

Direction des affaires juridiques, institutionnelles
et corporatives, et des communications

Québec, le 9 octobre 2025

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

[REDACTED]

Objet : Réponse à votre demande d'accès à des documents
N/dossier : MMGT00923

Bonjour,

Nous donnons suite à votre demande reçue le 30 septembre 2025 pour l'obtention des documents suivants :

« Je vous transmets par la présente une demande d'accès aux informations suivantes :

- Le nombre de décès par suicide pour les adultes sur le territoire de la Capitale-Nationale depuis les 5 dernières années;*
- Le nombre de suicide pour les jeunes 0-17 ans sur le territoire de la Capitale-Nationale depuis les 5 dernières années;*
- Les mesures de préventions mises en place par le CIUSSS de la Capitale-Nationale pour la population. »*

À cet égard, vous trouverez ci-joint le document nommé Décès par suicide 2025-10-01 répondant à vos deux premiers points.

De plus, veuillez trouver ci-joint plusieurs documents faisant état des mesures de préventions mises en place par le CIUSSS de la Capitale-Nationale pour la population.

En terminant, si vous êtes insatisfaite de notre réponse, soyez informée qu'en vertu de la Loi, vous avez des recours. Nous joignons à la présente une note explicative à cet effet intitulée « Avis de recours ».

Nous espérons le tout à votre convenance et vous prions d'agréer, nos salutations distinguées.

[REDACTED]

Audrey Séraïocco, technicienne juridique
Pour : Stéphanie Savard, avocate
Responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels
Dossiers administratifs et employés

SS/as

p. j. Avis de recours
Documents

2915, avenue du Bourg-Royal
Québec (Québec) G1C 3S2
Téléphone : 418 266-1019
Télécopieur : 418 661-2845

AVIS DE RECOURS EN RÉVISION

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

Révision

a) Pouvoir

L'article 135 de la Loi prévoit qu'une personne peut, lorsque sa demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels ou dans le cas où le délai prévu pour répondre est expiré, demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision.

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

L'adresse de la Commission d'accès à l'information est la suivante :

QUÉBEC

Commission d'accès à l'information
Bureau 2.36
525, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1R 5S9

Tél : (418) 528-7741
Télec : (418) 529-3102

MONTRÉAL

Commission d'accès à l'information
Bureau 900
2045, rue Stanley
Montréal (Québec) H3A 2V4

Tél : (514) 873-4196
Télec : (514) 844-6170

b) Motifs

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

c) Délais

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

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

APPEL DEVANT LA COUR DU QUÉBEC

a) Pouvoir

L'article 147 de la loi stipule qu'une personne directement intéressée peut porter la décision finale de la Commission d'accès à l'information en appel devant un juge de la Cour du Québec sur toute question de droit ou de compétence.

L'appel d'une décision interlocutoire ne peut être interjeté qu'avec la permission d'un juge de la Cour du Québec s'il s'agit d'une décision interlocutoire à laquelle la décision finale ne pourra remédier.

b) Délais

L'article 149 prévoit que l'avis de l'appel d'une décision finale doit être déposé au greffe de la Cour du Québec, dans les 30 jours qui suivent la date de réception de la décision de la Commission par les parties.

c) Procédure

Selon l'article 151 de la loi, l'avis d'appel doit être signifié aux parties et à la Commission dans les dix jours de son dépôt au greffe de la Cour du Québec.

Nombre de décès par suicide, Capitale-Nationale, 2018 à 2022

Données du fichier des décès du MSSS

Année	0-17 ans	18 ans et +	Tous
2018	0	96	96
2019	2	115	117
2020	1	119	120
2021	0	81	81
2022	1	110	111

Source(s) de données :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2025;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2051 : version janvier 2025).

Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 30 septembre 2025 à 16:51.

Mise à jour de l'indicateur le 20 août

Nombre de décès par suicide, Capitale-Nationale, 2023 à 2025

Données des rapports du coroner (données provisoires)

Année	0-19 ans	20 ans et +	Tous
2023	2	93	95
2024	4	86	90
2025	0	5	5

Source(s) de données :

Bureau du coroner, Rapport d'investigation du coroner, 2023 à 2025

N° dossier _____

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

NAM _____

Nom de la mère _____

Prénom de la mère _____

Nom du père _____

Prénom du père _____

REPÉRAGE DES RISQUES – RÉSIDENCES À ASSISTANCE CONTINUE ET MILIEUX SOCIOPROFESSIONNELS

Direction clinique _____	Programme _____	Site _____															
SECTION 1 : RISQUES À L'ALIMENTATION (dysphagie, allergie et dénutrition)		☐ Non applicable															
Date du repérage _____ aaaa/mm/jj	Sources consultées _____																
Risques connus ou documentés au dossier de l'utilisateur • Allergies alimentaires ☐ Oui ☐ Non Préciser _____ • Intolérances alimentaires ☐ Oui ☐ Non Préciser _____ • Aversions multiples ☐ Oui ☐ Non Préciser _____ • Dysphagie ☐ Oui (☐ liquide ☐ solide) ☐ Non - Texture ☐ Régulière ☐ Tendre ☐ Molle ☐ Hachée ☐ Purée - Consistance ☐ Clair ☐ IDDSI-2 ☐ IDDSI-3 ☐ IDDSI-4 • Diète particulière ☐ Oui ☐ Non Type de diète _____ • Antécédent d'obstruction alimentaire ☐ Oui ☐ Non Nombre d'épisode _____ Description des événements _____																	
Recommandations professionnelles existantes et aides techniques 																	
OBSERVATIONS LIÉES AUX RISQUES (cocher uniquement les risques repérés) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>☐ Toux</td> <td>☐ Accumulation de nourriture dans la bouche</td> <td>☐ Salive qui sort de la bouche</td> </tr> <tr> <td>☐ Mastique peu</td> <td>☐ Prend des grosses bouchées (mangeur rapide)</td> <td>☐ Port de prothèses dentaires</td> </tr> <tr> <td>☐ Voix changée et mouillée</td> <td>☐ Incapable d'arrêter ses activités sur l'heure des repas</td> <td>☐ Port de prothèses oculaires</td> </tr> <tr> <td>☐ Mauvaise posture d'alimentation</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			☐ Toux	☐ Accumulation de nourriture dans la bouche	☐ Salive qui sort de la bouche	☐ Mastique peu	☐ Prend des grosses bouchées (mangeur rapide)	☐ Port de prothèses dentaires	☐ Voix changée et mouillée	☐ Incapable d'arrêter ses activités sur l'heure des repas	☐ Port de prothèses oculaires	☐ Mauvaise posture d'alimentation					
☐ Toux	☐ Accumulation de nourriture dans la bouche	☐ Salive qui sort de la bouche															
☐ Mastique peu	☐ Prend des grosses bouchées (mangeur rapide)	☐ Port de prothèses dentaires															
☐ Voix changée et mouillée	☐ Incapable d'arrêter ses activités sur l'heure des repas	☐ Port de prothèses oculaires															
☐ Mauvaise posture d'alimentation																	
Risques possibles <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>☐ Aucun risque repéré</td> <td>☐ Obstruction respiratoire</td> <td>☐ Empoisonnement</td> <td>☐ Réaction allergique</td> <td>☐ Dénutrition</td> </tr> <tr> <td>☐ Diète non suivie</td> <td>☐ Texture non suivie</td> <td colspan="3">☐ Utilisation inadéquate d'aides techniques (assiette, ustensiles adaptés, etc.)</td> </tr> <tr> <td>☐ Prothèse dentaire non portée</td> <td>☐ Autres _____</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>			☐ Aucun risque repéré	☐ Obstruction respiratoire	☐ Empoisonnement	☐ Réaction allergique	☐ Dénutrition	☐ Diète non suivie	☐ Texture non suivie	☐ Utilisation inadéquate d'aides techniques (assiette, ustensiles adaptés, etc.)			☐ Prothèse dentaire non portée	☐ Autres _____			
☐ Aucun risque repéré	☐ Obstruction respiratoire	☐ Empoisonnement	☐ Réaction allergique	☐ Dénutrition													
☐ Diète non suivie	☐ Texture non suivie	☐ Utilisation inadéquate d'aides techniques (assiette, ustensiles adaptés, etc.)															
☐ Prothèse dentaire non portée	☐ Autres _____																
Actions à prendre concernant les risques ☐ Aucune, des actions adéquates sont déjà en place ☐ Équipement nécessaire ou déjà recommandé par une professionnelle, mais manquant ☐ Une formation ou de l'enseignement est à prévoir Personnes concernées _____ ☐ Discussion avec les partenaires internes et/ou externes (intervenant-qualité, promoteur, ressource, etc.) ☐ Rappels préventifs auprès de l'utilisateur à faire par ☐ Intervenant CIUSSSCN _____ ☐ Ressource ☐ Autre(s) _____ ☐ Discussion en équipe interdisciplinaire ☐ Si habileté, poursuivre avec le dépistage du risque d'obstruction respiratoire et de dysphagie																	
Référence(s) à faire ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser _____																	

