

Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus

Guide pratique à l'intention des
intervenants en soutien à la formation
Susciter l'espoir et estimer le danger

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 : 978-2-550-95805-5 (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

Avertissement

Tout intervenant ou professionnel qui souhaite utiliser la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) décrite dans ce guide doit suivre la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger*.

Le terme « intervenant » est utilisé dans ce document comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte et d'en faciliter la lecture.

Réalisation

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) a conçu ce guide. Il se veut principalement un outil en soutien aux apprenants de la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger*.

Cette formation et le présent guide ont été réalisés à la suite d'un mandat provincial octroyé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au CIUSSS de l'Estrie – CHUS et au Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, mandatés par la formation continue partagée. Ce mandat s'inscrivait dans la mesure 4.1 du Plan d'action interministériel (PAI) 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS), qui visait l'amélioration de la performance des services préventifs offerts à la population, particulièrement en matière de prévention du suicide.

Nous tenons à souligner le travail des comités et les personnes qui ont conçu la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger*. Le présent guide s'appuie sur cette formation de manière intégrale.

Les personnes ayant contribué à la réalisation de la formation sont présentées en ordre alphabétique.

COMITÉ D'EXPERTS DE LA FORMATION

Geneviève Beaudet-Hillman, conseillère en soins spécialisés, Direction des soins infirmiers, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Rock-André Blondin, psychologue et consultant

Lucie Pelchat, coordonnatrice en développement des compétences, Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)

COMITÉ DE VALIDATION DE LA FORMATION

Cécile Bardon, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), Université du Québec à Montréal (UQAM)

Catherine Bédard, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-Montréal

Amélie Gauthier, Centre de prévention du suicide (CPS) Faubourg

Anne-Marie Grégoire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS (jusqu'en juin 2022)

Virginie Hamel, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval

Éveline Laurin, CPS de Lanaudière

Marjorie Montreuil, École des sciences infirmières Ingram, Université McGill

Sylvie Potvin, JEVI CPS – Estrie

Jessica Rassy, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Émilie Truchon-Villeneuve, CISSS de la Gaspésie

APPORT SPÉCIAL À LA FORMATION

Marie-Ève Bernier, conseillère à la formation, AQPS

Brigitte Lavoie, psychologue

L'équipe du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP), CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Les personnes ayant contribué à la réalisation du guide et à la rédaction des sections « Pour aller plus loin » et « En d'autres mots » sont présentées en ordre alphabétique.

RÉDACTION

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

COORDINATION

Pier B. Lortie, adjointe 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, Direction générale de la santé publique, MSSS

Catherine Denis, coordonnatrice Jeunesse et vie adulte, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, MSSS

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

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Louis-Philippe Côté, doctorant, CRISE, 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

DIRECTION ARTISTIQUE ET DESIGN GRAPHIQUE

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

Remerciements

en ordre alphabétique

La rédaction de ce guide fut un long processus auquel plusieurs personnes ont contribué de près et de loin, et nous les en remercions. Les personnes remerciées sont présentées en ordre alphabétique.

Cécile Bardon, CRISE, UQAM

Kim Basque, AQPS

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

Rock-André Blondin, psychologue et consultant

Marie-Ève Bernier, AQPS

Tania Boilar, JEVI CPS - Estrie

Sébastien Doyon, JEVI CPS - Estrie

Cindy Frenette Hayes, AQPS

Mathieu Gagnon, AQPS

Elvira Gallant, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Anne-Michel Gauthier, CRAIP

Chantal Gohier, CIUSSS de l'Estrie - CHUS
(jusqu'en 2021)

Lydia Jones, AQPS

William Lacasse, CRAIP

Chantale Laforest, CRAIP

Marie-Ève Lapointe-Tremblay, CRAIP

Éveline Laurin, CPS de Lanaudière

Julie Leduc, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Chiara Mara-Bolduc, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Lucie Pelchat, AQPS

Sébastien Pelletier, AQPS

Danielle Pinsonneault, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Karine Plante, Direction de la coordination des orientations et de l'adaptation aux réalités de la diversité (DCOARD), MSSS

Sylvie Potvin, JEVI CPS - Estrie

Françoise Roy, AQPS

Andrée-Anne Simard, DCOARD, MSSS

Dominique Stibre, DCOARD, MSSS

Karel-Ann St-Martin, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Priscilla Taché, DCOARD, MSSS

Elvira Gallant, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Julie Tremblay, MSSS

Émilie Truchon-Villeneuve, CISSS de la Gaspésie

Valérie Tremblay, CRAIP

Mélina V. Larouche, CRAIP

Ce guide s'inscrit en continuité avec le *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* (2010). Nous soulignons la contribution des auteurs de cet ouvrage à l'amélioration des pratiques en prévention du suicide.

Table des matières

À propos	09	Chapitre 6 - Fin de l'intervention	64
Aperçu du portrait du suicide au Québec	11	Estimer la dangerosité	65
Processus clinique de l'intervention	12	Appliquer les mesures de sécurité	66
Visuel du processus clinique de l'intervention	13	Mesures de sécurité générales (vert, jaune, orange et rouge)	69
Chapitre 1 - Susciter l'espoir	15	Mesures lors d'un risque d'homicide	71
Chapitre 2 - Mobiliser les proches	21	Plan de sécurité	73
Chapitre 3 - Début de l'intervention	33	Chapitre 7 - Offrir un suivi adapté aux besoins	81
Accueillir le vécu	34	Offrir un suivi adapté aux besoins	82
Repérer la personne vulnérable au suicide	38	Mettre fin au suivi	87
Signes de détresse	39	Bibliographique	88
Moments critiques	41	Annexes	96
Vérifier la présence d'idées suicidaires	43	Description de la formation <i>Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger</i>	96
Chapitre 4 - Composer avec ses émotions et ses croyances	46	Description de la formation provinciale sur l'estimation et la gestion du risque d'homicide	98
Chapitre 5 - Cœur de l'intervention	52	Description de la formation <i>Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (LPP)</i>	100
Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire	53		
Explorer les critères de danger en suscitant l'espoir	59		
Convenir d'actions qui alimentent l'espoir	60		

Liste des sigles et acronymes

AQPS	Association québécoise de prévention du suicide	ENA	Environnement numérique d'apprentissage
AQIISM	Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale	GEDPAS	Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	GÉRIS	Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	PAI	Plan d'action interministériel
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	PIH	Personne avec des idées d'homicide
CPS	Centre de prévention du suicide	PGPS	Politique gouvernementale de prévention en santé
CRAIP	Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CRISE	Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie	RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
DCOARD	Direction de la coordination des orientations et de l'adaptation aux réalités de la diversité	SASC	Service d'aide en situation de crise
		UQAM	Université du Québec à Montréal

À propos

Dans quelles orientations gouvernementales s'inscrit ce guide?

En plus de découler de l'action numéro 5* de la mesure 4.1 du PAI 2017-2021 de la PGPS, le présent guide contribue à la mise en œuvre de la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 : rallumer l'espoir. Il s'inscrit dans les principales mesures déjà déployées ou en déploiement de l'axe 3, « Formation et soutien des professionnels et des intervenants », de la Stratégie. Ces mesures visent à « [d]évelopper les compétences des professionnels et des intervenants en matière de repérage des personnes qui pensent au suicide, d'intervention auprès d'elles ainsi que d'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire » ainsi qu'à « [r]enforcer le soutien offert aux professionnels et aux intervenants oeuvrant auprès de personnes qui pensent au suicide » (MSSS, 2022, p. 39).

Ce guide présente les pratiques à privilégier à ce jour pour prévenir le suicide auprès des personnes de 14 ans et plus, en particulier pour les intervenants et les professionnels qui ont la responsabilité d'estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire dans le cadre de leur fonction, et ce, sans égard à leur milieu de pratique (réseau de la santé et des services sociaux [RSSS], CPS, autres milieux d'intervention). En ce sens, ce document fait office de mise à jour du *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, publié en 2010.

À qui s'adresse ce document?

Ce guide s'adresse principalement aux intervenants ayant suivi une formation pour estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, notamment aux apprenants de la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger*.

Cette formation s'adresse aux intervenants et aux professionnels qui ont la responsabilité d'estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire dans le cadre de leur fonction auprès des personnes de 14 ans et plus, et ce, sans égard à leur milieu de pratique (RSSS, CPS, autres milieux d'intervention).

Qu'est-ce que la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger*?

La formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger* est la formation privilégiée par le MSSS en prévention du suicide.

Elle vise à favoriser un langage commun et l'utilisation d'un seul et même outil pour estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (la GEDPAS).

Pour en savoir plus sur cette formation, consultez l'annexe « Description de la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger* ».

* Action numéro 5 : « Soutenir les gestionnaires ainsi que les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux ou du milieu communautaire dans leurs fonctions et leurs interventions en matière de prévention du suicide [...] »

Que vise ce guide?

Ce guide vise principalement à soutenir les intervenants ayant suivi une formation pour estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, notamment les apprenants de la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger*. Ce guide offre de l'information complémentaire à cette formation et cohérente avec elle. Il ne remplace pas cette dernière.

Comment ce guide a-t-il été conçu?

Ce guide reprend la majorité du contenu des modules d'autoapprentissage en ligne de la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger*, à l'exception des mises en situation (notamment celles du module 7) et des exercices de validation des connaissances.

À cela ont été ajoutées des sections « En d'autres mots » et « Pour aller plus loin », dont le contenu est issu d'une recension des écrits en prévention du suicide effectuée en 2020.

Pour les contenus issus des modules d'autoapprentissage en ligne de la formation, les références sont présentées par chapitre dans la bibliographie. Les références des sections « En d'autres mots » et « Pour aller plus loin » sont indiquées directement dans le texte.

Comment utiliser ce guide?

Ce guide est structuré selon les modules d'autoapprentissage de la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger*.

Les chapitres du guide correspondent aux modules d'autoapprentissage en ligne de la formation à l'exception de la section « Aperçu du portrait du suicide au Québec » qui a été placé en introduction.

Le présent guide ne se substitue pas au jugement clinique de l'intervenant. Ce jugement doit s'exercer au moment de recourir aux pratiques présentées dans le guide, dans l'optique d'en arriver à une prise de décision éclairée pour intervenir auprès de la personne qui pense au suicide.

Aperçu du portrait du suicide au Québec

Les effets du suicide dans la population au Québec sont importants selon les données compilées en 2024 (INSPQ). Au Québec, on estime que, pour chaque adulte décédé par suicide, 30 autres auraient fait une ou plusieurs tentatives (Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026) et environ 200 auraient eu des idées suicidaires.

La prémisse de ce guide est que chaque suicide est un suicide de trop.

Comparativement au début des années 2000, nous comptons aujourd'hui environ 300 suicides de moins par année. Cette réduction du taux de suicide coïncide avec des avancées importantes sur le plan des connaissances, avec l'accès à des formations de qualité et avec l'amélioration des pratiques en matière de prévention du suicide. Nous sommes donc convaincus que les efforts déployés en prévention du suicide portent fruit.



POUR ALLER PLUS LOIN

Les données de surveillance sur le suicide donnent certaines indications sur les populations qui sont les plus touchées par la mortalité par suicide, particulièrement sur les personnes issues des Premières Nations, les Inuit ainsi que les hommes, rendant ainsi incontournable la prise en compte de l'approche de la sécurisation culturelle et de l'analyse différenciée selon les sexes afin d'adapter les actions et d'éviter de créer ou de reproduire des inégalités.

Au-delà des données sur la mortalité par suicide, il est connu que certains groupes de personnes présentent une combinaison plus élevée et spécifique de facteurs de vulnérabilité, ce qui augmente le risque suicidaire pour celles-ci (ex. : les personnes travaillant en milieu agricole, les personnes incarcérées, les personnes ayant un ou des troubles de santé mentale) (Lebel et al., 2018). Les besoins et les réalités de ces personnes doivent être pris en compte dans l'intervention.

Des fiches présentant une synthèse de l'information sur les besoins et les réalités de groupes spécifiques en matière de prévention du suicide sont accessibles à la page : [Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux](#).

Processus clinique de l'intervention

Ce guide ainsi que la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger* proposent un processus clinique de l'intervention.

Ce processus s'applique dans divers contextes d'intervention, comme au téléphone et en face à face, lors d'une première rencontre et en suivi. Il est également conçu pour les divers milieux d'intervention et de travail, tels que les milieux communautaires, hospitaliers et scolaires.

Au cœur du processus se trouve l'alliance thérapeutique avec la personne et ses proches. Ce lien se caractérise par le respect, la confiance, l'écoute et l'empathie.

L'alliance thérapeutique est comprise comme étant un principe sur lequel devrait s'appuyer chacune des interventions. Pour l'intervenant, prendre soin de la relation entretenue avec une personne qui pense au suicide devrait être une priorité de tout instant. Celle-ci peut influencer les pratiques d'intervention en prévention du suicide.

- Des compétences transversales teintent l'ensemble des pratiques de chacune des étapes du processus clinique : susciter l'espoir, mobiliser les proches, composer avec ses émotions et ses croyances.
- Les étapes sont flexibles et dynamiques et s'adaptent aux besoins et à la réalité de la personne dans le contexte d'intervention

**En tout temps,
le jugement clinique
de l'intervenant
conduit le processus
clinique de
l'intervention selon
la situation de
la personne.**

Visuel du processus clinique de l'intervention



Compétences transversales



SYNTHÈSE DES COMPÉTENCES TRANSVERSALES ET DES ÉTAPES FLEXIBLES ET DYNAMIQUES DU PROCESSUS CLINIQUE DE L'INTERVENTION

COMPÉTENCES TRANSVERSALES	Susciter l'espoir	Susciter l'espoir permet de diminuer la dangerosité et d'aider la personne à prendre conscience de ses raisons de vivre, de ses forces ainsi que de ses ressources.
	Mobiliser les proches	L'implication des proches est centrale en prévention du suicide. Les proches peuvent être des alliés qui contribuent à protéger la personne qui pense au suicide et à lui redonner espoir.
	Composer avec ses émotions et ses croyances	La régulation des émotions permet à l'intervenant de prendre conscience de l'effet de ses émotions et de ses croyances sur sa façon d'intervenir.
DÉBUT DE L'INTERVENTION	Accueillir le vécu	Dès les premiers instants de la rencontre, l'intervenant tente de mettre en place un climat favorisant l'alliance thérapeutique. Il s'intéresse alors au vécu de la personne : quelle est la situation qui l'a amenée à consulter? Que souhaite-t-elle comme changement?
	Repérer la personne vulnérable au suicide	Dans cette étape, l'intervenant se pose la question suivante : quels signes de détresse ou quels moments critiques sont présents? Il est alors amené à vérifier la présence d'idées suicidaires.
	Vérifier la présence d'idées suicidaires	Il est essentiel d'être proactif lorsque vient le temps de vérifier la présence d'idées suicidaires.
CŒUR DE L'INTERVENTION	Explorer les critères de danger en suscitant l'espoir	L'intervention auprès d'une personne qui pense au suicide ne se limite pas à porter un regard sur le danger de passage à l'acte. Elle vise aussi à le diminuer. C'est pourquoi il est important d'explorer les sept critères d'estimation du danger tout en aidant la personne à retrouver l'espoir.
	Convenir d'actions qui alimentent l'espoir	Cette étape permet d'explorer les stratégies que la personne peut réutiliser pour raviver la partie d'elle qui veut vivre et se protéger.
FIN DE L'INTERVENTION	Estimer la dangerosité	L'estimation de la dangerosité repose sur le jugement clinique de l'intervenant. Ce dernier s'appuie sur l'exploration des sept critères d'estimation de la dangerosité, sur la capacité de la personne à retrouver l'espoir ainsi que sur l'adhésion aux actions convenues pour alimenter l'espoir.
	Appliquer les mesures de sécurité	Une fois que l'estimation de la dangerosité est établie, l'intervenant doit déterminer quelles sont les mesures de sécurité spécifiques à mettre en place auprès de la personne.
	Offrir un suivi adapté aux besoins	Les rencontres de suivi permettent de réutiliser les étapes du processus clinique afin d'augmenter ce qui protège la personne et de poursuivre le travail pour diminuer ce qui la maintient en danger. Dans ces rencontres de suivi, il est nécessaire de réutiliser le processus clinique et d'adapter les interventions selon les clientèles.

Susciter l'espoir

Le chapitre 1 présente la compétence transversale « Susciter l'espoir ».



Susciter l'espoir

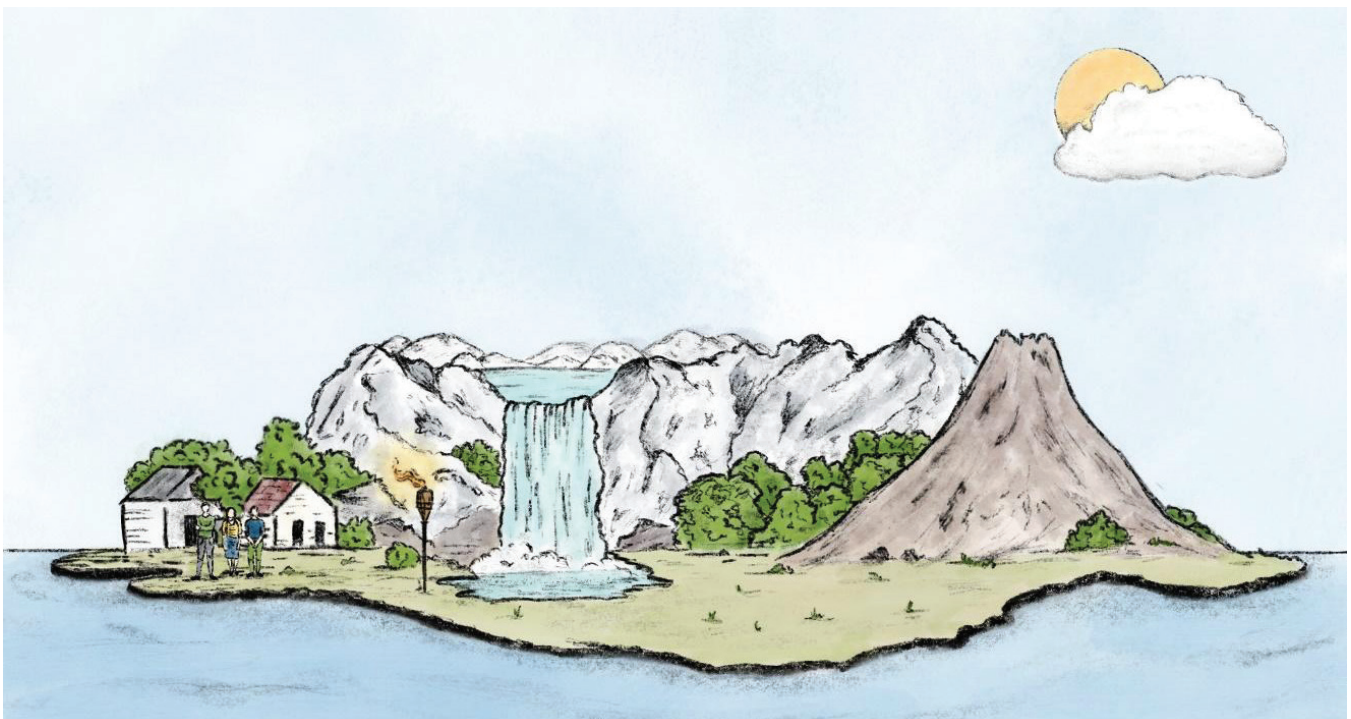
Vécu de la personne

La personne aux prises avec des idées suicidaires peut ressentir un grand désespoir, de la solitude, de la honte, une perte de contrôle ou de l'impuissance face aux difficultés qu'elle rencontre.

Elle peut avoir l'impression d'être un fardeau, que sa situation ne s'améliorera jamais, qu'elle n'a pas ce qu'il faut pour s'en sortir et qu'elle n'a pas de raison de vivre. La personne qui pense au suicide désire soulager une souffrance psychologique insoutenable (Fiske, 1998).

Le vécu de la personne est composé de son présent, du regard qu'elle porte sur son passé et de la façon dont elle perçoit son futur.

