phénomène encore trop présent dans la province :

- En moyenne, trois personnes se suicident par jour.
- Le suicide est au septième rang des causes de décès.
- Le taux de suicide le plus élevé s'observe chez les hommes ayant entre 50 et 64 ans.
- Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les jeunes filles et les adolescentes est en augmentation depuis plusieurs années.

De plus, les résultats du troisième cycle de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021 de l'Institut de la statistique du Québec indiquent qu'en 2020-2021 :

- 0,5 % de la population québécoise avait fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois;
- 3,7 % de la population québécoise avait eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois;
- La proportion de personnes se considérant au niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique avait augmenté entre 2014-2015 (32 %) et 2020-2021 (39 %) (cette augmentation était constatée chez les femmes et chez les hommes ainsi que dans tous les groupes d'âge).

Le suicide est un phénomène complexe. Les comportements suicidaires sont influencés à la fois par différents facteurs de risque et par différents facteurs de protection tant sur les plans individuel, relationnel et communautaire que sur le plan sociétal^{2,3}.

À qui s'adresse ce guide?

Ce guide s'adresse aux gestionnaires et à leurs collaborateurs impliqués dans les plans d'action concertés en prévention du suicide via la planification, la mise en œuvre et le suivi de ceux-ci : les conseillers cadres, les coordonnateurs, les agents de planification, de programmation et de recherche ou autres professionnels.

Des partenaires en prévention du suicide pourraient également bénéficier du contenu de ce guide pour bonifier la planification et l'organisation de leurs actions et de leurs services en prévention du suicide et contribuer au plan d'action concerté en prévention du suicide de leur région.

Les CISSS et les CIUSSS portent la responsabilité populationnelle de la région qu'ils desservent et la responsabilité de travailler en collaboration avec les partenaires pour développer ou mettre à jour le plan d'action en prévention du suicide ainsi que pour le déployer.

Quel est l'objectif de ce guide?

Dans une optique de responsabilité populationnelle, un plan d'action en prévention du suicide permet de cibler les actions prioritaires pour répondre aux besoins des populations. La création du plan d'action est également un moment privilégié pour que tous les collaborateurs et partenaires concernés contribuent à la réflexion et à la planification en vue de travailler de façon concertée vers des objectifs communs.

Ainsi, ce guide vise à soutenir les gestionnaires et leurs collaborateurs du RSSS dans leurs responsabilités de réaliser, de mettre à jour et de déployer le plan d'action en prévention du suicide pour les populations qu'ils desservent, en collaboration avec leurs partenaires.

Plus précisément, ce guide vise à :

- Optimiser les actions et les interventions en prévention du suicide en mettant de l'avant des pratiques à privilégier;
- Assurer l'accessibilité, la qualité et la continuité des actions et des services offerts en prévention du suicide;
- Canaliser les efforts en prévention du suicide, en misant sur les initiatives et les pratiques déjà en place;
- Adapter en continu les actions et les interventions en prévention du suicide aux réalités et aux besoins des populations visées.

Comment ce guide a-t-il été élaboré?

Le contenu de ce guide est le résultat du croisement de savoirs scientifiques, expérientiels et contextuels.

Les principaux documents structurants en prévention du suicide, tant provinciaux et nationaux qu'internationaux (tels que ceux de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS]), ont été considérés. Les références pertinentes issues du *Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux* (2010) ont été reprises.

Ce guide est en cohérence avec les obligations prescrites par Agrément Canada, dont la prévention du suicide est une pratique organisationnelle requise. Il est également en cohérence avec les plans d'action provinciaux et les programmes qui agissent sur les déterminants de la santé mentale et du bien-être, tels que le *Plan d'action interministériel en santé mentale* (PAISM).

Finalement, plusieurs instances ont été consultées à différentes étapes du processus afin de bonifier le contenu du guide et d'en favoriser la compréhension et les arrimages, notamment des établissements du RSSS et des organisations partenaires telles que l'AQPS, le RCPSQ et l'INSPQ.

Quelle est la structure de ce guide?

Ce guide se divise en cinq sections visant à soutenir l'actualisation des plans d'action en prévention du suicide des différentes régions. Les sections gagnent à être considérées de manière séquentielle, la première section appuyant la seconde et ainsi de suite.

STRUCTURE DU GUIDE

Collaborer en prévention du suicide



Cette section permet de travailler en concertation, tant avec les collaborateurs internes à l'établissement que les partenaires externes.

Connaître les données et services de la région



Cette section vise à appuyer l'actualisation du plan d'action sur les données relatives aux populations desservies par l'établissement et à identifier les actions et les services déjà en place en prévention du suicide dans la région.

Soutenir les intervenants



Cette section invite à partager les outils et les pratiques efficaces en prévention du suicide tels que de la formation pour les intervenants* ainsi que du soutien clinique et entre pairs.

Intégrer les stratégies universelles, sélectives et indiquées



Cette section présente une vue d'ensemble des stratégies universelles, sélectives et indiquées à intégrer au plan d'action selon les priorités des populations desservies par l'établissement.

Suivre le déploiement du plan d'action



Cette section guide les actions sur le suivi du déploiement du plan d'action dans une perspective d'amélioration continue.

* Afin d'alléger le texte, dans ce document, le terme « intervenants » désigne l'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux faisant partie ou non d'un ordre professionnel, et ce, sans égard à leur milieu de pratique (RSSS, CPS, autres milieux d'intervention).

1

Collaborer en prévention du suicide



Les actions de tous les collaborateurs et partenaires œuvrant de près ou de loin à la prévention du suicide gagnent à être coordonnées et centrées sur les besoins des populations desservies⁴.

L'importance de la concertation en prévention du suicide⁵ et de la continuité des services offerts aux personnes vivant des vulnérabilités est reconnue depuis longtemps⁶⁻⁹. Cela doit s'actualiser en continu, dans un esprit de reconnaissance mutuelle entre les partenaires.

La collaboration en prévention du suicide peut prendre différentes formes :

- La collaboration intraétablissement, au sein du CISSS ou du CIUSSS;
- La collaboration intersectorielle, avec les partenaires;
- La collaboration interdisciplinaire, entre les différents intervenants.



La collaboration intraétablissement

Pourquoi est-ce important?

Au sein du RSSS, le leadership en prévention du suicide peut varier d'une région à l'autre. Il est néanmoins important que chaque établissement détermine qui porte le leadership de la prévention du suicide et qu'il convienne des rôles et responsabilités de chacune des directions.

La prévention du suicide étant de nature transversale, le leadership doit être fort et mobilisant. Il gagne à s'arrimer à la haute direction et à être coporté par plusieurs directions. La collaboration intraétablissement est requise pour assurer l'implication de tous dans les actions ainsi qu'une offre de services complète et coordonnée.

Questions de réflexion

Comment mobiliser la haute direction pour qu'elle appuie et priorise la prévention du suicide?

Quelles sont les responsabilités attribuées aux directions de l'établissement pouvant contribuer à la prévention du suicide (ex. : sensibilisation de la population, trajectoire du suivi de type étroit ou l'équivalent, service de consultation téléphonique psychosociale Info-Social 811, service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, urgences, départements de psychiatrie)?

Quelles sont les politiques ou les directives existantes en lien avec la prévention du suicide au sein de l'établissement?

Quelles sont les modalités en place dans l'établissement pour favoriser la concertation et la collaboration entre les différentes directions

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant la collaboration intraétablissement.

Solliciter l'appui de la haute direction

- Sensibiliser la haute direction à la prévention du suicide et récolter son appui comme condition de succès à la création et mise en œuvre du plan d'action en prévention du suicide.
- Faire connaître aux directions et aux partenaires l'appui formel et l'engagement de la haute direction concernant le leadership en prévention du suicide.

Identifier les rôles et responsabilités de chaque direction, y compris la ou les directions assurant le leadership

- Dégager une vision d'établissement avec des objectifs et un langage commun.



- Clarifier qui porte le leadership de la prévention du suicide et les rôles et responsabilités qui y sont associés (ex. : coordonner les actions, soutenir la concertation interne et externe).
- Cibler les directions à impliquer dans le plan d'action en prévention du suicide.
- Convenir du partage des rôles et responsabilités entre les directions impliquées.
- Circonscrire formellement, à l'écrit, les rôles et responsabilités des directions impliquées.

Consolider la concertation afin de favoriser la collaboration

- Identifier les comités ou les groupes de travail à créer ou à maintenir pour développer et actualiser le plan d'action.
- Impliquer des collaborateurs de toutes les directions ciblées.
- Convenir de mécanismes formels afin d'assurer une communication rigoureuse de l'information entre les directions et de favoriser une coordination efficace.

Optimiser le processus de collaboration à l'interne

- Mettre à profit les forces et les expertises des directions pour construire et atteindre les objectifs du plan d'action.
- Instaurer des mécanismes fluides de communication et de concertation entre les différents secteurs, à toutes les étapes du continuum d'actions et de services¹⁰ (promotion de la santé mentale, prévention, intervention, postvention).
- Prendre en considération ce que les intervenants voient sur le terrain afin de dégager les enjeux et les besoins.
- Informer les collaborateurs des actions réalisées en prévention du suicide via les modalités de communication en place (ex. : journal interne, intranet, etc.).

Mettre à profit les forces et les expertises des directions pour construire et atteindre les objectifs du plan d'action.

**La prévention
du suicide étant
de nature
transversale,
le leadership
doit être fort
et mobilisant.**



La collaboration intersectorielle avec les partenaires en prévention du suicide

Pourquoi est-ce important?

La collaboration intersectorielle en prévention du suicide s'établit à la fois sur l'engagement de tous les partenaires, sur la reconnaissance mutuelle des expertises de chacun ainsi que sur la connaissance et le respect des mandats qui leur sont confiés⁴. La collaboration peut être facilitée et systématisée au moyen d'ententes formalisant la complémentarité des actions, des services et des ressources qui permettent tant d'agir en amont que d'accompagner les personnes qui en ont besoin¹¹.

Les modifications de territoire et d'organisation de services des dernières années ont amené des défis d'harmonisation et une nécessité de réviser les mécanismes de collaboration avec les partenaires intersectoriels.

Questions de réflexion

Quel est le rôle des différents intervenants en prévention du suicide? Ces rôles sont-ils formalisés (définis et inscrits) dans des documents (ex. : plan d'action, entente, cadre)?

À quel point les rôles de chacun des intervenants sont-ils connus de ces derniers et reconnus entre eux?

Quels sont les mécanismes, les procédures ou autres moyens en place pour favoriser et soutenir les collaborations interdisciplinaires entre les intervenants?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant la collaboration intersectorielle.

Connaître les partenaires

- Identifier l'ensemble des partenaires en prévention du suicide de la région, à tous les niveaux du continuum d'actions et de services (promotion de la santé mentale, prévention, intervention, postvention, etc.).
- Répertorier les trajectoires existantes, les ententes de service, les partenariats en place, etc.
- S'informer sur la mission et les rôles de chacun des partenaires.

Structurer la concertation et la collaboration avec les partenaires

- Créer ou identifier des instances ou des mécanismes visant à orchestrer les différentes activités de collaboration : orientation, planification, mise en œuvre des actions, animation et suivi de la concertation, harmonisation des pratiques.



- Mettre en place des conditions facilitant l'installation et la pérennité de la collaboration, soit :
 - L'implication des partenaires dès le début des travaux¹²;
 - Un solide engagement de part et d'autre;
 - Un climat de confiance et de respect au regard de la mission et des façons de faire des partenaires^{12, 13};
 - Une reconnaissance réciproque des expertises¹⁴.
- Assurer un leadership et une coordination pour soutenir et mobiliser tous les partenaires¹⁵.
- Développer ou formaliser des mécanismes de collaboration pour assurer une meilleure utilisation des services et, si nécessaire, signer des protocoles ou des ententes formelles avec les partenaires^{4, 13, 16, 17}.
- Favoriser la participation des différents partenaires pour contribuer au développement du plan d'action dès le début du processus et tout au long de sa réalisation.

Collaborer avec les partenaires

- Animer l'instance ou les mécanismes de concertation avec les partenaires pour identifier les priorités d'action en prévention du suicide et répondre rapidement aux enjeux qui surviennent.
- Développer une vision et des objectifs communs.
- Développer et entretenir des liens avec les partenaires¹².
- S'assurer que les partenaires ont une compréhension partagée des rôles et responsabilités en prévention du suicide.

**Mettre en place
des conditions
facilitant un climat
de confiance et de
respect au regard
de la mission et
des façons de faire
des partenaires^{12, 13};**



La collaboration interdisciplinaire en prévention du suicide

Pourquoi est-ce important?

Le Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 privilégie une approche de collaboration pour « [i]nteragir de manière ouverte dans un contexte intersectoriel et interdisciplinaire¹⁸ ». La mise en commun des expertises et le partage des responsabilités peuvent favoriser l'identification rapide des personnes qui présentent une détresse ainsi qu'une réponse plus efficiente à leurs besoins. Mettre de l'avant la collaboration interdisciplinaire dans les services offerts est gagnant pour repérer les personnes qui pensent au suicide et prévenir ce dernier¹⁹, et ce, autant à l'intérieur de chacune des directions qu'avec les différents partenaires.

En prévention du suicide, bien que l'intervenant psychosocial, l'infirmière et le médecin soient souvent en accompagnement direct de la personne qui pense au suicide, d'autres ressources peuvent être impliquées (ex. : préposé aux bénéficiaires, ergothérapeute, technicien en éducation spécialisée, organisateur communautaire), selon les différentes stratégies mises de l'avant. De plus, la personne peut consulter ou bénéficier d'un suivi pour des motifs variés (ex. : trouble lié à l'usage de substances [TUS], séparation, violence conjugale, traitement d'un cancer ou d'une maladie chronique), dans divers milieux. Cela amène la nécessité d'une collaboration entre des intervenants de divers secteurs ou organisations pour, notamment, communiquer les informations (avec le consentement de la personne), mettre en commun les expertises et partager les responsabilités afin d'offrir une intervention adéquate et d'assurer la protection de la personne.

La collaboration interdisciplinaire permet de développer une vision partagée des besoins de la personne afin de réaliser des actions concertées et complémentaires²⁰.

Questions de réflexion

Quel est le rôle des différents intervenants en prévention du suicide? Ces rôles sont-ils formalisés dans des documents?

À quel point les rôles de chacun des intervenants sont-ils connus de ces derniers et reconnus entre eux?

Quels sont les mécanismes, les procédures ou autres moyens en place pour favoriser et soutenir les collaborations interdisciplinaires entre les intervenants?



PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant la collaboration interdisciplinaire en prévention du suicide.

Définir les rôles et responsabilités des différents intervenants

- Mettre en place ou bonifier des documents structurants en prévention du suicide pour clarifier les rôles et responsabilités des divers intervenants.
- S'assurer du partage des rôles et responsabilités pour qu'ils soient clairs et connus de tous les intervenants.
- Prendre en compte les obligations des intervenants faisant partie d'un ordre professionnel ou non.

Faciliter la collaboration entre les intervenants

- Définir une vision globale partagée et un langage commun.
- Optimiser les mécanismes internes de référencement et d'échange d'informations pour assurer une transition fluide entre les services²¹.
- Appliquer les procédures requises afin d'avoir les autorisations de la personne pour l'échange d'informations entre les intervenants de l'interne ou entre les divers partenaires.
- S'assurer que les intervenants consignent leurs interventions et qu'ils communiquent rigoureusement l'information entre eux, avec l'autorisation de la personne.
- Faciliter la collaboration entre les intervenants de différents secteurs de l'établissement et les partenaires pour agir en complémentarité¹⁰.

- Prévoir des modalités et des conditions pour favoriser et animer les collaborations interdisciplinaires (ex. : planifier des rencontres de suivi, nommer un responsable de la coordination de chaque dossier, se doter d'outils de travail).
- Faire connaître les partenaires ainsi que leurs activités et leurs services aux intervenants de l'établissement et aux autres partenaires concernés afin, notamment, de faciliter le référencement vers les bonnes ressources et d'assurer une cohérence des actions.

La mise en commun des expertises et le partage des responsabilités peuvent favoriser l'identification rapide des personnes qui présentent une détresse ainsi qu'une réponse plus efficiente à leurs besoins.