Nom :

N° dossier :

Commentaires

SECTION 2 : RISQUES AUX TRANSFERTS ET DÉPLACEMENTS

☐ Non applicable

Date du repérage

aaaa/mm/jj

Sources consultées

Risques connus ou documentés au dossier de l'utilisateur

- Historique de chute ☐ Oui ☐ Non De quasi-chute ☐ Oui ☐ Non
Préciser (fréquence/circonstances/conséquences)

- Médication pouvant entraîner un risque de chute ☐ Oui ☐ Non

Recommandations professionnelles existantes et aides techniques

- ☐ Accessoire de marche Préciser _____
☐ Vérification ou ajustements de l'environnement (éclairage, surfaces, dégager les aires de déplacement, équipement, etc.)
☐ Hauteur de l'assise (lit-fauteuil-toilette) spécifique : Préciser _____
☐ Lunettes, appareils auditifs, accessoires de marche et cloche d'appel à proximité de l'utilisateur ☐ Pantoufles ou chaussures adéquates
☐ Autre(s) aide(s) technique ou recommandation :

OBSERVATIONS LIÉES AUX RISQUES (cocher uniquement les risques repérés)

Marche

- ☐ Prise d'appui (murs, objets, personnes) ☐ Accrochage du pied au sol ☐ Utilisation inadéquate de l'accessoire de marche
☐ S'accroche dans des objets/meubles ☐ Vêtements inadéquats (ex. : pantalons trop long, chaussures glissantes)
☐ Difficultés à la marche sur terrain accidenté ☐ Difficultés à la marche lorsque transporte des objets ☐ Démarche irrégulière
☐ Autre(s) _____

Escaliers

- ☐ Perte d'équilibre ☐ Instabilité du genou ☐ Accrochage du pied ☐ Autre(s) _____

Transferts au lit/fauteuil/toilette/bain/douche

- ☐ Nécessite plusieurs essais ☐ Nécessite un appui ☐ Difficultés si assise instable (ex. : fauteuil berçant) ☐ Difficultés si assise basse
☐ Tombe lourdement dans son fauteuil ☐ S'assoit avant d'être bien positionné ☐ Difficultés à enjamber le bain
☐ N'applique pas les freins du fauteuil roulant ☐ Perte d'équilibre en position assise (sur le bord du lit/toilette/banc de bain)
☐ Autre(s) _____

Exprime la peur de tomber ☐ Oui ☐ Non

Attend l'aide requise ☐ Oui ☐ Non

Témérité dans les transferts et déplacements ☐ Oui ☐ Non

Utilisation adéquate de l'environnement/des équipements

☐ Oui ☐ Non Préciser _____

Perte d'équilibre lors des activités de la vie quotidienne

☐ Oui ☐ Non Préciser _____

Risques possibles

- ☐ Aucun risque repéré ☐ Blessures à lui-même ou autrui ☐ Chute ☐ Noyade ☐ Autre(s) _____

Actions à prendre concernant les risques

- ☐ Aucune, des actions adéquates sont déjà en place ☐ Réviser les mesures préventives universelles
☐ Équipement nécessaire (aide technique : ceinture, marchette, canne simple, quadriporteur, etc.)
☐ Une formation ou de l'enseignement est à prévoir Personnes concernées _____
☐ Discussion avec les partenaires internes et/ou externes (intervenant-qualité, promoteur, ressource, etc.)
☐ Rappels préventifs auprès de l'utilisateur à faire par ☐ Intervenant CIUSSSCN _____ ☐ Ressource ☐ Autre(s) _____
☐ Discussion en équipe interdisciplinaire

Référence(s) à faire

☐ Oui ☐ Non Préciser _____

Commentaires

SECTION 3 : RISQUES LIÉS AUX CONDUITES ET COMPORTEMENTS

☐ Non applicable

Date du repérage

aaaa/mm/jj

Sources consultées

Risques connus ou documentés au dossier de l'utilisateur

Recommandations existantes et mesures mises en place

OBSERVATIONS LIÉES AUX RISQUES (cocher uniquement les risques repérés)

Déresse psychologique

Symptômes physiques

- ☐ Tensions musculaires ☐ Problèmes digestifs ☐ Problèmes d'appétit ☐ Problèmes de sommeil ☐ Fatigue
☐ Douleurs ☐ Maux de tête ☐ Vertiges ☐ Souffle court
☐ Autre(s) _____

Symptômes cognitifs

- ☐ Difficultés de concentration ☐ Perception négative de soi ☐ Dévalorisation personnelle
☐ Indécision ☐ Désorganisation ☐ Autre(s) _____

Symptômes émotionnels

- ☐ Nervosité et anxiété accrue ☐ Désespoir, exaspération, découragement (court, moyen terme) ☐ Baisse de libido
☐ Agitation ☐ Irritabilité ☐ Tristesse ☐ Faible estime de soi ☐ Autre _____

Symptômes comportementaux

- ☐ Difficultés interpersonnelles ☐ Comportements de prise de risque ou de blessure
☐ Agressivité ☐ Absentéisme ☐ Isolement ☐ Perte ou augmentation de l'appétit
☐ Abus (ex. : télévision, réseaux sociaux, nourriture, alcool, tabac, drogues, jeux) Préciser _____
☐ Évitement ☐ Autre(s) _____

Moments critiques / facteurs de risques

- ☐ Situation d'impuissance chronique ☐ Pertes significatives/deuil ☐ Annonce d'un diagnostic
☐ Accumulation d'agents stressants (d'apparence mineure) ☐ Conflit ☐ Situation de violence conjugale
☐ Échec touchant la raison de vivre ☐ Épisode de rejet ☐ Traumatisme psychologique ☐ Démêlés avec la justice
☐ Perte ou abandon d'une structure encadrante ☐ Événements majeurs prévisibles (changements, événements récurrents annuels)
☐ Inadéquation entre les capacités actuelles de la personne et les demandes du milieu
☐ Événement vécu de façon honteuse ou humiliante ☐ Appartenance à un groupe à risque

Précisions, détails significatifs

☐ Autre(s) _____

Présences de propos en lien avec le suicide

☐ Directs ☐ Indirects

Nom :

N° dossier :

Agressivité

Comportements verbaux ☐ Blasphème ☐ Langage grossier ☐ S'oppose ☐ Argumente ☐ Élève la voix
☐ Insultes personnelles mineures (ex. : tu es stupide) ☐ Crie ☐ Intimide ☐ Menace non spécifique
☐ Menace précise de faire du tort ☐ Autre(s) _____

Comportements non-verbaux ☐ Fixe d'un regard intimidant ☐ Gestes menaçants (montre son poing, torse bombé)
☐ Provoque ☐ Se rapproche de façon inquiétante ☐ Attitude de mépris ☐ Ignore la demande (sourde oreille)
☐ Barre le passage ☐ Autre(s) _____