Prenons un instant pour imaginer que le vécu de la personne qui pense au suicide peut se comparer au fait de vivre sur une île (Lavoie, 2021)*. Sur cette île, on trouve une forêt, des prairies, des cours d'eau, des maisons et des gens. Cela représente les choses qui ont de la valeur aux yeux de la personne. L'île héberge aussi un volcan. Le volcan en éruption représente les idées suicidaires. Lorsque la personne pense au suicide, le volcan recouvre une partie de l'île de lave et de fumée. Lorsque la personne ne pense pas au suicide, le volcan est en dormance.

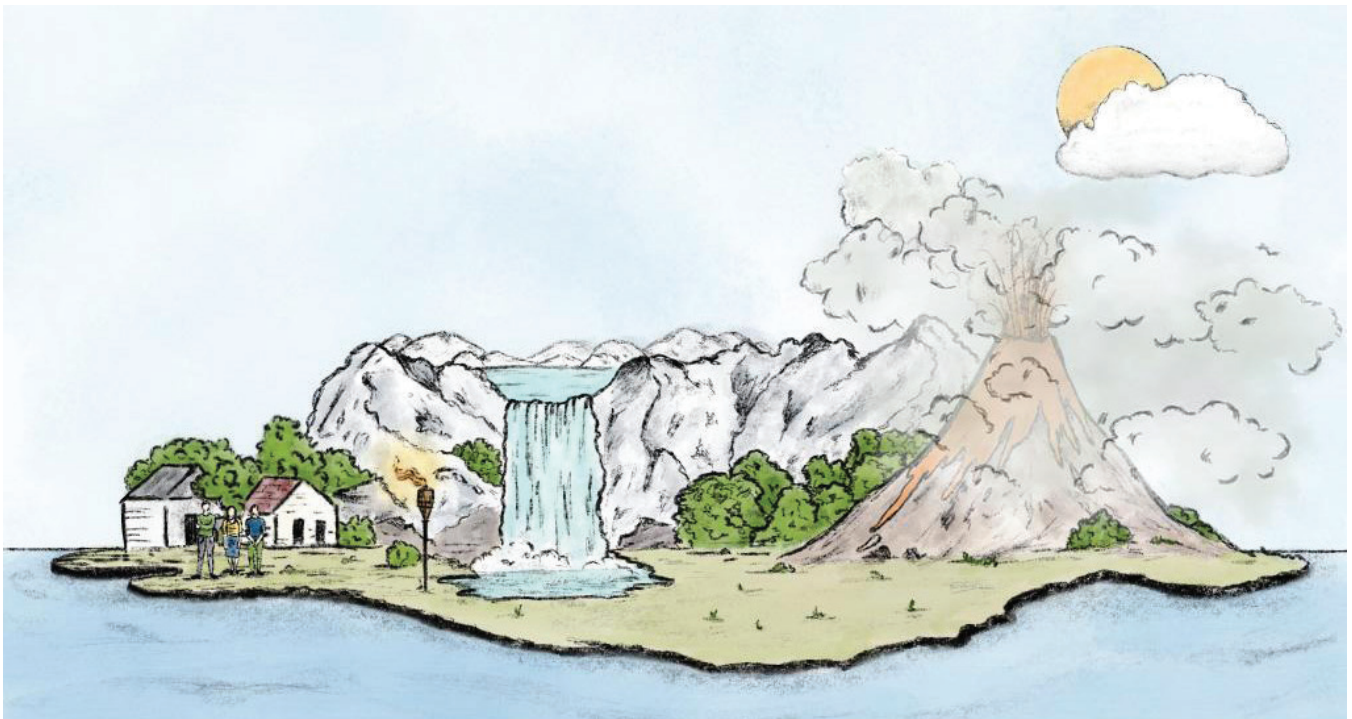


* Cette métaphore est de Brigitte Lavoie (2021). Elle est utilisée avec la permission de l'auteurice.

Ambivalence dans le présent

Le présent de la personne qui pense au suicide est donc composé d'un volcan en éruption qui crache de la fumée et de la lave. D'une part, lorsqu'elle constate l'étendue de la lave qui est présente et qu'elle a de la fumée dans les yeux, la personne a de la difficulté à voir ce qui a de la valeur pour elle. Elle ne perçoit plus la forêt, les lacs et son village.

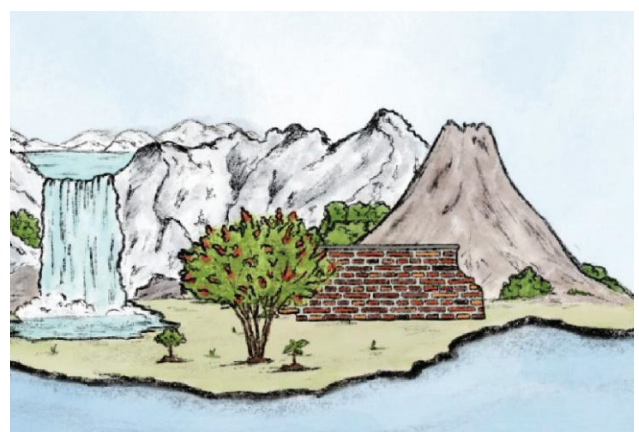
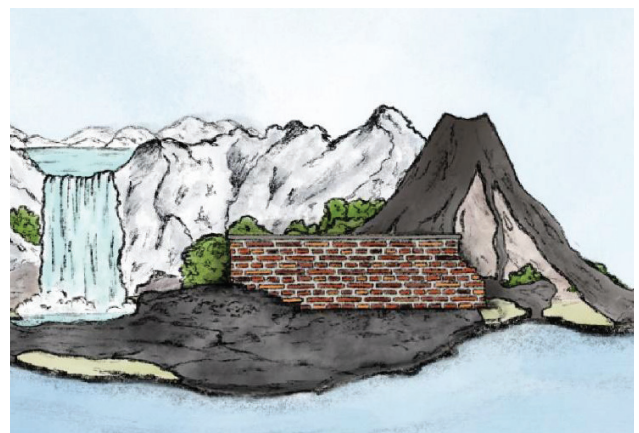
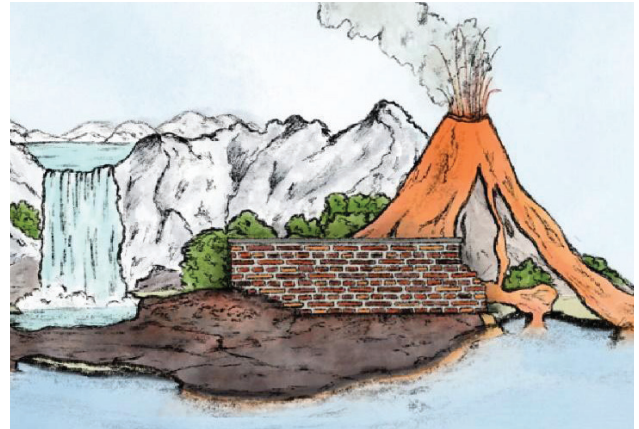
Dans ces moments, elle peut avoir l'impression qu'elle est inutile et impuissante. Elle peut vivre du désespoir. D'une autre part, la lave et la fumée ne recouvrent qu'une partie de l'île. Si la personne se promène sur son île, elle est en mesure de voir les différents paysages et les gens qui s'y trouvent. Elle peut explorer les parties de son île et prendre conscience de ce qui est important pour elle. Dans ces moments, elle arrive à reprendre contact avec ses raisons de vivre et à retrouver espoir. La personne qui pense au suicide est donc ambivalente.



Ambivalence dans le futur

L'ambivalence se manifeste aussi dans le passé et le futur de la personne.

- Le passé est composé des moments où la lave s'est écoulée à grands remous, ce qui représente sa souffrance et ses échecs. Il est aussi composé de moments où elle a construit des digues pour protéger son île, ce qui évoque sa capacité à faire face à ses difficultés.
- Le futur de la personne est composé des moments où elle s'imagine qu'il ne restera plus rien d'intéressant sur son île. Ces moments symbolisent le désespoir et la pensée qu'il est impossible que son état s'améliore.
- Il lui arrive aussi d'imaginer ce qui va pousser là où la lave a rendu le sol fertile et ce qu'elle pourra y construire. Ces idées lui redonnent espoir. Elle imagine un futur qui vaut la peine d'être vécu.



Posture d'intervention

La posture d'intervention de l'intervenant tient compte du vécu de la personne qui pense au suicide. Ainsi, l'intervenant quitte son île d'expertise professionnelle pour se rendre sur l'île de la personne. La personne est experte de son propre vécu. L'intervenant est comme un anthropologue qui serait curieux de comprendre comment la personne fait pour vivre sur une île où se trouve un volcan et respectueux de la culture locale.



EN D'AUTRES MOTS

La personne a besoin d'aide pour se rappeler sa valeur (Ross et al., 2014), trouver un futur qui a du sens, l'imaginer et le rendre possible (Bazinet et al., 2015). En invitant la personne à penser à un avenir qui est différent puis en l'aidant à établir des objectifs concrets qui lui permettront de s'y rendre, l'intervenant contribue à susciter de l'espoir (Blundo et al., 2014). En aidant la personne à poser son attention sur ce qui a de la valeur pour elle et sur ce qui contribue à son bien-être, l'intervenant l'aide à changer son état et, déjà, à cerner davantage ce futur souhaité (Greene et Lee, 2000). En s'appuyant sur les ressources, les réalisations et les capacités de la personne (Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale [AQIISM], 2019), l'intervenant l'aide à faire grandir la partie qui veut vivre et à voir que l'état actuel n'est pas permanent.

La nature des questions posées durant l'intervention influence les échanges (Lavoie, 2015). Tout au long du processus clinique, les pratiques de l'intervenant viendront traduire les préoccupations de la personne en aspirations ou en objectifs, en prenant la forme de diverses questions et de divers reflets qui orientent l'attention de la personne sur cette partie d'elle qui veut vivre (AQIISM, 2019).



POUR ALLER PLUS LOIN

L'approche brève orientée vers les solutions prend forme à travers la compétence transversale « Susciter l'espoir ». Cette approche a été mise de l'avant dans le *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* (2010).

L'approche brève orientée vers les solutions est basée sur plus de 25 ans de développement, d'application et de recherche. Elle vise à se centrer sur les forces, les réussites, les compétences et les ressources de la personne plutôt que sur ses problèmes passés ou ses conflits actuels (Trepper et al., 2011). Elle met l'accent sur ce que la personne comprend de sa propre situation et sur ce que cette dernière désire voir comme changement (Trepper et al., 2011).

Les caractéristiques de cette approche thérapeutique s'avèrent encore des repères de qualité pour prévenir le suicide (Bryan et al., 2017; Gingerich et Peterson, 2013; Hawton et al., 2016; Kondrat et Teater, 2012; McCabe et al., 2018; Shand et al., 2018) : miser sur les forces de la personne, mettre l'accent sur les buts à atteindre, utiliser des questions à échelle et ouvertes et privilégier l'empathie et l'écoute (Lane et al., 2010), ainsi que faire appel aux forces et aux capacités qui sont déjà présentes chez la personne (Fiske et Lavoie, 2016). Le développement d'une alliance thérapeutique coopérative est l'un des éléments de base de l'approche brève orientée vers les solutions (Trepper et al., 2011).

Stratégies d'intervention pour susciter l'espoir

Souligner les forces et les ressources

- Se montrer sincèrement impressionné des progrès et des réussites.
- Utiliser des questions à échelle.

Faire grandir la partie qui veut vivre

- Encourager la personne à parler de ses raisons de vivre, des moments où elle se sent en vie.
- Trouver à qui ou à quoi elle a pensé pour continuer dans les moments difficiles.
- Demander des détails sur ses raisons de vivre et sur ce qui l'incite à poursuivre malgré les obstacles.

Refléter l'ambivalence

- Reconnaître l'existence de la partie qui pense au suicide, tout en soulignant l'existence de la partie qui veut vivre.
- Utiliser les « et » plutôt que les « mais » lorsque l'on reflète l'ambivalence. Les « et » démontrent la coexistence des deux parties.
- Donner des exemples spécifiques déjà observés démontrant qu'une partie de la personne veut vivre. Trouver les solutions qui avaient fonctionné dans les moments difficiles.

Trouver un futur qui vaut la peine

- Amener la personne à s'imaginer un futur possible qui permet de tolérer la souffrance actuelle.
- Traduire les difficultés en aspirations.
- Chercher les changements souhaités.
- Utiliser des questions à échelle.

Aider à voir que l'état actuel n'est pas permanent

- Utiliser un vocabulaire nuancé (ex. : jusqu'à présent, pour le moment, etc.).
- Privilégier les termes « souci » et « préoccupation » plutôt que « problème ».
- Faire voir qu'un événement s'inscrit dans une partie de la vie et non pas dans la vie entière.

Trouver des moments d'exception

- Aider la personne à se remémorer les moments où elle se sent mieux : les moments les moins difficiles, les moments où les idées suicidaires sont un peu moins présentes.
- Trouver les solutions qui avaient fonctionné dans les moments difficiles.
- Formuler des questions ouvertes qui induisent que les moments d'exception ont déjà existé.
- Utiliser des questions à échelle.

Mobiliser les proches

Le chapitre 2 présente la compétence transversale « Mobiliser les proches ».

Mobiliser les proches

La connexion avec les autres a été identifiée comme un facteur de protection important en prévention du suicide.

Définition

Le terme « proches » fait référence dans ce guide aux proches aidants, aux membres de la famille ainsi qu'à toute autre personne significative de l'entourage de la personne qui pense au suicide (MSSS, 2018).

Parfois, les proches sont présents physiquement auprès de la personne, comme dans la maison ou dans la salle d'attente. À d'autres moments, la personne est seule, mais des proches pourraient être mobilisés pour la soutenir ou pour assurer sa sécurité. L'implication des proches diffère selon le contexte d'intervention (ex. : hébergement de crise, milieu carcéral). Dans tous les cas, il est essentiel d'explorer comment il serait possible de les impliquer dans le soutien de la personne qui pense au suicide.



EN D'AUTRES MOTS

L'implication des proches est centrale dans la prévention du suicide (National Institute for Health and Care Excellence, 2019; Till et al., 2017). Le réseau le plus proche de la personne est celui qui exerce le plus d'influence, et celui-ci peut contribuer à la soutenir (Organisation mondiale de la Santé, 2015).



POUR ALLER PLUS LOIN

Au-delà de la présence de relations significatives, la satisfaction perçue de ses relations serait un facteur de protection déterminant en prévention du suicide et influencerait le risque suicidaire (Organisation mondiale de la Santé, 2015), en particulier pour les relations de couple (Till et al., 2017).

Implication des proches

Recueillir les informations

Il n'est pas possible de remplir la GEDPAS et de procéder à l'estimation globale de la dangerosité à l'aide d'informations de proches. Toutefois, l'information fournie par un proche est précieuse et peut, entre autres, alimenter l'estimation de la dangerosité ainsi que les pistes pour susciter l'espoir.

Si un proche contacte un intervenant pour lui donner de l'information sur une personne qui pense au suicide, l'intervenant a le droit de recueillir cette information. L'intervenant peut également soutenir le proche ou le diriger vers une ressource qui le fera.

L'intervenant ne peut pas donner au proche de l'information concernant la personne qui pense au suicide ou communiquer lui-même avec le proche sans l'autorisation de la personne qui pense au suicide.

Connaissance des proches

Souvent, le premier réflexe de l'intervenant est d'identifier un proche à qui la personne peut confier ses idées suicidaires. Bien que ce réflexe soit nécessaire, il n'en demeure pas moins que d'autres membres de son entourage peuvent lui offrir différents types de soutien.

Un proche pourrait par exemple contribuer à distraire la personne qui pense au suicide en jouant à un jeu de société avec elle ou encore l'aider à déménager dans un contexte de rupture. Les proches peuvent soutenir la personne qui pense au suicide et répondre à ses différents besoins même s'ils ne sont pas au courant de sa détresse.

Utilité des informations

Les proches d'une personne qui pense au suicide vivent toutes sortes d'émotions qui les amènent à réagir différemment selon leur propre vécu. Parfois, ils peuvent être choqués ou paniqués à l'idée d'apprendre qu'une personne qu'ils aiment pense au suicide. D'autres fois, ils soutiennent une personne qui pense au suicide depuis plusieurs années et se sentent à court de ressources.

Dans tous les cas, il demeure pertinent pour l'intervenant d'entendre ce que le proche a à dire, de cerner ce qui peut venir influencer la perception que ce dernier a de la situation, de le soutenir et de trouver les éléments dans son discours qui peuvent l'aider à estimer le danger de passage à l'acte suicidaire ainsi qu'à susciter l'espoir.

Personne isolée

Il n'est pas rare de voir une personne qui pense au suicide s'éloigner de ses proches, malgré la volonté de ceux-ci d'être présents. Parfois, la personne qui pense au suicide ressent de la honte ou craint d'être un fardeau pour son entourage. D'autres fois, elle a l'impression que plus personne ne la comprend, ce qui peut l'amener à se sentir isolée ou à avoir l'impression que personne ne peut l'aider. Cela peut contribuer à augmenter ses idées suicidaires. Cela peut aussi nous donner l'impression qu'il n'y a effectivement personne à mobiliser dans son entourage, alors que des proches ont le désir de la soutenir.

Il est donc important de vérifier si les proches ne veulent effectivement plus soutenir la personne qui pense au suicide ou s'ils sont prêts à lui offrir une forme de soutien tout en respectant leurs propres limites. Il est recommandé de mobiliser les proches dès que possible, afin d'éviter de perdre du précieux temps durant lequel les proches auraient pu apporter leur soutien.



EN D'AUTRES MOTS

Il est important de discuter de l'implication des proches avec la personne qui pense au suicide (National Institute for Health and Care Excellence, 2019) ainsi que d'aborder avec les proches la possibilité d'apporter leur soutien (Laverdière, 2018; AQIISM, 2019; Gouvernement du Québec, 2021).

Avantages d'impliquer les proches

La mobilisation des proches comporte des avantages pour la personne qui pense au suicide et pour l'intervenant. Il est possible d'impliquer les proches à chacune des étapes du processus clinique.

POUR LA PERSONNE QUI PENSE AU SUICIDE

- Favoriser le rétablissement.
- Diminuer le sentiment de stigmatisation.
- Contribuer à susciter l'espoir.
- Influencer positivement ses comportements de santé.
- Faciliter l'accès à l'aide.
- Se sentir plus en sécurité.

POUR L'INTERVENANT

- Avoir accès à plus d'informations.
- Suivre l'évolution de la situation.
- Favoriser l'engagement de la personne au suivi.
- Connaître les ressources dont dispose la personne.
- Obtenir différents points de vue de la situation.
- Enrichir l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte.

Que faire si la personne qui pense au suicide refuse d'impliquer ses proches?

- Tenter de cerner la raison du refus.
- Valider et normaliser l'expérience de la personne qui pense au suicide.
- Travailler sur les croyances qui font obstacle à l'implication.
- Respecter le choix de la personne.
- Être à l'affût des occasions d'explorer à nouveau avec la personne la possibilité d'impliquer ses proches.

Besoin de soutien des proches

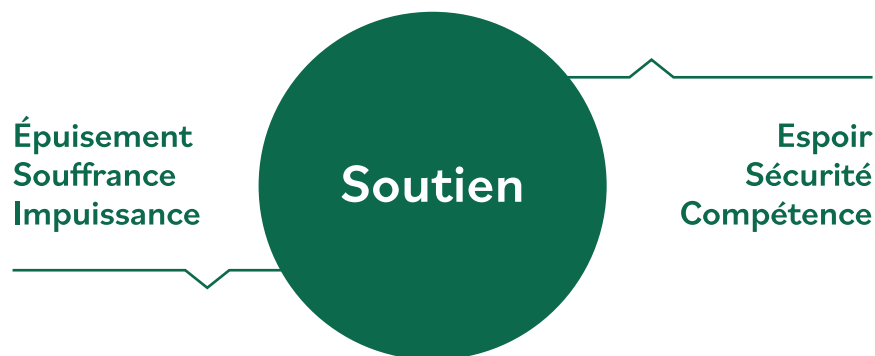
Les proches peuvent avoir besoin de soutien pour jouer le rôle qu'ils souhaitent auprès de la personne qui pense au suicide.