2

Connaître les données et les services de la région



Connaître l'état de situation du suicide de la région est primordial pour soutenir une prise de décision éclairée en prévention du suicide¹⁵. De plus, pour déterminer les actions à développer ou à consolider en prévention du suicide et cibler les enjeux prioritaires, il est pertinent d'avoir une vue d'ensemble

des services offerts et des actions posées en prévention du suicide, et ce, tout au long du continuum d'actions et de services (promotion de la santé mentale, prévention, intervention, postvention).



L'état de situation du suicide

Pourquoi est-ce important?

La surveillance continue de l'état de santé des populations et de ses déterminants est une activité permettant de répondre aux besoins d'informations¹⁸. Considérer les caractéristiques et les particularités des populations desservies permet d'élaborer un plan d'action cohérent avec les besoins et les réalités de celles-ci.

Il est recommandé d'inclure, au-delà de la surveillance, un large éventail de données et d'informations en lien avec le suicide pour avoir une vue d'ensemble des réalités des populations, tant dans une perspective populationnelle (données de surveillance) que d'un point de vue qualitatif (ex.: observations du terrain) et de suivi de programmes et services :

- Nombre de suicides et taux de suicide dans la région ou le territoire, par sexe et par groupe d'âge;
- Prévalence des tentatives de suicide et des idées suicidaires;
- Profil des populations avec des facteurs pouvant prédisposer au suicide (ex. : les personnes ayant un trouble mental ou un TUS, les personnes isolées socialement, etc.);
- Profil des personnes rapportant des idées suicidaires;
- Profil des personnes décédées et des personnes ayant fait des tentatives;
- Moyens utilisés pour s'enlever la vie;
- Survenue de suicides par imitation;
- Utilisation des services sur le territoire en lien avec le suicide;

- Nombre d'interventions de crise;
- Toute autre information pouvant apporter un éclairage particulier aux réalités spécifiques de la région²².

La responsabilité légale d'exercer la surveillance continue de l'état de santé de la population est confiée au ministre et aux directeurs de santé publique²³. Ils ont les compétences nécessaires pour récolter des données précises, fiables et utiles en matière de suicide. Ce sont des acteurs à impliquer dès le départ pour soutenir la priorisation de stratégies concernant le rehaussement des services et des actions, non seulement celles liées à la promotion de la santé mentale et à la prévention, mais aussi celles liées à l'intervention et à la postvention. Les partenaires externes détiennent également des informations importantes sur les populations desservies.

Questions de réflexion

Quelles sont les données récentes sur le suicide concernant la population desservie?

En assurant le respect de la vie privée des personnes décédées et de leurs proches, quels partenaires devraient s'appropriier les données et quelles seraient les meilleures façons de faire connaître ces informations?



PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant l'état de situation du suicide.

Cibler et récolter les données

- Prendre connaissance des portraits produits par la direction de santé publique de la région.
- Inclure un large éventail de données en lien avec le suicide pour avoir une vue d'ensemble des réalités régionales et des particularités locales, tant dans une perspective populationnelle que du point de vue de l'utilisation des services.
- Inclure des données populationnelles issues de sources reconnues au Québec (ex.: fichier des décès, portrait des comportements suicidaires au Québec mis à jour annuellement par l'INSPQ, enquêtes populationnelles), afin de mieux comprendre la problématique.¹⁵
- Procéder à la collecte des données en utilisant les stratégies de collecte appropriées (quantitatives et qualitatives).
- Prendre en compte l'expérience usager en développant des moyens pour recueillir les besoins des populations en situation de vulnérabilité et des personnes qui pensent au suicide.
- Identifier les trajectoires existantes : recueillir les documents et questionner les partenaires sur leurs pistes d'amélioration et les enjeux identifiés dans les trajectoires de soins et de services.
- Rehausser la surveillance des tentatives de suicide (fréquence de la mise à jour des données), si possible.
- Analyser les décès par suicide sur le territoire, pas uniquement ceux des personnes ayant reçu les services d'un établissement de santé et de services sociaux, afin d'améliorer et d'identifier les services à mettre en place.

Réaliser un portrait

- Organiser les données pour qu'elles soient utiles et claires.
- Comparer le portrait régional et son évolution au portrait du Québec avec des sources reconnues, notamment le portrait des comportements suicidaires au Québec mis à jour annuellement de l'INSPQ.
- Décrire les répercussions sociales et familiales liées au suicide afin de s'y référer ultérieurement.
- Élaborer des portraits selon certains groupes spécifiques⁸.

Diffuser le portrait à tous les partenaires

- Diffuser le portrait et en soutenir l'appropriation par tous les partenaires impliqués dans le plan d'action, à l'aide de stratégies de communication variées.
- Présenter un portrait simple et adapté aux besoins des destinataires.
- Établir des modalités d'échange autour du portrait entre les intervenants et les gestionnaires des directions impliquées, les partenaires et les usagers partenaires, dans des comités ou des instances du territoire, et ce, dans le respect de la vie privée, en particulier dans les plus petits territoires.

**Connaître l'état
de situation du
suicide de la région
est primordial pour
soutenir une prise
de décision éclairée
en prévention
du suicide¹⁵.**



Les services offerts et les actions posées en prévention du suicide

Pourquoi est-ce important?

L'identification des services offerts et des actions posées en prévention du suicide alimente la lecture des réalités régionales en prévention du suicide et soutient la détermination des cibles du plan d'action.

Chaque région a ses particularités en matière de services offerts et actions posées en prévention du suicide. Conséquemment, certains peuvent avoir été explorés plus que d'autres. L'identification des services gagne à être réalisée conjointement avec les collaborateurs et les partenaires.

Questions de réflexion

Quels services de la région sont déjà en place en prévention du suicide?

Quels sont les enjeux et les difficultés qui complexifient, d'une part, la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé mentale et de prévention et, d'autre part, la prestation de services auprès de personnes qui pensent au suicide?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant les services offerts et les actions posées en prévention du suicide.

Illustrer les services offerts et les actions posées en prévention du suicide dans la région

- Considérer et identifier les approches à privilégier dans l'établissement pour illustrer les services et les actions en prévention du suicide, par exemple :
 - Recenser des documents existants sur les actions et les services offerts, consulter les divers représentants, directions et organisations impliqués, travailler une ou des trajectoires de services¹²;
 - Intégrer la prévention du suicide dans des trajectoires existantes ou implanter la prévention du suicide dans les trajectoires de services qui s'appliquent de façon transversale auprès de l'ensemble de la population;
 - Cartographier le parcours actuel des personnes en prévention du suicide et celui visé pour le continuum complet et dans l'ensemble du RSSS, y compris les actions et les collaborations entre les différents collaborateurs internes et partenaires externes.
- Cibler les personnes à impliquer pour récolter les informations recherchées.
- Favoriser la participation des collaborateurs et des partenaires, notamment ceux représentant des usagers et des proches.

Analyser l'illustration

- Cibler les enjeux présents en lien avec les actions et services identifiés.
- Établir les priorités pour développer ou consolider les actions et les services.

3



Soutenir les intervenants

Il est essentiel de soutenir les intervenants dans leurs efforts continus pour améliorer leur pratique en s'appuyant sur le croisement des savoirs scientifiques, contextuels et expérientiels.

Cette section présente les outils et les pratiques réputés efficaces, ainsi que la formation et l'accompagnement clinique en prévention du suicide qu'il est possible de mettre en place pour soutenir les intervenants dans leurs interventions auprès des personnes qui pensent au suicide.



La formation, les pratiques et les outils réputés efficaces en prévention du suicide

Pourquoi est-ce important?

La formation en prévention du suicide permet de développer ou de mettre à jour les compétences pour intervenir auprès de la personne qui pense au suicide, selon son champ d'expertise et les meilleures pratiques cliniques. Une formation de qualité permet de structurer les interventions, de développer un langage commun, de s'assurer que les interventions sont basées sur des pratiques à jour et d'augmenter le sentiment de compétence des intervenants²⁴. Les formations peuvent également faire en sorte que les intervenants soient en mesure d'utiliser des outils reconnus.

L'utilisation d'outils reconnus présente plusieurs avantages, tels que développer un langage commun et mettre de l'avant des pratiques avérées et actuelles en prévention du suicide. Une formation est nécessaire afin d'utiliser un outil et d'orienter la conduite à tenir pour assurer la sécurité de la personne^{25,26}. Peu importe l'outil utilisé en prévention du suicide, il doit être en soutien au jugement clinique et il ne peut le remplacer^{25,27}.

Questions de réflexion

Quels outils et formations sont mis de l'avant en prévention du suicide?

Quels sont les besoins des intervenants en matière d'outils ou de pratiques?

Quels sont les mécanismes d'accompagnement mis en place pour soutenir les intervenants dans l'application des meilleures pratiques?

De quelle manière le recours aux meilleures pratiques est-il valorisé?

Comment les formations pour les intervenants en prévention du suicide sont-elles priorisées?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant la formation, les pratiques et les outils réputés efficaces.

Offrir aux intervenants des outils réputés efficaces en prévention du suicide

- Cibler des outils reconnus qui sont :
 - Appuyés scientifiquement;
 - Appuyés par la pratique;
 - Adaptés au contexte d'intervention;
 - Clairs et faciles à utiliser;
 - En soutien au jugement clinique.
- Clarifier les attentes envers les intervenants en lien avec la prévention du suicide.



Encourager des pratiques d'intervention efficaces et sécuritaires

- S'assurer que les intervenants ont les conditions nécessaires pour créer une relation de confiance dans un environnement sécuritaire afin que les personnes soient à l'aise de parler du suicide²⁸.
- Favoriser l'application des apprentissages dans un contexte professionnel en développant des aide-mémoire et en utilisant des cas concrets.
- Cibler et utiliser des approches réputées efficaces pour intervenir auprès des personnes selon les besoins et les contextes d'intervention.
- Mettre à disposition de l'information sur les besoins et les réalités de groupes spécifiques en matière de prévention du suicide.
- Favoriser l'autodétermination de la personne qui pense au suicide et des décisions libres et éclairées²⁹.
- Faciliter la documentation de l'estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire et des actions prises pour assurer la sécurité de la personne³⁰.
- Assurer une offre de suivi adaptée aux besoins de la personne selon le niveau de danger d'un passage à l'acte suicidaire³⁰.

Offrir de la formation en prévention du suicide et sur des sujets connexes

- Connaître les formations disponibles pour les intervenants, par exemple sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) du RSSS et la plateforme Formation continue et partagée - Partenaires (FCP-Partenaires)*.
- Offrir un contexte de formation adéquat.
- Offrir aux intervenants de la formation pertinente, ciblée, suffisante et adéquate^{4, 13}, permettant le développement des compétences

nécessaires à l'exercice de leurs fonctions¹⁴.

- Prévoir un calendrier de formation de même que des mises à jour régulières³⁰.
- Former les intervenants pour favoriser une application adéquate des outils.
- Tenir compte des besoins et des réalités régionales dans l'offre de formations¹⁵.
- Former les intervenants à accompagner les personnes vivant des enjeux de santé liés au suicide tels qu'une maladie chronique, une dépression, un TUS ou autre trouble de santé mentale^{10, 15}.

Peu importe l'outil utilisé en prévention du suicide, il doit être en soutien au jugement clinique et il ne peut le remplacer^{25, 27}.

* Les formations *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger* et *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : repérer et appliquer les mesures de protection requises* sont actuellement accessibles.



Le soutien clinique et entre pairs

Pourquoi est-ce important?

Il est reconnu que la relation thérapeutique s'établissant entre la personne qui pense au suicide et l'intervenant peut générer un stress important chez ce dernier³¹ et agir comme élément déclencheur d'un épuisement professionnel³². Il importe d'instaurer des modalités permettant d'épauler les intervenants, en particulier à la suite d'une intervention difficile²⁷. Offrir du soutien clinique aux intervenants qui travaillent en prévention du suicide est important pour s'assurer qu'ils se sentent moins seuls^{31, 33, 34}. La surcharge émotionnelle et l'épuisement professionnel risquent, à long terme, d'amenuiser la capacité de compassion, un élément nécessaire à l'exercice des fonctions professionnelles³², et ce, particulièrement en prévention du suicide. Prévoir un soutien aux intervenants peut donc leur donner la possibilité d'évacuer les tensions émotionnelles dans l'exercice de leurs fonctions.

Questions de réflexion

Quelles sont les modalités de soutien clinique ou entre pairs offertes aux intervenants en prévention du suicide?

Quel accompagnement peut offrir le responsable du soutien clinique à la suite d'une formation en prévention du suicide?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant le soutien clinique et entre pairs.

Offrir des activités de soutien individuel

- Organiser du pairage, de l'accompagnement ou du mentorat entre les intervenants en prévention du suicide de manière à favoriser l'entraide et le soutien clinique.
- Rendre disponible un soutien clinique aux intervenants qui pourraient être en contact avec une personne qui pense au suicide.
- Prévoir des mesures de soutien variées pour prévenir l'épuisement ou l'usure de compassion ou pour soutenir les intervenants qui vivent de l'épuisement ou de l'usure de compassion.

Offrir des activités de soutien de groupe

- Offrir des séances de codéveloppement.
- Mettre en place une communauté de pratique.
- Offrir des ateliers de consolidation à partir de vignettes cliniques.
- Structurer des moments d'échange entre les équipes pour favoriser le soutien entre les intervenants.
- Offrir régulièrement des ateliers de consolidation des acquis aux intervenants, afin de garder une pratique de qualité cohérente avec l'évolution des connaissances.
- Collaborer avec des partenaires externes pour contribuer aux activités.



Structurer le soutien postformation

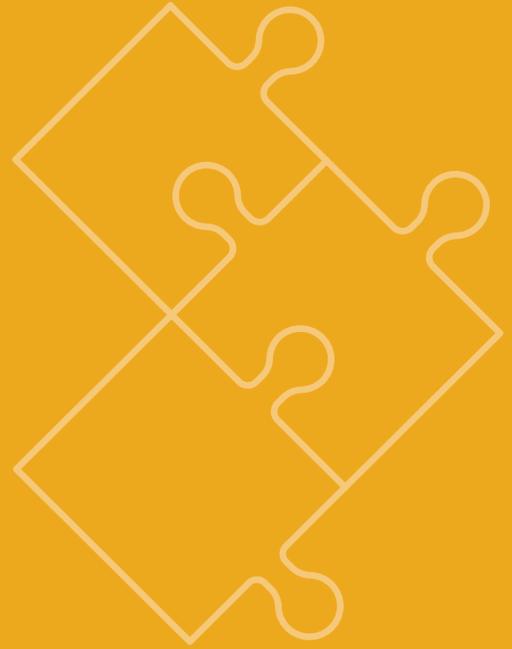
- Prévoir des ressources d'aide et de soutien en cas de manifestation d'un sentiment de détresse chez les participants.
- Consolider les apprentissages par des mesures concrètes et variées.
- Offrir du suivi favorisant l'ancrage des apprentissages dans la pratique.

Offrir du soutien clinique aux intervenants qui travaillent en prévention du suicide est important pour s'assurer qu'ils se sentent moins seuls^{31, 33, 34}.

Il importe d'instaurer des modalités permettant d'épauler les intervenants, en particulier à la suite d'une intervention difficile²⁷. Offrir du soutien clinique aux intervenants qui travaillent en prévention du suicide est important pour s'assurer qu'ils se sentent moins seuls^{31, 33, 34}.

4

Intégrer des stratégies universelles, sélectives et indiquées de prévention du suicide



Cette section présente les principales stratégies pour agir sur les différents facteurs de risque et de protection en prévention du suicide¹⁵.

- Les stratégies **universelles** proposent des actions s'adressant à l'ensemble de la population et agissant sur les facteurs de protection et les facteurs de risque associés au suicide.
- Les stratégies **sélectives** proposent des actions visant à rejoindre

des groupes de personnes qui présentent des vulnérabilités.

- Les stratégies **indiquées** ciblent des personnes cumulant des facteurs de vulnérabilité ou vivant des manifestations suicidaires^{15, 35}.

Le plan d'action de l'établissement devrait comprendre des actions touchant les trois types de stratégies, selon les priorités régionales déterminées grâce aux informations récoltées dans les sections précédentes.

Les stratégies universelles, sélectives et indiquées de prévention du suicide



Stratégies universelles

- La promotion de la santé mentale et du bien-être;
- La sensibilisation de la population au sujet du suicide;
- La réduction de l'accès aux moyens de se suicider;
- La communication sécuritaire et préventive au sujet du suicide.