Comportements envers les objets ☐ Lance les objets par terre ☐ Lance des objets ☐ Brise les objets ☐ Claque la porte
☐ Met tout en désordre, éparpille ses vêtements ☐ Donne des coups de pied sur le mobilier ☐ Met le feu
☐ Autre(s) _____

Comportements d'agressivité physique envers autrui ☐ Frappe (coup de poing ou coup de pied) ☐ Crache
☐ Tire les cheveux ☐ Agrippe ☐ Griffes ☐ Gifle ☐ Mord ☐ Pousse ☐ Bouscule ☐ Atteinte à la pudeur
☐ Autre(s) _____

Comportements d'agressivité envers soi ☐ Se tire les cheveux (sans blessure ou avec blessure mineure) ☐ Se frappe la tête
☐ Se gratte ou s'égratigne la peau ☐ Automutilation avec blessures ☐ Autre(s) _____

Usager manquant

Éléments significatifs ☐ Mouvement résidentiel (hospitalisation récente, déménagement, premier placement résidentiel)
☐ Historique de fugues ☐ Épisode d'usager manquant antérieur ☐ Consommation d'alcool, de drogue ou abus de substance
☐ Troubles neurocognitifs significatifs avec symptômes comportementaux (errance, difficulté à s'orienter dans le temps et l'espace, difficulté à retenir de l'information, etc.) ☐ Source de frustrations active ☐ Autre(s) _____

Risques possibles

☐ Aucun risque repéré ☐ Détresse psychologique ☐ Agressivité envers autrui (verbale, physique) ☐ Agression envers soi
☐ Épisode d'usager manquant ☐ Fugue ☐ Autre(s) _____

Actions à prendre concernant les risques

Détresse psychologique :

- ☐ Détection négative, assurer une vigilance durant l'offre de service régulier.
- ☐ Détection positive (un ou plusieurs éléments cochés), réalisation d'un dépistage des idées suicidaires à l'aide de ces 3 questions :
1. Avez-vous des idées suicidaires?
 2. Avez-vous pensé au suicide au cours de la dernière année?
 3. Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie?
- ☐ Pour la clientèle DI-TSA, s'il n'est pas clair que l'usager est en train de vivre un épisode suicidaire, compléter le « Plan de Prévention du Suicide – Repérer la personne à risque -- Processus AUDIS ».
- ☐ Présence d'un dépistage des idées suicidaires positif. Actions à entreprendre selon la « Procédure relative à la prévention du suicide DITSADP PR-PO-49-1 (DDITSADP) ».

☐ Aucune autre action. Actuellement adéquate ☐ Sécuriser l'environnement
☐ Une formation ou de l'enseignement est à prévoir Personnes concernées _____
☐ Discussion avec les partenaires internes et/ou externes (intervenant-qualité, promoteur, ressource, etc.)
☐ Rappels préventifs auprès de l'usager à faire par ☐ Intervenant CIUSSCN _____ ☐ Ressource ☐ Autre(s) _____
☐ Discussion en équipe interdisciplinaire ☐ Si habileté, poursuivre avec le dépistage

Référence(s) à faire ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser _____

Précisions/commentaires

Nom :

N° dossier :

SECTION 4 : CONSENTEMENT ET SIGNATURE

L'utilisateur est informé des risques repérés et des mesures universelles préventives possibles

☐ Oui ☐ Non Préciser _____

Si une référence à une autre professionnelle ou un service est pertinente, l'utilisateur en est informé et consent à la référence

☐ Oui ☐ Non Préciser _____

Suite aux explications et à l'identification des risques, l'utilisateur visé par ces actions est

☐ En accord
☐ Partiellement en accord Préciser _____
☐ En désaccord Préciser _____
☐ L'utilisateur n'est pas en mesure de donner son accord Préciser : _____

Perception ou réaction de l'utilisateur

Date _____ Signature _____ Profession _____
aaaa/mm/jj

Référence : Repérage des risques—Résidences à assistance continue et milieux socioprofessionnels – Aide-mémoire pour compléter le formulaire.

Section réservée pour la signature électronique

N° dossier

Nom

Prénom

Date de naissance

NAM

Nom de la mère

Prénom de la mère

Nom du père

Prénom du père

REPÉRAGE DES RISQUES À DOMICILE

Direction clinique _____		Programme _____		Site _____	
☐ Début épisode de service		☐ Révision (lors d'un changement significatif dans la situation de l'utilisateur)			
- Associer le formulaire rempli au code statistique : 6599. - Observer les risques en tant qu'intervenant, pas en tant que spécialiste d'une profession. - Utiliser le guide aide-mémoire pour la complétion.					
A. Risques en lien avec l'environnement				☐ Oui ☐ Non	
☐ Environnement physique intérieur et extérieur d'apparence non sécuritaire ☐ Isolement géographique/confinement à domicile ☐ Milieu de vie semble non adapté à la condition de l'utilisateur ☐ Présence de moisissure, de champignons, d'insectes indésirables, de vermine ou présence d'odeurs inhabituelles ☐ Condition ou comportement inadéquat d'un animal de compagnie ☐ Comportement inadéquat d'un membre du réseau social ☐ Autre				Préciser	
B. Risques liés à des problématiques de santé				☐ Oui ☐ Non	
☐ Entreposage et disposition non sécuritaires des médicaments, drogues, aliments ou produits dangereux ☐ Présence d'une maladie infectieuse et parasitaire ☐ Problème de santé pouvant impacter la sécurité incluant la polymédication ☐ Présence de manifestations physiques, cognitives, comportementales, sensorielles ou perceptuelles qui perturbent le quotidien ☐ Autre				Préciser	
C. Risques d'incendie et mesures d'urgence				☐ Oui ☐ Non	
☐ Absence ou détérioration visible d'éléments pour la sécurité incendie et les mesures d'urgence ☐ Appareils ménagers sont d'apparence non sécuritaire ☐ Incapacité de sortir en cas d'urgence, malgré présence d'aide technique ou d'autrui ☐ Autre				Préciser	
D. Risques de chute				☐ Oui ☐ Non	
☐ Histoire de chute et/ou quasi chute dans la dernière année. (Documenter le nombre, les conséquences et le contexte) ☐ Instabilité à la marche ou en position debout rapportée par l'utilisateur ou observée par l'intervenant ☐ Préoccupations de l'utilisateur face au risque de chute				Préciser	
E. Détection de la détresse psychologique				☐ Oui ☐ Non	
Changement dans le fonctionnement habituel de l'utilisateur, soit : ☐ Fatigue, irritabilité, anxiété, pleurs, insomnie, isolement ☐ Indices liés aux manifestations associées au suicide (DI-TSA, pédiatrie) ☐ Présence de manifestations gériatriques				Préciser	

N° dossier :