Les soutenir permet de diminuer leur épuisement, leur souffrance et leur sentiment d'impuissance et d'augmenter leur espoir, leur capacité à assurer la sécurité de la personne et leur sentiment de compétence.



EN D'AUTRES MOTS

Les proches d'une personne qui pense au suicide sont généralement affectés par cette situation (Gouvernement du Québec, 2021). Le soutien qu'ils peuvent apporter à la personne peut réduire le risque suicidaire, en particulier lorsqu'il est adapté aux besoins de celle-ci (National Institute for Health and Care Excellence, 2019).



Stratégies de mobilisation des proches



Mobiliser les proches est l'équivalent d'amener la personne à créer des ponts entre son île et celle des gens qui l'entourent. Cela se fait en trois étapes :

- 1- identifier les types de soutien;**
- 2- construire la relation avec les proches;**
- 3- soutenir les proches.**

1- Identifier les types de soutien

TYPE DE SOUTIEN	EXEMPLES DE FORMULATION
<p>Émotionnel</p> <p>Un proche qui amène la personne à se sentir bien, à se confier et à se sentir comprise</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qui est au courant de vos idées suicidaires? • À qui vous confiez-vous? • Si nous devons trouver une seule personne à qui nous pourrions parler de ce que vous vivez en ce moment, ce serait qui?
<p>Matériel</p> <p>Un proche qui offre de l'aide pratique ou matérielle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que quelqu'un vous accompagne aujourd'hui? • Qui pourrait vous aider davantage dans vos responsabilités quotidiennes, s'il savait ce qui se passe pour vous en ce moment?
<p>Informatif</p> <p>Un proche qui donne des conseils et un avis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qui vous donne des conseils que vous jugez judicieux? • Qui consultez-vous quand vous recherchez un avis?
<p>Lié à l'estime</p> <p>Un proche qui reconnaît et souligne les forces et les compétences de la personne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qui reconnaît vos forces? • Qui vous remonte le moral lorsque vous n'allez pas bien? • Avec qui vous sentez-vous non jugé?

2- Construire la relation avec les proches

	EXEMPLES DE FORMULATION
<p>AVANTAGES</p> <p>Discuter des avantages à mobiliser le proche ou demander à la personne si elle voit des avantages à le faire (Laverdière, 2018).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour vous, quels pourraient être les avantages d’impliquer vos proches? • Parler de vos idées suicidaires à une personne de confiance pourrait vous amener à vous sentir moins seul. • Les personnes qui sont à notre écoute et douées pour reconnaître nos forces peuvent nous aider à nous remonter le moral.
<p>CONFIDENTIALITÉ</p> <p>Vérifier la présence de crainte et expliquer les règles de confidentialité (National Institute for Health and Care Excellence, 2019).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des craintes concernant la confidentialité? • J’ai seulement l’obligation de divulguer de l’information à l’un de vos proches si je juge que votre vie est en danger et que cette information pourrait contribuer à vous protéger. • Je vais communiquer l’information seulement si vous m’en donnez l’autorisation.
<p>IDÉES SUICIDAIRES</p> <p>Proposer des façons de communiquer ses idées suicidaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment aimeriez-vous dire à vos proches que vous pensez au suicide? • Il y a toutes sortes de façons de communiquer ses idées suicidaires à ses proches. Vous pourriez par exemple leur dire que vous pensez au suicide ou encore que, parfois, vous avez envie de vous enlever la vie. • Pour que votre entourage comprenne bien votre besoin, il est essentiel de communiquer clairement ce que vous désirez lui dire. Vous pourriez par exemple lui dire que la perspective de perdre la garde de votre enfant vous amène à penser au suicide.
<p>IMPLICATION DES PROCHES</p> <p>Demander à la personne comment elle souhaiterait que ses proches s’impliquent.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment aimeriez-vous que nous impliquions votre entourage? • Quel rôle aimeriez-vous que vos proches jouent?

3- Soutenir les proches

	EXEMPLES DE FORMULATION
<p>RÔLES ET LIMITES</p> <p>Sensibiliser les proches à la place déterminante de leur soutien dans le bien-être de la personne (MSSS, 2021) et au respect de leurs limites personnelles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • D'après vous, comment le soutien que vous offrez à votre amie contribue-t-il à son bien-être? • Souvent, les gens qui pensent au suicide ont l'impression de ne plus être importants pour leurs proches. Je vous encourage à témoigner à votre ami à quel point il compte pour vous. • Comment vous assurez-vous de respecter vos limites jusqu'à présent? • Vous êtes une personne dévouée. Afin de continuer à être là pour votre frère, il est important que vous soyez à l'écoute de vos besoins.
<p>CROYANCES</p> <p>Sensibiliser les proches aux idées préconçues sur le suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment expliquez-vous que votre soeur pense au suicide? • Même si la personne verbalise souvent ses idées suicidaires, il est important de prendre cela au sérieux, car il s'agit d'un appel à l'aide. • Vous avez bien fait de prendre la situation au sérieux même si, parfois, vous croyez que votre fils exagère.
<p>RESSOURCES</p> <p>Orienter les proches vers les ressources disponibles (Gouvernement du Québec, 2021).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les groupes d'entraide qui pourraient vous soutenir? • Vous pouvez consulter des livres ou utiliser des applications mobiles qui fournissent des conseils pour prendre soin de vous. • À votre avis, quel type de soutien pourrait vous être offert par un intervenant?

	EXEMPLES DE FORMULATION
<p>EMPATHIE ET FORCE</p> <p>Démontrer aux proches de l'intérêt à l'égard de leur situation et souligner leurs forces.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment aimeriez-vous être considéré dans la situation? • Ce que vous ressentez est tout à fait légitime. • Vous êtes une personne très généreuse, présente et impliquée pour aider votre ami. • C'est une très bonne idée de noter les changements qui vous inquiètent avant de communiquer avec un intervenant.
<p>FONCTIONNEMENT</p> <p>Expliquer le rôle des intervenants, des ressources et des lieux d'hébergement ainsi que les procédures.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'aimeriez-vous avoir comme information pour mieux comprendre comment vont se dérouler les services pour la personne? • Nous pouvons offrir un suivi de quelques semaines à votre ami. Entre-temps, il peut venir à l'accueil s'il a un besoin plus pressant. • Pour le moment, la situation de votre proche ne permet pas qu'il puisse sortir de l'unité. Par contre, vous pouvez venir le visiter. Vous n'avez qu'à nous appeler avant pour nous en informer.
<p>SIGNES DE DÉTRESSE</p> <p>Expliciter et explorer les signes qui témoignent d'une détresse chez une personne qui pense au suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les signes que votre père démontre lorsqu'il pense au suicide? • Plusieurs signes peuvent nous indiquer qu'une personne vit de la détresse. Elle peut être irritable, s'isoler, avoir des changements brusques d'humeur, se désintéresser de ce qui la passionnait.

	EXEMPLES DE FORMULATION
<p>ENVIRONNEMENT SÉCURITAIRE</p> <p>Proposer des actions concrètes aux proches pour qu'ils contribuent à créer un environnement sécuritaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les moyens que vous avez mis en place afin de favoriser un environnement sécuritaire à la maison? • Il est important de ranger les médicaments de votre mère dans un endroit sûr et non accessible. • Lorsqu'un proche pense au suicide, il est impératif de s'assurer qu'il n'a pas accès à des armes à feu.
<p>RÉTABLISSEMENT</p> <p>Souligner que le rétablissement est réel et possible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les attentes que vous avez envers le rétablissement de votre fils? • Quels indices vous démontreront que la situation de votre fille s'améliore? • J'ai bon espoir que la situation de votre fils s'améliore. Il peut parfois être difficile de percevoir les progrès, mais, malgré cela, les petits pas sont bien réels et mènent à de plus grands changements.

Début de l'intervention

Le chapitre 3 présente les étapes du début de l'intervention qui se déroulent simultanément : « Accueillir le vécu », « Repérer la personne vulnérable au suicide » et « Vérifier la présence d'idées suicidaires ».

Accueillir le vécu

Proactivité

La proactivité, soit la capacité à anticiper et à agir en amont des interventions, est essentielle pour prévenir les suicides, parfois même avant d'accueillir la personne.

Actions faisant preuve de proactivité :

- Accepter les demandes d'aide qui proviennent des proches.
- Prendre rendez-vous avec la personne qui pense au suicide par l'intermédiaire des proches.
- Répondre rapidement à la demande d'aide des hommes.
- Accepter les demandes d'aide formulées de façon informelle (ex. : réseaux sociaux, discussion dans le couloir, etc.) et indirecte (sous le couvert de la colère ou du détachement).

Climat favorisant l'alliance thérapeutique

Plusieurs stratégies favorisent la création de l'alliance thérapeutique. Plus elle est forte, plus il y a de chance que la personne accepte d'approfondir son vécu. Pour faire le parallèle avec l'île, l'anthropologue doit développer une relation de confiance avec la personne afin que cette dernière l'invite à visiter son île.

STRATÉGIES	EXEMPLES DE FORMULATION
Valoriser la demande d'aide et souligner les efforts.	<ul style="list-style-type: none"> • Vous avez bien fait de demander de l'aide. Vous avez fait preuve de beaucoup de ténacité pour passer à travers votre séparation.
Accueillir la détresse et les émotions avec empathie.	<ul style="list-style-type: none"> • Vous combattez vos idées suicidaires depuis des mois et vous avez l'impression de ne plus pouvoir tenir le coup.
Valider le vécu.	<ul style="list-style-type: none"> • Il est normal de se sentir épuisé lorsqu'on vit le deuil d'une personne qui est aussi importante pour nous.
Trouver un endroit qui favorise la confiance.	<ul style="list-style-type: none"> • Ici, dans mon bureau, vous pouvez vous exprimer librement et en toute sécurité, je vous écoute.
Prendre la demande d'aide au sérieux. Rassurer la personne en lui disant qu'elle n'est pas seule.	<ul style="list-style-type: none"> • Vous avez bien fait de demander de l'aide. Nous sommes là pour ça, vous êtes à la bonne place.



EN D'AUTRES MOTS

Un cadre d'intervention bienveillant, sécuritaire et propice à la confiance est indispensable (AQIISM, 2019). Ce dernier contribue à atténuer la perception d'isolement de la personne qui pense au suicide (Monk et al., 2007). Il contribue également aux sentiments de confiance et de sécurité de la personne (Rassy et Boudreau, 2016).

L'alliance thérapeutique n'est jamais acquise et demande un travail constant (Greene et Lee, 2000; Lane et al., 2010; National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

Les intervenants qui travaillent auprès des personnes qui pensent au suicide développent une relation empathique, engagée, de confiance et sans jugement dans leurs interventions auprès de celles-ci. (National Institute for Health and Care Excellence, 2011)

Exploration de la situation

La personne a besoin de sentir que son vécu est validé. L'écoute empathique de l'intervenant ainsi que sa capacité à identifier les forces de la personne et à les lui communiquer sont des habiletés nécessaires dans l'intervention en prévention du suicide, tout comme le fait de croire au potentiel de la personne et de lui manifester cette croyance.

Pour diminuer le risque suicidaire dès le début de l'intervention, il est important de susciter l'espoir auprès de la personne tout en explorant la situation rapidement dans l'intervention. À cette étape, il n'est pas nécessaire de connaître tous les détails de la situation vécue par la personne. L'exploration de la situation se poursuit aussi lors des étapes subséquentes du processus clinique.

STRATÉGIES

EXEMPLES DE FORMULATION

Se renseigner sur la trajectoire de soins et de services de la personne.	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous demandé de l'aide à un professionnel de la santé dernièrement?
Être sensible au fait que la personne peut probablement avoir déjà raconté son histoire à un autre intervenant.	<ul style="list-style-type: none"> • Je suis peut-être la deuxième ou la troisième personne à vous poser des questions depuis votre arrivée... Il est normal d'en être irrité.
Cerner la raison de la consultation.	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les préoccupations qui vous ont incité à consulter?
S'intéresser à ce que la personne souhaite comme changement.	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que vous souhaitez voir de différent dans les prochains jours? • Quels seront les indices qui vous montreront que cela a valu la peine de me parler aujourd'hui?
L'inviter à prioriser les préoccupations qu'elle souhaite aborder.	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui serait le plus important pour vous à aborder dans la rencontre aujourd'hui?
Explorer les stratégies utilisées jusqu'ici, ses réussites, ses compétences.	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a aidé à faire face à vos difficultés jusqu'à maintenant?

Si la personne reçoit de l'aide contre son gré

STRATÉGIES

Lorsque la personne consulte contre son gré, il importe d'explorer sa compréhension de sa situation et d'explorer avec les proches leur compréhension de celle-ci.

EXEMPLES DE FORMULATION

- Comment expliquez-vous votre présence ici?
- C'est normal d'être fâché lorsqu'on se fait imposer quelque chose qui ne nous semble pas nécessaire. Merci d'accepter tout de même de me parler. À votre avis, quel changement vos proches ont-ils besoin de voir pour diminuer leur vigilance à votre égard?

En situation de crise

Si la personne se présente en état de crise, par exemple submergée par les émotions, désorganisée ou incapable de trouver des solutions à ses difficultés (Séguin et Chawky, 2020), il est d'abord nécessaire de l'aider à apaiser la tension intérieure qu'elle ressent.

- Rassurer la personne sur le fait qu'elle peut parler librement de, notamment, ses idées suicidaires.
- Laisser la personne ventiler sa tension émotionnelle.
- Tenter de cerner le déclencheur de la crise et les effets sur la personne.

Une fois la crise désamorcée, la personne retrouvera une certaine disponibilité et il sera possible d'effectuer avec elle une brève exploration de sa situation (Séguin et al., 2020).

- Miser sur une approche enveloppante, protectrice et directive tout en évitant la confrontation.
- Prévenir l'exacerbation de la souffrance en évitant de mettre l'accent sur les difficultés ou les préoccupations actuelles.

La personne a peut-être déjà parlé de son histoire à une ou plusieurs reprises avec un ou d'autres intervenants avant de la partager avec l'intervenant. La sensibilité de l'intervenant à l'égard de cette réalité est importante afin que, le plus rapidement possible, la personne trouve une réponse apaisante et satisfaisante à sa demande d'aide.



POUR ALLER PLUS LOIN

- Respecter et accueillir les silences nécessaires à la réflexion et à l'émergence d'une émotion (Hétu, 2019).
- Poser les questions en respectant le rythme de la personne (plutôt que dans une succession rapide qui pourrait lui donner l'impression de subir un interrogatoire) (Joiner et al., 2007; Lavoie et al., 2012; Lebel et al., 2018; Marcotte et Pagé, 2017; Ross et al., 2014).

Repérer la personne vulnérable au suicide

Définition

Le repérage est une étape qui vise à identifier la personne qui pense au suicide. Un repérage efficace repose sur la sensibilité et le jugement clinique de l'intervenant.

Le repérage se fait dès le début de l'intervention, c'est-à-dire à l'accueil, pendant la discussion au sujet de la situation vécue par la personne. Le repérage peut aussi se faire lors de la lecture du dossier et lors d'une discussion avec un collègue ou avec un proche.

Deux éléments sont à repérer, soit les signes de détresse et les moments critiques. De plus, certains facteurs de vulnérabilité prédisposent la personne à envisager le suicide.

Signes de détresse

Voici une liste non exhaustive des signes de détresse indiquant qu'une personne peut penser au suicide.

Signes de détresse généraux

Signes verbaux ou écrits

Indirects :

- Je veux en finir avec tout ça.
- Je vais régler tous mes problèmes bientôt.
- Je suis un poids pour tout le monde.

Directs :

- Vous allez avoir ma mort sur la conscience.
- Je vais me tuer.

Signes comportementaux

- Changement de comportement;
- Rédaction d'une lettre d'intention suicidaire;
- Dons d'objets;
- Isolement;
- Changement dans l'hygiène;
- Arrêt d'activités;
- Automutilation;
- Changement dans le sommeil ou l'appétit.

Signes psychologiques

- Colère, irritabilité, impulsivité, impatience;
- Pleurs, tristesse;
- Anxiété;
- Perte d'espoir
- Difficulté de concentration;
- Résultats scolaires ou professionnels à la baisse;
- Sentiment de persécution;
- Hallucinations dictant de se faire du mal.

Signes biologiques

- Douleur et malaise sans cause physique (somatisation);
- Variation du poids;
- Fatigue accrue.

Signes de détresse comportementaux généralement observés chez des hommes adultes qui pensent au suicide

- Désinvestissement ou surinvestissement au travail;
- Augmentation de la consommation de drogues, d'alcool ou autres dépendances;
- Effritement des relations interpersonnelles.

Les mêmes manifestations peuvent être présentes chez les femmes, mais l'expression des émotions est généralement plus claire (ex. : verbalisation de la douleur, pleurs, demande d'aide explicite).

Signes de détresse comportementaux généralement observés chez des adolescents qui pensent au suicide

- Irritabilité;
- Conflits avec l'autorité;
- Prise de risques inconsidérés;
- Changement dans les habitudes de consommation;
- Conflits interpersonnels (harcèlement, intimidation, homophobie);
- Blessures physiques répétitives.

Ces manifestations ne sont pas exclusives aux adolescents et peuvent également se présenter chez d'autres personnes.

Signes de détresse comportementaux généralement observés chez des personnes âgées qui pensent au suicide

- Repli sur soi;
- Refus de s'alimenter;
- Refus de soins;
- Peu de communication avec les autres;
- Manque d'adhésion au traitement.

Il est à noter que ces manifestations peuvent parfois être observées également chez certaines personnes vivant avec une maladie chronique ou dégénérative.

Moments critiques

Voici une liste non exhaustive des moments critiques pouvant contribuer à ce qu'une personne pense au suicide.

- Pertes significatives : personnes, animaux, rôles, argent, permis de conduire, logement, emploi;
- Problèmes disciplinaires : judiciarisation ou risque de judiciarisation, suspension ou expulsion de l'école;
- Enjeux de santé physique ou mentale : annonce d'un diagnostic ou début des symptômes d'une maladie, perte d'autonomie, douleur physique qui augmente et qui devient intolérable, résurgence d'un traumatisme, début d'une phase maniaque, enjeux de médication, désillusion du changement, événement faisant vivre de l'abandon ou de l'exclusion;
- Enjeux de problème de dépendance : perte brusque ou importante d'argent liée au jeu ou à la consommation, sortie d'hébergement, rechute, sevrage de stimulants ou down après la prise de stimulants, aggravation des habitudes de consommation;
- Violence et situations traumatiques : rejet, intimidation, harcèlement, sévices, maltraitance, violence conjugale, violence sexuelle, être témoin d'un ou plusieurs événements violents;
- Conséquence de l'homophobie ou de la transphobie;
- Événement pouvant engendrer de la honte;
- Tentative de suicide dans son milieu de vie ou son milieu de travail;
- Échecs touchant les raisons de vivre : perte de la garde des enfants, incapacité à poursuivre une passion;
- Enjeux liés à la médication : sevrage, période d'ajustement d'une médication;
- Enjeux relationnels : rupture amoureuse ou amicale, séparation des parents, conflits interpersonnels;
- Perte d'une structure encadrante : sortie d'un établissement de détention, congé d'un milieu hospitalier, sortie d'hébergement en dépendance.

Moments critiques en centre jeunesse :

- Attente de décision;
- Changement d'équipe de travail;
- Changement de milieu de vie;
- Diminution de la surveillance;
- Fin des services ou permission de sortie;
- Passage à la cour;
- Pertes de privilèges;
- Placement, modification ou prolongement du placement.

Circonstances

Il peut y avoir deux circonstances de rencontre avec une personne qui pense au suicide lors du repérage.

La personne a des idées suicidaires déjà connues

Même si l'intervenant sait déjà que la personne a des idées suicidaires, il est tout de même utile de repérer les moments critiques. Ces informations peuvent permettre d'enrichir l'estimation de la dangerosité.

La personne est présente pour une autre raison

L'intervenant peut être en contact avec une personne qui est dans un service pour une tout autre raison que le suicide. Il est alors important de porter une attention aux signes de détresse et aux moments critiques, car ceux-ci indiquent s'il est pertinent de vérifier la présence d'idées suicidaires.