Stratégies sélectives

- L'implantation de réseaux de sentinelles;
- Le repérage des idées suicidaires dans tous les services;
- Les outils d'autosoins ou d'autogestion;
- Les services psychosociaux lors d'événements de sécurité civile;
- Les services d'intervention 24/7;
- Les services pour les proches de la personne qui pense au suicide;
- La postvention – faire face à un suicide;
- Le soutien aux proches endeuillés par suicide.



Stratégies indiquées

- Les services d'intervention de crise;
- L'intervention psychosociale de courte durée;
- L'urgence hospitalière;
- Les services d'hébergement et d'hospitalisation;
- Le suivi de type étroit ou l'équivalent.

Stratégies universelles



Les stratégies universelles proposent des actions s’adressant à l’ensemble de la population et agissant sur les facteurs de risque et de protection associés au suicide. Le plan d’action de l’établissement devrait comprendre ces stratégies, sélectionnées selon les priorités régionales.

Voici les stratégies universelles décrites en détail dans les prochaines pages :

- La promotion de la santé mentale et du bien-être;
- La sensibilisation de la population au sujet du suicide;
- La réduction de l’accès aux moyens de se suicider;
- La communication sécuritaire et préventive au sujet du suicide.



La promotion de la santé mentale et du bien-être

- STRATÉGIE UNIVERSELLE -

Pourquoi est-ce important?

La promotion de la santé mentale est une stratégie de prévention du suicide en complément et en amont des actions et des services mis en place pour prévenir le suicide et soutenir les personnes qui pensent au suicide^{15, 36}. La promotion permet d'agir sur les conditions favorables à la santé mentale qui augmentent la capacité de résilience des individus et des milieux pour réduire le risque de suicide : milieux de vie inclusifs, présence de soutien social, possibilité de participer à la vie économique et sociale sans discrimination ni violence^{15, 37, 38, 39, 40}.

Pour ce faire, elle vise notamment à réaliser des actions influençant positivement les déterminants de la santé mentale et du bien-être afin d'accroître le pouvoir d'agir et les capacités d'adaptation des personnes, des groupes et des communautés à l'égard de leur santé par l'amélioration de leurs conditions de vie, pour une plus grande équité en santé^{7, 18}. On gagne à commencer tôt, dès l'enfance, et à poursuivre tout au long de la vie les actions sur les déterminants de la santé mentale et du bien-être^{41, 42}.

Questions de réflexion

Quelles actions de promotion de la santé mentale et du bien-être peuvent être déployées dans la région?

- Pour quelle(s) population(s)?
- Favorisant quel(s) facteur(s) de protection?

Quels sont les facteurs de protection à prendre en compte en priorité selon les besoins, les réalités et les particularités du milieu?

Quelles sont les actions à mettre en place pour favoriser le développement et le maintien des facteurs de protection?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant la promotion de la santé mentale et du bien-être.

Appuyer ou collaborer à des projets visant la mise en place de politiques et de normes favorables à la santé mentale

- Soutenir des projets auprès de la population en général ou de groupes ciblés.
- Contribuer aux politiques visant l'inclusion sociale et la promotion de la santé (ex. : politique en logement, en sécurité alimentaire, en justice sociale, contre l'homophobie et la transphobie)¹⁹.



Soutenir la création de milieux favorables à la santé mentale et au bien-être

- Faire connaître et soutenir une diversité de projets et de programmes de promotion de la santé et du bien-être en services de garde et en milieu scolaire et soutenir les milieux dans leur choix, par exemple :
 - Programmes de stimulation précoce;
 - Programmes de développement des compétences personnelles et sociales (ou socioémotionnelles), notamment en milieu scolaire, et de promotion du bien-être;
 - Programmes pour agir en amont sur l'ensemble des facteurs clés qui influencent le développement des enfants et des jeunes;
 - Programme en milieu scolaire sur la prévention de la violence;
 - Programme de mentorat entre des jeunes présentant des vulnérabilités et des adultes stables, bienveillants et attentionnés¹⁵;
 - Offre de places en services de garde réservées pour des enfants suivis par des programmes en santé et services sociaux.
- Mettre en place ou consolider des moyens variés en promotion de la santé afin de produire des effets cumulés et synergiques pour agir sur les facteurs de protection¹⁵, par exemple :
 - Rencontres prénatales et postnatales à domicile pour soutenir les futurs et nouveaux parents et, de façon plus intensive, ceux présentant des facteurs de vulnérabilité¹⁵;
 - Programmes de prévention communautaire pour accompagner les jeunes ayant des problèmes de comportement¹⁵;
 - Programmes structurés en soutien aux pratiques parentales;
 - Programmes de prévention des dépendances;

- Cuisines collectives;
- Mesures de conciliation travail-vie personnelle (ex. : horaire de travail souple).

- Intégrer dans les continuums de services des activités de promotion de la santé mentale auprès de toute la population et de groupes ciblés¹⁹.

Encourager les intervenants à promouvoir la santé mentale et le bien-être

- Faire connaître aux intervenants les déterminants sociaux de la santé ayant un effet positif sur la santé mentale ainsi que des moyens pour les favoriser.
- Inviter les intervenants et les professionnels de la santé et des services sociaux de tous les secteurs d'activités à accorder autant d'importance aux facteurs favorisant la santé mentale et le bien-être qu'à ceux favorisant la santé physique.

**La promotion
permet d'agir sur les
conditions favorables
à la santé mentale
qui augmentent la
capacité de résilience
des individus et des
milieux pour réduire
le risque de suicide.**

**On gagne à
commencer tôt,
dès l'enfance, et
à poursuivre tout
au long de la vie
les actions sur les
déterminants de la
santé mentale et
du bien-être^{41, 42}.**



La sensibilisation de la population au sujet du suicide

- STRATÉGIE UNIVERSELLE -

Pourquoi est-ce important?

Les activités de sensibilisation en prévention du suicide permettent de rejoindre l'ensemble de la population et des groupes ciblés^{43, 44}. L'OMS recommande la réalisation d'activités et de campagnes de sensibilisation^{15, 45}.

Les recherches indiquent que les campagnes de sensibilisation ont des effets positifs pour améliorer les connaissances et les attitudes par rapport au suicide, réduire la stigmatisation et augmenter la capacité à demander de l'aide^{43, 45, 46}. Les effets des campagnes peuvent varier selon les populations et les messages portés. Leur portée peut être plus grande si elles sont proposées en combinaison avec d'autres actions, dans une stratégie plus globale⁴⁵. Des activités et des moyens variés sont utilisés en sensibilisation^{43, 44}. Il peut s'agir, par exemple, de kiosques, de conférences, d'ateliers, de publications dans les journaux ainsi que sur les médias sociaux, de capsules vidéo, de capsules audio, d'entrevues dans les médias, d'affiches et de matériel informatif à distribuer.

Certaines conditions sont identifiées comme porteuses d'efficacité : une exposition large, une répétition du message et un ancrage fort dans la communauté⁴⁵. Il est avantageux d'utiliser autant les médias traditionnels que les médias sociaux, ces derniers permettant de maximiser la portée des messages tout en limitant les coûts⁴⁵.

La sensibilisation en prévention du suicide peut viser notamment à normaliser la demande d'aide, à faire connaître les ressources d'aide aux personnes qui pensent au suicide et à leurs proches ainsi qu'à guider les personnes sur les façons d'en parler dans une optique préventive. Il importe

également de respecter les recommandations des experts pour une communication sécuritaire et préventive au sujet du suicide⁴⁷.

Questions de réflexion

À quelles activités de sensibilisation provinciales est-il possible de participer ou d'agir comme relayeur?

Quelles activités régionales et locales sont réalisées pour sensibiliser la population à la prévention du suicide?

Qui sont les groupes visés par ces activités de sensibilisation et quels sont les moyens utilisés pour les rejoindre?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant la sensibilisation de la population au sujet du suicide.

Conscientiser la population à la prévention du suicide en participant ou en contribuant à des activités de sensibilisation

- Souligner les activités de sensibilisation telles que la Semaine de prévention du suicide et la Journée mondiale de prévention du suicide.



- Contribuer à des campagnes et à d'autres activités de sensibilisation visant à :
 - Promouvoir la santé mentale;
 - Faire connaître la prévention du suicide et les moyens d'agir;
 - Réduire la stigmatisation associée à la demande d'aide et aux troubles mentaux¹⁵;
 - Promouvoir les ressources d'aide (ligne québécoise de prévention du suicide 1 866 APPELLE, Info-Social 811, Service numérique québécois en prévention du suicide [suicide.ca], CPS, etc.).
- Profiter des activités de sensibilisation pour inviter les personnes à jouer un rôle actif en prévention du suicide.
- Profiter des occasions créées par les activités de type congrès pour susciter des réflexions et améliorer les connaissances dans son milieu.

Organiser des activités et des campagnes de sensibilisation, notamment auprès de groupes en situation de vulnérabilité dans sa région^{15, 48, 49}

- Communiquer de l'information sur les ressources d'aide lors d'activités.
- Recourir à différents canaux de communication et stratégies de diffusion afin de renforcer les messages (télévision, presse écrite, Internet, médias sociaux, affiches, etc.).
- S'assurer d'intégrer les bonnes pratiques de communication au sujet du suicide.
- Informer la population sur des solutions possibles pour améliorer son mieux-être et agir sur les facteurs de risque et de protection associés au suicide qui sont à la portée de tous¹⁵.
- Informer la population sur les signes précurseurs au suicide et les actions pouvant être posées en prévention.

Les activités de sensibilisation en prévention du suicide permettent de rejoindre l'ensemble de la population et des groupes ciblés^{43, 44}.



La réduction de l'accès aux moyens de se suicider

- STRATÉGIE UNIVERSELLE -

Pourquoi est-ce important?

L'accès aux moyens de se suicider est un facteur de risque important¹⁵. En effet, certaines manifestations suicidaires peuvent résulter d'une réaction impulsive à un stress psychosocial important⁵⁰⁻⁵². La personne en crise est alors particulièrement en situation de vulnérabilité face au suicide, surtout lorsque des moyens de mettre un terme à ses jours lui sont accessibles. On note, par exemple, que la présence d'une arme à feu dans un domicile augmente considérablement le risque suicidaire⁵³⁻⁵⁵.

Il importe donc de s'assurer que des stratégies visant à réduire l'accès à de tels moyens sont mises en œuvre et d'en informer les intervenants pour les sensibiliser aux risques associés à ces moyens. C'est un élément essentiel des efforts en prévention du suicide qui a fait ses preuves^{3, 53, 56, 57}.

Comment s'y prendre?

Il est recommandé de sensibiliser la population à la réduction de l'accès aux moyens pouvant contribuer à un passage à l'acte ou le précipiter. Réduire la consommation abusive d'alcool ou de drogues^{3, 15, 58}, restreindre la quantité d'analgésiques offerts en vente libre et contrôler l'accès aux armes à feu et aux lieux élevés (ex. : ponts) sont des exemples de stratégies réputées efficaces pour prévenir le suicide³.

Les actions pour réduire l'accès aux moyens de se suicider nécessitent une collaboration multi-sectorielle (ex. : RSSS, ministère de la Sécurité publique, policiers, municipalités, ministère des Transports et de la Mobilité durable).

Cela exige également une bonne compréhension des méthodes de suicide employées sur son territoire et des méthodes plus létales pour lesquelles des mesures gagneraient à être mises en place¹⁵. De plus, la surveillance en continu des méthodes employées permet de s'assurer que l'énergie déployée pour limiter l'accès aux moyens tient compte de l'évolution des suicides.

Questions de réflexion

Quels sont les moyens pour se suicider les plus utilisés dans la région?

Quelles sont les initiatives en place dans la région pour réduire l'accès aux moyens de se suicider?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant la réduction de l'accès aux moyens de se suicider.

Contribuer à des actions visant à réduire l'accès à des moyens de se suicider ou entreprendre de telles actions

- Mobiliser les partenaires intersectoriels et la communauté pour identifier des moyens réalisables régionalement ou localement afin de réduire l'accès aux moyens de se suicider⁵⁸.



- Soutenir la mise en place ou la consolidation d'une diversité d'actions pour restreindre l'accès aux moyens de se suicider par exemple :
 - Mettre en place des stratégies pour prévenir les intoxications volontaires par médicaments sans ordonnance (ex. : sensibiliser et informer la population à l'égard de l'usage judicieux des médicaments accessibles sans ordonnance, communiquer des consignes en cas de surdose)⁵⁹;
 - Faire connaître les règles concernant l'entreposage sécuritaire et la manière de se départir adéquatement des armes à feu;
 - Promouvoir le recours au Centre antipoison du Québec afin d'intervenir rapidement à la suite d'une intoxication⁵⁹.

Sensibiliser la population à la réduction de l'accès aux moyens de se suicider

- Informer la population sur les règlements et les changements visant la réduction de l'accès aux moyens de se suicider, en respectant les recommandations pour une communication sécuritaire et préventive au sujet du suicide.
- Adopter des stratégies à l'intention des intervenants et des partenaires pour les informer, les sensibiliser et les outiller concernant les risques liés aux armes à feu et autres moyens létaux et les moyens de limiter leur accès^{15, 60}.

La surveillance en continu des méthodes employées permet de s'assurer que l'énergie déployée pour limiter l'accès aux moyens tient compte de l'évolution des suicides.



La communication sécuritaire et préventive au sujet du suicide

- STRATÉGIE UNIVERSELLE -

Pourquoi est-ce important?

Pour faire progresser les efforts en prévention du suicide, échanger sur le sujet est important⁶¹. Néanmoins, le sujet du suicide doit être abordé avec prudence dans les communications afin d'éviter des effets néfastes⁶². Cela est de mise autant lorsqu'il s'agit de communiquer des informations dans une optique préventive que lorsqu'il faut le faire à la suite d'un suicide. Des stratégies existent pour aborder le suicide de manière sécuritaire dans les médias ou devant des groupes, comme dans les écoles ou lors de conférences, par exemple.

En diffusant des informations utiles à la prévention du suicide, les médias et les personnes abordant le suicide devant un groupe peuvent minimiser le risque de comportements suicidaires par imitation⁴⁷. De l'information responsable permet aussi de soutenir les efforts de santé publique en prévention du suicide et d'encourager les personnes présentant des vulnérabilités ou des idées suicidaires à demander de l'aide⁴⁷.

Questions de réflexion

Comment l'information sur un suicide est-elle transmise aux médias par l'établissement?

Comment s'assurer que les médias et les services de communication sont sensibilisés à la communication sécuritaire et préventive au sujet du suicide?

Comment les collaborateurs et les partenaires sont-ils formés ou accompagnés pour aborder le sujet du suicide dans leur milieu?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant la communication sécuritaire et préventive au sujet du suicide.

Proposer des contenus et des façons de communiquer adaptés aux contextes et aux publics visés

- Considérer les conséquences sur les proches et les personnes dans la manière de communiquer au sujet du suicide pour éviter la stigmatisation⁶¹.
- Faire connaître la documentation provenant de sources crédibles, comme l'OMS⁴⁷ ou l'INSPQ, au sujet du traitement communicationnel responsable sur le suicide.
- Prévoir des communications pour sensibiliser la population et mettre de l'avant des actions préventives sur la détresse et le suicide lors d'un événement de sécurité civile.

Chez les jeunes :

- Privilégier les échanges individuels pour aborder la question du suicide.



- Éviter les activités de sensibilisation en groupe en raison des difficultés à identifier les réactions et encadrer les conséquences possibles chez les jeunes présentant des vulnérabilités⁶³.
- Vérifier si leurs questions sur le suicide ou la mort par suicide ne sont pas une demande d'aide⁶⁴.

Accompagner les médias et les porte-parole lors de la couverture d'un suicide ou en contexte de postvention

- Collaborer avec les médias à l'élaboration et à la généralisation de pratiques journalistiques responsables, à la formation à ces pratiques ainsi qu'à leur application et les soutenir à cet égard^{15, 58}.
- Mettre de l'avant certains éléments et principes dans les communications médiatiques, notamment :
 - Communiquer des informations justes sur le suicide et sa prévention⁴⁷;
 - Éviter de mettre les reportages sur un suicide à la une afin de limiter les répercussions potentielles¹⁵;
 - Insister sur l'importance de demander de l'aide, indiquer une ressource d'aide disponible en tout temps^{15, 47} et les modalités d'accès à ces ressources^{34, 65-68}.
- Faire connaître des pratiques à **éviter** afin de prévenir le mimétisme, comme :
 - Décrire de manière détaillée ou sensationnaliste du suicide^{3, 15, 47};
 - Fournir des informations sur les méthodes utilisées^{15, 58, 62};
 - Partager des images¹⁵;
 - Normaliser le suicide en le présentant comme une réponse à une crise ou à une épreuve difficile^{15, 62};

- Décrire des actes suicidaires ou le lieu d'un suicide^{15, 47, 58};
- Présenter une image glorifiée ou valorisée de la personne décédée par suicide à qui des individus présentant des vulnérabilités pourraient s'identifier⁶⁵.