F. Repérage
Risques en matière de sécurité à domicile Le repérage est positif si présence d'un oui à une des sections A-B-C ☐ Repérage négatif ☐ Repérage positif, préciser les éléments de risque, et les actions ou recommandations dans la section H/note d'évolution.
Risque de chute Le repérage est positif si présence d'un oui à la section D ☐ Repérage négatif ☐ Transmission des recommandations sur la promotion et la prévention des chutes (MPU) ☐ Repérage positif ☐ Discussion en équipe/référence pour la suite de l'évaluation du risque ☐ Révision des MPU avec l'utilisateur/proche (approche S.A.F.E)
Détresse psychologique La détection est positive si présence d'un oui à la section E ☐ Détection négative ☐ Détection positive, réalisation d'un dépistage des idées suicidaires à l'aide de ces 3 questions : 1. Avez-vous des idées suicidaires? 2. Avez-vous pensé au suicide au cours de la dernière année? 3. Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie? ☐ Pour la clientèle DI-TSA, s'il n'est pas clair que la personne est en train de vivre un épisode suicidaire, compléter le repérage des manifestations associées au suicide avec le processus AUDIS ☐ Présence d'un dépistage des idées suicidaires positif. Actions à entreprendre selon la procédure spécifique du Programme clientèle
G. Communication avec l'utilisateur/proche
☐ L'utilisateur/proche reçoit de l'information au sujet des risques de sécurité à domicile L'utilisateur/proche est : ☐ En accord ☐ Partiellement en accord ☐ En désaccord, avec les recommandations ☐ L'utilisateur/proche consent à transmettre les informations au(x) partenaire(s) suivant(s) ☐ Les risques identifiés seront consignés au plan d'intervention en concertation avec l'utilisateur/proche Notes : En cas de « partiellement en accord » « en désaccord », préciser dans la section « H ». Ne pas oublier de faire signer le consentement à communiquer les renseignements ou le consentement RSIPA si requis
H. Démarches, références, orientation, note d'évolution et complément d'informations
Date _____ aaaa/mm/jj Signature _____ Profession _____ Légende AUDIS : Autiste, Déficience Intellectuelle, Suicide DI-TSA : Déficience Intellectuelle (DI) - Trouble du Spectre de l'Autisme MPU : Mesures préventives universelles RSIPA : Réseau de services intégrés pour les personnes adultes S.A.F.E : Stratégie-clés pour une sélection multifactorielle de mesures préventives
Section réservée pour la signature électronique

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

COLLECTE DE DONNÉES ET ÉVALUATION INITIALE ADMISSION EN RÉADAPTATION DDITSADP

Direction clinique _____		Programme _____		Site _____	
HISTOIRE DE SANTÉ ET DONNÉES GÉNÉRALES					
Diagnostic principal					
Diagnostic(s) associé(s)					
Antécédents médicaux					
Allergie(s)	☐ Oui ☐ Non ☐ Spécifier l'allergène (s) : _____ Spécifier la réaction ☐ Anaphylactique ☐ Autre(s) : _____				
Intolérance(s)	☐ Oui ☐ Non ☐ Spécifier : _____ Spécifier la réaction : _____				
Contact en cas d'urgence	Nom : _____ Téléphone : _____ Lien : _____ Cellulaire : _____ Autre : _____				
Langue(s) usuelle(s)	☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre(s) : _____ Méthode(s) de communication à privilégier : ☐ N/A ☐ Préciser lorsque requis : _____				
Suivi professionnel(s) en cours	☐ Aucun ☐ Inscrit au guichet d'accès à un médecin de famille Nom : _____ Profession : _____ Nom : _____ Profession : _____ Nom : _____ Profession : _____				
MÉDICATION					
Transfert lors de l'admission	☐ Via Bilan comparatif des médicaments (BCM) ☐ Via profil pharmacologique				
Personnelle	☐ Non applicable ☐ Retirée Nom(s) : _____				
Produit(s) naturel(s)	☐ Non applicable ☐ Retirée Nom(s) : _____				
NOTES COMPLÉMENTAIRES					
_____ _____ _____ _____					
Date : _____ aaaa/mm/jj	Signature : _____		Profession : _____		

Nom :

N° dossier :

RÉSEAU SOCIAL/FAMILLE	
Vit avec : ☐ Père ☐ Mère ☐ Enfant (s) ☐ Conjoint(e) ☐ Seul (e) ☐ Autre(s) : _____	
☐ Fratrie, spécifier : _____	
Précision(s) : _____	
Lieu de résidence : _____	
Occupation, spécifier : _____	
☐ Niveau scolarité, spécifier : _____ ☐ Garderie, spécifier : _____	
ACTIVITÉ DE LA VIE QUOTIDIENNE À L'ADMISSION	
Vision	☐ N/A ☐ Lunettes ☐ Verres de contacts ☐ Préciser : _____
Audition	☐ Sans particularité ☐ Port de prothèse (s) : _____ ☐ Autre particularité : _____
Se nourrir	☐ Autonome ☐ Nécessite aide, préciser : _____
Appétit	☐ Habituelle ☐ Diminuée ☐ Augmentée, préciser : _____
Diète	☐ Sans particularité ☐ Particularité, préciser : _____
Dysphagie	☐ Non connu ☐ Solides, spécifier : _____ ☐ Liquides, spécifier IDDSI : _____ ☐ Usager NPO, Autre(s) préciser : _____
Alimentation entérale	☐ N/A ☐ Date de l'installation : _____ ☐ Date dernier changement : _____ aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj ☐ Tube ☐ Bouton ☐ Nasoentérique ☐ Gastrostomie ☐ Gastro-jéjunostomie ☐ Jéjunostomie ☐ Ballonnet ☐ Coupole Mesure de la portion externe : _____ cm Date prochain changement : _____ aaaa/mm/jj Aspect de la peau péristomiale ☐ N/A ☐ Intact ☐ Autre, spécifier : _____
Mobilisation	☐ Autonome ☐ Besoin d'aide d'une personne Préciser type d'aide : _____ ☐ Surveillance ☐ Stimulation ☐ Autre(s) : _____
Routine Sommeil	Heure du couché : _____ Heure du levé : _____ Sieste ☐ Oui ☐ Non Durée : _____ hh:mm hh:mm Sommeil satisfaisant : ☐ Oui ☐ Non, préciser : _____
Aides techniques	☐ Non requis ☐ Requis ☐ À évaluer Préciser ☐ FR manuel ☐ FR électrique ☐ Triporteur ☐ Marchette ☐ Canne ☐ Planche de transfert ☐ Lève-personne ☐ Verticalisateur
Orthèse(s) et prothèse(s)	☐ Non requis ☐ Requis Préciser : _____
Fonction urinaire	☐ Sans particularité ☐ Porteur de cathéter, préciser la date dernier changement : _____ aaaa/mm/jj ☐ Incontinence : ☐ Jour ☐ Nuit, type de protection : _____ ☐ Autre (s) Particularité(s) : _____
Fonction intestinale	☐ Date de la dernière selle : _____ ☐ Selon échelle de Bristol Type : _____ Quantité : _____ aaaa/mm/jj ☐ Incontinence : ☐ Jour ☐ Nuit, type de protection : _____
Santé sexuelle	☐ N/A ☐ Actif(ve) sexuellement ☐ Il est mentionné à l'usager qu'il peut exprimer ses préoccupations à ce niveau s'il le désire ☐ Il est mentionné à l'usager d'aviser l'infirmière s'il y a reprise des activités sexuelles Hystérectomie : ☐ Oui ☐ Non si oui, préciser : _____ Contraception : ☐ Oui ☐ Non, si oui, préciser : _____ Date des dernières menstruations : _____ ☐ Ménopausée, nombre d'années/mois : _____
Date : _____	Signature : _____ Profession : _____ aaaa/mm/jj

Nom :

N° dossier :