EN D'AUTRES MOTS

Même si plusieurs signes peuvent indiquer qu'une personne pense au suicide, le risque suicidaire n'est pas toujours évident à repérer (Bardon, 2020). En augmentant sa vigilance, l'intervenant sera amené à vérifier régulièrement la présence d'idées suicidaires chez les personnes auprès de qui il intervient. Un repérage efficace ne repose pas nécessairement sur un processus systématisé, mais sur la sensibilité (Office des professions du Québec, 2013) et le jugement clinique de l'intervenant (Bernard et Brassard, 2019).

Leur présence indique qu'il faut vérifier la présence des pensées suicidaires.

C'est le moment d'être proactif dans le repérage des signes avant-coureurs du suicide ou des moments critiques qui auraient pu précipiter les pensées suicidaires

(Ryan et al., 2017).

Vérifier la présence d'idées suicidaires

À l'étape de vérifier la présence d'idées suicidaires, des stratégies sont proposées pour poser la question à la personne et pour poursuivre l'intervention selon la réponse.

Poser la question

STRATÉGIES

Poser la question dès qu'il y a repérage d'un moment critique ou d'un signe de détresse.

Faire le lien avec les signes de détresse et les moments critiques.

Nommer que l'on est préoccupé pour la personne.

Formuler la question de façon claire, courte et sans ambiguïté.

Formuler la question au présent.

Poser la question directement.

Utiliser les vrais mots, comme « se tuer », « s'enlever la vie » et « suicide ».

Dans le cas où on sait déjà que la personne pense au suicide, utiliser une autre formulation qui permet de préciser l'information.

EXEMPLES DE FORMULATION

- Vous me dites que vous êtes à bout et que vous n'arrivez plus à dormir depuis votre séparation. Est-ce que vous êtes à bout au point où vous pensez au suicide?

- J'ai déjà parlé à des hommes qui vivaient une situation similaire et qui pensaient à s'enlever la vie. Est-ce que vous aussi, vous avez des idées suicidaires?

- Vous me dites que vous avez tendance à plus vous isoler dernièrement. Est-ce qu'il vous arrive de penser à vous tuer?

- Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant « je ne pense pas du tout au suicide » et 10 étant « je vais me suicider aujourd'hui », où est-ce que vous vous situez présentement?

Poursuivre l'intervention selon la réponse

Réponse négative

STRATÉGIES

Vérifier si la personne a déjà pensé au suicide ou si elle a déjà fait des tentatives.

Si la réponse est oui, il pourrait être pertinent de poursuivre l'intervention à l'étape suivante, soit l'exploration des critères d'estimation de la dangerosité en suscitant l'espoir.

Réitérer qu'il est possible de discuter d'idées suicidaires si elle en a.

Demander si elle a des proches avec qui elle pourrait parler si elle avait des idées suicidaires.

EXEMPLES DE FORMULATION

- Vous est-il déjà arrivé d'y penser?
- Avez-vous déjà fait une tentative de suicide?

- Si cela vous arrive, surtout, ne restez pas seul. Vous pouvez venir m'en parler.

- Si cela devait arriver, à qui pourriez-vous en parler?

Réponse affirmative

STRATÉGIES

Poursuivre l'intervention vers l'étape suivante du processus, soit l'exploration des critères d'estimation du danger en suscitant l'espoir.

Vous avez un doute?

STRATÉGIES

Si l'intervenant a un doute que la personne pense au suicide même si elle a répondu non à la question, l'intervenant continue de créer l'alliance et révérifie la présence d'idées suicidaires plus tard dans l'intervention.

EXEMPLES DE FORMULATION

- En début d'intervention, vous m'avez dit ne pas penser au suicide. Je sais qu'il n'est pas toujours facile de parler de cela et de se confier à une personne que l'on ne connaît pas beaucoup et, en même temps, je constate que vous vivez beaucoup de détresse. Je veux donc vous le demander une nouvelle fois : est-ce que vous pensez au suicide présentement?



EN D'AUTRES MOTS

Dès qu'il y a le repérage d'un signe de détresse ou d'un moment critique, il est nécessaire de vérifier de manière directe et claire la présence d'idées suicidaires (Brodsky et al., 2018). Poser directement la question « pensez-vous au suicide? » démontre à la personne que vous êtes prêt à accueillir les réponses, quelles qu'elles soient (Bardon, 2020; Bazinet et al., 2015; Rassy et Boudreau, 2016), et qu'elle peut parler librement de son vécu.



POUR ALLER PLUS LOIN

Les tentatives de suicide passées sont un facteur de risque et augmentent grandement la probabilité d'une nouvelle tentative (CRISE, 2020; Lavoie et al., 2012; Lebel et al., 2018; Notredame et al., 2017; Berk et Hughes, 2016; Spirito et al., 2011). Dans le cas où la personne a pensé au suicide ou a fait une tentative de suicide dans les derniers mois, il est pertinent de poursuivre avec l'exploration des critères de dangerosité afin de mettre en place les mesures de sécurité qui correspondent au danger estimé.

Composer avec ses émotions et ses croyances

Le chapitre 4 présente la compétence transversale
« Composer avec ses émotions et ses croyances ».

Composer avec ses émotions et ses croyances

Travailler auprès de personnes qui pensent au suicide peut susciter toute une gamme d'émotions.

Cette compétence transversale amène l'intervenant à poser un regard sur lui-même et à mieux comprendre la réponse de stress qu'il peut vivre dans une intervention ainsi qu'à connaître un modèle pour réguler ses émotions.

Prendre un pas de recul

La régulation des émotions est la capacité d'une personne à prendre conscience des émotions qu'elle vit et à les moduler afin de donner la direction qu'elle désire à ses actions.

Nous vivons tous des émotions. Toutefois, nous ne répondons pas toujours à une situation de la même façon. Toutes les émotions sont légitimes et peuvent affecter notre façon d'intervenir auprès d'une personne qui pense au suicide. Réguler nos émotions augmente notre chance d'obtenir des résultats positifs dans nos interventions. Lorsque nous sommes dérégulés, nous avons moins de contrôle sur notre façon d'intervenir.

Réponse de stress

Dans le cerveau, la réponse de stress est activée par une structure cérébrale nommée l'amygdale. Son rôle est de contribuer au déclenchement d'une réponse réflexe en présence d'un danger potentiel. Bien que pratique pour nous protéger, l'amygdale fonctionne comme un système d'alerte, mais sans nuance. C'est une structure qui fait abstraction de la dimension temporelle et du contexte dans lequel nous nous trouvons.

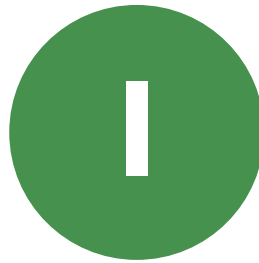
Par exemple, une personne peut vivre un grand moment de stress si elle voit une personne déguisée en ours dans une pièce de théâtre, car elle a vécu un épisode anxiogène en forêt avec un ours dans sa jeunesse. Ce sont dans ces moments que nous avons moins de contrôle sur nos pensées, nos émotions et nos actions.

Les quatre caractéristiques des situations qui amènent une réponse de stress forment l'acronyme CINÉ :
C : contrôle faible; I : imprévisibilité; N : nouveauté; É : égo menacé.



Contrôle faible

Vous apprenez qu'une personne vulnérable au suicide vient de vivre une rupture.



Imprévisibilité

La personne vous dit qu'elle pourrait se suicider quand elle va en avoir assez.



Nouveauté

La première fois que vous intervenez avec une personne qui pense au suicide.



Égo menacé

Lorsqu'une personne avec qui vous intervenez remet en question votre compétence.

Un événement peut comporter plusieurs de ces caractéristiques. De façon générale, plus il y a de caractéristiques en même temps, plus la réponse au stress risque d'être importante. Par exemple, vous pourriez intervenir pour la première fois (nouveauté) auprès d'une personne qui pense au suicide et qui a une humeur changeante (imprévisibilité). Vous pouvez aussi être plus sensible à une ou plusieurs caractéristiques.

Les réponses réflexes sont généralement de fuir, de combattre ou de figer. Elles peuvent se traduire en différentes actions lors d'une intervention en prévention du suicide.

Voici des exemples :

- Vouloir aller vite et ne pas prendre le temps de susciter l'espoir.
- Banaliser la situation d'une personne qui pense au suicide.
- Omettre un critère d'estimation de la dangerosité.

- Éviter d'appeler les secours, alors que la personne est en danger.
- Appeler les secours dès qu'une personne parle d'idées suicidaires.

Pour gagner en contrôle sur nos pensées, nos émotions et nos actions, le cortex préfrontal doit être activé dans notre cerveau. C'est lui qui contribue à inhiber la réponse de stress de l'amygdale et qui nous permet d'avoir plus de contrôle sur nos actions.

Prendre conscience de ses émotions et avoir des outils pour les réguler peut aider l'intervenant à augmenter son bien-être et à intervenir de façon optimale avec les personnes qui pensent au suicide.

Découvrir une méthode

Découvrir une méthode

La prochaine section présente un modèle inspiré de l'approche cognitivo-comportementale pour soutenir la régulation des émotions de l'intervenant dans une intervention. Le modèle comprend quatre étapes (Ellis et al., 2018) :

- 1- reconnaître;
- 2- accepter;
- 3- comprendre;
- 4- se recentrer.

1- Reconnaître

Pour arriver à réguler ses émotions, il est nécessaire de d'abord prendre conscience que l'on vit une dérégulation émotionnelle. Dans une intervention, les réponses réflexes peuvent se manifester par des actions d'évitement, des réactions émotives, une perte d'espoir ou des intentions de contrôle sur la personne.

Actions d'évitement

- Contourner le sujet du suicide.
- Minimiser la dangerosité en considérant les propos de la personne comme « pas sérieux » ou « de la manipulation ».

Réactions émotives

- Se sentir irrité et impatient en raison des comportements de la personne.
- Juger qu'une personne qui pense au suicide est égoïste.

Perte d'espoir

- Voir le suicide comme étant inévitable pour cette personne.
- Se convaincre que la situation de la personne est sans espoir.
- Se demander si, dans sa situation, le suicide ne serait pas une option appropriée.

Intention de contrôle

- Insister pour que la personne promette qu'elle ne se suicidera pas.
- Menacer la personne qu'elle sera hospitalisée contre son gré.

Les émotions ressenties doivent aussi être perçues comme des messagères révélant à l'intervenant des informations importantes sur ses besoins.

Plus le répertoire d'émotions est grand, plus il est facile pour l'intervenant de déterminer le besoin qui y est associé. En intervention auprès d'une personne qui pense au suicide, cela sera d'une grande aide pour l'intervenant afin de reconnaître son état émotif. S'il éprouve de la difficulté à identifier qu'il vit une émotion, l'intervenant peut d'abord tenter d'identifier les sensations corporelles qu'il vit et, par la suite, tenter d'identifier l'émotion qui y est associée.

2- Accepter

Accepter son vécu contribue à le normaliser, ce qui permet de réduire la réponse au stress ressenti et d'augmenter la capacité de l'intervenant à réguler ses émotions. L'autocompassion peut être un allié utile dans les interventions de l'intervenant pour l'aider à accepter son vécu. C'est une méthode qui permet d'avoir les ressources émotionnelles nécessaires pour éprouver de la compassion envers les autres. Voici trois composantes de l'autocompassion.

Se comprendre plutôt que de se juger

- Se dire qu'il y a de bonnes raisons pour que je réagisse de telle ou telle façon plutôt que de penser que ma façon de réagir est inadéquate.

Normaliser son expérience

- Se dire que d'autres personnes pourraient réagir de cette façon dans des contextes similaires.

Être sensible à son vécu

- Plutôt que d'être dépassé par l'événement ou de le nier, il est recommandé de rester sensible aux émotions ressenties pendant l'intervention, sans leur donner toute la place.
- Bien qu'elles nous appartiennent, ces émotions peuvent nous aider à comprendre le vécu de la personne qui pense au suicide.

3- Comprendre

Comprendre ce qui se passe à l'intérieur de lui pendant ses interventions peut aider l'intervenant à identifier ce qu'il est nécessaire de faire pour arriver à prendre soin de lui et pour se recentrer par rapport à la personne qui pense au suicide.

Les actions de la personne qui pense au suicide activent des pensées chez l'intervenant qui, à leur tour, influencent sa façon d'intervenir. Les réactions émotionnelles sont normales et non pathologiques.

L'intervenant peut avoir une ou plusieurs pensées contraignantes activées par les actions de la personne qui pense au suicide.

Voici des exemples de pensées contraignantes qui sont courantes chez les intervenants en prévention du suicide :

- La personne est hostile à mon égard, elle est en train de saboter l'intervention.
- C'est un signe de faiblesse de ma part si je me sens confus et que j'ai besoin
- d'aide pour soutenir cette personne.
- Il n'y a pas d'espoir, car il n'y a aucune chance que sa situation s'améliore.
- Si la personne se suicide, ce sera de ma faute.
- Je ne suis pas un bon intervenant.
- Si l'intervention ne fonctionne pas, c'est que je suis incompetent.

4- Se recentrer

Pour arriver à donner la direction voulue à ses actions, il est nécessaire pour l'intervenant de prendre un moment pour se recentrer pendant ou après l'intervention auprès de la personne qui pense au suicide.

Voici quelques stratégies pour se recentrer favorisant la régulation des émotions.

Respirer

- La respiration nous permet un temps d'arrêt pour traverser les étapes : reconnaître, accepter et comprendre. Respirer oxygène le cerveau et réduit la réponse de stress. Cela contribue donc à vous laisser l'espace nécessaire pour prendre un moment de recul sur la situation. Elle peut être utilisée à tout moment lors de l'intervention.

Restructurer

- Le remplacement de vos pensées contraignantes par des pensées aidantes permet de prendre du recul sur les émotions qu'elles suscitent et de donner la direction voulue à votre intervention.
- Par exemple, pour remplacer « je ne suis pas un bon intervenant », vous pourriez dire « je ne suis pas parfait, je suis un humain et je fais de mon mieux ». Cette deuxième affirmation est empreinte de non-jugement et reconnaît l'expérience humaine.

Interpeller ses pairs

- La supervision et le soutien entre pairs sont des sources d'aide importantes. Elles favorisent la régulation de nos émotions en nous aidant :
 - à normaliser nos réactions et à nous rassurer;
 - à transformer nos pensées contraignantes en pensées aidantes;
 - à trouver des stratégies d'intervention plus adaptées aux besoins de la personne qui pense au suicide.

Il importe de ne pas demeurer seuls avec son vécu si nous remarquons que nous avons encore l'impression d'être dérégulés à la suite d'une intervention.

Prendre soin de soi

- Notre capacité à réguler nos émotions est étroitement liée à notre capacité à prendre soin de nous. Les intervenants qui ne prennent pas adéquatement soin d'eux sont plus susceptibles de noter des conséquences négatives sur leur propre santé et sur leur capacité à soutenir les personnes qui pensent au suicide.
- Il y a plusieurs façons de prendre soin de soi, comme dormir suffisamment, avoir une charge de travail raisonnable, pratiquer des activités de ressourcement, entamer une psychothérapie lorsque des signes d'épuisement ou d'usure de compassion apparaissent.

Bien que composer avec ses émotions soit une étape qui se déroule généralement en l'espace de quelques secondes, il n'en demeure pas moins que c'est une compétence importante à développer qui peut favoriser le bien-être de la personne qui pense au suicide tout en favorisant le vôtre. En s'entraînant à être plus conscient de son vécu, à l'accepter et à mieux le comprendre, l'intervenant devrait avoir plus de facilité à donner la direction souhaitée à ses interventions auprès de la personne qui pense au suicide.

Cœur de l'intervention

Le chapitre 5 présente la GEDPAS et les étapes du cœur de l'intervention : « Estimer les critères de danger en suscitant l'espoir » et « Convenir d'actions qui alimentent l'espoir ».

GEDPAS

Objectifs de l'outil

La GEDPAS est un outil d'aide à la décision qui vient soutenir le jugement clinique.

Elle sert à :

- estimer le niveau de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire afin de déterminer comment assurer la sécurité de la personne;
- déterminer quels critères protègent la personne ou la maintiennent en danger;
- orienter les interventions et à déterminer l'offre de service.

Avantages

La GEDPAS comporte plusieurs avantages (Lane et al., 2010) :

- Elle intègre en un seul outil l'urgence suicidaire, les facteurs les plus associés au suicide et les facteurs de protection, tout en laissant une place importante au jugement clinique, sans le substituer.
- Elle cible les facteurs les plus près du passage à l'acte, soit sept critères principaux : pensées suicidaires et planification du suicide, tentative de suicide, capacité à espérer un changement, usage de substances, capacité à se contrôler, présence de proches et capacité à prendre soin de soi.
- Elle cible les symptômes liés à des troubles de santé mentale qui sont les plus souvent associés au suicide.

- Elle présente les facteurs de dangerosité et les facteurs de protection sur un continuum divisé en quatre segments de couleurs différentes (vert, jaune, orange, rouge). Les facteurs en vert et en jaune protègent généralement la personne, alors que ceux en orange et en rouge mettent la personne en danger.
- Elle permet de trouver des leviers d'intervention pouvant être utilisés pour faire diminuer le danger.
- Elle mentionne les actions à entreprendre en fonction de l'estimation globale. Ainsi, il est possible pour l'intervenant d'identifier clairement les situations pour lesquelles l'envoi de secours ou l'hospitalisation est indiqué (danger grave et imminent) et les personnes qui représentent un danger grave pour elles-mêmes sans pour autant qu'il soit immédiat.
- Elle peut être utilisée dans différents contextes d'intervention et elle offre un langage commun pour les intervenants auprès des personnes de 14 ans et plus qui pensent au suicide.



POUR ALLER PLUS LOIN

Effectuer une estimation adéquate de la dangerosité suicidaire est reconnu pour être difficile (Joiner et al., 2007). Tantôt la personne accepte l'aide, tantôt elle la repousse, ce qui oblige l'intervenant à s'ajuster au rythme de la personne et à démontrer de la patience, de la flexibilité et de la compassion (Lebel et al., 2018; Monk et al., 2007). Toutefois, elle est essentielle (Bardon et CRISE, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie, 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2011; The British Psychological Society, 2018)

L'utilisation d'un outil doit s'inscrire dans un processus clinique complet. La qualité de l'estimation repose sur la compétence de l'intervenant à créer une alliance thérapeutique, à aider la personne à identifier ses raisons de vivre et ses forces et à identifier les dangers (The British Psychological Society, 2018). Cette estimation se fait en partenariat avec la personne et ses proches (Gottlieb et al., 2005) dans une relation de réciprocité et collaborative (Velupillai et al., 2019). **L'outil doit être utilisé dans le cadre d'une alliance thérapeutique, et en aucun cas il ne doit être utilisé comme un questionnaire à administrer question par question, sans une intervention clinique simultanée** (Joiner et al., 2007; Lavoie et al., 2012).

Description de la GEDPAS

La GEDPAS est composée de critères que l'intervenant cote grâce aux indicateurs disposés sur le continuum de couleurs correspondant aux niveaux de dangerosité. La GEDPAS est conçue pour être remplie par un intervenant.

L'utilisation d'un outil peut seulement soutenir le jugement clinique de l'intervenant; il ne peut le remplacer (Bardon et CRISE, 2018; Lebel et al., 2018; Peyron et David, 2015) :

- La GEDPAS ne s'utilise pas comme un questionnaire.
- L'information recueillie sert de levier à l'intervenant pour susciter l'espoir.
- L'attribution des cotes se fait en fonction de notre exploration des critères et du travail pour susciter l'espoir.

Comparaison avec le Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS)

Les composantes du GÉRIS se retrouvent dans la GEDPAS ou dans d'autres étapes du processus clinique. Un document comparatif entre les deux outils est disponible dans le cadre de la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger*.

Documents pour utiliser la GEDPAS et attribuer une cote

Comme mentionné précédemment, tout intervenant ou professionnel qui souhaite utiliser la GEDPAS doit suivre la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger*.