Transmettre de bonnes pratiques aux médias et aux porte-parole concernant la récolte d'informations lors de la couverture d'un suicide ou en contexte de postvention

- Rectifier les rumeurs en diffusant des informations justes et précises de même qu'en assurant une analyse en continu des contenus partagés sur les médias sociaux^{65, 69}.

Médias

- Encourager les médias à agir avec sensibilité s'ils s'entretiennent avec une famille ou des proches endeuillés⁴⁷.
- Obtenir l'accord de la famille de la personne avant de divulguer de l'information^{65, 70}.

Personne porte-parole des organisations

- Communiquer l'information de manière factuelle et avec bienveillance^{34, 65, 71-73}.
- Cibler un interlocuteur unique avec les journalistes pour mieux contrôler l'information^{34, 65, 66, 74}.
- Transmettre aux médias, en temps opportun, des informations précises et factuelles^{65, 73}.

Stratégies sélectives



Les stratégies sélectives proposent des actions visant à rejoindre des groupes de personnes qui présentent des vulnérabilités. Le plan d'action de l'établissement devrait comprendre ces stratégies selon les priorités régionales.

Voici les stratégies sélectives décrites en détail dans les prochaines pages :

- L'implantation de réseaux de sentinelles;
- Le repérage des idées suicidaires dans tous les services;
- Les outils d'autosoins ou d'autogestion;
- Les services psychosociaux lors d'événements de sécurité civile
- Les services d'intervention 24/7;
- Les services pour les proches de la personne qui pense au suicide;
- La postvention – faire face à un suicide;
- Le soutien aux proches endeuillés par suicide.



L'implantation de réseaux de sentinelles

- STRATÉGIES SÉLECTIVES -

Qu'est-ce que c'est?

Les sentinelles sont des adultes ayant des liens étroits avec des groupes présentant des facteurs de vulnérabilité associés au suicide. Elles sont formées pour repérer ces personnes et les accompagner vers les services d'aide⁷⁵.

Le rôle des sentinelles consiste à établir le contact et à assurer le lien entre les personnes en détresse et les ressources d'aide⁷⁶. Il s'agit d'un engagement volontaire qui ne s'inscrit pas dans des tâches professionnelles.

La mise en place des réseaux de sentinelles en prévention du suicide est une mesure de la stratégie nationale en prévention du suicide et elle est inscrite dans le PNSP 2015-2025.

Un cadre de référence et une formation soutiennent son implantation⁷⁶.

Pourquoi est-ce important?

Les personnes vivant un épisode suicidaire peuvent hésiter à demander de l'aide ou ne pas vouloir le faire^{15,77}. Plusieurs d'entre elles sont isolées, manquent de soutien social, ont de la difficulté à demander de l'aide ou ne connaissent pas les ressources disponibles⁷⁵. Ces personnes peuvent toutefois présenter des indices de détresse permettant de les identifier comme ayant besoin d'aide¹⁵. Les sentinelles jouent un rôle important de repérage et d'orientation auprès de ces personnes en étant soutenues par un intervenant désigné*.

Questions de réflexion

Quel soutien est offert aux réseaux de sentinelles?

Qui est leur intervenant désigné?

Quels sont les réseaux de sentinelles en place?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant l'implantation de réseaux de sentinelles.

Coordonner les réseaux de sentinelles

- Soutenir le développement d'une vision et d'une compréhension communes des réseaux de sentinelles⁷⁸.
- Déterminer les rôles et responsabilités de la coordination des réseaux de sentinelles.
- Établir les liens entre les sentinelles et les partenaires engagés dans la prévention du suicide et maintenir des liens continus avec l'établissement.
- Définir clairement et faire connaître la trajectoire de soins et de services⁷⁶.
- Faire connaître et clarifier les rôles et responsabilités des partenaires dans l'implantation des réseaux de sentinelles⁷⁸.

* L'intervenant désigné est une personne ou une organisation mandatée pour soutenir à la fois la sentinelle dans ses actions et pour prendre en charge la personne présentant des vulnérabilités au suicide. Il est en mesure de faire une estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire et de mettre en place les interventions adaptées à la situation.



- Définir les mécanismes de communication et de collaboration entre les partenaires⁷⁸.
- Suivre l'implantation des réseaux de sentinelles.

Déployer les réseaux de sentinelles

- Réfléchir l'implantation des réseaux de sentinelles en se basant sur le portrait régional du suicide et en priorisant les milieux de vie regroupant des personnes présentant des vulnérabilités au suicide.
- Identifier, par diverses stratégies, les groupes présentant un risque plus élevé et les milieux de vie et de travail où il n'y a pas encore de sentinelles présentes⁷⁸.
- Envisager le développement d'un réseau de sentinelles à l'intérieur du CISSS ou du CIUSSS pour ses propres employés, dans un objectif d'exemplarité.
- Suivre et soutenir les milieux ciblés pour l'implantation de réseaux de sentinelles⁷⁸.

Former les sentinelles

- Offrir aux sentinelles une formation reconnue.
- Adapter le contenu de la formation au contexte culturel et aux caractéristiques des divers milieux (ex. : milieu agricole, milieu policiers, milieu de travail, établissement d'enseignement supérieur)¹⁵.

Soutenir les sentinelles

- Définir les modalités d'accès aux services pour les personnes repérées par les sentinelles.
- Suivre et soutenir les milieux ciblés pour l'implantation de réseaux de sentinelles.
- Déterminer l'intervenant désigné accessible en tout temps pour soutenir les sentinelles et contacter les personnes repérées.
- Offrir des rencontres de suivi postformation régulièrement⁷⁶.

Le rôle des sentinelles consiste à établir le contact et à assurer le lien entre les personnes en détresse et les ressources d'aide⁷⁶.



Le repérage des idées suicidaires dans tous les services

- STRATÉGIES SÉLECTIVES -

Qu'est-ce que c'est?

Le repérage consiste à vérifier la présence d'idées suicidaires auprès d'une personne. C'est l'une des premières étapes pour accompagner les personnes qui pensent au suicide. Il permet d'identifier les personnes présentant un risque suicidaire, souvent parmi une population présentant des vulnérabilités ou des facteurs de risque⁷⁹. Repérer une personne qui pense au suicide requiert de la vigilance, de la proactivité et des connaissances pour déceler les signes de détresse et les événements critiques⁸⁰.

Pourquoi est-ce important?

Repérer une personne qui pense au suicide est essentiel afin de mettre en place les mesures de protection requises à sa situation et de s'assurer qu'elle reçoive une estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire.

Questions de réflexion

Quelle est la proportion d'intervenants formés au repérage, selon les secteurs d'activités?

Quelle est la procédure en place lorsqu'une personne repérée doit recevoir une estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire?

Quel rôle peuvent jouer l'établissement ou les organisations partenaires pour soutenir les différents milieux dans le repérage?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant le repérage des idées suicidaires dans tous les services.

Soutenir la collaboration entre les intervenants et entre les organisations

- S'assurer que la personne repérée a accès à une estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire par un intervenant qualifié pour le faire et à une option de suivi⁸¹.
- Faciliter le processus d'orientation et d'accompagnement des personnes entre les services ainsi qu'entre les différentes organisations.
- Soutenir les milieux qui souhaitent intégrer le repérage des personnes qui pensent au suicide dans les tâches de leurs intervenants.
- Faire connaître la formation Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : repérer et appliquer les mesures de protection requises, disponible sur l'ENA et la plateforme FCP-Partenaires.
- Favoriser une collaboration étroite et soutenue entre les ressources spécialisées en prévention du suicide et celles touchant d'autres problèmes pouvant être vécus par la personne (ex. : TUS, violence conjugale), afin de soutenir le repérage et l'orientation.



Les outils d'autosoins

- STRATÉGIES SÉLECTIVES -

Qu'est-ce que c'est?

Une évaluation des technologies et des modes d'intervention a permis de définir les autosoins ainsi : « Les autosoins réfèrent à ce qu'une personne fait pour elle-même afin de 1) maintenir et promouvoir sa santé et son bien-être physique et psychologique ou 2) prévenir ou gérer ses symptômes ou ses maladies. Les autosoins peuvent s'effectuer par soi-même ou avec le soutien d'autres personnes tels que des proches, des membres de sa communauté ou encore des professionnels. Ils peuvent se faire avec ou sans appui matériel ou technologique⁸². » Les autosoins recommandés au Québec sont basés sur des données probantes et appuyés sur des modèles cognitivo-comportementaux⁸³. Ils peuvent être dirigés, avec le soutien d'un intervenant qui suit les progrès réalisés, ou non dirigés, avec un minimum d'interventions de la part d'un intervenant⁸⁴.

Pourquoi est-ce important?

Les autosoins permettent de compléter l'offre de soins et services pour mieux accompagner les personnes qui pensent au suicide sans s'y substituer.

Les personnes se tournent de plus en plus vers les moyens technologiques pour obtenir des autosoins³. Cette demande se traduit par une augmentation des outils technologiques proposés sous différentes formes, comme des sites en ligne, des forums ou des applications mobiles^{3, 85}.

Ces moyens visent également des objectifs variés : donner de l'information sur les idées suicidaires, la détresse, les problèmes de santé mentale et les facteurs de risque; proposer des outils d'autosoins; former; permettre un suivi autogéré; etc.^{3, 85, 86}. Plusieurs proposent des échanges avec un intervenant, au besoin.

Des recherches démontrent des résultats prometteurs ou avérés pour ce type d'outils^{15, 86, 87}. En effet, ces outils permettent de contourner des obstacles liés aux demandes de soins et services, dont des barrières géographiques, sociales, organisationnelles ou financières⁸⁸⁻⁹⁰. Des effets positifs sont aussi constatés, dont une augmentation de comportements proactifs chez certaines personnes, une diminution des idées suicidaires et une satisfaction des utilisateurs^{85, 87, 89, 91-93}.

Toutefois, les recherches se poursuivent sur l'efficacité de ces outils sur le plan de la prévention du suicide, notamment sur leur capacité à rejoindre certains groupes spécifiques et à estimer le danger d'un passage à l'acte suicidaire (ex. : personnes âgées moins familières avec les technologies, personnes avec un faible niveau de littératie)^{88, 89, 91-94}. Un taux d'abandon important serait constaté dans l'utilisation de ces outils, ce qui peut influencer leur efficacité^{86, 87}. De plus, il importe d'assurer leur encadrement afin d'éviter des effets indésirables, comme l'utilisation d'un forum pour partager des moyens d'automutilation ou de suicide ou l'incitation au suicide^{87, 93}. Bref, les outils d'autosoins ne sont pas toujours validés scientifiquement et la prudence s'impose dans ce contexte^{3, 83, 85}.

**Les autosoins
permettent de
compléter l'offre
de soins et services
pour mieux
accompagner les
personnes qui
pensent au suicide
sans s'y substituer.**



Questions de réflexion

Quels sont les outils d'autogestion offerts dans la région?

- Lesquels sont validés scientifiquement?

Quelles sont les données sur l'utilisation de ces programmes et outils (ex. : le nombre d'utilisateurs et leur profil)?

Quels outils d'autosoins gagneraient à être implantés ou publicisés?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant les outils d'autosoins.

Faire le portrait des services offrant des outils d'autosoins

- Recenser les programmes et les outils d'autosoins offerts, leurs particularités et les collaborations existantes pour orienter les personnes utilisatrices vers les services cliniques, si requis.
- Dresser le portrait des données connues sur l'utilisation des outils d'autosoins.
- Identifier et mobiliser les partenaires pour l'amélioration de l'offre d'outils d'autosoins.

Offrir les services d'autosoins

- Assurer l'offre d'outils d'autosoins validés scientifiquement à la population de la région ou collaborer à cette offre :
 - Prévoir des moyens de communication et des plateformes diversifiés pour favoriser une utilisation large, ou y collaborer;
 - Permettre une disponibilité rapide et simple des outils;
 - Offrir des contenus variés, adaptés, évolutifs et interactifs;
 - Encadrer l'utilisation des plateformes, des programmes et des outils pour éviter des effets nuisibles⁹³.
- Cibler les outils répondant aux critères d'analyse reconnus par le MSSS^{82, 95}.

Faire connaître les outils d'autosoins disponibles

- Diffuser largement et en continu, auprès des intervenants et de la population, les outils d'autogestion et d'autosoins validés scientifiquement et disponibles, ainsi que la manière d'y avoir accès :
 - Utiliser divers moyens pour rejoindre différentes populations (ex. : médias traditionnels et sociaux, affiches);
 - Collaborer avec les différents services et organismes pour les promouvoir.



Les services psychosociaux lors d'événements de sécurité civile

- STRATÉGIES SÉLECTIVES -

Pourquoi est-ce important?

Des situations d'urgence, de crise humanitaire ou de crise climatique, des pandémies ou des crises économiques peuvent engendrer une hausse de la violence et des suicides⁹⁶. En effet, ces événements peuvent créer ou exacerber des facteurs de risque liés au suicide tels que l'isolement, l'insécurité financière, les pertes d'emploi, l'accès à des moyens létaux, la consommation abusive de substances, la violence conjugale, la cyberdépendance, les barrières d'accès aux services, la détresse psychologique ou les symptômes de troubles mentaux⁹⁷. Les personnes qui cumulaient des facteurs de risque avant l'événement seraient susceptibles de développer des comportements suicidaires⁹⁷.

Pour soutenir les personnes en situation de vulnérabilité, il est nécessaire de leur offrir du soutien et des services le plus tôt possible⁹⁸. L'intervention précoce est encouragée puisqu'elle aide à éviter, à long terme, le développement de troubles mentaux comme la dépression ou le trouble de stress post-traumatique. Les besoins de la majorité des personnes touchées par ce type d'événement pourront être satisfaits par des approches de faible intensité offertes dans la communauté⁹⁸. Dans ce type d'événement, il est aussi important de se soucier de la santé mentale des intervenants. En effet, en raison notamment de la nature de leur travail, leurs difficultés préexistantes peuvent être exacerbées et augmenter ainsi leur risque de suicide⁹⁷.

Questions de réflexion

Quel est le plan en sécurité civile de la région?

De quelle manière les services psychosociaux sont-ils inscrits dans ce plan?

Comment rehausser le soutien moral de la communauté et les interventions psychosociales de proximité lors d'événements de sécurité civile?

Est-ce que des intervenants de la région sont formés et prêts à être déployés pour offrir des services psychosociaux en contexte de sécurité civile?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant les services psychosociaux lors d'événements de sécurité civile.

S'arrimer aux plans déjà en place

- Connaître les plans prévus dans les milieux lors de situations de sécurité civile.
- Inclure les services psychosociaux aux plans en cas d'événement de sécurité civile, si ce n'est pas prévu.



- S'informer sur ce qui est déjà offert sur le territoire par les municipalités et les organismes communautaires pour éviter le dédoublement.

Offrir des premiers secours psychologiques complémentaires aux services offerts

- Cibler les personnes ou les partenaires en mesure d'offrir les premiers secours psychologiques⁹⁸ et d'accompagner les personnes ayant des besoins vers les services psychosociaux.
- Former adéquatement ces personnes à une offre de premiers secours psychologiques.
- Adapter les premiers secours psychologiques à la situation et aux besoins pour réduire la détresse initiale causée par l'événement⁹⁸.

Offrir rapidement des services psychosociaux en contexte de sécurité civile¹¹

- Repérer les personnes ayant des besoins psychosociaux.
- Rendre accessibles, dans un lieu approprié au besoin et au contexte, des rencontres en personne.
- Offrir un suivi psychosocial aux personnes touchées.
- Offrir un service de consultation psychosociale téléphonique disponible en tout temps.
- Conseiller les autorités, les partenaires et les ressources de la communauté en lien avec les besoins psychosociaux de la population.
- Offrir des séances d'informations psychosociales selon les besoins de la communauté.

Promouvoir une utilisation judicieuse des médias

- Encourager la population à s'informer auprès de sources crédibles^{96,97}.
- Encourager la population à limiter son exposition aux médias susceptibles d'accroître la détresse^{96,97}.