PARAMÈTRES FONDAMENTAUX	
Signes vitaux	TA : _____ mmHG Puls : Fréquence : _____ /min Respiration, Fréquence : _____ /min Saturation : _____ %
Soins peau et plaies	Présence de plaie(s) ☐ Oui ☐ Non Type de plaies _____ Préciser la localisation : _____ Présence d'un pansement : ☐ Oui ☐ Non si oui, préciser : _____ Lésion de pression : ☐ « CN00189 Évaluation du risque de développer des lésions de pression » complété
Douleur-Inconfort	☐ Oui ☐ Non si oui, préciser : _____
Signes neurologiques	☐ N/A ☐ Inscrit dans le formulaire « CN00676 Surveillance signes neurologiques »
Signes neurovasculaires	☐ N/A ☐ Inscrit dans le formulaire « CN00720 Surveillance signes neurovasculaires périphériques »
ÉTAT MENTAL ET COMPORTEMENT	
État de conscience	☐ Alerte ☐ Hyper-alerte ☐ Léthargique ☐ Stuporeux ☐ Comateux
Orientation	☐ Orienté dans le temps ☐ Orienté dans l'espace ☐ Désorienté dans le temps ☐ Désorienté dans l'espace
Capacité d'attention	☐ Attentif ☐ Non-attentif
Comportement	☐ Sans particularité ☐ Particularité(s) : _____
GOAT	☐ N/A ☐ Résultat si présent au dossier
Date : _____ Signature : _____ Profession : _____ aaaa/mm/jj	
HABITUDES DE CONSOMMATION (RISQUE DE DÉPENDANCE/ABUS)	
Éléments consommés	Préciser les éléments consommés (cigarette, vapotage, alcool, drogue, café, produits énergisants, médicaments) ☐ Consommation actuelle ☐ Consommation antérieure Préciser (type, quantité, fréquence, depuis quand/cessé depuis) _____
Cyberdépendance	Temps d'écran (heures/jour) _____ L'activité nuit-elle aux occupations, études et relations ☐ Oui ☐ Non Autre précision : _____
ATTENTE(S) DE L'USAGER	
Craintes et préoccupations de l'utilisateur et ses proches	☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ _____
Objectifs de réadaptation de l'utilisateur et ses proches	☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ _____
Autres questionnements	☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
DÉPISTAGE RISQUE SUICIDAIRE	
Avez-vous (as-tu) des idées suicidaires?	☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Avez-vous (as-tu) pensé au suicide au cours de la dernière année?	☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Avez-vous (as-tu) déjà tenté de vous (t') enlever la vie?	☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Présence d'une réponse affirmative à l'une des 3 questions	☐ Infirmière avisée pour une évaluation du risque suicidaire
Date : _____ Signature : _____ Profession : _____ aaaa/mm/jj	

Nom :

N° dossier :

NOTES COMPLÉMENTAIRES					
Date : _____ aaaa/mm/jj Signature : _____ Profession : _____					
SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE					
Revue des systèmes	Cocher le ou les systèmes évalués ☐ Aucun examen requis ☐ Neurologique ☐ Tête et cou ☐ Pulmonaire ☐ Cardiaque ☐ Abdominal ☐ Génito-urinaire ☐ Musculosquelettique				
	Examen clinique ciblé Malaise dominant : _____				
	Anamnèse : _____				
	Examen physique : _____				
ÉVALUATION DES RISQUES					
Soins de peau et de plaies	☐ N/A ☐ Le formulaire « CN00154 Évaluation initiale d'un usager avec une plaie » ☐ Échelle de Braden : _____/23				
Risque suicidaire	Dépistage positif ☐ Oui ☐ Non ☐ Évaluation réalisée				
Risque de chute	☐ Le formulaire « CN00736 Évaluation du profil de risque de chute usager admis DDITSADP » complété				
AUTRE(S) ÉLÉMENTS ÉVALUÉS					
ANALYSE /BESOINS PRIORITAIRES					
INTERVENTION(S) ET PLANIFICATION					
☐ Plan thérapeutique infirmier complété ☐ Voir note d'évolution au dossier					
Date : _____ aaaa/mm/jj Signature : _____ Profession : _____					
Initiales	Signature	Profession	Initiales	Signature	Profession
Légende % : pourcentage cm : centimètres DDITSADP : Direction déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique FR : fauteuil roulant GOAT : Galveston orientation and amnesia test IDDSI : échelle internationale standardisée des consistances solides/liquides min : minutes mmHG : millimètre de mercure NPO : à jeun					



Suivons le guide !

Fiche synthèse

Pratique organisationnelle requise

Avril 2025

PRÉVENTION DU SUICIDE

Vision de l'intervention en prévention du suicide

- Tous les intervenants sont concernés par la prévention du suicide. La présence de comportements ou d'idées suicidaires chez un usager est traitée avec sérieux, respect, considération et diligence.
- Les intervenants travaillent en fonction des lignes directrices générales présentées dans cette fiche synthèse, de la [*Politique en prévention du suicide \(P0-49\)*](#), de la procédure en prévention du suicide spécifique à leur direction, et, en tenant compte de leurs champs de compétence et du mandat déterminé par leur programme. Si nécessaire, ils orientent la clientèle vulnérable vers les professionnels ayant l'expertise pour effectuer les interventions visant à aider et à protéger l'usager.
- Les décisions de l'intervenant reposent sur son jugement clinique. Des outils cliniques d'aide à la décision, choisis en fonction des milieux et des clientèles, peuvent appuyer et guider ce jugement.

Principes de base transversaux

- Les intervenants accueillent les usagers avec professionnalisme. Ils s'assurent de créer et maintenir une alliance thérapeutique tout au long du processus d'intervention.
- Les intervenants assurent la sécurité des usagers en tout temps.
- Les intervenants impliquent les proches tout au long de l'intervention, lorsque cela est possible.
- La prévention du suicide implique une logique de responsabilité partagée. Les intervenants évitent de pratiquer de manière isolée, ils s'assurent de transmettre l'information pertinente aux autres professionnels impliqués et se concertent pour l'orientation des soins et services.
- Les intervenants sont appelés à consulter des collègues, acteurs de soutien clinique ou organismes spécialisés en prévention du suicide lorsqu'ils sont dans une impasse ou qu'ils font face à une situation complexe.
- Les intervenants rédigent au fur et à mesure les notes d'évolution au dossier de l'usager.

Pratique organisationnelle requise - Les cinq tests de conformité d'Agrément Canada

En somme, l'équipe doit disposer des compétences requises pour la détection et le dépistage, l'évaluation, l'intervention requise, le plan de sécurité et le suivi approprié de l'usager afin de prévenir le suicide. Plus précisément, l'équipe :

- Adhère et actualise les procédures organisationnelles afin de réduire les risques de sécurité et assurer un environnement sécuritaire pour tous.
- Reçoit une formation et un enseignement appropriés afin de fournir des services sécuritaires de prévention du suicide.
- Effectue une détection et un dépistage/repérage normalisés du risque suicidaire, en utilisant des outils fondés sur des données probantes fournis par les gestionnaires de l'établissement.
- Oriente les usagers dont le résultat au dépistage du risque de suicide s'avère positif vers une personne qui détient les compétences requises pour réaliser une évaluation du risque suicidaire et mettre en place un plan de sécurité approprié.
- Élabore un plan de sécurité individualisé, fondé sur les objectifs, les capacités et les préférences de l'usager.

Lignes directrices générales du continuum d'intervention¹

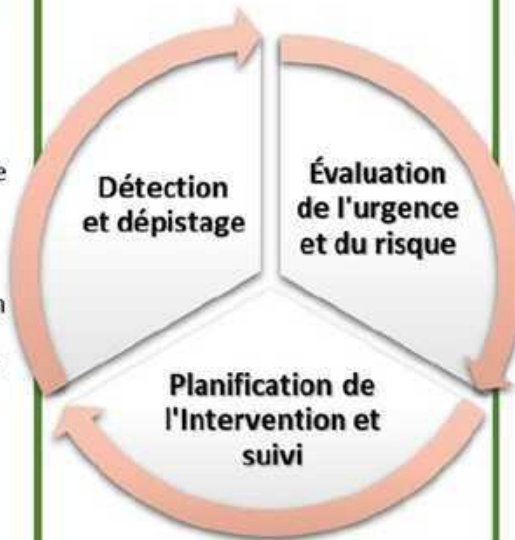
A) Détection de la détresse et dépistage/repérage des idées suicidaires

Actions :

- Observer/constater la détresse chez la personne
- Accueillir et écouter cette détresse
- Questionner la présence d'idées suicidaires
- S'il y a présence d'idées suicidaires, procéder à l'évaluation de l'urgence et du risque suicidaire, pour assurer la sécurité de la personne ou référer à une personne habileté à le faire

À identifier :

- L'état actuel de la personne
- Signes avant-coureurs
- Indices de détresse
- Facteurs de risque



B) Évaluation de l'urgence et du risque

Actions :

- Évaluer l'urgence (émettre un jugement clinique) pour assurer la sécurité immédiate de la personne
- et
- Évaluer le risque du passage à l'acte, puis planifier les interventions à réaliser pour assurer la sécurité de la personne et mettre en place un suivi adapté et sécuritaire

À identifier :

- Présence de planification du passage à l'acte
- Facteurs de risque/protection
- Moments critiques
- Historique personnel et familial
- Antécédents suicidaires et de consommation
- Implication des proches
- Réceptivité à recevoir de l'aide, etc.