Dans le cadre de cette formation, des documents sont mis à la disposition pour utiliser la GEDPAS :

- Le guide d'utilisation de la GEDPAS;
- Le *Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire*;
- Le *Formulaire de notes au dossier* (modèle conçu pour répondre aux besoins de la pratique infirmière).

Description des sept critères

Pensées suicidaires et planification du suicide

DESCRIPTION DU CRITÈRE

- Nous explorons la planification du suicide parce que la présence d'un plan défini est associée à un danger accru d'un passage à l'acte.
- Dans ce critère, la fréquence des pensées, la présence d'une tentative en cours, le scénario ainsi que la présence de préparatifs sont estimés.

À RETENIR

L'absence d'une planification définie ne signifie pas une absence de danger. Une majorité de personnes ayant posé un geste suicidaire ont agi sous l'impulsion du moment. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire de nuancer le « quand » et de déterminer s'il pourrait se préciser rapidement.

Tentative de suicide

DESCRIPTION DU CRITÈRE

- Plusieurs études indiquent que la probabilité d'un décès par suicide augmente dans les mois suivants une tentative.
- C'est pourquoi nous portons un regard sur la présence d'une tentative de suicide antérieure ainsi que sur l'historique de tentatives de suicide.

À RETENIR

Pour être considéré dans ce critère, le geste posé ou interrompu in extremis devait avoir pour conséquence de provoquer la mort. Un geste automutilatoire sans intention suicidaire ne peut être considéré ici, mais pourra être pris en compte dans le critère « capacité à se contrôler ».

Capacité à espérer un changement**DESCRIPTION DU CRITÈRE**

- Plusieurs études indiquent que la probabilité d'un décès par suicide augmente dans les mois suivants une tentative.
- C'est pourquoi nous portons un regard sur la présence d'une tentative de suicide antérieure ainsi que sur l'historique de tentatives de suicide.

À RETENIR

Il est primordial de ne pas prioriser notre propre perception du vécu de la personne lorsqu'on estime ce critère. Ici, c'est la perception de la personne qui prime et non celle de l'intervenant.

Usage de substances**DESCRIPTION DU CRITÈRE**

- Nous explorons l'usage de substances, car sa relation avec le danger d'un passage à l'acte suicidaire est bien établie. Dans de nombreux cas, la personne avait consommé une ou plusieurs substances au moment de son passage à l'acte.
- Cela nous amène à porter notre regard sur l'utilisation actuelle, les habitudes de consommation et la rechute lors de l'estimation de ce critère.

À RETENIR

Rappelons-nous que nous ne tentons pas de déterminer si la personne a un problème de consommation, mais plutôt si sa façon de consommer a une influence sur le danger d'un passage à l'acte.

Capacité à se contrôler**DESCRIPTION DU CRITÈRE**

- La littérature scientifique démontre clairement un lien entre l'impulsivité, l'agressivité et le suicide. La capacité d'une personne à se contrôler est donc déterminante.
- Nous portons notre regard sur les hallucinations mandatoires*, l'excessivité des idées, la capacité de contrôle, les comportements agressifs, l'agitation et le sentiment de contrôle autorapporté.

À RETENIR

La perception de l'intervenant prime. Son estimation doit reposer sur un jugement clinique réalisé en fonction de l'état actuel au moment de l'entretien. Son analyse doit aussi porter sur des gestes antérieurs qui témoignent d'une perte de contrôle afin de déterminer si la personne arrive à se contrôler.

Capacité à prendre soin de soi**DESCRIPTION DU CRITÈRE**

Dans la littérature, la sortie d'une structure encadrante est fortement liée au danger d'un passage à l'acte. La structure encadrante prenait soin de la personne. La capacité de la personne à répondre adéquatement à ses besoins de base et sa capacité à croire que les intervenants sont en mesure de l'aider sont des facteurs de protection importants.

C'est ce qui nous amène à explorer la sortie d'une structure encadrante, les besoins de base, l'énergie, la prise de médication, l'adhésion au suivi et la croyance aux bénéfices de l'aide reçue.

À RETENIR

Le simple fait que la personne accepte de nous parler n'est pas suffisant pour indiquer qu'elle est ouverte à l'aide. Ici, nous parlons de l'ouverture à l'aide qui est la plus appropriée pour sa santé et sa sécurité dans la situation actuelle.

* Les hallucinations mandatoires renvoient au fait d'entendre des voix qui ordonnent à la personne de s'enlever la vie.



POUR ALLER PLUS LOIN

Il existe trois grandes façons de faire pour estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire. Avec la première, l'estimation de la dangerosité est effectuée par un intervenant non assisté d'outils. Avec la deuxième, l'estimation de la dangerosité est effectuée à partir d'échelles standardisées (tests psychologiques [échelle SAD PERSONS], tests biologiques, échelles issues de modèles statistiques du risque suicidaire). Avec la troisième, l'estimation de la dangerosité est effectuée par l'entremise d'outils de soutien à la décision clinique (Bardon et CRISE, 2018). Il existe différents outils de soutien à la décision clinique, dont la GEDPAS.

Peu importe l'outil, une formation préalable est nécessaire afin d'utiliser un outil et d'orienter la conduite à tenir pour assurer la sécurité de la personne

(Peyron et David, 2015).

Il faut demeurer centré sur les besoins de la personne et encourager sa participation active (Laverdière, 2018; Lebel et al., 2018; MSSS, 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2011; Peyron et David, 2015; Velupillai et al., 2019) :

- Se rappeler que la personne est l'experte de son histoire, soutenir et encourager sa participation active dans le processus d'évaluation (Velupillai et al., 2019).
- Porter une attention particulière à son langage verbal et non verbal (ex. : ton de voix, silence, hésitations, regard, expression faciale, geste, posture).
- S'appuyer sur ses référents et ses points de vue (Gottlieb et al., 2005; Lebel et al., 2018).
- L'inviter à faire part de ses propres observations, à réfléchir à leur signification/ importance et à décider de la meilleure façon de procéder en lui proposant une structure de rencontre flexible.

Explorer les critères de danger en suscitant l'espoir

Stratégies

Explorer le critère

Questionner la personne qui pense au suicide en lien avec les indicateurs de chaque critère inscrits dans la GEDPAS. La réponse de la personne qui pense au suicide sert ensuite de levier à l'intervenant pour valider la souffrance et susciter l'espoir.

1 Des exemples sont présentés dans la GEDPAS.

Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS)					
Pensées suicidaires et planification du suicide					
Explorer le critère	Vert	Jaune	Orange	Rouge	Susciter l'espoir
À quelle fréquence pensez-vous au suicide ?	Les pensées suicidaires sont occasionnelles.	Les pensées suicidaires sont fréquentes.			À quel moment pensez-vous moins au suicide ?
Savez-vous quel moyen vous utiliserez pour vous suicider ?				Tentative de suicide en cours	C'est difficile de penser au suicide tous les jours. Votre souffrance doit être grande pour vouloir que ça cesse. Qu'est-ce qui vous a aidé à tenir le coup jusqu'ici ?
Savez-vous à quel endroit vous pourriez vous suicider ?					Même si vous pensez au suicide depuis une semaine, vous avez été capable de demander de l'aide et d'en discuter avec moi. Il y a une partie en vous qui a le goût de vivre et qui a réussi à venir au rendez-vous.
Savez-vous à quel moment vous pourriez vous suicider ?	Pas de planification	Le moyen et le lieu peuvent être ou sont choisis et accessibles	Le moyen et le lieu sont choisis et accessibles	Le moyen et le lieu sont choisis et accessibles	
Qu'est-ce qui pourrait vous pousser à poser un geste suicidaire plus rapidement ?		ET	ET	ET	
Avez-vous fait des préparatifs dans le but de vous suicider ?	Il n'y a pas de moment ou le moment est lointain	Le moment est prévu au-delà de 24 h ou il pourrait se précipiter rapidement (arme à feu, déclencheur émotif ou situationnel, contact fréquent avec le moyen)	Le moment est imminent (dans les prochaines heures)	Le moment est imminent (dans les prochaines heures)	Lorsque vos idées suicidaires seront derrière vous, qu'est-ce qui prendra plus de place dans vos pensées ?
		La personne peut avoir fait des préparatifs (ex. : note de suicide, don d'objets)			Parlez-moi de ce que vous garde en vie. Quelle facette de vous réussit à tenir tête à vos idées suicidaires et qui explique que vous êtes toujours en vie ?

1

2

Valider la souffrance

Valider le vécu en lien avec un critère. La validation permet à la personne de sentir que son vécu est normal et de se sentir comprise, ce qui lui permet d'avoir espoir que l'intervenant pourra l'aider.

Exemple de formulation : « Le décès de votre enfant vous amène parfois à avoir l'impression que la souffrance que vous ressentez présentement ne vous quittera jamais et cela vous amène à ressentir du désespoir. »

2 Susciter l'espoir

Une fois la souffrance validée, l'intervenant pose une question pour explorer une source d'espoir et il démontre de l'intérêt en posant plusieurs questions de relance afin d'amplifier l'espoir suscité par la question.

Amplification

Lorsqu'une personne pense au suicide, son vécu est souvent composé de moments où elle vit des émotions désagréables. C'est un effet de loupe. Plus la souffrance prend de la place, plus les idées suicidaires de la personne sont exacerbées. C'est pourquoi l'amplification des sources d'espoir est un aspect essentiel de l'intervention. L'intervenant utilise l'effet de loupe pour amplifier la partie qui veut vivre, en s'intéressant à une source d'espoir.

Convenir d'actions qui alimentent l'espoir

L'objectif de cette étape est d'amener la personne à cibler des gestes concrets pour raviver la partie d'elle qui veut vivre et se protéger à partir de ce qui fonctionne déjà dans sa vie. Les résultats souhaités sont d'aider la personne à récupérer des stratégies antérieures et à atteindre ses buts.

En aidant la personne à récupérer des stratégies antérieures qui ont déjà fonctionné, il y a plus de chances qu'elle les utilise. Cela lui permet également de prendre conscience qu'elle a déjà des forces et des ressources.

Lorsque la personne atteint ses buts et vit des réussites, cela a pour effet d'augmenter son sentiment de compétence et cela fait en sorte qu'elle se sent utile, qu'elle a plus d'espoir, etc.



EN D'AUTRES MOTS

Il est possible de susciter l'espoir et de générer des perspectives plus positives pour l'avenir en centrant l'intervention sur un avenir souhaité, en mettant en lumière les moments où la personne se sentait mieux – et en repérant des solutions et des objectifs (Blundo et al., 2014; Trepper et al., 2011).

C'est en se concentrant sur la situation désirée et les objectifs pour le futur que la personne pourra visualiser sa trajectoire vers un meilleur endroit et croire qu'elle est en mesure de passer à l'action pour s'y rendre (Blundo et al., 2014; Fiske, 2008).

Idéalement, ces objectifs devraient être traduits en « plus petits pas possibles » qui sont plus faciles à réaliser et dont l'atteinte peut contribuer à augmenter la confiance de la personne envers ses moyens et le futur (Blundo et al., 2014).

STRATÉGIES

Valider la souffrance de la personne et souligner ses efforts.

Partager sa lecture de la situation et ses préoccupations avec la personne et mettre en évidence son ambivalence pour éveiller sa collaboration.

Amener la personne à cibler un geste concret pour raviver la partie qui veut vivre et se protéger.

EXEMPLES DE FORMULATION

- C'est normal de manquer d'énergie quand on n'a pas dormi depuis des jours. C'est déjà énorme de vous être déplacé.
- J'entends que vous en avez assez et, en même temps, quand vous parlez de votre fils, je vois une personne qui se bat encore pour vivre.

STRATÉGIES

S'assurer que les actions vont dans le sens du « plus petit pas possible ».

Vérifier l'adhésion de la personne aux actions qui alimentent l'espoir, soit l'intention et la capacité de la personne à les mettre en place.

EXEMPLES DE FORMULATION

L'intervenant se pose les questions suivantes :

- Les actions sont-elles concrètes, claires, détaillées et réalistes dans le contexte actuel?
- Est-ce que cela vient de la personne?
- Le fait-elle déjà?

- Dans quelle mesure avez-vous l'intention de faire cette action?
- Sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le plus élevé, à combien se situe votre capacité à faire ce qui a été nommé?
- Qu'est-ce que qui vous empêcherait de le faire?

Stratégies pour amener la personne à cibler un geste concret pour raviver la partie qui veut vivre

STRATÉGIES

Inciter la personne à faire ou à refaire une activité qui lui permet d'être en contact avec une raison de vivre, d'avoir un but à atteindre, d'augmenter son bien-être.

Lui faire fixer son attention sur des aspects de sa vie ou sur des moments où elle a plus de facilité à se sentir mieux.

L'amener à être plus consciente de ses habiletés et de ses forces.

EXEMPLES DE FORMULATION

- Vous me dites que, lorsque vous passez du temps à coudre, ça vous aide à vous sentir mieux. Pourriez-vous le faire cette semaine?

- Jusqu'à notre prochaine rencontre, j'aimerais que vous observiez les petites choses qui arrivent dans votre vie et que vous voudriez voir se répéter parce qu'elles vous font du bien.

- Pendant la semaine, prêtez attention à ce que vous faites pour éloigner les idées suicidaires et à la manière dont vous le faites.

Stratégies pour amener la personne à cibler un geste concret pour se protéger

STRATÉGIES	EXEMPLES DE FORMULATION
Suggérer à la personne de faire ou de refaire un geste qui lui permet de se protéger.	<ul style="list-style-type: none"> • Vous me dites que, lorsque les idées suicidaires sont trop fortes, vous ouvrez la télévision pour vous changer les idées. Est-ce possible pour vous de continuer à le faire cette semaine?
L'inviter à mobiliser un proche pour briser l'isolement et pour être soutenue dans ses démarches.	<ul style="list-style-type: none"> • Vous dites que vous dormez mieux chez vos parents. Est-ce possible pour vous de le refaire cette semaine?
L'encourager à reprendre ou à poursuivre une démarche qui peut agir sur des facteurs de danger.	<ul style="list-style-type: none"> • Votre parrain des Alcooliques Anonymes vous a beaucoup soutenu lorsque vous avez cessé de boire. Et, en ce moment, vous dites que votre contrôle par rapport au suicide dépend de votre sobriété. Est-ce possible de rappeler votre parrain ou d'aller à une rencontre des AA? • Votre prochain rendez-vous avec votre intervenant est dans deux jours. Avez-vous l'intention d'y aller? • Vous m'avez mentionné qu'il est difficile pour vous de prendre vos antidépresseurs comme prescrit. Comment avez-vous déjà réussi à bien les prendre?
Veiller à ce que la personne modifie un comportement qui la maintient en danger.	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque vous consommez, vos idées suicidaires sont un peu plus fortes. Est-ce possible de ne pas consommer seul d'ici notre prochaine rencontre? • Lorsque les idées suicidaires deviennent plus fortes, vous avez tendance à ne plus répondre à vos messages textes. À qui pourriez-vous continuer de répondre malgré tout?



EN D'AUTRES MOTS

Il est possible de susciter l'espoir et de générer des perspectives plus positives pour l'avenir en centrant l'intervention sur un avenir souhaité, en mettant en lumière les moments où la personne se sentait mieux - et en repérant des solutions et des objectifs (Blundo et al., 2014; Trepper et al., 2011).

C'est en se concentrant sur la situation désirée et les objectifs pour le futur que la personne pourra visualiser sa trajectoire vers un meilleur endroit et croire qu'elle est en mesure de passer à l'action pour s'y rendre (Blundo et al., 2014; Fiske, 2008).

Idéalement, ces objectifs devraient être traduits en « plus petits pas possibles » qui sont plus faciles à réaliser et dont l'atteinte peut contribuer à augmenter la confiance de la personne envers ses moyens et le futur (Blundo et al., 2014).

Fin de l'intervention

Le chapitre 6 présente la fin
de l'intervention avec les étapes
« Estimer la dangerosité » et
« Appliquer les mesures de sécurité ».

Estimer la dangerosité

L'estimation globale de la dangerosité repose sur le travail effectué par l'intervenant avec la personne lors des étapes précédentes, soit « Explorer les critères de danger en suscitant l'espoir » et « Convenir d'actions qui alimentent l'espoir ». Cette étape consiste à attribuer une cote selon le niveau de danger du passage à l'acte suicidaire.

Elle est déterminante pour appliquer les mesures de sécurité.

Rappel

Tout intervenant ou professionnel qui souhaite utiliser la GEDPAS doit suivre la formation *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger*.

Stratégies

Tout intervenant ou professionnel qui souhaite utiliser la GEDP

Tenir compte de l'effet de l'intervention sur l'estimation des critères et de l'adhésion de la personne aux actions qui alimentent l'espoir

Il est nécessaire que la personne croie avoir la capacité et l'intention de mettre en place les actions qui alimentent l'espoir pour que celles-ci puissent être prises en compte dans l'estimation globale de la dangerosité.

Considérer la cotation des différents critères, leur interaction et leur poids relatif

Lors de l'estimation globale, il est nécessaire de prendre le temps d'analyser les interactions entre chaque critère ainsi que le poids que chaque critère a dans la balance, selon le contexte actuel de la personne.

Prendre une décision globale quant au niveau de danger

Les niveaux de danger sont représentés par les couleurs suivantes : vert, jaune, orange et rouge. Rappelez-vous que l'estimation globale ne peut être cotée entre deux couleurs.

Valider l'estimation du danger avec un collègue ou un superviseur clinique, au besoin

Les émotions vécues dans cette situation comme intervenant peuvent contribuer à ce que vous soyez plus permissif ou plus restrictif que ce que la situation requiert. Consulter un collègue ou un superviseur clinique peut aider.

La personne n'est plus à votre portée?

Si la personne quitte les lieux ou met fin à l'appel et qu'il manque de l'information pour statuer sur l'estimation globale, ou si vous êtes en intervention auprès d'un proche et qu'il vous est impossible de communiquer avec la personne qui pense au suicide, utilisez les données disponibles pour prendre une décision. Cela demeure une intervention incomplète. Il faut donc relancer la personne qui pense au suicide pour compléter l'estimation.

Appliquer les mesures de sécurité

Cette étape consiste à appliquer les mesures de sécurité requises selon la situation de la personne et à élaborer un plan de sécurité.

L'application des mesures de sécurité varie selon le niveau de danger de passage à l'acte suicidaire. Toutefois, des mesures de sécurité sont applicables à tous les niveaux de danger. Le plan de sécurité est un outil pour la personne qui pense au suicide. Il a pour objectif de l'amener à formaliser un ensemble de stratégies concrètes pour diminuer le danger de passage à l'acte suicidaire.

Définitions des termes liés aux mesures de sécurité

Cette section comporte les définitions de certains termes utilisés dans le chapitre 6 relativement à l'étape « Appliquer les mesures de sécurité ».

Accès aux armes à feu

Si la personne a accès à une arme à feu, même si ce n'est pas le moyen choisi :

- Évaluer la possibilité qu'une personne de l'entourage possédant un permis valide procède au retrait de l'arme et des munitions et s'occupe de leur entreposage sécuritaire.
- Proposer la possibilité de rendre l'arme inopérante en faisant installer un verrou de pontet par les services policiers.
- Évaluer la pertinence que la personne communique avec les services policiers afin qu'ils procèdent à la saisie de l'arme, ou communiquer avec ces services au besoin.

Manquement à l'obligation de confidentialité

- Divulguer de l'information uniquement aux personnes exposées au danger, à leur représentant et aux personnes susceptibles de porter secours.
- Communiquer seulement les renseignements nécessaires à la sécurité des personnes (ses coordonnées, sa planification suicidaire, etc.).
- Consigner au dossier les éléments pertinents (motifs de la divulgation de renseignements, renseignements divulgués, identité de la personne à qui les informations ont été transmises, etc.).

Garde préventive

La garde préventive peut être autorisée par un médecin s'il est d'avis que la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental. Elle est d'une durée maximale de 72 heures et elle s'applique malgré :

- l'absence de consentement;
- l'absence d'autorisation du tribunal;
- l'absence d'évaluation psychiatrique préalable.