Encourager l'entraide collective

- Maintenir le soutien des organismes communautaires via les organisateurs communautaires.
- Soutenir les communautés pour identifier les personnes vulnérables ou vivant seules, afin de leur offrir du soutien⁹⁷.
- Inciter les citoyens à rester attentifs aux signes de détresse chez leurs proches⁹⁶.
- S'assurer que les besoins de base sont satisfaits (aide alimentaire, soutien en cas de perte d'emploi, etc.).
- Promouvoir un discours inclusif envers tous les groupes, les communautés et les générations⁹⁷.
- Favoriser la participation et l'engagement des personnes les plus touchées par l'événement à l'entraide collective⁹⁷.
- Mettre en place ou intensifier des mesures favorisant le mieux-être, la résilience et le rétablissement des communautés, comme les réseaux d'éclaireurs ou de veilleurs.

Suivre l'évolution du bien-être psychosocial

- Suivre l'évolution de la santé et du bien-être psychosocial des populations touchées par l'événement de sécurité civile et ajuster au besoin les services à leurs besoins évolutifs⁹⁸.
- Offrir des services psychosociaux de proximité et du soutien à long terme, particulièrement autour de la date anniversaire de l'événement.
- Réaliser le bilan des actions réalisées pour assurer la santé et le bien-être psychosocial de la population afin d'en tirer des apprentissages, au terme de ces événements



Les services d'intervention 24/7

- STRATÉGIES SÉLECTIVES -

Qu'est-ce que c'est?

Les services d'intervention 24/7 visent à répondre aux besoins immédiats d'une personne qui vit de la détresse ou un épisode suicidaire afin d'éviter une escalade et, au besoin, l'accompagner vers les services de crise^{90,93}. Ces services sont le plus souvent offerts par téléphone, clavardage ou message texte^{3,85}. L'intervention commence dès qu'une personne requiert des services et se poursuit idéalement jusqu'à la mise en place d'une solution sécuritaire pour la personne.

Pourquoi est-ce important?

Des recherches indiquent des effets positifs des services d'intervention 24/7 sur la santé mentale, physique et sociale ainsi qu'en prévention du suicide, variant selon le moyen de communication utilisé^{88,89,91,92,99}. Dans ces études, la majorité des utilisateurs indiquent une amélioration de leur situation entre le début et la fin du contact avec l'intervenant^{89,91,92}. Les services d'intervention 24/7 peuvent aussi permettre une réduction du nombre de tentatives de suicide et la rétention des personnes dans les services futurs¹⁰⁰.

Questions de réflexion

Quels enjeux d'accessibilité sont vécus dans la région en lien avec les services d'intervention 24/7?

Quelles sont les modalités d'orientation et de collaboration établies entre ces services et les autres services offerts?

Quelles sont les responsabilités de ces services?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant les services d'intervention 24/7.

Réaliser le portrait des services d'intervention 24/7 disponibles

- Recenser les services d'intervention 24/7 offerts, soit : les partenaires offrant des services d'intervention 24/7, leurs particularités, les liens de collaboration entre le RSSS et ces derniers de même que les milieux qui offrent du suivi ou de l'hébergement.
- Dresser le portrait des données connues sur l'utilisation de ces services.
- Identifier et mobiliser les partenaires pour cibler les améliorations requises aux services existants et, s'il y a lieu, les services manquants.
- Développer une cartographie des services pour s'assurer qu'ils couvrent l'ensemble des besoins des populations desservies.



Offrir les services d'intervention 24/7

- Prévoir des moyens de communication diversifiés pour favoriser l'utilisation des services d'intervention 24/7 selon les préférences des utilisateurs.
- Assurer une disponibilité des services d'intervention 24/7.
- Offrir une réponse immédiate et adaptée aux personnes ayant des besoins en lien avec la prévention du suicide.
- Offrir une intervention structurée incluant notamment la création du lien, l'identification des besoins, l'estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire, l'utilisation de stratégies visant à susciter l'espoir et l'orientation vers une ressource adaptée au besoin de la personne.
- Réaliser un suivi régulier pour s'assurer de l'application des standards ministériels liés à la ligne téléphonique 1 866 APPELLE.

Informar la population et les intervenants des services d'intervention 24/7 disponibles

- Collaborer à la promotion des services d'intervention 24/7 en élaborant des communications concertées s'adressant à la population et aux intervenants.
- Utiliser divers moyens pour rejoindre différentes populations (ex. : médias traditionnels et réseaux sociaux, affiches dans des lieux publics).
- Assurer une diffusion en continu et à des moments variés.
- Diffuser les coordonnées de services d'intervention 24/7 lorsque le suicide est abordé dans les médias.

Les services d'intervention 24/7 peuvent aussi permettre une réduction du nombre de tentatives de suicide et la rétention des personnes dans les services futurs¹⁰⁰.



Les services pour les proches de la personne qui pense au suicide

- STRATÉGIES SÉLECTIVES -

Pourquoi est-ce important?

La personne vivant un épisode suicidaire n'est pas toujours encline à demander une aide formelle et peut faire davantage appel à ses proches. Conséquemment, ces derniers communiquent en grand nombre avec les CPS ou Info-Social 811 pour recevoir du soutien¹⁰¹. L'entourage joue un rôle incontestable dans la prévention du suicide¹⁰². Ce rôle de proche peut amener son lot d'exigences et de stress.

Les proches indiquent que plusieurs de leurs besoins sont peu ou pas satisfaits^{103, 104}. Il importe donc de vérifier l'état psychologique des proches et de connaître les éléments qui les protègent¹⁰⁵. Leur offrir des programmes de soutien s'avère une avenue prometteuse pour apporter indirectement une aide aux personnes vivant un épisode suicidaire^{101, 103, 104, 106, 107}.

Questions de réflexion

Quels sont les besoins prioritaires des proches des personnes qui pensent au suicide?

Comment les intervenants mobilisent-ils et soutiennent-ils les proches dans leurs interventions?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant les services pour les proches de la personne qui pense au suicide.

Offrir différentes formes et modalités de soutien aux proches

- Identifier les besoins et les attentes des proches en matière de services, notamment en les consultant et en évaluant les services déjà offerts.
- Offrir une diversité de services aux proches^{103, 104, 106, 107} afin de soutenir leur santé mentale et de les aider à garder leur engagement envers la personne qui pense au suicide¹⁰², par exemple : éducation individuelle, programmes psychoéducatifs, formations, groupes de pairs, thérapies familiales, soutien psychologique⁵⁸, répit-gardiennage.

Sensibiliser les intervenants à l'implication des proches

Impliquer les proches à divers moments, par exemple :

- Lors de l'estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire, pour contribuer et soutenir la transmission d'informations;
- Lors de l'élaboration des plans et des traitements, pour qu'ils puissent soutenir la personne qui pense au suicide dans leurs applications;
- Tout au long du processus d'intervention, pour suivre l'évolution des besoins de la personne qui pense au suicide⁵⁸;



- En tout temps, pour identifier les besoins vécus par les proches en lien avec l'exercice de leur rôle, leur offrir des services répondant à leurs besoins ou les orienter vers ces services.

Assurer le développement des compétences des intervenants pour soutenir les proches¹⁰⁸

- Pour aider les proches à mieux soutenir la personne, l'intervenant devrait, par exemple :
 - Traiter les demandes d'aide faites par des proches pour une personne qui pense au suicide;
 - Fournir aux proches des informations sur la prévention du suicide;
 - Outiller les membres de l'entourage pour leur permettre d'accompagner la personne qui pense au suicide, si leur état et leur situation le permettent.
- Pour aider les proches à répondre à leurs propres besoins liés à leur rôle, l'intervenant devrait, par exemple :
 - Permettre aux proches de souffler et d'alléger leur fardeau émotionnel;
 - Vérifier l'état psychologique et les besoins psychosociaux des proches;
 - Inciter l'entourage à adopter des mécanismes d'adaptation positifs (ex. : échanger sur ce qui les préoccupe);
 - Informer les proches sur les ressources existantes et les diriger vers ces ressources, au besoin.

Il importe donc de vérifier l'état psychologique des proches et de connaître les éléments qui les protègent¹⁰⁵.

**Les proches
jouent un rôle
incontestable
dans la prévention
du suicide.**



La postvention – faire face à un suicide

- STRATÉGIES SÉLECTIVES -

Qu'est-ce que c'est?

La postvention comporte un ensemble d'interventions qui touche tous les aspects à considérer lorsqu'un suicide survient dans un milieu, de la préparation du milieu jusqu'à la gestion de la crise et au suivi à court, moyen et long terme. Afin de soutenir les organisations offrant des services de postvention ou celles souhaitant se doter d'un protocole pour être en mesure d'agir rapidement et adéquatement, l'AQPS, en collaboration avec des partenaires, a élaboré le Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide. L'intervention gagne à être adaptée à ces trois groupes visés par le programme :

- Les personnes directement touchées (endeuillées ou témoins directs);
- Les personnes présentant des vulnérabilités (personnes dont le contrecoup du suicide rejaillit sur une vulnérabilité préalable ou qui sont fragilisées par sa survenue);
- Toute la population (personnes du milieu pouvant être touchées par l'événement malgré l'absence de lien avec la personne décédée ou de vulnérabilités préalables).

Pourquoi est-ce important?

La postvention est une composante essentielle de la prévention du suicide^{15, 109}. Un suicide a des répercussions importantes sur les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée. Il y a un risque d'effet d'entraînement¹⁰⁹ chez les individus qui connaissaient la personne décédée par suicide.

Ainsi, le déclenchement du protocole de postvention gagne à être aussi précoce que possible à la suite du décès par suicide, à mobiliser tous les partenaires concernés et à avoir une durée qui dépasse la période de choc provoquée par l'annonce du suicide^{65, 109}. L'analyse de la situation au moment de l'événement et par la suite permettra de repérer les personnes concernées et d'offrir une intervention adaptée à leurs besoins.

Questions de réflexion

Quels sont les protocoles de postvention en place dans la région? Parmi ceux-ci, lesquels sont à consolider?

Qui sont les partenaires impliqués et quels sont leurs rôles dans les protocoles de postvention mis en place?

Quels milieux ou organisations sont à prioriser pour le développement de protocoles de postvention?

Qui sont les partenaires à impliquer pour la mise en place de ces protocoles de postvention?



PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant la postvention.

Planifier l'offre de postvention et son soutien

- S'approprier le Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide¹⁰⁹.
- Recenser les partenaires qui offrent ou soutiennent la postvention et les ressources de la communauté susceptibles de fournir du soutien en cas de suicide⁶⁵.
- S'assurer que sont définis les rôles et responsabilités des différents partenaires en lien avec les activités requises pour la postvention¹⁰⁹.

Soutenir l'implantation de protocoles de postvention dans divers milieux

- Cibler les milieux où planter prioritairement le programme de postvention¹⁰⁹.
- Offrir du soutien aux milieux dans le développement de leur protocole de postvention¹⁰⁹.
- Appuyer les milieux dans la création d'un comité de postvention, en incluant les partenaires, et dans la définition des modalités¹⁰⁹.
- S'assurer que le milieu connaît les ressources pouvant le soutenir, si le protocole de postvention doit être mis en place¹⁰⁹.

Collaborer à la préparation de l'intervention avant l'événement

- Mettre de l'avant les 10 mesures proposées dans le programme de postvention permettant de diminuer les risques d'effet d'entraînement, d'augmenter le sentiment de sécurité du milieu et de favoriser un retour au fonctionnement habituel.
- Contribuer à la constitution d'une équipe pluridisciplinaire de crise et clarifier la répartition des interventions⁶⁵.

- Contribuer à définir les rôles de chaque partie prenante dans un protocole de postvention¹⁰⁹.
- Prévoir un soutien pour les personnes impliquées dans un protocole de postvention.

Collaborer à l'intervention dans le milieu lors d'un suicide

- Offrir du soutien au milieu touché, qu'il y ait ou non un protocole de postvention en place¹⁰⁹.
- S'assurer que les autres milieux pouvant vivre des répercussions bénéficient également de services de postvention¹⁰⁹.
- Assurer une offre de services adaptée (accompagnement, recommandation, suivi téléphonique, etc.) et une orientation fluide pour les personnes directement touchées ou les personnes présentant des vulnérabilités^{65, 109}.
- Prévoir des interventions qui vont au-delà de la période de choc pour repérer et soutenir les individus présentant des vulnérabilités^{65, 109}.
- Offrir un soutien psychologique aux intervenants impliqués et porter attention aux signes de souffrance et de détresse de ces derniers^{65, 66}.

Réaliser un bilan de l'implantation et prévoir des suites

- Réaliser un bilan des activités de postvention ayant eu lieu sur le territoire, le tout en partenariat^{65, 109}.
- Revoir les protocoles de postvention à la lumière du bilan¹⁰⁹.
- Améliorer la qualité de vie des personnes dans le milieu en modifiant, lorsque c'est applicable, des facteurs identifiés comme ayant pu contribuer à la survenue du suicide^{65, 74, 110}.



Le soutien aux proches endeuillés par suicide

- STRATÉGIES SÉLECTIVES -

Pourquoi est-ce important?

Le suicide d'une personne a des répercussions importantes sur ses proches et son entourage. Le deuil à la suite d'un suicide présente des particularités et s'apparente davantage à celui vécu à la suite d'une mort violente, ce qui signifie que certaines réactions peuvent ainsi être exacerbées. Chez ces personnes endeuillées, cela engendre une hausse du risque de présenter des problèmes psychosociaux et physiques importants¹¹¹⁻¹¹³. Ce type de deuil est d'ailleurs un facteur de risque associé au suicide. Les effets peuvent se manifester à court et moyen terme, mais également se prolonger. Il est nécessaire d'offrir des services aux proches endeuillés afin de limiter les conséquences négatives sur leur santé mentale et physique ainsi que sur leur qualité de vie¹¹².

Quels sont les besoins des proches endeuillés?

Les proches endeuillés mentionnent un important besoin de soutien professionnel, particulièrement lorsqu'ils présentent de hauts risques de vivre des conséquences négatives ou qu'ils en vivent déjà¹¹³. La réponse à ce besoin de soutien n'est toutefois pas toujours satisfaisante ou disponible. Pourtant, les coûts sociaux et économiques de ne pas intervenir auprès d'eux sont élevés¹¹⁴.

Questions de réflexion

De quelle manière les intervenants sont-ils sensibilisés aux besoins des personnes endeuillées par suicide?

Qui offre actuellement des services pour les personnes endeuillées par suicide?

Quelle est la période de disponibilité des services offerts (court, moyen ou long terme à la suite du décès)?

Quels moyens utilise-t-on actuellement pour faire connaître les services offerts?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant le soutien aux proches endeuillés par suicide.

Réaliser le portrait des services offerts aux proches endeuillés

- Recenser les services offerts par le CISSS ou le CIUSSS et par les partenaires de la région aux proches endeuillés par suicide, ainsi que les différentes modalités d'accès à ces services (ex. : personnes visées, types d'activités, durée, critères d'accès).
- Déterminer avec les partenaires les services à développer.
- Mobiliser les partenaires autour de :
 - L'offre de services à développer;
 - La clarification des rôles de chacun.



Intervenir auprès des proches endeuillés par suicide

- Élaborer des stratégies pour rejoindre les personnes endeuillées par suicide.
- Répondre aux besoins des proches endeuillés par suicide^{15, 115} :
- Repérer les proches pouvant présenter des besoins et leur présenter des services adaptés de façon proactive;
- Accueillir le proche et déterminer avec lui ses besoins;
- Offrir des services selon différentes modalités et formules (ex. : aide individuelle, groupe d'entraide, soutien téléphonique ou en ligne) et avec une variété d'approches afin de s'adapter à la diversité de besoins et de préférences.
- Soutenir les intervenants et les organisations par différents moyens (ex. : rencontres, formations) pour les informer, les accompagner et les soutenir dans leurs tâches auprès des personnes endeuillées par suicide.

Communiquer adéquatement sur les services disponibles

- Préciser les portes d'entrée à utiliser afin d'avoir accès aux services pour les proches endeuillés par suicide.
- S'assurer de faire connaître les divers services disponibles aux intervenants et aux organismes qui sont en lien avec les proches endeuillés par suicide.
- Faire connaître les services disponibles auprès de la population par des moyens divers, dont des contacts directs pour référer ou accompagner les personnes touchées par un suicide vers ces services.