C) Planification de l'intervention et suivi

Actions :

- Appliquer les mesures de protection indiquées et les réévaluer selon l'évolution de la situation. Un plan d'action et de sécurité sont élaborés avec l'utilisateur et ses proches. La mise en place du filet de sécurité et du suivi varient en fonction du niveau de risque : suivi régulier, suivi variable, suivi étroit.
- Favoriser l'implication de l'utilisateur et de ses proches tout le long du suivi.
- Miser sur les forces et les facteurs de protection de l'utilisateur.
- Favoriser l'espoir et aider l'utilisateur à développer des stratégies d'adaptation plus productives pour faire face aux difficultés.
- Assurer les collaborations et les liaisons nécessaires lors des changements de milieux ou d'intervenants.
- Rester vigilant pour la détection des signes avant-coureurs possibles tout au long de la prestation de services offert à l'utilisateur, ainsi qu'aux moments critiques déterminés avec l'utilisateur dans son plan de sécurité.
- Rédiger au fur et à mesure l'évolution de la situation dans les notes d'évolution.

Interventions postévénements

- Les usagers et le personnel concernés et affectés par un événement, reçoivent un soutien adapté à leurs besoins.
- Les membres du personnel exposés font un *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident – AH-223-1 (SISSS)* lors d'une tentative de suicide ou du suicide d'un usager. Ces derniers peuvent aussi faire une déclaration de maladie professionnelle lors d'une tentative de suicide ou du suicide d'un collègue.
- Lors d'un décès par suicide d'un usager ou d'un membre du personnel, chaque direction applique une procédure de postvention appropriée.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le [Guide de référence en postvention à la suite d'un suicide d'un usager](#).

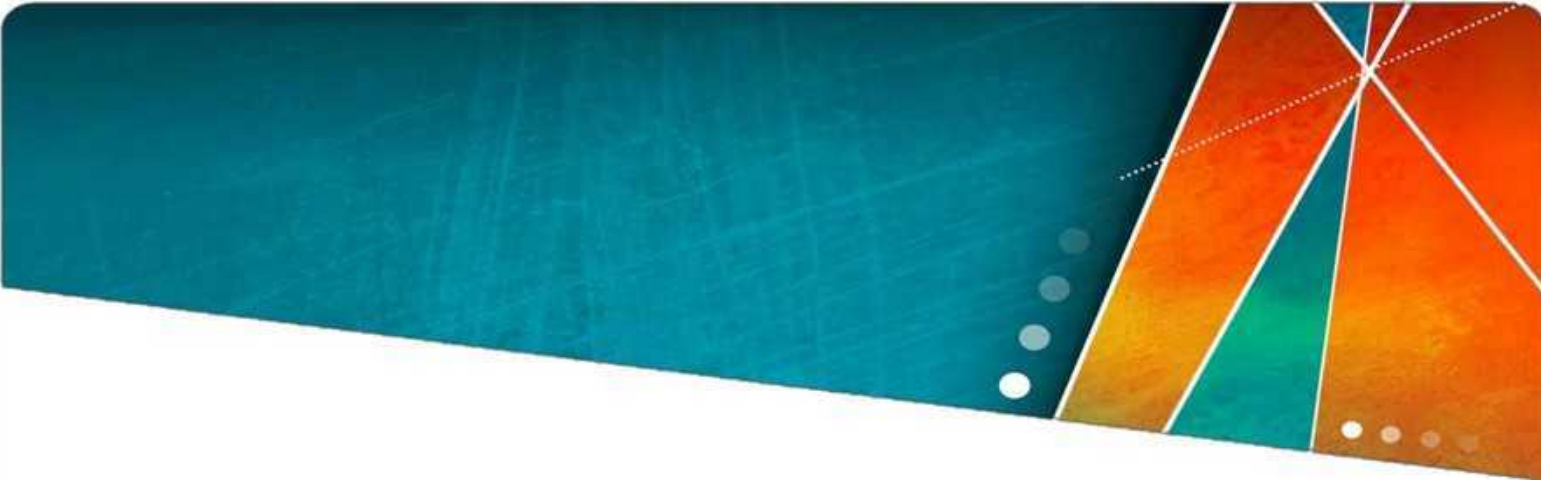


Grille de suivi étroit

Suivi effectué auprès de : _____ Au cours de la période : _____

Rythme des observations : _____

Éléments d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire lors du suivi	Période 1	Période 2	...
Types de MAAS présents et changement			
Éléments de planification suicidaire présents et changements : moyen, moment, lieu			
Danger : accès au moyen, létalité du moyen, capacité de planification			
Facteurs de risque proximaux pouvant augmenter le danger			
Humeur (type) Ex. : triste, agité, anxieux, content, reste en retrait...			
Humeur stabilité Amélioration ↗, stable →, aggravation ↘ Les variations de l'humeur notées ici sont globales. Il est impossible de savoir si elles sont directement liées aux MAAS ou pas. Le but est ici de savoir dans quelle mesure la personne retrouve un niveau d'humeur habituel, quel que soit son niveau habituel			
Bons moments et moments plus difficiles durant la période d'observation			
Moments critiques identifiés			
Facteurs de protection			
Ajustement du plan de sécurité			



GUIDE DE COMPLÉTION

REPÉRAGE DES RISQUES - RÉSIDENCES À ASSISTANCE CONTINUE - UNITÉ DE RÉADAPTATION COMPORTEMENTALE INTENSIVE ET MILIEUX SOCIOPROFESSIONNELS

Cette notice est destinée à accompagner le guide de l'usager et à fournir des informations complémentaires sur les modalités de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques graves. Elle est destinée à être complétée par les professionnels de l'établissement et les personnes concernées.

ORFÈVRE 2022



Repérage des risques – résidence à assistance continue et milieux socioprofessionnels

R??????? ???? ???? R????????? ???? ???? ???? ???? ???? ???? ???? ???? ???? ???? ???? CN?????

A

?	?	?	?	?	?	?
---	---	---	---	---	---	---

- [illegible]

C??t? ?t??? ???? ???? ???? ???? ???? ???? ???? ???? ???? ???? ???? ???? C?? ??N?????

D[?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?]