Garde provisoire

À la demande d'un médecin ou d'un tiers intéressé, le tribunal peut, s'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, provisoirement gardée dans un établissement du RSSS, pour y recevoir une évaluation psychiatrique.

Garde autorisée

Cette garde doit être autorisée par un tribunal. Elle est fondée sur les deux rapports d'examen psychiatriques de la garde provisoire. Le tribunal doit également avoir lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire.

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, c. P-38.001)

Cette loi permet d'amener contre son gré une personne en danger grave et immédiat à l'urgence hospitalière sans autorisation du tribunal et sans évaluation psychiatrique (72 heures maximum).

Planification du congé

Les tâches à effectuer pour planifier le congé sont les suivantes :

- Actualiser le plan de sécurité.
- Impliquer les ressources partenaires, que ce soit à l'interne du RSSS ou à l'externe dans la communauté, ainsi que les proches dans la planification du congé.
- S'assurer que la personne sait comment prendre les médicaments prescrits, s'il y a lieu, et qu'elle peut se les procurer.
- Vérifier que la personne comprend l'importance du suivi.
- S'assurer que le moyen prévu pour se suicider n'est pas accessible une fois la personne de retour au domicile.

Prévoir les moments critiques et élaborer des stratégies de sécurité

Poser les questions suivantes pour obtenir des informations :

- Quels sont les moments et les événements qui peuvent contribuer à précipiter un passage à l'acte suicidaire (identifier les déclencheurs émotionnels et situationnels)?
- Que peut faire la personne pour éviter un passage à l'acte dans ces moments précis?

Ressources disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

- Texto : 535353
- 1 866 APPELLE
- Info-Social 811
- www.suicide.ca

Suivi étroit ou l'équivalent

Le suivi étroit vise à s'assurer que la personne qui est, ou qui a été, en danger grave (orange et rouge) de passage à l'acte suicidaire peut avoir accès à un suivi rapidement et de façon intensive.

Un suivi étroit devrait être offert à la personne vivant un épisode suicidaire qui est, ou qui a été, en danger grave de passage à l'acte et à la personne qui a fait une tentative de suicide.

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.

Le suivi se caractérise par une intensité des contacts pendant les épisodes suicidaires, notamment lors des premiers jours de congé à la suite d'un hébergement ou d'une hospitalisation. La première rencontre de suivi étroit se tient dans les 24 à 48 heures.

Si la personne accepte le suivi étroit :

- Planifier une première rencontre entre la personne qui pense au suicide et l'intervenant **avant** la sortie de l'hôpital ou du centre de crise, si elle a été hospitalisée.
- Transmettre toute information pertinente à l'intervenant.
- Discuter avec la personne des obstacles susceptibles de l'empêcher de se présenter au rendez-vous fixé.

Si la personne refuse le suivi étroit :

- Relancer régulièrement la personne et évaluer sa situation.
- Travailler l'adhésion à recevoir de l'aide.

Suivi adapté

- Suivi de courte durée aux personnes dont le niveau de danger est absent (vert) ou faible (jaune);
- Suivi étroit, ou l'équivalent, aux personnes dont le niveau de danger est grave à court terme (orange) ou imminent (rouge);
- Relance téléphonique auprès de la personne ou de l'intervenant identifié pour le suivi;
- Demande de consultation formelle en communiquant soi-même avec la ressource.

Surveillance requise

- Ajuster la surveillance en tenant compte du moment de la journée, du changement de quart et des repas, ou lors des moments critiques.
- Effectuer les tournées à des heures variées et irrégulières.
- Confier la surveillance à un membre de l'équipe qui connaît bien la personne et qui est formé pour intervenir auprès d'elle.
- Utiliser la surveillance constante seulement en dernier recours, car il s'agit d'une pratique intrusive qui peut engendrer de l'anxiété, de la colère et de la honte. Si la surveillance confine la personne dans un lieu dont elle ne peut sortir librement, il s'agit d'une mesure d'isolement que l'on doit déclarer.
- « Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier » (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2016). Il s'agit de l'une des 17 activités réservées de l'infirmière. L'infirmière peut donc déterminer le niveau de surveillance requise, et ce, sans ordonnance.

Mesures de sécurité générales (vert, jaune, orange et rouge)

- Faire part de son estimation du danger pour susciter la collaboration de la personne.
- Prévoir des moments critiques et élaborer une stratégie de sécurité avec la personne.
- Élaborer un plan de sécurité.
- Informer la personne des ressources pouvant l'aider.
- Mobiliser au moins un proche.
- Retirer ou réduire l'accès au moyen, vérifier l'accès aux armes à feu.
- S'assurer que la personne a un suivi adapté à sa situation.
- Partager les informations avec les professionnels et les intervenants concernés, dont le médecin traitant, s'il y a lieu.
- Collaborer à l'élaboration d'un plan d'intervention.
- Amorcer la planification du congé, si la personne est hospitalisée ou hébergée.

Mesures spécifiques à la pratique infirmière

- Déterminer et ajuster le plan thérapeutique infirmier (PTI).
- Déterminer, assurer et ajuster la surveillance requise en fonction des besoins de la personne.

Mesures de sécurité spécifiques : danger grave à court terme (orange)

- Faire les démarches afin que la personne reçoive un suivi étroit, ou l'équivalent.
- S'assurer que la personne sera revue ou relancée par un intervenant rapidement afin d'assurer la continuité et d'éviter les ruptures de service.
- Envisager les services d'hébergement de crise :
 - Accompagner la personne ou mandater un proche de le faire.
- Évaluer la pertinence d'une évaluation médicale ou d'une garde provisoire en établissement.

Si la personne est hébergée ou hospitalisée

- Assurer la surveillance requise et informer la personne des motifs de cette décision pour obtenir sa collaboration.
- En collaboration avec la personne et ses proches, retirer les objets pouvant être dangereux.
- Amorcer la planification du congé.
- Entreprendre les démarches nécessaires afin que la personne reçoive un suivi étroit, ou l'équivalent, lors de son congé

Mesures de sécurité spécifiques : danger grave et imminent (rouge)

Si la personne collabore

- L'accompagner vers l'urgence hospitalière de façon volontaire ou vers un centre d'hébergement de crise qui propose un encadrement aussi sécuritaire.
- S'assurer de transmettre les informations pertinentes.

Si l'intervenant n'arrive pas à susciter la collaboration de la personne

- Gagner du temps.
- Négocier pour éloigner le moyen.
- Évaluer la pertinence d'une évaluation médicale ou d'une garde en établissement (garde préventive, garde provisoire ou garde autorisée) au regard de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.
- Communiquer avec les services policiers (911).
- En dernier recours, isoler la personne de façon sécuritaire.
- Être vigilant par rapport au manquement à l'obligation de confidentialité.

Si la personne est hébergée ou hospitalisée

- Assurer la surveillance requise et informer la personne des motifs de cette décision pour obtenir sa collaboration.
- En dernier recours, mettre en oeuvre une mesure de contrôle, informer la personne des motifs de la décision et tenter d'obtenir son consentement.
- Assurer la sécurité de l'environnement et contrôler l'accès aux objets pouvant représenter un risque.

Mesures lors d'un risque d'homicide

Le risque de suicide et le risque d'homicide sont liés, car près du tiers des homicides conjugaux seraient suivis d'un suicide. Les séparations imminentes sont des moments critiques importants. Les deux stratégies sont de démontrer que nous sommes ouverts à entendre les propos d'homicide et de vérifier les idées d'homicide systématiquement.

STRATÉGIES

Démontrer à la personne son ouverture à entendre les propos d'homicide.

Vérifier les idées d'homicide systématiquement lorsqu'une personne pense au suicide.

EXEMPLES DE FORMULATION

- Avez-vous pensé emmener vos enfants dans votre suicide?
- Avez-vous pensé emmener quelqu'un avec vous dans la mort?
- Avez-vous pensé lui enlever la vie?

Si l'intention d'homicide est présente

L'intervenant doit vérifier rapidement où en est la planification du geste en identifiant le moyen envisagé, l'accès à ce moyen et à la victime ainsi que le lieu et le moment fixés.

Si, avec cette information, il est en mesure de déterminer un niveau de risque imminent, il doit immédiatement assurer la sécurité des personnes concernées et utiliser les protocoles et les outils qui s'appliquent dans sa région.

Dès la présence d'idées d'homicide, malgré l'absence de planification, il doit rapidement utiliser les protocoles et les outils qui s'appliquent dans sa région afin que la personne reçoive une estimation du risque d'homicide.

Pour en savoir plus, consultez l'annexe « Description de la formation provinciale sur l'estimation et la gestion du risque d'homicide ».



EN D'AUTRES MOTS

Malgré la présence de danger, l'intervenant doit prendre le temps d'intervenir.

En dernier recours, lorsque l'état mental d'une personne présente un danger grave et immédiat, l'article 8 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* permet qu'un agent de la paix puisse, sans l'autorisation du tribunal, amener une personne contre son gré dans un établissement de santé et de services sociaux, généralement au service des urgences d'un centre hospitalier ou d'un CLSC équipé des aménagements nécessaires, à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise (SASC) désigné ou à la demande d'un tiers intéressé si aucun intervenant d'un SASC n'est disponible en temps utile.

Le recours à cette loi constitue une mesure exceptionnelle, et les dispositions prévues dans le cadre législatif pour ce faire doivent être rigoureusement suivies.

L'application d'une garde doit se limiter à la présence d'un danger pour la personne ou pour autrui et n'être envisagée qu'en dernier recours, lorsque toutes les mesures de remplacement appropriées à la situation ont été tentées et ont échoué, la personne s'opposant catégoriquement à être gardée en établissement malgré une recherche active de son consentement.



POUR ALLER PLUS LOIN

Il est essentiel de bien connaître le protocole relatif à l'application de cette loi en vigueur dans votre organisation. Ce protocole formel contient des directives claires qui pourront faciliter votre prise de décision de recourir ou non à la Loi. À ce sujet, la formation *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (LPP)* est accessible sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) et sur la plateforme FCP-Partenaires.

Pour en savoir plus sur cette formation, consultez l'annexe « [Description de la formation Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui \(LPP\)](#) ».

Plan de sécurité

Le plan de sécurité est un outil dynamique et reconnu comme pratique préventive qui permet à une personne qui pense au suicide de conserver le contrôle sur ses idées et d'assurer sa sécurité.

Pourquoi faire un plan?

Plus précisément, le plan de sécurité a pour objectif d'amener la personne à formaliser un ensemble de stratégies concrètes pour diminuer le danger de passage à l'acte suicidaire, notamment :

- en aidant la personne à organiser ses idées dans un moment de détresse;
- en trouvant des moyens pour l'aider à faire face (stratégie d'adaptation) à ses idées suicidaires;
- en trouvant des moyens pour se protéger lorsqu'elle sent qu'elle pourrait faire un geste suicidaire (Stanley et Brown, 2012).

Le plan de sécurité proposé s'applique à toute personne qui pense au suicide, bien qu'il puisse être pertinent de l'adapter aux particularités des clientèles spécifiques (ex. : jeunes, personnes présentant un trouble de personnalité limite, etc.). Il est inspiré de Brodsky et al. (2018).

Quand faire un plan de sécurité?

Le plan de sécurité se fait lorsqu'une personne pense au suicide et qu'elle est suffisamment calme pour arriver à le terminer.

Il est idéalement élaboré avec l'aide d'un intervenant et en présence d'un proche. Tous deux devraient être impliqués dans le plan de sécurité de la personne.

Lorsqu'elle est hospitalisée ou hébergée, il est nécessaire de réaliser un plan de sécurité avec la personne à son admission ainsi qu'avant sa sortie. Le plan est à bonifier lorsque de l'information supplémentaire est apprise sur la situation de la personne.

Considération pour l'élaboration

- Utiliser les mots et le monde métaphorique de la personne qui pense au suicide (expressions, images, etc.).
- Développer une formule concise.
- Estimer l'intention et la capacité de mettre en place chacune des étapes.
- Éviter de présenter le plan de sécurité comme étant un contrat de non-suicide.

L'élaboration du plan de sécurité se divise en six étapes à faire en ordre. La nature collaborative du plan entre l'intervenant et la personne qui pense au suicide est identifiée comme un gage de son efficacité.

Prenez note que les étapes sont rédigées à la première personne du singulier pour aider la personne qui pense au suicide à s'approprier le plan de sécurité comme étant son outil.

Étapes du plan de sécurité

Étape 1. Reconnaître mes signes de détresse

RATIONNEL

Il est plus difficile pour une personne qui pense au suicide d'assurer sa sécurité une fois qu'elle est en crise ou encore dans un moment de perte de contrôle. Il est donc nécessaire d'amener la personne à reconnaître ces signes précurseurs.

ACTIONS À POSER

- Identifier les signes de détresse.
Explorer avec la personne les signes de détresse qui surviennent lorsque celle-ci sent qu'elle a moins de contrôle sur ses idées suicidaires. Les signes de détresse peuvent prendre la forme d'émotions, de pensées, de sensations physiques et de comportements. Il est nécessaire d'amener la personne à décrire ces signes avec le plus de détails possible. S'il est difficile pour la personne d'identifier ces éléments, on peut lui demander de nous raconter une situation où elle a reconnu les moments qui précédaient une perte de contrôle sur ses idées suicidaires, et de nous les décrire.
- Informer la personne que, lorsqu'elle prend conscience de la présence de signes précurseurs, il est important qu'elle passe à la seconde étape.

Étape 2. Utiliser mes stratégies d'adaptation

RATIONNEL

Les personnes qui pensent au suicide possèdent déjà des stratégies qu'elles mettent en place pour faire face à leurs idées suicidaires. À cette étape, il importe de les mettre en lumière. Des éléments discutés lors de l'étape « Convenir d'actions qui alimentent l'espoir » peuvent être réutilisés ici.

ACTIONS À POSER

- Identifier les stratégies d'adaptation.
Identifier avec la personne les stratégies adaptatives auxquelles elle pourra avoir recours de façon autonome (ex. : dessiner des mandalas, aller faire une promenade, flatter son animal de compagnie, faire de l'activité physique, etc.).
- Estimer l'intention et la capacité de les mettre en place dans un moment de crise ou de plus grande détresse.
- Identifier les obstacles qui pourraient empêcher les personnes de mettre en place ces stratégies et trouver des moyens de les contourner.
- Se rappeler les raisons de vivre.
- Inviter la personne à écrire ses raisons de vivre et ses sources d'espoir afin qu'elle se rappelle ce qui la maintient en vie.

Étape 3. Me distraire**RATIONNEL**

Certaines situations sociales peuvent amener une personne qui pense au suicide à penser à autre chose le temps que le moment difficile passe.

ACTIONS À POSER

- Expliquer que, si l'étape 2 ne fonctionne pas, on passe à l'étape 3.
- Identifier les situations sociales qui permettent à la personne de se distraire lorsqu'elle sent qu'elle est en crise ou encore que la détresse augmente.
Identifier avec la personne les endroits où elle peut aller et les personnes avec qui elle peut être en contact afin de se distraire (ex. : aller faire une promenade avec un ami, aller au cinéma, aller s'asseoir dans un parc, aller prendre un café chez sa soeur).
- Estimer l'intention et la capacité de mettre en place ces situations sociales dans un moment de détresse.
- Identifier les obstacles qui pourraient empêcher les personnes de mettre en place ces moyens et trouver des façons de les contourner.

Étape 4. Demander de l'aide à mes proches**RATIONNEL**

Lorsque la personne n'arrive pas à retrouver un état d'équilibre après avoir tenté d'utiliser ses stratégies d'adaptation et de se distraire, il devient essentiel qu'elle demande de l'aide à quelqu'un.

ACTIONS À POSER

- Expliquer que, si l'étape 3 ne fonctionne pas, on passe à l'étape 4.
- Identifier les proches vers qui la personne peut se tourner lorsqu'elle pense au suicide.
- Identifier les personnes-ressources de son entourage qui peuvent la soutenir concrètement lorsque ses idées suicidaires deviennent envahissantes. Ces personnes-ressources sont idéalement au courant du plan de sécurité et sont consentantes à jouer ce rôle auprès de la personne qui pense au suicide.
- Estimer l'intention et la capacité de contacter ces personnes dans un moment de détresse.
- Identifier les obstacles qui pourraient empêcher la personne d'appeler un proche et aider la personne à trouver des moyens pour les contourner.

Étape 5. Contacter un professionnel**RATIONNEL**

Lorsque les proches ne peuvent répondre au téléphone ou encore que le fait de les contacter représente un moment trop difficile, la personne qui pense au suicide doit entrer en contact avec un professionnel.

ACTIONS À POSER

- Expliquer que, si l'étape 4 ne fonctionne pas, on passe à l'étape 5.
- Identifier les professionnels de la santé vers qui la personne peut se tourner lorsqu'elle pense au suicide (au moins un numéro de téléphone accessible 24 heures sur 24).
- Estimer l'intention et la capacité de contacter ces ressources dans un moment de détresse.
- Identifier les obstacles qui pourraient empêcher la personne de contacter ces ressources et identifier des moyens de les contourner.
- Si les actions précédentes ne fonctionnent pas, la personne qui pense au suicide doit communiquer avec les secours (911) si elle a l'impression qu'elle va poser un geste suicidaire.

Étape 6. Sécuriser mon environnement

Comme vu précédemment, l'intervenant retire ou réduit l'accès au moyen (arme à feu et autres moyens) pour la personne qui pense au suicide, indépendamment du niveau de danger de passage à l'acte suicidaire.

Si la personne se rend à la sixième étape de son plan de sécurité, la personne doit mettre en oeuvre ce qui est possible pour s'éloigner du moyen.

RATIONNEL

La personne doit mettre en oeuvre ce qui est possible pour s'éloigner du moyen.

ACTIONS À POSER

- Dans les cas où le moyen ne peut être déplacé (ex. : métro), réfléchir à ce que la personne peut faire pour l'éviter ou encore réfléchir à une marche à suivre si elle se retrouve dans une situation où elle se sent à risque de passer à l'acte.
- Identifier des stratégies pour s'éloigner de son moyen en cas de suicide imminent.



EN D'AUTRES MOTS

Le plan de sécurité n'est pas un contrat de non-suicide et il est important d'éviter de le présenter ainsi (Stanley et Brown, 2012; Wenzel et al., 2009). Le contrat de non-suicide est un engagement à la négative (« je ne ferai pas »), alors que le plan de sécurité est un engagement à la positive (« je ferai ») (Bryan et al., 2017). Il est reconnu comme étant plus efficace qu'un contrat de non-suicide (Shand et al., 2018). D'ailleurs, l'efficacité du contrat de non-suicide n'est pas démontrée (Brodsky et al., 2018).

Le plan regroupe des stratégies d'adaptation de la personne et des ressources qu'elle peut utiliser avant et pendant qu'elle pense au suicide (Brodsky et al., 2018; Joiner et al., 1999; Pettit et al., 2018;

St-Cyr Tribble et al., 2006). Pour convenir de ces stratégies, le soutien de l'intervenant est nécessaire afin qu'elle puisse repérer ses signaux d'alarme et identifier ses meilleurs moyens d'adaptation. Il est important que le plan prenne la forme la plus adaptée possible à la réalité de la personne et des proches qu'elle a ciblés et qu'il leur soit accessible en tout temps (Labelle, 2018; Pettit et al., 2018). Il est important de réviser ce plan à intervalles réguliers en amenant la personne à identifier les aspects les plus utiles et les moins utiles ou ceux perçus comme des entraves à son utilisation afin de le réajuster (American Psychiatric Nurses Association, 2015; Raymond et al., 2016).

Collaboration

Les différentes actions pour appliquer des mesures de sécurité illustrent la nécessité de collaborer entre intervenants, de même qu'entre milieux, pour prévenir le suicide. Pour favoriser la collaboration, il est nécessaire que l'intervenant connaisse l'offre de service de son milieu de même que le rôle des différents acteurs en prévention du suicide (National Institute for Health and Care Excellence, 2019 et 2020).

Exemples de milieux pouvant jouer un rôle dans l'offre de service

- Centres de prévention du suicide;
- Centres de crise;
- Urgences hospitalières;
- Centres de réadaptation;
- Différentes missions des CISSS (CLSC, hôpitaux, etc.);
- Services 911 et services policiers;
- Cliniques médicales et groupes de médecine de famille (GMF).