**Le suicide d'une
personne a des
répercussions
importantes
sur ses proches
et son entourage.**

Stratégies indiquées



Les stratégies indiquées ciblent des personnes cumulant des facteurs de vulnérabilité ou vivant des manifestations suicidaires^{15, 35}.

Le plan d'action devrait comprendre ces stratégies selon les priorités régionales.

Les stratégies indiquées suivantes sont décrites en détail dans les prochaines pages :

- Les services d'intervention de crise;
- L'intervention psychosociale de courte durée;
- L'urgence hospitalière;
- Les services d'hébergement et d'hospitalisation;
- Le suivi de type étroit ou l'équivalent.



Les services d'intervention de crise

- STRATÉGIES INDIQUÉES -

Qu'est-ce que c'est?

Les services d'intervention de crise visent à offrir une intervention directe en face à face à la personne qui vit une crise, dans le milieu où elle se trouve, 24 heures/24, 7 jours/7¹¹.

Pourquoi est-ce important?

Les services d'intervention de crise ont notamment le mandat d'appliquer la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui^{11, 116, 117}.

Ce service peut être rendu par un intervenant d'un CISSS, d'un CIUSSS ou d'un organisme communautaire, dans le cadre d'une entente à cet effet. Les partenaires des organismes communautaires qui se consacrent à l'intervention de crise dans le milieu sont reconnus pour offrir des services efficaces et adaptés aux besoins et à la condition de la personne vivant un épisode suicidaire^{13, 67}.

L'intervenant peut se déplacer dans le milieu de la personne, avec ou sans la présence des services préhospitaliers d'urgence. Cette intervention peut mener à une offre d'hébergement permettant la surveillance de la personne, son rétablissement et un retour à l'équilibre selon les besoins de celle-ci⁵⁸.

Questions de réflexion

Quelles sont les modalités d'orientation et de collaboration établies entre les services d'intervention de crise et les autres services offerts dans la région?

Quelles sont les contraintes d'accès aux services d'intervention de crise dans la région?

Quelles sont les activités ou interventions réalisées pour soutenir l'animation des collaborations entre les services de la région (ex. : table de concertation, formation conjointe, intervention dans le milieu, intervenant de liaison, etc.)?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant les services d'intervention de crise.

Proposer une offre de services d'intervention de crise variée

- Offrir des services d'intervention de crise diversifiés et disponibles en temps opportun⁷.



- Définir les rôles et responsabilités des programmes-services et de certains organismes communautaires à l'égard de l'intervention de crise et leur rôle dans l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui¹¹⁶.

Cibler les ressources pour l'intervention de crise

- Assurer la disponibilité de services d'intervention de crise sur le territoire¹¹⁸.
- Développer des ententes avec les partenaires pour que tous les services d'intervention de crise soient offerts dans la région, dont ceux essentiels disponibles en tout temps.
- Faire connaître aux intervenants du CISSS et du CIUSSS et aux partenaires les services d'intervention de crise offerts aux personnes vivant un épisode suicidaire, afin de les orienter vers les services adaptés.
- Faire connaître le rôle et les modalités d'organisation du service d'intervention de crise dans le milieu²¹.
- S'assurer que les intervenants impliqués auprès des personnes qui pensent au suicide sont formés à l'égard des lois applicables.

Faciliter l'accès aux services d'intervention de crise

- Cibler et réduire les contraintes d'accès aux services d'intervention de crise tels que les problèmes de transport, de distance, de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre qualifiée⁷.
- Faciliter le passage direct d'un centre de crise à l'évaluation psychiatrique, sans avoir à passer par l'urgence¹¹⁹.
- Développer des liens étroits entre les services d'intervention téléphonique 24/7 et les services d'intervention de crise pour faciliter l'orientation des personnes vers ces derniers.

L'hébergement de crise est offert dans plusieurs régions du Québec, principalement par des organismes communautaires.



L'intervention psychosociale de courte durée

- STRATÉGIES INDIQUÉES -

Pourquoi est-ce important?

Les CISSS et les CIUSSS ont le mandat d'offrir une intervention psychosociale de courte durée* aux personnes qui pensent au suicide. Les personnes qui ne présentent pas de danger d'un passage à l'acte suicidaire à court terme n'ont pas à être hospitalisées ou à recevoir un suivi étroit ou l'équivalent. Elles vivent toutefois une souffrance, et une intervention psychosociale de courte durée peut alors être pertinente pour les soutenir et suivre l'évolution de leur état, afin d'en éviter une détérioration.

Une intervention psychosociale de courte durée implique un processus d'intervention clinique. Les interventions pour susciter l'espoir et protéger la personne qui pense au suicide sont intégrées à un plan d'intervention, et ce, peu importe le programme-service qui prend en charge la personne. Si possible, il est privilégié que l'intervention psychosociale de courte durée soit offerte par un intervenant connu.

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant l'intervention psychosociale de courte durée.

Assurer l'accès au suivi de courte durée

- Recenser les services offrant des interventions psychosociales de courte durée.

- Faire connaître et clarifier, si nécessaire, les critères et les modalités d'accès aux différents services offrant des interventions psychosociales de courte durée.
- Porter une attention particulière à l'offre de services spécifique à certains groupes.

S'assurer de l'accessibilité du suivi et de ses conditions de succès

- Mettre en place des modalités qui facilitent le développement d'une alliance thérapeutique entre l'intervenant et l'utilisateur, comme laisser un temps d'échange suffisant entre l'intervenant et la personne et limiter le changement d'intervenants auprès de la personne.
- Varier les types d'interventions psychosociales de courte durée offertes selon les préférences, les enjeux vécus et les besoins de la personne qui pense au suicide⁹⁵.
- Favoriser l'utilisation du soutien social, via des ressources communautaires informelles ou formelles⁵⁸.

* Le terme « courte durée » signifie généralement un maximum de 12 rencontres selon les standards ministériels. Cela s'applique aux consultations sociales et aux consultations psychologiques²¹. Occasionnellement, au-delà du terme initialement convenu dans le plan d'intervention, il peut être pertinent de prolonger l'intervention. Le plan d'intervention est alors révisé et modifié en conséquence.



L'urgence hospitalière

- STRATÉGIES INDIQUÉES -

Qu'est-ce que c'est?

Une personne qui vit un épisode suicidaire peut se présenter à l'urgence d'un centre hospitalier. Les situations les plus fréquentes sont la personne qui s'y rend, seule ou accompagnée par un proche, afin d'obtenir de l'aide pour des idées suicidaires. Une personne peut également s'y présenter lors d'une tentative de suicide qui exige des soins médicaux immédiats.

Pourquoi est-ce important?

Un accompagnement adéquat de la personne présentant un danger d'un passage à l'acte suicidaire est essentiel pour assurer sa sécurité durant son séjour à l'urgence hospitalière et par la suite¹²⁰. En effet, la possibilité d'un passage à l'acte est très élevée durant les heures et les jours qui suivent la consultation^{120, 121}.

De nombreux défis sont vécus dans les soins et services à rendre aux personnes qui présentent des idées suicidaires à l'urgence hospitalière : manque de formation pour estimer le danger d'un passage à l'acte, délai d'attente qui peut amener des départs non prévus, collaboration multidisciplinaire peu définie ou formalisée, peu d'outils adaptés à ce contexte de pratique, difficulté d'accès aux ressources de consultation ou aux possibilités de référence, environnement physique non adapté, etc.¹²⁰⁻¹²².

C'est entre autres le cas lors de l'étape importante de la gestion du congé de l'urgence. Il est essentiel de s'assurer de bien accompagner le passage de la personne vers les services adaptés à sa situation (ex. : rendez-vous déterminé dans les heures ou jours suivants pour un suivi rapide, référence vers un suivi de type étroit ou l'équi-

valent, hébergement en centre de crise ou en psychiatrie, orientation vers des lignes téléphoniques de crise)^{120, 121}.

Questions de réflexion

Comment les responsabilités en prévention du suicide sont-elles partagées entre les divers intervenants à l'urgence (ex. : triage, intervention, congé)? De quelle façon l'information circule-t-elle entre ces différentes étapes?

Quels intervenants travaillant à l'urgence hospitalière sont formés en prévention du suicide (ex. : repérage, intervention, estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire)?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant l'urgence hospitalière.

Favoriser un environnement sécuritaire

- Prévoir un espace permettant des échanges confidentiels et sécuritaires¹²².
- Assurer la surveillance d'une personne présentant un danger d'un passage à l'acte suicidaire dès l'étape de l'attente à la suite du triage¹²⁰.



- Impliquer les proches, si possible, afin de bien comprendre la situation de la personne¹²¹.

Estimer le danger d'un passage à l'acte suicidaire

- Former des membres du personnel de l'urgence hospitalière à l'estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire ou prévoir des collaborations pour ce faire.
- Déterminer des mécanismes pour communiquer l'information entre les intervenants de l'urgence au moment opportun (ex. : avoir l'estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire avant l'autorisation de congé)¹²⁰.
- S'assurer de l'utilisation des meilleures pratiques dans l'estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire¹²¹.
- Consulter une ressource spécialisée, en personne ou à distance, pour soutenir l'intervention et les décisions à prendre, au besoin¹²¹.

Offrir une intervention brève

- Adopter une approche empathique et centrée sur l'utilisateur¹²³ : écouter la personne, l'accompagner dans le recours aux soins et services, la conseiller sur les limites de l'accès aux moyens létaux, lui fournir des outils d'information^{120, 121}.
- Évaluer la situation en impliquant la personne dans l'identification de ses besoins.
- Consulter les proches, avec le consentement de la personne.
- Soutenir la personne dans la gestion de ses symptômes, identifier avec cette dernière les soins et services qui peuvent l'aider et encourager son engagement face aux stratégies proposées¹²¹.
- Accompagner la personne quant aux moyens à utiliser pour réduire ou prévenir ses pensées et comportements suicidaires¹²¹.

- Remettre à la personne du matériel clair et adapté pour l'informer sur les ressources disponibles ou la diriger vers ce type de matériel¹²¹.

Assurer une transition sécuritaire vers d'autres services

- Identifier le type de service vers lequel diriger la personne lors de son congé de l'urgence hospitalière.
- Planifier les divers arrimages requis avant la sortie (ex. : assurer le transfert vers l'hébergement, fixer un rendez-vous pour obtenir un suivi) et identifier les barrières potentielles à l'utilisation des services¹²¹.
- Prévoir un suivi dans les jours suivants avec la personne référée vers d'autres services que l'hébergement ou l'hospitalisation.
- Prévoir un suivi auprès de l'organisme auquel elle a été référée, si la personne y consent¹²¹.

Un accompagnement adéquat de la personne présentant un danger d'un passage à l'acte suicidaire est essentiel pour assurer sa sécurité durant son séjour à l'urgence hospitalière et par la suite¹²⁰.



Les services d'hébergement et d'hospitalisation

- STRATÉGIES INDIQUÉES -

Qu'est-ce que c'est?

Les services d'hospitalisation sont offerts par les hôpitaux, alors que les services d'hébergement de crise sont complémentaires à la consultation à l'urgence hospitalière, au recours aux services d'urgence et à l'hospitalisation¹¹⁹. L'hébergement de crise est offert dans plusieurs régions du Québec, principalement par des organismes communautaires.

Pourquoi est-ce important?

L'hébergement et l'hospitalisation de crise visent à assurer la surveillance de la personne, à estimer le danger d'un passage à l'acte suicidaire et à offrir le soutien requis.

Les ressources d'hébergement représentent un maillon important dans la prestation de services destinés aux personnes qui traversent une crise¹²⁴. Elles permettent de pallier la stigmatisation qu'entraîne parfois la consultation à l'urgence et l'hospitalisation¹²⁵. Une recherche a permis de constater des progrès chez 90 % des utilisateurs d'un centre de crise¹²⁶. De plus, 85 % des utilisateurs se disaient ouverts à retourner au centre de crise, et la majorité d'entre eux ont affirmé avoir préféré les services du centre de crise à ceux d'un hôpital¹²⁶.

L'hospitalisation est requise lors de l'absence de ressources d'hébergement de crise dans la communauté ou d'un manque de places disponibles dans ces dernières ou lorsque la personne nécessite des soins médicaux aigus, notamment à la suite d'une tentative de suicide.

Questions de réflexion

Quelles sont les ressources disponibles en hébergement de crise?

Quelles sont les données sur l'utilisation de l'hébergement de crise et celles sur les hospitalisations en lien avec le risque suicidaire?

Quels sont les besoins de développement ou de consolidation des ressources d'hébergement de crise?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant les services d'hébergement et d'hospitalisation.

Connaître les services d'hébergement

- Recenser les organismes offrant un service d'hébergement dans la région.
- Déterminer les besoins auxquels répondent les organismes offrant un service d'hébergement.



Faciliter l'accès aux services

- Faciliter le développement de l'hébergement de crise si l'offre actuelle n'y répond pas ou si la région n'est pas entièrement desservie.
- Cibler et réduire les contraintes d'accès aux services⁷.
- S'assurer que les intervenants impliqués auprès des personnes qui pensent au suicide sont formés à l'application des lois appropriées.
- Faciliter le passage direct d'un centre de crise à l'évaluation psychiatrique, sans avoir à passer par l'urgence¹¹⁹.
- Convenir des ententes avec les organismes offrant un service d'hébergement, pour faciliter l'orientation.

Prévoir le retour de l'utilisateur dans son milieu

- S'assurer que les intervenants planifient le retour des usagers dans leur milieu.
- Prévoir des ressources de soutien et de suivi pour l'utilisateur lors de son retour dans son milieu, via un suivi étroit ou l'équivalent.

Les ressources d'hébergement représentent un maillon important dans la prestation de services destinés aux personnes qui traversent une crise¹²⁴.



Le suivi de type étroit ou l'équivalent

- STRATÉGIES INDIQUÉES -

Qu'est-ce que c'est?

Le suivi de type étroit ou l'équivalent vise à s'assurer que la personne qui est ou a été en danger grave d'un passage à l'acte suicidaire peut avoir accès à un suivi rapidement et de façon intensive⁸⁰.

Il s'agit d'une mesure qui se veut proactive, intensive et rapide pour prévenir un geste suicidaire, diminuer la détresse psychologique et assurer une intervention adaptée aux besoins de la personne.

Le suivi de type étroit ou l'équivalent se caractérise par une intensité des contacts pendant les épisodes suicidaires et lors des premiers jours et premières semaines du congé à la suite d'un hébergement ou d'une hospitalisation^{57, 127}. Dans ces situations, la première rencontre de suivi de type étroit ou l'équivalent se tient dans les 24 à 48 heures⁸⁰.

Pourquoi est-ce important?

Ce suivi vise à s'assurer que la personne demeure en sécurité et ne présente pas de danger pour elle-même^{57, 128, 129}. L'intervention vise le maintien du lien ainsi que la continuité des services, avec l'objectif de permettre à la personne un retour à l'équilibre et l'identification de solutions sécuritaires^{57, 128, 129}.

Questions de réflexion

Quels secteurs ou organisations offrent du suivi de type étroit ou l'équivalent dans la région?

Quels sont les critères et les modalités d'accès?

Quelles sont les données d'utilisation?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant le suivi de type étroit ou l'équivalent.

Identifier les offres de suivi de type étroit ou l'équivalent en place

- Recenser les programmes-services du CISSS et du CIUSSS et les autres organisations qui offrent un suivi de type étroit ou l'équivalent.
- Faire connaître à l'interne et aux partenaires les offres de suivi de type étroit ou l'équivalent et les modalités d'accès à ce type de suivi.



Organiser le suivi de type étroit ou l'équivalent

- Établir un protocole ou une entente pour encadrer la pratique et l'accès au suivi de type étroit ou l'équivalent :
 - Définir une procédure visant à faciliter les demandes d'accès au suivi de type étroit ou l'équivalent (ex. : centraliser les demandes);
 - Établir un processus de référencement vers le suivi de type étroit ou l'équivalent pour les partenaires;
 - Identifier des trajectoires, des formulaires ou des algorithmes pour assurer la continuité de services entre les CISSS et les CIUSSS et les partenaires
- S'assurer que les intervenants qui effectuent le suivi de type étroit ou l'équivalent ont les compétences pour accompagner les personnes.