REPERAGE DES RISQUES

OBJECTIFS DU FORMULAIRE – REPERAGE DES RISQUES 4

UTILITE 5

FIGURE 2 CONNEXION DE PRESSION DE RISQUE ET 5

COMPLETION 5

SECTION 1 - RISQUES A L'ALIMENTATION (DYSPHAGIE, ALLERGIE ET DENUTRITION) 6

DATE DE REPERAGE
 NOME COGNOM LIEU
 RISQUE ET CONNEXION DOCUMENTAIRE DOSSIER DE L'AGER
 RECOMMANDATION PROFESSIONNELLE ET/OU ANNEE ET AIDE TECHNIQUE ET
 OBSERVATION LIEE AU RISQUE ET
 RISQUE ET POSSIBLE
 ACTION A PRENDRE CONCERNANT LE RISQUE ET
 ACTION A PRENDRE CONCERNANT LE RISQUE ET

SECTION 2 RISQUES AUX TRANSFERTS ET DEPLACEMENTS 8

DATE DE REPERAGE
 NOME COGNOM LIEU
 RISQUE ET CONNEXION DOCUMENTAIRE DOSSIER DE L'AGER
 RECOMMANDATION PROFESSIONNELLE ET/OU ANNEE ET AIDE TECHNIQUE ET
 OBSERVATION LIEE AU RISQUE ET
 RISQUE ET POSSIBLE
 ACTION A PRENDRE CONCERNANT LE RISQUE ET
 ACTION A PRENDRE CONCERNANT LE RISQUE ET

SECTION 3 RISQUES LIES AUX CONDUITES ET COMPORTEMENTS 10

DATE DE REPERAGE
 NOME COGNOM LIEU
 RISQUE ET CONNEXION DOCUMENTAIRE DOSSIER DE L'AGER
 RECOMMANDATION PROFESSIONNELLE ET/OU ANNEE ET AIDE TECHNIQUE ET
 OBSERVATION LIEE AU RISQUE ET
 RISQUE ET POSSIBLE
 ACTION A PRENDRE CONCERNANT LE RISQUE ET
 ACTION A PRENDRE CONCERNANT LE RISQUE ET

SECTION 4 13

REFERENCES 13

ANNEXES : 14

ANNEXE 1 NOMENCLATURE ET DESCRIPTION DE CONNEXION DE LIQUIDE
 ANNEXE 2 AIDE-MEMOIRE ACTION DE REPARATION
 ANNEXE 3 LISTE DE MEDICAMENTS POSSIBLE ENRAINER UN RISQUE DE CHUTE
 ANNEXE 4 PRESSION DE RISQUE AIDE-MEMOIRE CLIENTELE DEFICIENCE PHYSIQUE
 ANNEXE 5 PRESSION DE RISQUE AIDE-MEMOIRE CLIENTELE DI-TSA
 ANNEXE 6 METHODE PRESSION DE RISQUE NIERELLE
 ANNEXE 7 METHODE PRESSION DE RISQUE NIERELLE

REPERAGE DES RISQUES

DATE DE REPERAGE

ORIGINE DES RISQUES

?

Repérage des risques – résidence à assistance continue et milieux socioprofessionnels

M?? ? ? ? ? ? ? ?

L CI C N 20000000 2000000 2000000
2000 2000000 2000 2000000 200 200000000000000000 20 2000000 20 20 200000000000 E0 2000
20 200000 20 200 200000000000000000000000 20 20 200000000 200 200000000 20 2000000000 L0 20 20 200000 Repérage des risques –
Résidences à assistance continue et milieux socioprofessionnels (CN00408) 2000 2000 20 2000000000
2000000 200020000 200 2 200000000 2000000000 20 2000000000 20000 2000000 200 2000000000000 200 2 200000 20 2000000
2000000000 20 2000000 200 20 200000000 2000 2000 200000 2000000 2000 20000 200000000000

Sécurité de la prise alimentaire ?

[illegible]

Prévention des chutes

[illegible]

Prévention du suicide ?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840.

[illegible][illegible]

Objectifs du formulaire – Repérage des risques

- [illegible]

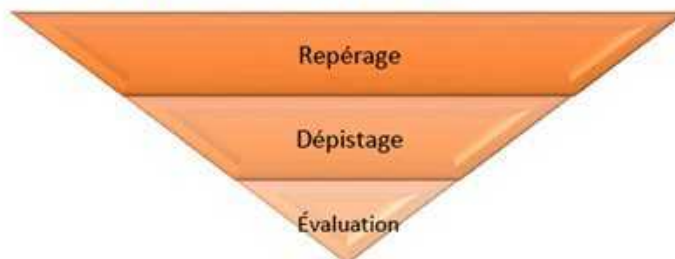
[illegible]

Q?? ? ? ? ? ? ? ?

Utilité

Le formulaire fait partie d'un continuum de prévention des risques allant du repérage (ou détection selon certaines politiques) jusqu'à l'évaluation par un professionnel qualifié.

Figure 1 : Continuum de prévention des risques



Les étapes de ce continuum représentent différents niveaux de prévention. Toutes ces étapes ne doivent pas systématiquement être réalisées dans le cadre d'une démarche d'évaluation des risques ; il est possible de débiter le continuum à l'une ou l'autre d'entre-elles selon le contexte de pratique, la clientèle visée et les ressources disponibles.

Le présent formulaire s'inscrit à l'étape du repérage ; il ne constitue ni un dépistage ni une évaluation. Cet outil ne doit pas être utilisé comme aide-mémoire pour décrire l'autonomie de l'utilisateur. En effet, sa fonction est de permettre à l'intervenant d'identifier les risques afin de cibler les actions visant à assurer la sécurité de l'utilisateur. Comme la prévention est une responsabilité partagée, tous les intervenants peuvent contribuer à observer et à identifier les éléments pouvant entraîner des risques, et ce, même si ces derniers ne relèvent pas de leur domaine disciplinaire. Ainsi, les éléments à cocher dans le formulaire permettent d'augmenter leur niveau de vigilance face à certains risques avec lesquels ils seraient moins familiers.

Complétion

Le formulaire doit être rempli et révisé à certains moments-clés pour être utilisé de façon optimale soit :

- Lors de l'intégration de l'utilisateur dans un nouveau milieu ;
- Lors de l'élaboration du plan d'intervention ;
- Lors d'un changement observé chez l'utilisateur soulevant la présence de nouveaux facteurs de risques
- (exemple : changement de milieu de vie, diminution de l'autonomie, etc.) ;

Dans le but d'avoir les données les plus représentatives possibles, nous recommandons aux intervenants de prévoir quelques périodes d'observation (3 à 5) pour effectuer le repérage, et ce, à différents moments de la journée (ex. repas, transferts ou lors des activités).

Tous les intervenants des milieux socioprofessionnels et des milieux RAC / URCI peuvent compléter l'outil. Toutefois, en RAC/URCI, l'intervenant pivot ou l'intervenant jumeau sont privilégiés pour le compléter. En milieu socioprofessionnel, c'est l'éducateur spécialisé qui est privilégié.

Section 1 - Risques à l'alimentation (dysphagie, allergie et dénutrition)

D?? ? ? ? ? ? ? ?

D?? ? ?? ?? ?? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ?

□□ □□□□ □□ □□□□□□□□□□

| ? ? ? ? ?

??

☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□□

[illegible]

R

[illegible][illegible][illegible][illegible]

QUESTION

P ? ? ? ? ? ? ?

- D??P???? C???P?P?P? P?? ?P?P?P ID?I ???P?P?P?P ??
- A????P?P?P?P?P?P?P?P?P?D???? ?P?P?P?P?P?P?P?P?P?

R???? ? ??? ??r?? ? ? ?r? r?r??r???r???rr? ? ?rr?r?r?r?r?r?r?r?r?r?r?r?

C??P? ????P? ??

O ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ?

D[?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?]

□□□□ □□□□□□ □□□□ □□□ □□□□ □□□□

[illegible][illegible]

☐ ☐
 ☐ ☐ ☐
 ☐ ☒ ☐
 ☐ ☐ ☐

[illegible]

- [illegible]

R[?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?] [?]

D???? ???? ???? ???? ???? ???? ???? ? ? ?? ???? ? ? ? ???? ???? ???? C???? ? ? ???? ???? ? ? ???? ? ? ? ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☒☐☐☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐

[illegible]

C

☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐

□ □ □ □

[illegible]

D[?][?][?][?] [?][?][?][?][?][?][?] ? [?][?] DI[?][?]A?[DP]

O ?????? ????

Repérage des risques – résidence à assistance continue et milieux socioprofessionnels

C

?

D?? ? ????

D?? ? ????? ?? ?? ??? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ?

QUESTION

||

??

□□□□ □□□ □□□□□□ □□ □□ □□□□□ □□□□□ □□□□□□

☐ ☐ ☐ ☐
 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 ☐ ☐ ☒ ☒ ☒ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐

R

[illegible]

| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

?? ?? ?? ?? ? ? ? ?? ?? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ?

AD

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

P [?] [?] [?] [??] [??] [?] [?] [?]