Résumé | Appliquer les mesures de sécurité

Assurer la sécurité d'une personne qui pense au suicide nécessite de mettre en place plusieurs mesures et, souvent, de faire appel à des organisations partenaires ou à des membres de l'équipe multidisciplinaire de l'intervenant. Il peut être complexe pour la personne qui pense au suicide de circuler à travers le RSSS.

Le rôle de l'intervenant est de guider, et parfois d'accompagner, la personne pour qu'elle puisse avoir accès aux services que requiert sa situation et ainsi éviter une rupture de service.

Il est important de ne pas recourir aux lois trop rapidement, car d'autres actions sont possibles, comme impliquer un proche. Il faut également prendre le temps d'intervenir, même si la personne est en danger grave et imminent de passage à l'acte.

En effet, même si la personne doit être hospitalisée, l'intervenant doit rechercher sa collaboration avant d'agir contre son gré.

Offrir un suivi adapté aux besoins

Le chapitre 7 présente
l'étape « Offrir un suivi
adapté aux besoins ».

Offrir un suivi adapté aux besoins

Lors de l'étape « Appliquer les mesures de sécurité », l'intervenant s'assure que la personne obtient un suivi adapté au niveau de l'estimation globale de la dangerosité en déterminant l'intensité du suivi.

Rappelons qu'un niveau de danger grave à court terme ou imminent nécessite un suivi de type étroit ou l'équivalent. Ce suivi est une mesure proactive, intensive et rapide, pour prévenir un geste suicidaire, diminuer la détresse psychologique et assurer une intervention adaptée.

Les rencontres de suivi permettent de réutiliser les étapes du processus clinique afin d'augmenter ce qui protège la personne et de poursuivre le travail pour diminuer ce qui la maintient en danger.

Dans ces rencontres de suivi, il est nécessaire de réutiliser le processus clinique et d'adapter ses interventions selon les clientèles.

Réutiliser le processus clinique

Lorsque l'intervenant revoit la personne, il réutilise les étapes du processus clinique tout en s'intéressant à l'évolution de sa situation.

Il continue de composer avec ses émotions et ses croyances ainsi que de travailler sur l'espoir. Concernant plus particulièrement la mobilisation des proches, l'intervenant peut utiliser un modèle d'intervention systémique :

- Si la discussion avec les proches n'a pas eu lieu, amorcer le travail pour trouver une façon de les impliquer dans le suivi.

- Si les proches sont présents, les impliquer et leur fournir les outils leur permettant de soutenir la personne, dans le respect de leur implication.

Accueillir le vécu

Voici quelques pistes d'intervention pour accueillir le vécu de la personne qui pense au suicide en contexte de suivi :

- Explorer les changements dans la situation de la personne.
- Favoriser la collaboration de la personne à l'intervention en consolidant ou en maintenant l'alliance thérapeutique.
- Identifier les indices de rupture, de retrait et de confrontation au regard de l'alliance thérapeutique, les aborder et s'ajuster pour tenter de préserver l'alliance.

Comment s'ajuster?

- Expliquer les interventions à réaliser pour que l'état de la personne s'améliore et expliquer le rationnel derrière sa façon d'intervenir.
- Changer et ajuster ses objectifs d'intervention.
- Valider le vécu de la personne.
- Communiquer son vécu à l'égard de la relation avec la personne.
- Clarifier les malentendus.
- Reconnaître sa contribution à la rupture de l'alliance avec la personne.

Repérer la personne vulnérable au suicide

- Porter attention aux moments critiques qui pourraient survenir en cours de suivi.
- Porter attention à la fluctuation des signes de détresse. Lorsqu'un signe de détresse n'est plus présent, se questionner sur ce qui a pu y contribuer; et lorsqu'un signe de détresse apparaît, faire de même.
- Mentionner à la personne d'aviser l'intervenant en présence de nouveaux signes de détresse et de moments critiques, dans le cas où la personne est hébergée ou hospitalisée.

Vérifier la présence d'idées suicidaires

- Utiliser des questions à échelle pour vérifier l'intensité des idées suicidaires et voir l'évolution de la situation. Exemples :

« La semaine passée, vos idées suicidaires étaient à 4 sur 10 (1 correspondant à des idées très fortes et 10, à des idées absentes). Où en êtes-vous aujourd'hui? »

« Vous êtes à 2 aujourd'hui et, malgré cela, vous avez réussi à ne pas poser de geste suicidaire et à venir au rendez-vous. Comment avez-vous réussi? Comment faites-vous pour rester à 2? »

Explorer les critères de danger en suscitant l'espoir

En contexte de suivi, il est important de revenir sur chacun des critères d'estimation de la dangerosité pour constater comment la situation de la personne fluctue dans le temps et pour nous aider à identifier les interventions à mettre en place pour la soutenir. Voici quelques pistes d'intervention.

- Travailler les critères qui sont le plus liés à la situation de la personne et à la dangerosité :
 - Les éléments dans le vert et le jaune font-ils encore le poids ? Continuer de les amplifier.
 - Quelles stratégies pour susciter l'espoir permettraient de déplacer les éléments se trouvant dans l'orange et le rouge

Sujets à explorer lors d'un suivi, selon son champ de responsabilités et de compétences

SUJETS	CRITÈRES TOUCHÉS
Réexplorer la planification du suicide à chaque rencontre. La personne peut avoir modifié son plan ou commencé des préparatifs.	Idées suicidaires et planification du suicide
Si la personne a fait une tentative de suicide il y a moins de huit semaines, porter une attention particulière à son état émotif par rapport à sa tentative (contente ou fâchée d'être en vie), puisque celle-ci peut évoluer avec le temps.	Tentative de suicide
Développer l'estime de soi et l'autocompassion.	Capacité à espérer un changement
Utiliser une approche de réduction des méfaits.	Usage de substances
Élargir le répertoire des stratégies d'adaptation.	Capacité à se contrôler
Développer la capacité de régulation des émotions.	Capacité à se contrôler
Travailler à recadrer la croyance d'être un fardeau pour son entourage.	Présence de proches
Promouvoir les autosoins pour augmenter la capacité de la personne à prendre soin d'elle.	Capacité à prendre soin de soi
Offrir de l'éducation psychologique sur comment prendre soin de soi.	Capacité à prendre soin de soi
Travailler l'adhésion au suivi et aux services par un recadrage des croyances.	Capacité à prendre soin de soi
À la sortie d'un milieu encadrant, planifier comment faire face au stress et à l'anxiété dus au changement de milieu.	Capacité à prendre soin de soi

Convenir d'actions qui alimentent l'espoir

- Revenir sur les actions convenues lors de la dernière rencontre :
 - Si la personne n'est pas arrivée à mettre en place les actions, souligner les efforts déployés et partager la responsabilité en lui indiquant que les actions suggérées n'étaient pas adaptées à sa situation.
 - Si la personne est arrivée à mettre en place les actions convenues, souligner les efforts déployés.
 - Identifier de nouvelles actions qui vont dans le sens du « plus petit pas possible », en cohérence avec le futur souhaité.

Appliquer les mesures de sécurité

Différentes interventions sont nécessaires afin d'appliquer les mesures de sécurité en contexte de suivi. En voici des exemples :

- Réestimer le niveau de dangerosité global d'un passage à l'acte suicidaire (Castaigne et al., 2017; Shand et al., 2018).
- Ajuster le plan de sécurité en amenant la personne à identifier les aspects les plus utiles et les moins utiles ou ceux qui sont perçus comme étant des entraves à son utilisation.
- Adapter le niveau de surveillance requise.
- Ajuster le niveau d'intensité du suivi au besoin.
- S'assurer que les outils de communication et de collaboration sont mis à jour et que les intervenants impliqués sont mis au courant des changements significatifs dans la situation de la personne qui pense au suicide.

Interventions spécifiques à la pratique infirmière

Voici quelques interventions spécifiques à la pratique infirmière en contexte de suivi qui s'ajoutent aux interventions vues précédemment.

Interventions - générales

- Repérer les changements cliniques ou de comportement augmentant le niveau de dangerosité de passage à l'acte suicidaire lors de l'évaluation de la condition mentale.
- Adapter les interventions en fonction de l'évaluation continue de la condition physique et mentale.
- Proposer à la personne différents moyens de s'exprimer.
- Ajuster le plan thérapeutique infirmier selon les résultats obtenus.
- Travailler avec la personne pour recréer une routine au quotidien lors de l'hospitalisation.

Interventions – niveau de danger grave à court terme

- Si la personne est hospitalisée, refaire l'estimation du danger toutes les 24 heures ou au besoin selon le jugement clinique.
- Surveiller les signes d'anxiété et aider la personne à retrouver un équilibre émotionnel à l'aide de la régulation des émotions.
- Susciter l'expression des émotions de façon plus adaptée.
- Explorer des moyens pour atténuer la souffrance.
- Inviter la personne à demander de l'aide au besoin en lui assurant notre disponibilité (identifier la personne la plus significative dans l'équipe de soins).
- Lui offrir une médication au besoin si elle fait de l'anxiété.

Interventions – niveau de danger imminent

Les personnes qui présentent ce niveau de danger sont hébergées ou hospitalisées.

- Refaire l'estimation de la dangerosité à chaque quart de travail ou au besoin selon le jugement clinique.
- Tenter d'aider la personne à diminuer l'intensité de la détresse en identifiant la préoccupation de façon précise dans l'ici et maintenant.
- Rassurer la personne sur le fait que nous sommes en mesure de la protéger contre ses pulsions suicidaires.
- Rassurer la personne sur le fait que les idées suicidaires sont souvent circonscrites dans le temps.
- L'orienter vers des solutions concrètes.
- Recadrer les situations sources de détresse.

Adapter ses interventions selon la personne

Il est important d'adapter notre intervention en fonction des caractéristiques de la personne. Les pratiques mises de l'avant dans le processus clinique pourraient se montrer moins efficaces si elles ne sont pas modulées.

Vous trouverez des fiches qui présentent une synthèse de l'information sur les besoins et les réalités de groupes spécifiques (ex. : les personnes travaillant en milieu agricole, les personnes incarcérées, les personnes ayant un ou des troubles de santé mentale) en matière de prévention du suicide à la page suivante : [Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](http://Publications.du.ministère.de.la.Santé.et.des.Services.sociaux.gouv.qc.ca).

Mettre fin au suivi

Transition

Transition d'un suivi de type étroit vers un suivi d'une intensité plus modérée : lorsque la personne présente un niveau de danger faible (jaune) durant trois semaines consécutives.

Fin

Fin du suivi : selon notre jugement clinique.

Il est important d'annoncer à l'avance la fin du suivi à la personne en montrant clairement le chemin qu'elle a parcouru.



POUR ALLER PLUS LOIN

La personne qui reçoit des soins et des services devrait être maintenue dans la continuité de ceux-ci lorsque possible (National Institute for Health and Care Excellence, 2011) et ces derniers devraient être adaptés aux besoins de la personne (Castaigne et al., 2017; du Roscoät et Beck, 2013).

Les actions de l'intervenant sont ici d'une grande importance pour faciliter l'accès aux services et favoriser la continuité de ces derniers. La façon de procéder peut influencer l'adhésion de la personne à ces services (National Institute for Health and Care Excellence, 2020). Une demande de consultation personnalisée et structurée peut avoir un effet incitatif sur son acceptation (Lane et al., 2010). Les proches de la personne peuvent également jouer un rôle décisif dans

son adhésion (American Psychiatric Association, 2003). Il importe de favoriser l'engagement de la personne envers ce suivi de même qu'envers les services vers lesquels elle sera dirigée, s'il y a lieu (Brown et Green, 2014; Castaigne et al., 2017; Shand et al., 2018). Les actions suivantes peuvent être posées :

- Maintenir une alliance thérapeutique (American Psychiatric Association, 2003) forte et prioriser le lien de confiance (Crawford, 2004; King et al., 2001) ainsi qu'une bonne communication (Houghton et al., 1996).
- Réévaluer de façon ponctuelle ses besoins et ses préférences (American Psychiatric Association, 2003).
- Miser sur une intervention personnalisée de nature relationnelle et qui ne se limite pas aux soins (du Roscoät et Beck, 2013).

Le retour à domicile ou dans la communauté est un moment charnière pour la personne qui pense au suicide (Castaigne et al., 2017). Un engagement thérapeutique rapide après la fréquentation de l'urgence serait particulièrement bénéfique (McCabe et al., 2018). Le maintien d'un contact (ex. : rencontre en face à face, contact téléphonique, etc.) après une tentative de suicide est une intervention ayant fait ses preuves d'efficacité (du Roscoät et Beck, 2013). Avoir un contact actif avec les personnes, leur offrir un soutien et les contacter après leur sortie de l'urgence diminuerait les comportements suicidaires (Brodsky et al., 2018; Inagaki et al., 2019; Shand et al., 2018).

Bibliographique

À PROPOS

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 : rallumer l'espoir

CHAPITRE 1

Métaphore de l'île

Lavoie, B. (2021). *Approche orientée vers les solutions : compétences de base* [formation]. Québec, Canada.

Stratégies d'intervention

Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. (2018). *Guide pour la prévention et la gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier*. <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieuhospitalier/>

Bazinet, J., Roy, F. et Lavoie, B. (2015). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques : guide du formateur* (3e éd.; mise à jour par L. Pelchat). Association québécoise de prévention du suicide.

Chanut, F. (2012). Psychiatrie et entretien motivationnel. *Santé mentale*, 164, 30-36.

Lavoie, B. (2015). L'Approche orientée vers les solutions : bonne pour la santé de ceux qui l'utilisent. *Le partenaire*, 24(2), 5-7.

Pour aller plus loin

Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. (2019). *Prévention & gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier : guide pour l'élaboration des plans thérapeutiques infirmier (PTI)*. <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieuhospitalier/interventions/guide-delaboration-pour-le-pti/>

Bazinet, J., Roy, F. et Lavoie, B. (2015). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques : guide du formateur* (3e éd.; mise à jour par L. Pelchat). Association québécoise de prévention du suicide.

Blundo, R., Bolton, K. et Hall, C. (2014). Hope: Research and theory in relation to solution-focused practice and training. *International Journal of Solution-Focused Practices*, 2(2), 52-62.

Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., Maney, E. et Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64-72.

Fiske, H. et Lavoie, B. (2016). Favoriser l'espoir : histoires de prévention du suicide [formation]. Conférence SFBTA, Halifax, Nouvelle-Écosse.

Gingerich, W. J. et Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 266-283.

Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E. et van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 740-750.

Kondrat, D. C. et Teater, B. (2012). Solution-focused therapy in an emergency room setting: Increasing hope in persons presenting with suicidal ideation. *Journal of Social Work*, 12(1), 3-15.

Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M. et Camirand, R. (2010). Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (publication no 10-247-02). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lavoie, B. (2015). L'Approche orientée vers les solutions : bonne pour la santé de ceux qui l'utilisent. *Le partenaire*, 24(2), 5-7.

McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A. et Xanthopoulou, P. (2018). Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 120.

Ross, A. M., Kelly, C. M. et Jorm, A. F. (2014). Re-development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: A Delphi study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 241.

Trepper, T. S., McCollum, E. E., De Jong, P., Korman, H., Gingerich, W. J. et Franklin, C. (2011). Solution-focused brief therapy treatment manual 1. Oxford University Press.

Shand, F., Vogl, L. et Robinson, J. (2018). Improving patient care after a suicide attempt. *Australasian Psychiatry*, 26(2), 145-148.

Références issues du *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* (2010)

Fiske, H. (1998). Applications of solution-focused brief therapy in suicide prevention. Dans D. De Leo, A. Schmidtke et R. F. W. Diekstra (dir.), *Suicide prevention: A holistic approach* (p. 185-197). Kluwer Academic Publishers.

Greene, G. J. et Lee, M.-Y. (2000). How to work with clients' strengths in crisis intervention: A solution-focused approach. Dans A. R. Roberts (dir.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (p. 31-55). Oxford University Press.

CHAPITRE 2

Définitions

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux : cadre de référence* (publication no 18-727-01W).

Office of the Surgeon General (US) et National Action Alliance for Suicide Prevention (US). (2012). *2012 National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action: A report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention*. U.S. Department of Health and Human Services.

Avantages de l'implication des proches

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. doi : 10.3389/fpsy.2018.00033

Duhamel, F. (dir.). (2015). *La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers* (3e éd.). Chenelière Éducation.

Label, 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.

MacCourt, P. et Comité consultatif sur les aidants membres de la famille de la Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale*. Commission de la santé mentale du Canada.

Michel, K. (2002). Le médecin et le patient suicidaire : Partie 1 : Aspects fondamentaux. *Forum Médical Suisse*, 29(30), 704-707.

Monk, L., Samra, J., British Columbia Ministry of Health et Simon Fraser University, Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. (2007). *Working with the client who is suicidal: A tool for adult mental health and addiction services*. British Columbia Ministry of Health.

National Action Alliance for Suicide Prevention. (2019). *Best practices in care transitions for individuals with suicide risk: Inpatient care to outpatient care*. Education Development Center inc.

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Suicide prevention: Quality standard*.

Office of the Surgeon General (US) et National Action Alliance for Suicide Prevention (US). (2012). *2012 National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action: A report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention*. U.S. Department of Health and Human Services.

Till, B., Tran, U. S. et Niederkrotenthaler, T. (2017). Relationship satisfaction and risk factors for suicide. *Crisis*, 38(1), 7-16.

Besoins de soutien

Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. (2019). *Prévention & gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier : guide pour l'élaboration des plans thérapeutiques infirmier (PTI)*. <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieuhospitalier/interventions/guide-delaboration-pour-le-pti/>

Duhamel, F. (dir.). (2015). *La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers* (3e éd.). Chenelière Éducation.

Gouvernement du Québec. (2021). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes : reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement* (publication no 21-835-01W).

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Guide de soutien pour intervenir auprès d'enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire* (publication no 21-825-03W).

Mishara, B. et Houle, J. (2008). Le rôle des proches dans la prévention du suicide. *Perspectives Psy*, 47, 343-349.

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Suicide prevention: Quality standard*.

Pour aller plus loin

Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. (2019). *Prévention & gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier : guide pour l'élaboration des plans thérapeutiques infirmier (PTI)*. <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieuhospitalier/interventions/guide-delaboration-pour-le-pti/>

Gouvernement du Québec. (2021). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes : reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement* (publication no 21-835-01W).

Laverdière, F. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux* (publication no 18-727-01W). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Suicide prevention: Quality standard*.

Till, B., Tran, U. S. et Niederkrotenthaler, T. (2017). Relationship satisfaction and risk factors for suicide. *Crisis*, 38(1), 7-16.

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale*.

Références issues du Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (2010)

Michel, K. (2002). Le médecin et le patient suicidaire : Partie 1 : Aspects fondamentaux. *Forum Médical Suisse*, 29(30), 704-707.

Monk, L., Samra, J., British Columbia Ministry of Health et Simon Fraser University, Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. (2007). *Working with the client who is suicidal: A tool for adult mental health and addiction services*. British Columbia Ministry of Health.

CHAPITRE 3

Explorer la situation

Bazinet, J., Roy, F. et Lavoie, B. (2015). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques : guide du formateur* (3e éd.; mise à jour par L. Pelchat). Association québécoise de prévention du suicide.

Greene, G. J. et Lee, M.-Y. (2000). How to work with clients' strengths in crisis intervention: A solution-focused approach. Dans A. R. Roberts (dir.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (p. 31-55). Oxford University Press.

Stratégies

Bazinet, J., Roy, F. et Lavoie, B. (2015). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques : guide du formateur* (3e éd.; mise à jour par L. Pelchat). Association québécoise de prévention du suicide.

Greene, G. J. et Lee, M.-Y. (2000). How to work with clients' strengths in crisis intervention: A solution-focused approach. Dans A. R. Roberts (dir.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (p. 31-55). Oxford University Press.

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.

Séguin, M. et Chawky, N. (2020). *Formation provinciale sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7* (3e éd.). Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Définition du repérage

Bernard, S. et Brassard, J. (2019). *La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation : cadre de référence clinique*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Office des professions du Québec. (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif*.