Mettre en place des conditions efficaces pour le suivi de type étroit ou l'équivalent

- Offrir un suivi structuré¹³⁰, individualisé et flexible^{131, 132}.
- Orchestrer une première rencontre entre la personne qui pense au suicide et l'intervenant AVANT la sortie à la suite d'un hébergement en centre de crise ou d'une hospitalisation.
- Transmettre toute information pertinente à l'intervenant.
- Prévoir un plan de relance en cas d'absence aux rendez-vous.
- S'assurer d'une modulation de la fréquence et de la durée du suivi selon les besoins et le danger d'un passage à l'acte suicidaire^{57, 128, 129}.
- Si la personne refuse le suivi de type étroit ou l'équivalent :
 - Relancer régulièrement la personne et évaluer sa situation.
 - Travailler l'adhésion à recevoir de l'aide.

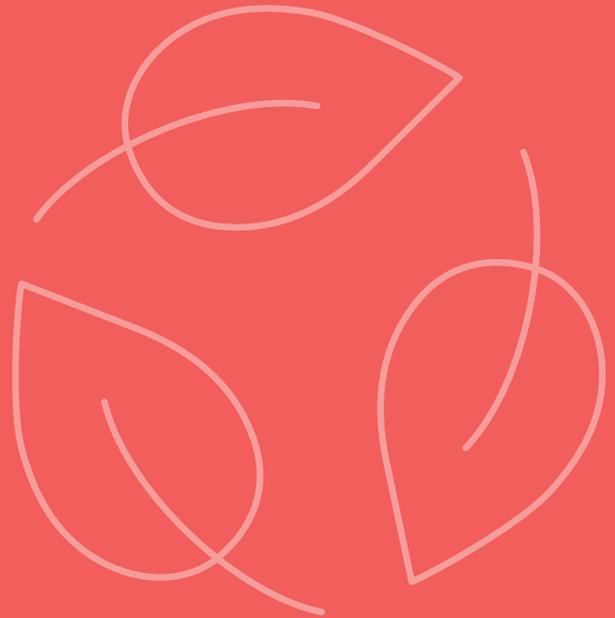
Favoriser la continuité et la complémentarité

- S'assurer d'une continuité et d'une complémentarité entre l'organisation qui a hébergé ou hospitalisé la personne vivant un épisode suicidaire et celle qui assurera le suivi¹³³.
- Offrir un suivi par la même personne qui a établi le premier contact pendant l'hospitalisation^{125, 130, 134, 135} ou l'hébergement ou par un intervenant qui a déjà un lien avec la personne, lorsque possible.

Le suivi de type étroit ou l'équivalent vise à s'assurer que la personne qui est ou a été en danger grave d'un passage à l'acte suicidaire peut avoir accès à un suivi rapidement et de façon intensive⁸⁰.

5

Suivre le déploiement du plan d'action



L'élaboration du plan d'action en prévention du suicide est l'aboutissement d'un important travail de réflexion, de planification, de coordination et de collaboration. Sa création ne constitue toutefois pas une fin en soi. Afin de mettre en place un plan d'action en prévention du suicide qui est dynamique, qui s'adapte aux réalités et aux besoins du milieu et qui prend en compte les

divers enjeux pouvant survenir, il est recommandé de prévoir un processus de suivi de sa mise en œuvre.

Identifier les indicateurs et les cibles peut permettre, entre autres, de mesurer le chemin parcouru, d'identifier des forces et des difficultés ou de rendre compte des actions réalisées en fonction des orientations ministérielles, notamment.



Pourquoi est-ce important?

Le déploiement d'un plan d'action pertinent en prévention du suicide passe par le suivi régulier de sa mise en œuvre. On peut ainsi s'assurer que les actions mises en place répondent aux besoins et ajuster les priorités, si nécessaire. Prendre régulièrement le temps d'analyser et d'apprécier les progrès accomplis ainsi que d'anticiper les prochaines étapes est un atout pour assurer une amélioration en continu. Cela ne peut que permettre aux stratégies en prévention du suicide de gagner en efficacité¹⁵.

Le suivi peut servir de base pour, notamment :

- Trouver des pistes d'amélioration aux actions et aux services en prévention du suicide qui sont déployés dans la région;
- Définir des stratégies pour soutenir les intervenants qui travaillent en prévention du suicide dans l'amélioration de leurs pratiques;
- Identifier des pistes de collaboration avec les partenaires.

Dans le plan d'action en prévention du suicide, l'identification d'indicateurs permettra de suivre l'évolution de la situation et des différents objectifs. Les données récoltées pourront alors apporter un éclairage pertinent sur la réalité du territoire. Elles peuvent être quantitatives (ex. : nombre de suicides, de tentatives de suicide ou d'hospitalisations, moyens utilisés) ou qualitatives et être recueillies à l'aide de questionnaires ou d'échanges avec quelques partenaires-clés.

Questions de réflexion

Où en est l'état de situation du suicide dans la région?

Quel est le niveau d'avancement ou de mise en œuvre du plan d'action?

Quelles sont les priorités pour la suite?

PISTES D'ACTION

Voici des pistes d'action non séquentielles à privilégier concernant le suivi du déploiement du plan d'action.

Déterminer des indicateurs

- Déterminer des indicateurs quantitatifs et qualitatifs à suivre en lien avec les actions ciblées dans le plan d'action en prévention du suicide¹⁵.
- Considérer les plans d'action ou autres mesures structurantes en vigueur (ex. : PNSP, Stratégie nationale de prévention du suicide, PAISM, etc.) et les mesures d'agrément pour cibler les indicateurs à suivre.
- Considérer les actions et les services en place dans la région offerts par les collaborateurs et les partenaires.
- Mesurer les indicateurs sur plusieurs mois ou années pour en apprécier l'évolution.

Développer un système de suivi des données

- Déterminer les données à recueillir en privilégiant la qualité des données et utiliser des sources fiables et représentatives pour les obtenir¹⁵.



SUIVRE LE DÉPLOIEMENT DU PLAN D'ACTION

- Recueillir, si possible, des données ciblées pour des groupes spécifiques de la communauté, au lieu de données générales, qui peuvent être moins parlantes.
- Utiliser le système choisi de suivi des données pour aider à élaborer, à ajuster et à évaluer des activités de prévention du suicide¹⁵.
- Mettre en place un mécanisme de suivi clair incluant, par exemple, la fréquence des mesures, les personnes impliquées, les moyens pour le faire et les bilans à réaliser.

Suivre les efforts et orienter l'action

- Impliquer les partenaires dans le suivi de la mise en œuvre du plan d'action.
- Assurer une surveillance du suicide et de ses déterminants ainsi qu'une analyse des données recueillies dans l'état de situation régional du suicide.
- Évaluer l'implantation du plan d'action et de ses effets.
- Analyser la situation pour dégager les points forts, les points à améliorer, les possibilités et les obstacles¹⁵.
- Privilégier des actions cohérentes avec les pratiques reconnues en prévention du suicide.
- Réfléchir aux mécanismes de suivi à prévoir pour l'actualisation du plan d'action et des collaborations, avec les différentes directions et instances internes impliquées.

Agir en amélioration continue

- Cibler des lieux ou des moments de concertation pour discuter, avec les partenaires engagés dans la prévention du suicide, des pistes d'amélioration dans les services offerts aux personnes vivant un épisode suicidaire dans la région.
- Ajuster les actions du plan d'action si elles ne permettent pas de répondre aux besoins et aux priorités.
- Réaliser un bilan mesurant les indicateurs de progrès¹⁵.
- Prévoir au minimum une rencontre annuelle pour présenter le bilan.

**Prendre
régulièrement
le temps d'analyser
et d'apprécier
les progrès accomplis
ainsi que d'anticiper
les prochaines étapes
est un atout
pour assurer
une amélioration
en continu.**

**Le déploiement
d'un plan d'action
pertinent en
prévention du
suicide passe par
le suivi régulier de
sa mise en œuvre.**

Conclusion

La responsabilité populationnelle portée par les CISSS et les CIUSSS inclut la prévention du suicide. Les CISSS et les CIUSSS ont donc l'obligation de mettre en place des actions soutenant a prévention du suicide. La création d'un plan d'action porté par l'ensemble des parties prenantes de chaque région est une stratégie porteuse, voire incontournable pour prévenir le suicide au Québec.

Lorsqu'il est question de prévention du suicide, des actions portant sur l'ensemble du continuum sont importantes à considérer. Les stratégies universelles, sélectives et indiquées, ancrées dans les réalités et les besoins de la région, permettent de soutenir l'ensemble de la population.

Pour qu'il y ait un effet significatif en prévention du suicide, la concertation avec les collaborateurs et les partenaires est essentielle. En effet, une direction ni même une organisation ne peuvent couvrir à elles seules tous les aspects de la prévention du suicide. Une priorisation et une cohérence dans les actions sont essentielles. Cela passe par un plan d'action régional concerté appliqué, suivi et mis à jour en continu.

Bibliographique

1. *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. RLRQ, c. O-7.2. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/o-7.2>
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 : rallumer l'espoir* (publication no 22-247-01W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003383/>
3. Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L. M. (dir.). (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique du Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3444667>
4. Lafrenière, H. (2001). *Ententes de services pour les situations de crise et suicide – Centres de réadaptation, centres hospitaliers, CLSC, centre prévention suicide, Info-Santé régional, services ambulanciers, services policiers, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides : document final*. Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/66016>
5. Mercier, G. et Saint-Laurent, D. (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie* (publication no 97-237-1-F). Ministère de la Santé et des Services sociaux.
6. Delorme, A. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens* (publication no 05-914-01). Ministère de la Santé et des Services sociaux.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : s'unir pour un mieux-être collectif* (publication no 21-914-14W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>
8. Potvin, N. (2004). *Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie* (publication no 03-825-01). Ministère de la Santé et des Services sociaux.
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : document principal* (publication no 04-009-05).
10. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2016). *Consommation de substances et suicide chez les jeunes : stratégies de prévention et d'intervention*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Substance-Use-Suicide-Prevention-Youth-Summary-2016-fr.pdf>
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Services sociaux généraux : offre de service – Programme-services, services généraux, activités cliniques et d'aide* (publication no 12-803-01F). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>
12. Massuard, M., Royer, A.-M., Lane, J. et Bournival, F. (2017). *Guide de pratiques sur l'animation des trajectoires de soins et services par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3260340>
13. Houle, J., Poulin, C. et Van Nieuwenhuyse, H. (2006). *Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole MARCO*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, secteur Écoles et milieux en santé.
14. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval. (2005). *Protocole PASCAL pour la continuité des services aux personnes suicidaires adultes*.
15. Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*.
16. O'Neill, S. C., Lapalme, M. et Camiré, M. (2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
17. Nadeau, S. (2008). *Programme SILAR au CPSQ*.
18. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec* (publication no 15-216-01W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
19. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2006). *Lignes directrices nationales : la santé mentale de la personne âgée – Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide*. <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2018/01/Suicide-final-french-aug-08.pdf>

20. Thiam, Y., Allaire, J.-F., Morin, P., Hyppolite, S.-R., Doré, C., Zomahoun, H. T. V. et Garon, S. (2021). A conceptual framework for integrated community care. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.5555>
21. Boisvert, I. et Gaumont, C. (2018). *État des pratiques sur les standards ministériels d'accès, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
22. Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Practise manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/208895/9789241549578_eng.pdf?sequence=1
23. *Loi sur la santé publique*. RLRQ, c. S-2.2. <http://legis-quebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-2.2>
24. Bazinet, J., Houle, F. et St-Martin, K.-A. (2021). *Rapport portrait des besoins et des pratiques en prévention du suicide* [rapport non publié]. CIUSSS de l'Estrie - CHUS, IUPLSSS.
25. Institut canadien pour la sécurité des patients et Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Trousse d'évaluation du risque suicidaire : ressource pour les travailleurs et les organisations de soins de santé*. Commission de la santé mentale du Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2021-02/mhcc_cpsi_suicide_risk_assessment_toolkit_fr.pdf
26. Peyron, P.-A. et David, M. (2015). Les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en médecine générale. *La Presse Médicale*, 44(6), 590-600. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.12.009>
27. Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N. et Montreuil, M. (2018). *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS)*. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. <https://aqiism.org/wp-content/uploads/2018/11/Mai-07-Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-G%C3%89RIS-2018-07-17.pdf>
28. Ryan, K., Tindall, C. et Strudwick, G. (2017). Enhancing key competencies of health professionals in the assessment and care of adults at risk of suicide through education and technology. *Clinical Nurse Specialist*, 31(5), 268-275. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000322>
29. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016, 9 août). JASM 2016 - *Présentations de Mme Marie-Pascale Pomey et de Mme France Laverdière* [vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=gITN-QGMfLM4>
30. Chu, C., Klein, K. M., Buchman-Schmitt, J. M., Hom, M. A., Hagan, C. R. et Joiner, T. E. (2015). Routinized assessment of suicide risk in clinical practice: An empirically informed update. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1186-1200. <https://doi.org/10.1002/jclp.22210>
31. Samra, J. et Monk, L. (2007). Working with the client who is suicidal: A tool for adult mental health and addiction services. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University et British Columbia Ministry of Health. https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/MHA_WorkingWithSuicidalClient.pdf
32. Proulx, J. (2002). *Compte rendu de [Pratiques émergentes en déficience intellectuelle. Participation plurielle et nouveaux rapports]* Jean-Pierre Gagnier et Richard Lachapelle (sous la direction de) Presses de l'Université du Québec 2002, 284 p.]. *Nouvelles pratiques sociales*, 15(2), 226-230. <https://doi.org/10.7202/008928ar>
33. 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. Dans P. Mazet et G. Darcourt (dir.), *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge* (p. 234-262). John Libbey Eurotext.
34. Terra, J.-L. et Le Vinatier, C. H. S. (2003). Prévenir le suicide : repérer et agir. *Actualité et dossier en santé publique*, 45, 20-23.
35. Gagnon, H., April, N. et Tessier, S. (2012). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois : meilleures pratiques de prévention*. Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2218014>
36. Stone, D. M., Holland, K. M., Bartholow, B., Crosby, A. E., Davis, S. et Wilkins, N. (2017). *Preventing suicide: A technical package of policies, programs, and practice*. National Center for Injury Prevention and Control (U.S.), Centers for Disease Control and Prevention. <https://doi.org/10.15620/cdc.44275>
37. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir* (publication no 11-202-06F).

38. Brailovskaia, J., Forkmann, T., Glaesmer, H., Paashaus, L., Rath, D., Schönfelder, A., Juckel, G. et Teismann, T. (2019). Positive mental health moderates the association between suicide ideation and suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 245, 246-249. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.005>
39. Roberge, M.-C. et Déplanché, F. (2017). *Synthèse des connaissances sur les champs d'action pertinents en promotion de la santé mentale chez les jeunes adultes* (publication no 2283). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2283>
40. Mantoura, P., Roberge, M.-C. et Fournier, L. (2017). Un cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 105-123. <https://doi.org/10.7202/1040246ar>
41. Abdourahman Ali, D. et Paquette, D. (2020). La transition du primaire vers le secondaire : une période clé pour promouvoir la santé mentale des jeunes. *Quintessence*, 11(12).
42. Roberge, M.-C., Laforest, J. et Melançon, A. (2019). *Consultation sur l'organisation des services de santé mentale pour les jeunes : propositions de santé publique* (publication no 2562). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.deslibris.ca/ID/10101112>
43. Kuiper, N., Goldston, D., Godoy Garraza, L., Walrath, C., Gould, M. et McKeon, R. (2019). Examining the unanticipated adverse consequences of youth suicide prevention strategies: A literature review with recommendations for prevention programs. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(4), 952-965. <https://doi.org/10.1111/sltb.12492>
44. Milner, A., Page, K., Spencer-Thomas, S. et LaMontagne, A. D. (2014). Workplace suicide prevention: A systematic review of published and unpublished activities. *Health Promotion International*, 30(1), 29-37. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau085>
45. Torok, M., Calear, A., Shand, F. et Christensen, H. (2017). A systematic review of mass media campaigns for suicide prevention: Understanding their efficacy and the mechanisms needed for successful behavioral and literacy change. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), 672-687. <https://doi.org/10.1111/sltb.12324>
46. Pirkis, J., Rossetto, A., Nicholas, A., Ftanou, M., Robinson, J. et Reavley, N. (2019). Suicide prevention media campaigns: A systematic literature review. *Health Communication*, 34(4), 402-414. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1405484>
47. World Health Organization. (2017). Preventing suicide: A resource for media professionals.
48. Cedereke, M., Monti, K. et Öjehagen, A. (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*, 17(2), 82-91. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(02\)00632-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(02)00632-6)
49. Duffy, D., Ryan, T. et Purdy, R. (2003). *Preventing suicide: A toolkit for mental health services*. National Institute for Mental Health in England.
50. Cleary, A. (2017). Help-seeking patterns and attitudes to treatment amongst men who attempted suicide. *Journal of Mental Health*, 26(3), 220-224. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1149800>
51. Lemieux, A. M., Saman, D. M. et Lutfiyya, M. N. (2014). Men and suicide in primary care. *Disease-a-Month*, 60(4), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2014.02.004>
52. Rasmussen, M. L., Haavind, H. et Dieserud, G. (2018). Young men, masculinities, and suicide. *Archives of Suicide Research*, 22(2), 327-343. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1340855>
53. Association canadienne pour la prévention du suicide. (2004). *Avant-projet de l'ACPS pour une stratégie nationale canadienne pour la prévention du suicide*.
54. Centre de prévention du suicide 02. (2011). *Les armes et vous : êtes-vous à l'abri... du drame?.*
55. Nault, S., Trickey, F. et Baillargeon, A. (2001). *Les décès par arme à feu - Une arme à feu dans un foyer : un gros risque!*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
56. Bernert, R. A., Hom, M. A. et Roberts, L. W. (2014). A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: Toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice. *Academic Psychiatry*, 38(5), 585-592. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0180-1>
57. du Roscoät, E. et Beck, F. (2013). Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61(4), 363-374. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.01.099>
58. Organisation mondiale de la Santé. (2011). *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soin non spécialisées* (version 1.0).

59. Bouchard, L. M., Chartrand, É., Dubé, P.-A., Gagné, D., Gagné, M., Légaré, G., Maurice, P. et Panneton, A.-C. (2016). *Prévention des intoxications volontaires par médicaments accessibles sans ordonnance* (publication no 2117). Institut national de santé publique du Québec.
60. 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*.
61. Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : cadre fédéral de prévention du suicide*. <https://www.canada.ca/content/dam/canada/public-health/migration/publications/healthy-living-vie-saine/framework-suicide-cadre-suicide/alt/framework-suicide-cadre-suicide-fra.pdf>
62. Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., Tran, U. S., Voracek, M., Cheng, Q., Arendt, F., Scherr, S., Yip, P. S. F. et Spittal, M. J. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 368, m575. <https://doi.org/10.1136/bmj.m575>
63. Palluy, J., Arcand, L., Choinière, C., Martin, C. et Roberge, M.-C. (2010). *Réussite éducative, santé, bien-être : agir efficacement en contexte scolaire - Synthèse de recommandations* (publication no 1065). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1065>
64. Gouvernement du Québec. (2023). *Santé mentale - Interventions en contexte scolaire*. <https://www.quebec.ca/education/prescolaire-primaire-et-secondaire/sante-bien-etre-jeunes/ekip/interventions-par-sujets-de-sante-et-de-bien-etre-en-contexte-scolaire/sante-mentale-interventions-en-contexte-scolaire>
65. Nicolas, C., Notredame, C.-E. et Séguin, M. (2017). *Déploiement d'actions ou de stratégies de postvention : une revue systématique de la littérature*.
66. April, L., Étienne, C. et Martel, G. (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*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1926695>
67. Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale. (2004). *Troubles suicidaires : urgences en santé mentale*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04_comite_experts_suicides.pdf
68. Organisation mondiale de la Santé. (2001). *La prévention du suicide : indications pour les médecins généralistes*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67166/WHO_MNH_MBD_00.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
69. Michel, K. (2002). Le médecin et le patient suicidaire - Partie I : Aspects fondamentaux. *Forum Médical Suisse*, 29/30, 704-707.
70. Joiner, T., Kalafat, J., Draper, J., Stokes, H., Knudson, M., Berman, A. L. et McKeon, R. (2007). Establishing standards for the assessment of suicide risk among callers to the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 353-365.
71. Midence, K., Gregory, S. et Stanley, R. (1996). The effects of patient suicide on nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 5(2), 115-120.
72. Ritter, K., Stompe, T., Voracek, M. et Etzersdorfer, E. (2002). Suicide risk-related knowledge and attitudes of general practitioners. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 114(15-16), 685-690.
73. White, J. et Jodoin, N. (2004). *Guide des stratégies prometteuses pour la prévention du suicide chez les jeunes Autochtones*. Centre pour la prévention du suicide. <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/PreventionDuSuicide/res-prom-stat-fr.pdf>
74. Préville, M., Julien, M., Groulx, S., Deschêches, L., Denis, J.-L., St-Laurent, D. et Fillion, Y. P. (2004). *Rapport d'évaluation du programme PPS-MD : programme de prévention du suicide s'adressant aux omnipraticiens*. Université de Sherbrooke.
75. Roy, F. et Beaulieu, D. (2014). *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide : guide du formateur* (2e éd., mise à jour par Pelchat, L.). Association québécoise de prévention du suicide.
76. Roberge, M.-C. et Bouguezour, N. (2018). *Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec : étude descriptive* (publication no 2469). Institut national de santé publique du Québec.
77. Dulac, G. et Laliberté, A. (2002). *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*. Presses de l'Université du Québec.

78. Chavarria, W. et Bouzidi, M. (2012). *Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans quatre régions du Québec : rapport d'évaluation* (publication no 12-825-01W). <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2248983>
79. Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie. (2019, juillet 29). *Repérer les personnes à risque ou évaluer le risque suicidaire. Prévention du suicide : synthèses de connaissances*. <https://comprendrelesuicide.uqam.ca/fr/champ-dinteret/reperer-personnes-risque-evaluer-risque-suicidaire>
80. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (À paraître). *Guide de pratique à l'intention des intervenants en prévention du suicide: Soutien à la formation prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger*.
81. Dueueke, A. R. et Bridges, A. J. (2018). Suicide interventions in primary care: A selective review of the evidence. *Families, Systems, & Health*, 36(3), 289-302. <https://doi.org/10.1037/fsh0000349>
82. Akouamba, B. S. et Beauchamp, S. (2022, septembre 23). *Autosoins en santé mentale : définition et modèles* [téléconférence].
83. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Autosoins enfants et adolescents – Guide de soutien à l'implantation et à l'utilisation des autosoins pour les enfants et les adolescents dans le cadre du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie* (publication no 20-914-03W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002842/>
84. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services – Guide de pratique clinique* (publication no 21-914-11W).
85. Szlyk, H. et Tan, J. (2020). The role of technology and the continuum of care for youth suicidality: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(10), e18672. <https://doi.org/10.2196/18672>
86. Torok, M., Cleave, A. L., Smart, A., Nicolopoulos, A. et Wong, Q. (2019). Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *Journal of Adolescence*, 73(1), 100-112. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.04.005>
87. Witt, K., Spittal, M. J., Carter, G., Pirkis, J., Hetrick, S., Currier, D., Robinson, J. et Milner, A. (2017). Effectiveness of online and mobile telephone applications ('apps') for the self-management of suicidal ideation and self-harm: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-18.
88. Arshad, U., Farhat-ul-Ain, Gauntlett, J., Husain, N., Chaudhry, N. et Taylor, P. J. (2020). A systematic review of the evidence supporting mobile- and Internet-based psychological interventions for self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1), 151-179. <https://doi.org/10.1111/sltb.12583>
89. Büscher, R., Torok, M., Terhorst, Y. et Sander, L. (2020). Internet-based cognitive behavioral therapy to reduce suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(4), e203933. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3933>
90. Stefanopoulou, E., Hogarth, H., Taylor, M., Russell-Haines, K., Lewis, D. et Larkin, J. (2020). Are digital interventions effective in reducing suicidal ideation and self-harm? A systematic review. *Journal of Mental Health*, 29(2), 207-216. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1714009>
91. Assing Hvidt, E., Ploug, T. et Holm, S. (2016). The impact of telephone crisis services on suicidal users: A systematic review of the past 45 years. *Mental Health Review Journal*, 21(2), 141-160. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-07-2015-0019>
92. Mokkenstorm, J. K., Eikelenboom, M., Huisman, A., Wiebenga, J., Gilissen, R., Kerkhof, A. J. F. M. et Smit, J. H. (2017). Evaluation of the 113Online suicide prevention crisis chat service: Outcomes, helper behaviors and comparison to telephone hotlines. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(3), 282-296. <https://doi.org/10.1111/sltb.12286>
93. Sindahl, T. N., Côte, L.-P., Dargis, L., Mishara, B. L. et Bechmann Jensen, T. (2019). Texting for help: Processes and impact of text counseling with children and youth with suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1412-1430. <https://doi.org/10.1111/sltb.12531>
94. Links, P. S. et Hoffman, B. (2005). Preventing suicidal behaviour in a general hospital psychiatric service: Priorities for programming. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(8), 490-496. <https://doi.org/10.1177/070674370505000809>

95. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Document d'information à l'intention des établissements - Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)* (publication no 20-914-07W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-914-07W.pdf>
96. Institut national de santé publique du Québec. (2020). *Prévenir la violence et le suicide dans un contexte de pandémie de COVID-19 - quelques pistes* (publication no 2994). <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2994-prevenir-violence-suicide-covid19.pdf>
97. Levesque, P. et Roberge, M.-C. (2020). *Synthèse des connaissances sur l'impact d'une crise sanitaire ou économique sur les comportements suicidaires* (publication no 3073). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3073-impact-crise-sanitaire-economique-comportements-suicidaires-covid19.pdf>
98. Lessard, L. et Robitaille, M.-A. (2019). Les premiers secours psychologiques en cas de désastres. *Quintessence*, 10(10).
99. Noh, D., Park, Y.-S. et Oh, E. G. (2016). Effectiveness of telephone-delivered interventions following suicide attempts: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 114-119. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.012>
100. Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggan, E., Bridge, J. A. et Marcus, S. C. (2020). Association of suicide prevention interventions with subsequent suicide attempts, linkage to follow-up care, and depression symptoms for acute care settings: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(10), 1021. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586>
101. Mishara, B. L., Houle, J. et Lavoie, B. (2005). Comparison of the effects of four suicide prevention programs for family and friends of high-risk suicidal men who do not seek help themselves. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 329-342.
102. Houle, J., Mishara, B. L. et Chagnon, F. (2006). Le soutien social peut-il protéger les hommes de la tentative de suicide? *Santé mentale au Québec*, 30(2), 61-84. <https://doi.org/10.7202/012139ar>
103. Castelli Dransart, D. et Guerry, S. (2017). Help-seeking in suicidal situations: Paramount and yet challenging. Interactions between significant others of suicidal persons and health care providers. *Journal of Clinical Medicine*, 6(2), 17. <https://doi.org/10.3390/jcm6020017>
104. McLaughlin, C., McGowan, I., Kernohan, G. et O'Neill, S. (2016). The unmet support needs of family members caring for a suicidal person. *Journal of Mental Health*, 25(3), 212-216. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101421>
105. Lecomte, Y. et Lefebvre, Y. (2006). L'intervention en situation de crise. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 122-142. <https://doi.org/10.7202/030352ar>
106. Rey, R., Lourieux, C. et d'Amato, T. (2019). Comment aider les proches? Dans L. Lecardeur (dir.), *Troubles psychotiques : protocoles d'intervention précoce - Le guide du clinicien* (1re éd., p. 155-162). Elsevier Masson.
107. Sun, F.-K., Chiang, C.-Y., Yu, P.-J. et Lin, C.-H. (2013). A suicide education programme for nurses to educate the family caregivers of suicidal individuals: A longitudinal study. *Nurse Education Today*, 33(10), 1192-1200. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.06.017>
108. Mishara, B. L. et Houle, J. (2003). *Évaluation des projets-pilotes d'aide aux hommes suicidaires par l'intermédiaire de leurs proches : rapport final*. Suicide-Action Montréal. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000106721.pdf>
109. Séguin, M., Roy, F. et Boilar, T. (2020). *Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide*. Association québécoise de prévention du suicide. https://rcpsq.org/wp-content/uploads/2020/02/Programme-Postvention_FR_2020.pdf
110. Poirier, M. (2006). Enjeux cliniques et éthiques de la supervision externe des équipes en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 31(1), 107-124.
111. Andriessen, K., Krysinska, K., Hill, N. T., Reifels, L., Robinson, J., Reavley, N. et Pirkis, J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: A systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-15.
112. Cook, F., Jordan, J. R. et Moyer, K. (2015). Responding to grief, trauma, and distress after a suicide: US national guidelines. National Action Alliance for Suicide Prevention.

113. Linde, K., Treml, J., Steinig, J., Nagl, M. et Kersting, A. (2017). Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(6), e0179496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179496>
114. Spiwak, R., Elias, B., Sareen, J., Chartier, M., Bolton, J. M. et Dubois, F. (2018). Un nouvel enjeu de santé publique au Canada : l'accompagnement des personnes endeuillées à la suite d'un suicide. *Criminologie*, 51(2), 136-166. <https://doi.org/10.7202/1054238ar>
115. Commission de la santé mentale du Canada. (2018). *Trousse d'outils pour les personnes qui ont été touchées par une perte par suicide*. https://www.mentalhealth-commission.ca/sites/default/files/2018-05/suicide_loss_toolkit_fr.pdf
116. *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. RLRO, c. P-38.001. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/p-38.001>
117. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - Garde en établissement de santé et de services sociaux* (publication no 17-917-07W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002036/>
118. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience - Services sociaux généraux : offre de service - Programme-services, services généraux, activités cliniques et d'aide* (publication no 12-803-01F). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000345/>
119. Dussaux, J., Goudal, P., Marcel, J.-L. et Mauras, T. (2020). Prise en charge du risque suicidaire : les centres d'accueil et de crise comme dispositif de soins. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(4), 340-345. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.11.011>
120. Nour, K. et Ouadahi, Y. (2016). *De l'idée, à l'évaluation, à l'implantation optimale : une procédure de surveillance pour les personnes vulnérables au suicide avant la prise en charge médicale à l'urgence de l'hôpital Pierre-Boucher - Rapport d'évaluation*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3215403>
121. Suicide Prevention Resource Center. (2015). *Caring for adult patients with suicide risk: A consensus guide for emergency departments*. https://www.sprc.org/sites/default/files/EDGuide_full.pdf
122. Liddicoat, S. (2019). Enhancing emergency care environments: Supporting suicidal distress and self-harm presentations through environmental safeguards and the built environment. *Patient Experience Journal*, 6(3), 91-104. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1361>
123. Betz, M. E. et Boudreaux, E. D. (2016). Managing suicidal patients in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 67(2), 276-282. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.09.001>
124. Péladeau, N., Mercier, C. et Couture, L. (1991). Les centres de crise et les services en santé mentale : l'expérience du Sud-Ouest de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 267-288. <https://doi.org/10.7202/032238ar>
125. Comtois, K. A. et Linehan, M. M. (2006). Psychosocial treatments of suicidal behaviors: A practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 161-170. <https://doi.org/10.1002/jclp.20220>
126. Lefebvre, Y. et Coudari, F. (1991). L'Entremise : de l'autonomie à l'emprise... institutionnelle? *Santé mentale au Québec*, 16(2), 289-314. <https://doi.org/10.7202/032239ar>
127. Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A. et Stanley, B. (2018). The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 33. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
128. Brown, G. K. et Green, K. L. (2014). A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), S209-S215. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.006>
129. Falcone, G., Nardella, A., Lamis, D. A., Erbuto, D., Girardi, P. et Pompili, M. (2017). Taking care of suicidal patients with new technologies and reaching-out means in the post-discharge period. *World Journal of Psychiatry*, 7(3), 163-176. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i3.163>
130. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (1998). *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide : texte des recommandations*.

131. Motto, J. A. et Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828-833. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.828>
132. Sullivan, A. M., Barron, C. T., Bezmen, J., Rivera, J. et Zapata-Vega, M. (2005). The safe treatment of the suicidal patient in an adult inpatient setting: A proactive preventive approach. *Psychiatric Quarterly*, 76(1), 67-83. <https://doi.org/10.1007/s11089-005-5582-2>
133. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y.,... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
134. Hawton, K. K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A. et van Heeringen, K. (1999). Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001764>
135. King, E. A., Baldwin, D. S., Sinclair, J. M. A., Baker, N. G., Campbell, M. J. et Thompson, C. (2001). The Wessex recent in-patient suicide study, 1: Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *British Journal of Psychiatry*, 178(6), 531-536. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.531>