Office des professions du Québec. (2021). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif*.

Signes de détresse

Bazinet, J., Roy, F. et Lavoie, B. (2015). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques : guide du formateur* (3e éd.; mise à jour par L. Pelchat). Association québécoise de prévention du suicide.

Signes de détresse généralement observés chez des adolescents qui pensent au suicide

Barron, D. (2017). *Quatre fois plus de tentatives de suicide chez les jeunes personnes atteintes d'une maladie chronique*. Univadis. <https://www.univadis.fr/viewarticle/quatre-fois-plus-de-tentatives-de-suicide-chez-les-jeunes-personnes-atteintes-d-une-maladie-chronique-547071>

Pelchat, L. et Roy, F. (2015). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques - Déclinaison jeunesse (14-18 ans) : guide du formateur*. Association québécoise de prévention du suicide.

Signes généralement observés chez des personnes âgées qui pensent au suicide

Roy, F. (2016). *Prévenir le suicide chez les aînés : repérer, protéger et redonner espoir : guide pour les agents de formation*. Association québécoise de prévention du suicide.

Suicide.ca. (s. d.). Douleurs chroniques et suicide. <https://suicide.ca/fr/je-pense-au-suicide/situations-difficiles/douleurs-chroniques>

Moments critiques

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.

Pelchat, L. et Roy, F. (2015). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques – Déclinaison jeunesse (14-18 ans) : guide du formateur*. Association québécoise de prévention du suicide.

Bardon, Céline. (s. d.). *Comprendre le risque suicidaire : modèle dynamique du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA*. <https://ditsasuicide.ca/comprendre-le-risque-suicidaire-modele-dynamique-du-suicide-chez-les-personnes-ayant-une-di-ou-un-tsa/>

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale*.

Vérifier

Bazinet, J., Roy, F. et Lavoie, B. (2015). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques : guide du formateur* (3e éd.; mise à jour par L. Pelchat). Association québécoise de prévention du suicide.

Casey, S. et Roy, F. (2014). *Repérer la personne vulnérable au suicide et appliquer les mesures de protection requises : guide pour les agents de formation*. Association québécoise de prévention du suicide.

Pour aller plus loin

Accueillir

Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. (2019). *Prévention & gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier : détection des personnes à risque suicidaire*. <https://aquiism.org/wp-content/uploads/Outil-clinique-D%C3%A9tection-des-personnes-%C3%A0-risque-suicidaire-.pdf>

Bazinet, J., Roy, F. et Lavoie, B. (2015). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques : guide du formateur* (3e éd.; mise à jour par L. Pelchat). Association québécoise de prévention du suicide.

Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M. et Camirand, R. (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* (publication no 10-247-02). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Héту, J.-L. (2019). *La relation d'aide : éléments de base et guide de perfectionnement* (5e éd.). Gaëtan Morin Éditeur.

Lavoie, B., Lecavalier, M., Angers, P. et Houle, J. (2012). *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : fondements théoriques et pratiques*. Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal.

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.

Marcotte, G. et Pagé, M. (2017). *L'intervention en prévention du suicide auprès des hommes : des repères utiles pour les intervenants de tous les milieux*. Suicide Action Montréal.

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Suicide prevention: Quality standard*.

National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Self-harm in over 8s: Long-term management – Clinical guideline*.

Rassy, J. et Boudreau, D. (2016). *Risque suicidaire à l'adolescence et l'âge adulte : évaluation, facteurs d'influence et interventions*.

Ross, A. M., Kelly, C. M. et Jorm, A. F. (2014). Re-development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: A Delphi study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 241.

Références issues du Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (2010)

Greene, G. J. et Lee, M.-Y. (2000). How to work with clients' strengths in crisis intervention: A solution-focused approach. Dans A. R. Roberts (dir.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (p. 31-55). Oxford University Press.

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.

Monk, L., Samra, J., British Columbia Ministry of Health et Simon Fraser University, Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. (2007). *Working with the client who is suicidal: A tool for adult mental health and addiction services*. British Columbia Ministry of Health.

O'Hanlon, W. H. et Weiner-Davis, M. (1995). *L'orientation vers les solutions : une approche nouvelle en psychothérapie*. Éditions SATAS.

Repérer

Bardon, C. (2017). *Processus AUDIS – Intervenir auprès de la personne suicidaire : un ensemble d'outils cliniques de soutien à l'intervention auprès des personnes ayant une DI ou un TSA et des comportements suicidaires*. Chaire DI-TC. <http://ditsasuicide.ca/wp-content/uploads/2017/11/Processus-AUDIS-Intervention.pdf>

Bernard, S. et Brassard, J. (2019). *La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation : cadre de référence clinique*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Office des professions du Québec. (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif*.

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.

Vérifier

Bardon, C. (2017). Processus AUDIS – *Intervenir auprès de la personne suicidaire : un ensemble d'outils cliniques de soutien à l'intervention auprès des personnes ayant une DI ou un TSA et des comportements suicidaires*. Chaire DI-TC. <http://ditsasuicide.ca/wp-content/uploads/2017/11/Processus-AUDIS-Intervention.pdf>

Bazinet, J., Roy, F. et Lavoie, B. (2015). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques : guide du formateur* (3e éd.; mise à jour par L. Pelchat). Association québécoise de prévention du suicide.

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.

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie. (2019, 8 août). *Éléments généraux de postvention. Prévention du suicide : synthèses de connaissances*. <https://comprendrelesuicide.uqam.ca/index.php/fr/champ-dinteret/postvention>

Lavoie, B., Lecavalier, M., Angers, P. et Houle, J. (2012). *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : fondements théoriques et pratiques*. Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal.

Notredame, C.-É., Daniels, S., Rancourt, É., Turecki, G. et Richard-Devantoy, S. (2017). *Suicide risk assessment guide: Support from the scientific literature for inclusion of criteria*. Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés et le Groupe McGill d'études sur le suicide.

Rassy, J. et Boudreau, D. (2016). *Risque suicidaire à l'adolescence et l'âge adulte : évaluation, facteurs d'influence et interventions*.

S. Berk, M. et Hughes, J. (2016). Cognitive behavioral approaches for treating suicidal behavior in adolescents. *Current Psychiatry Reviews*, 12(1), 4-13.

Spirito, A., Esposito-Smythers, C., Wolff, J. et Uhl, K. (2011). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 191-204.

CHAPITRE 4

Réponse de stress

Lupien, S. (2020). *Par amour du stress* (2e éd.). Éditions Va Savoir.

Modèle

Ellis, T. E., Schwartz, J. A. J. et Rufino, K. A. (2018). Negative reactions of therapists working with suicidal patients: A CBT/mindfulness perspective on “countertransference”. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(1), 80-99.

Neff, K. D. (2003). *Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself*. *Self and Identity*, 2, 85-102.

Dynamique

Beck, A. T. et Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.

CHAPITRE 5

GEDPAS

Bazinet, J., Roy, F. et Lavoie, B. (2015). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques : guide du formateur* (3e éd.; mise à jour par L. Pelchat). Association québécoise de prévention du suicide.

Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M. et Camirand, R. (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* (publication no 10-247-02). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lavoie, B., Lecavalier, M., Angers, P. et Houle, J. (2012). *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : fondements théoriques et pratiques*. Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal.

Comparaison avec le GÉRIS

Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. (2019). *Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire*. <https://aqiism.org/wp-content/uploads/Outil-clinique-Guide-d%C3%A9valuation-du-risque-suicidaire--m%C3%A0j-09-2019.pdf>

Bardon, C. et Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie. (2018). Prédire le suicide d'une personne? Enjeux, défis et méthodes d'évaluation des outils d'estimation du risque suicidaire [présentation PowerPoint]. https://fr.slideshare.net/CRISE_UQAM/prdire-le-suicide-dune-personne-enjeux-dfis-et-mt-hodes-dvaluation-des-outils-destimation-du-risque-suicidaire

Laverdière, F. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux* (publication no 18-727-01W). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

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.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2017). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 - Faire ensemble et autrement*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>

National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Self-harm in over 8s: Long-term management - Clinical guideline*.

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.

The British Psychological Society. (2018). *Position statement: Understanding and preventing suicide: A psychological perspective*.

Velupillai, S., Hadlaczky, G., Baca-Garcia, E., Gorrell, G. M., Werbeloff, N., Nguyen, D., Patel, R., Leightley, D., Downs, J., Hotopf, M. et Dutta, R. (2019). Risk assessment tools and data-driven approaches for predicting and preventing suicidal behavior. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 36.

Références issues du Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (2010)

Fiske, H. (2008). *Hope in action : Solution-focused conversations about suicide*. Routledge.

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.

Monk, L., Samra, J., British Columbia Ministry of Health et Simon Fraser University, Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. (2007). *Working with the client who is suicidal: A tool for adult mental health and addiction services*. British Columbia Ministry of Health.

Russ, M. J., Kashdan, T., Pollack, S. et Bajmakovic-Kacila, S. (1999). Assessment of suicide risk 24 hours after psychiatric hospital admission. *Psychiatric Services*, 50(11), 1491-1493.

Gottlieb, L. N., Feeley, N. et Dalton, C. (2005). *The collaborative partnership approach to care: A delicate balance*. Elsevier Health Sciences.

CHAPITRE 6

Stratégies

Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. (2019). *Prévention & gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier : guide pour l'élaboration des plans thérapeutiques infirmiers (PTI)*. <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieuhospitalier/interventions/guide-delaboration-pour-le-pti/>

Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. (2017). *Recours à la surveillance des usagers (exemple de procédure du CIUSSSCN)*. <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieuhospitalier/interventions/surveillance-de-lusager/>

Bazinet, J., Roy, F. et Lavoie, B. (2015). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques : guide du formateur* (3e éd.; mise à jour par L. Pelchat). Association québécoise de prévention du suicide.

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.

Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale. (2021). *Formation provinciale sur l'estimation et la gestion du risque d'homicide* (1re éd. révisée). CIUSSSdu Saguenay-Lac-Saint-Jean.

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.

Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M. et Camirand, R. (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* (publication no 10-247-02). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Gouvernement du Québec. (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques* (publication no 14-812-01W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>

Appliquer les mesures de sécurité

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3e éd.). <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reserve-es-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>

Plan de sécurité

Stanley, B. et Brown, G. K. (2012). *Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264.

Stanley, B. et Brown, G. K. (2006). *Safety planning to reduce suicide risk* [document non publié]. Université Columbia et Université de Pennsylvanie.

Wenzel, A., Brown, G. K. et Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications* (1re éd.). American Psychological Association.

Pour aller plus loin

American Psychiatric Nurses Association. (2015). *Psychiatric-Mental Health Nurse Essential Competencies for Assessment and Management of Individuals at Risk for Suicide*. [https://www.apna.org/files/public/Resources/Suicide%20Competencies%20for%20Psychiatric-Mental%20Health%20Nurses\(1\)\(1\).pdf](https://www.apna.org/files/public/Resources/Suicide%20Competencies%20for%20Psychiatric-Mental%20Health%20Nurses(1)(1).pdf)

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.

Brown, G. K. et Green, K. L. (2014). A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention: Where do we go from here? *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), S209-S215.

Castaigne, E., Hardy, P. et Mouaffak, F. (2017). La veille sanitaire dans la prise en charge des suicidants. Quels outils, quels effets, comment les évaluer? *L'Encéphale*, 43(1), 75-80.

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.

Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N. et Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(1), 44.

Labelle, R. (2018). *Comment élaborer un plan de sécurité pour la crise suicidaire | CRISE | UQAM*. Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE). <https://crise.ca/webinaires/saison-2018/comment-elaborer-un-plan-de-securite-pour-la-crise-suicidaire/>

McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A. et Xanthopoulou, P. (2018). Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 120.

National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Self-harm in over 8s: Long-term management - Clinical guideline*.

National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Working with people who use adult social care services—NICE Pathways*. NICE Pathways.

Pettit, J. W., Buitron, V., et Green, K. L. (2018). Assessment and Management of Suicide Risk in Children and Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(4), 460-472.

Raymond, S., Abadie, P., Breton, J.-J., et Balan, B. (2016). Crises suicidaires chez les adolescents : Le plan de sécurité. Un outil dynamique servant à l'évaluation et au suivi des adolescents suicidaires. L'expérience des infirmières cliniciennes de la Clinique des troubles de l'humeur de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. *Perspectives infirmières*, 13(1), 23-25.

Shand, F., Vogl, L. et Robinson, J. (2018). Improving patient care after a suicide attempt. *Australasian Psychiatry*, 26(2), 145-148.

Références issues du Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (2010)

American Psychiatric Association. (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *The American Journal of Psychiatry*, 160(11e suppl.), 1-60.

Crawford, M. J. (2004). Suicide following discharge from in-patient psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(6), 434-438. <https://doi.org/10.1192/apt.10.6.434>

Houghton, A., Bowling, A., Clarke, K. D., Hopkins, A. P. et Jones, I. (1996). Does a dedicated discharge coordinator improve the quality of hospital discharge? *Quality in Health Care*, 5(2), 89-96.

Joiner, T. E., Walker, R. L., Rudd, M. D., & Jobes, D. A. (1999). Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(5), 447-453. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.5.447>

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.

St-Cyr Tribble, D., et al. (2006). *Intervention psychosociale brève en première ligne : Description des conceptions, des pratiques et de l'efficacité*. Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Annexe 1

Description de la formation **Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger**

Objectif général

À la fin de cette formation, le participant sera en mesure d'estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, tout en ayant suscité l'espoir dans l'exploration des critères de danger, et d'appliquer les mesures de sécurité requises.

Clientèle cible

Intervenants et professionnels qui ont la responsabilité d'estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire dans le cadre de leur fonction auprès des personnes de 14 ans et plus, et ce, sans égard à leur milieu de pratique (RSSS, CPS, autres milieux d'intervention).

Parcours de formation

La formation est constituée de trois étapes :

- Des modules d'autoapprentissage en ligne;
- Une séance de formation en groupe animée par un formateur qualifié;
- Un suivi postformation en groupe.

Barèmes de réalisation

L'intervenant devrait terminer l'entièreté du parcours de formation dans une période maximale de six mois.

À moins d'exceptions (ex. : absence prolongée), aucun participant ne doit dépasser un délai de neuf mois pour terminer les étapes de la formation. S'il dépasse le délai de neuf mois, le participant doit reprendre le processus du début.

Un délai d'environ quatre mois devrait séparer la séance de formation en groupe animée par un formateur qualifié du suivi postformation en groupe.

Modules d'autoapprentissage en ligne

Durée : environ 8 heures selon la vitesse de réalisation

Objectif : acquérir les savoirs de base requis pour mener une intervention complète auprès d'une personne qui pense au suicide.

Accessibilité

- Intervenants des établissements du RSSS : ENA;
- Intervenants des organismes et partenaires : un courriel sera acheminé avec un lien de connexion sécurisée vers la plateforme FCP-Partenaires pour les partenaires de services hors réseau.

Barèmes de réalisation

- Trois scénarios d'achèvement sont proposés : scénario long de neuf semaines; scénario court de quatre semaines; scénario intensif de sept jours.
- Il est recommandé d'attendre trois heures au minimum entre chaque module d'autoapprentissage en ligne.
- L'intervenant devra avoir terminé tous les modules d'autoapprentissage en ligne avant d'assister à la séance en groupe animée par un formateur qualifié.

**Séance de formation en groupe animée
par un formateur qualifié**

Durée : 7 heures

En classe virtuelle ou en salle

Objectif : approfondir ses connaissances en mettant en oeuvre les savoirs acquis dans les modules d'autoapprentissage en ligne.

Tous les formateurs sont formés par le CRAIP.

Suivi postformation en groupe

Durée : 3,5 heures

En classe virtuelle ou en salle

Objectif : consolider les acquis par le transfert des apprentissages à sa pratique professionnelle.

Annexe 2

Description de la formation provinciale sur l'estimation et la gestion du risque d'homicide

Objectif général

La formation provinciale sur l'estimation et la gestion du risque d'homicide (CRAIP, 2013) est la principale formation présentement en diffusion dans le RSSS. Elle a pour objectif de faire en sorte que les participants soient en mesure d'estimer adéquatement le risque d'homicide et d'identifier des stratégies de gestion adaptées au niveau de risque de la situation.

Clientèle cible

Cette formation, d'abord destinée aux intervenants psychosociaux du RSSS ainsi qu'aux partenaires concernés, a été rendue accessible aux infirmières et aux ergothérapeutes à partir de 2019 dans une version adaptée.

Parcours de formation

La formation est composée de trois modules :

- Module 1 : Particularités associées à l'homicide;
- Module 2 : Estimation du risque d'homicide;
- Module 3 : Stratégies de gestion du risque d'homicide.

Première partie asynchrone (45 minutes) : le module 1 et la première partie du module 2.

Deuxième partie synchrone (11 à 14 heures) : la deuxième partie du module 2 et le module 3.

Première partie asynchrone

D'une durée approximative de 45 minutes, cette portion de la formation concerne les aspects théoriques associés au risque d'homicide dont, entre autres, les différents types d'homicide (intra et extrafamilial) ciblés par l'outil d'estimation du risque d'homicide (l'homicide conjugal, le familicide, le filicide, le parricide et l'homicide de type querelleur et vindicatif). Cette partie de la formation aborde également les particularités selon l'âge et le sexe, les biais possibles lors de l'estimation du risque d'homicide ainsi que la détection des situations à risque.

Accessibilité

- Intervenants des établissements du RSSS : ENA;
- Intervenants des organismes et partenaires : plateforme FCP-Partenaires pour les partenaires de services hors réseau.

Première partie asynchrone

D'une durée approximative de 45 minutes, cette portion de la formation concerne les aspects théoriques associés au risque d'homicide dont, entre autres, les différents types d'homicide (intra et extrafamilial) ciblés par l'outil d'estimation du risque d'homicide (l'homicide conjugal, le familicide, le filicide, le parricide et l'homicide de type querelleur et vindicatif). Cette partie de la formation aborde également les particularités selon l'âge et le sexe, les biais possibles lors de l'estimation du risque d'homicide ainsi que la détection des situations à risque.

Accessibilité

- Intervenants des établissements du RSSS : ENA;
- Intervenants des organismes et partenaires : plateforme FCP-Partenaires pour les partenaires de services hors réseau.

Deuxième partie synchrone

La deuxième partie du module 2 et le module 3 sont diffusés en mode synchrone (présentiel ou virtuel) au cours de deux journées de formation pouvant durer entre 11 h et 14 heures.

Le contenu du module 2 abordé dans cette section de la formation porte sur l'outil d'estimation du risque d'homicide et sur les stratégies d'intervention à privilégier auprès de la personne avec des idées d'homicide (PIH) lors de l'estimation du risque.

Ensuite, le module 3 présente l'outil de gestion du risque d'homicide ainsi que les stratégies à privilégier auprès de la PIH et de la victime potentielle. Les notions sur la levée du secret professionnel en contexte de danger y sont aussi abordées. Enfin, les dimensions de la collaboration et du partenariat dans la prévention des homicides concluent le contenu de la formation.

Il convient de préciser que les outils présentés dans cette formation sont destinés uniquement à une clientèle adulte.

Annexe 3

Description de la formation Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (LPP)

Objectif général

Soutenir les personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, lors du processus de mise sous garde, en intervenant auprès d'elles conformément aux meilleures pratiques, aux dispositions légales et aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Clientèle cible

- Intervenants psychosociaux des services d'aide en situation de crise;
- Personnel du service des urgences;
- Personnel des unités de soins psychiatriques;
- Services policiers;
- Partenaires externes ayant des ententes de collaboration avec un établissement de santé et de services sociaux dans le cadre de la LPP (ex. : centres de crise ayant le mandat d'application de l'article 8).

Parcours de formation

Modules d'autoapprentissage en ligne asynchrone (3 heures)

- Partie 1 : Évolution de la LPP et mise en contexte entourant son application (75 min);
- Partie 2 : Notions entourant l'ensemble du processus de mise sous garde (75 min);
- Activité d'évaluation (30 min).

Accessibilité

- Intervenants des établissements du RSSS : ENA;
- Intervenants des organismes et partenaires : plateforme FCP-Partenaires pour les partenaires de services hors réseau.