■ R

□□ □□ □□ □□

?

R???? ? ?????? ??

C

O ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ?

D?? ???? ????

[illegible][illegible]

A

[illegible][illegible][illegible][illegible]

☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☒☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

☐ ?☒ P☐ ?☐ ?☐ ?☐ ?☐ ?☐ ?☐ ?☐ ?☒ P☐ ?

C

[illegible][illegible]

Guide de complétion du formulaire :

Repérage des risques – résidence à assistance continue et milieux socioprofessionnels

Aperçu des questions à poser

C

Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ?

Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ?

■ Distinguer les personnes à risque de suicide des personnes à risque de suicide

■ Distinguer les personnes à risque de suicide des personnes à risque de suicide

■ Distinguer les personnes à risque de suicide des personnes à risque de suicide

■ R

Quelles sont les personnes à risque de suicide ?

■ Distinguer les personnes à risque de suicide des personnes à risque de suicide

■ Distinguer les personnes à risque de suicide des personnes à risque de suicide

■ Distinguer les personnes à risque de suicide des personnes à risque de suicide

■ Personnes à risque de suicide : Distinguer les personnes à risque de suicide

Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ?

Plan de prévention du suicide Repérer la personne à risque de suicide Personnes à risque de suicide

■ P

Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ?

■ P

Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ?

Distinguer les personnes à risque de suicide des personnes à risque de suicide

DDIADP

■ P

?

Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ?

I

■ Rendre les personnes à risque de suicide des personnes à risque de suicide

Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ?

■ Aperçu des questions à poser

■ Personnes à risque de suicide : Distinguer les personnes à risque de suicide

■ ?

■

■ Personnes à risque de suicide : Distinguer les personnes à risque de suicide

■ Distinguer les personnes à risque de suicide des personnes à risque de suicide

■ Personnes à risque de suicide : Distinguer les personnes à risque de suicide

CI

C

Personnes à risque de suicide

C

Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ?

Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ?

Quelles sont les personnes à risque de suicide ? Quelles sont les personnes à risque de suicide ?

Personnes à risque de suicide : Distinguer les personnes à risque de suicide

Personnes à risque de suicide : Distinguer les personnes à risque de suicide

Personnes à risque de suicide

?

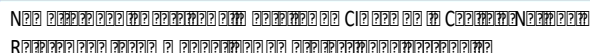
Repérage des risques – résidence à assistance continue et milieux socioprofessionnels

- ??

??

A????? ? ?N?? ???pp??? ????ppp?? ?? ????ppp??p???

DDSI ADAPTION D' DIAGRAMME E' DE'CRIPION D' PAILL E' DE L'IDD'CC B'P'A



PROCÉDURE (TRONC COMMUN) RELATIVE À LA SÉCURITÉ DE LA PRISE ALIMENTAIRE

Guide de complétion du formulaire :

Repérage des risques – résidence à assistance continue et milieux socioprofessionnels

A????? ? ?A????? ?? ???? A??????????????



Aide-mémoire : activité repas

Vigilance face aux risques liés à l'alimentation

- Réaction allergique grave
- Obstruction respiratoire
- Pneumonie d'aspiration
- Dénutrition
- Déshydratation



Vérifier la conformité des aliments et des boissons avant de servir l'utilisateur ou l'utilisatrice



Contribuer à rendre le repas agréable

- Établir un contact privilégié avec l'utilisateur ou l'utilisatrice
- Nommer les aliments positivement
- Donner les aliments en alternance, sans les mélanger
- Donner une bouchée de taille adéquate (ex. : petite cuillère)
- Respecter le rythme de la personne (ex. : bouchée vide avant de poursuivre)
- Avertir de la température du mets



10 règles d'or aux repas



Avant :

S'assurer que l'utilisateur ou l'utilisatrice :

- 1 - Est suffisamment éveillé(e) pour s'alimenter
- 2 - Se lave les mains
- 3 - Porte ses lunettes, prothèses dentaires ou appareils auditifs
- 4 - Est dans un environnement plaisant, calme et sans distraction
- 5 - Est bien positionné(e) (voir verso)
- 6 - Reçoit les repas et collations qui sont conformes à son plan alimentaire (ex. : texture et consistance)

Pendant :

S'assurer que :

- 7 - Le personnel s'assoit à la hauteur de l'utilisateur ou l'utilisatrice
- 8 - L'utilisateur ou l'utilisatrice utilise les aides techniques requises (ex. : verres adaptés)

Après :

S'assurer que :

- 9 - L'hygiène buccale est effectuée
- 10 - L'utilisateur ou l'utilisatrice demeure 30 minutes en position assise avant de se coucher



Ne jamais servir de l'eau ou de la nourriture à une personne qui tousse ou qui semble s'étouffer. D'abord, attendre qu'elle se dégage. Informer le ou la responsable des difficultés observées (ex. : toux, faible appétit).

Positionner adéquatement l'utilisateur

Position assise :

- Pieds en appui
- Corps stable
- Tronc et hanche à 90°
- Tête légèrement en flexion avant



(Environnement numérique d'apprentissage (ENNA), 2020-4)

Position semi-assise :

- Pieds en appui
- Bassin droit et stable
- Genoux légèrement fléchis
- Tête fléchie de 30° à 45°



(Environnement numérique d'apprentissage (ENNA), 2020-4)

Repérer les manifestations de la dysphagie

- Toux anormale en mangeant
- Changement de voix (mouillée ou rauque)
- Accumulation de nourriture
- Résidus importants dans la bouche
- Écoulement de nourriture ou de liquide
- Obstruction des voies respiratoires
- Sensation de blocage dans la gorge

Identifier les symptômes d'allergies

Exemples (liste non exhaustive) :

Légers

- Éternuements
- Urticaire légère
- Démangeaisons légères

Graves

- Essoufflement
- Peau bleutée
- Difficulté à respirer
- Enflure de la langue ou des lèvres
- Urticaire importante
- Rougeur répandue



Aviser rapidement un ou une intervenant(e) dès qu'un symptôme est observé.

Direction des services multidisciplinaires 2024-05-17

????? H??? ????????? ?????????????? ?????? ??????????

D?????? ?????????? ? ??D????A??

O?????? ?????

??

[illegible]

| MÉDICAMENTS ET RISQUE DE CHUTE | | |
|--|---|--|
| <div> <div>  </div> </div> | | |
| Classes de médicaments | Effets possibles | *Exemples* |
| RISQUE MODÉRÉ | | |
| MÉDICAMENTS CARDIOVASCULAIRES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Effets SNC : fatigue, étourdissements ➤ Effets moteurs : Sensation de faiblesse ➤ Effets cardiovasculaires : Hypotension artérielle ou orthostatique, bradycardie | VASODILATEURS <ul style="list-style-type: none"> • Hydralazine (Hylazine) • Nitroglycérine (NitroDur) • Mononitrate d'isosorbide (Imdur) DIURÉTIQUES <ul style="list-style-type: none"> • Furosémide (Lasix) • Hydrochlorothiazide (Hydrodiuril) • Indapamide (Lozidej) | INHIBITEURS DES CANAUX CALCIQUES <ul style="list-style-type: none"> • Amlodipine (Norvasc) • Diltiazem (Cardizem) • Nifédipine (Adalat) • Vérapamil (Isoptin) BÉTA BLOQUEURS <ul style="list-style-type: none"> • Aténolol (Tenormin) • Bisoprolol (Monacor) • Métoprolol (Lopresor) • Labetalol (Trandate) |
| | | ANTAGONISTES DES RECEPTES DE L'ANGIOTENSINE II <ul style="list-style-type: none"> • Irbesartan (Avapro) • Losartan (Cozaar) • Valsartan (Diovan) INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA) <ul style="list-style-type: none"> • Fosinopril (Monopril) • Perindopril (Coverys) • Ramipril (Altace) • Trandolapril (Mevik) AGONISTE ALPHA-2 <ul style="list-style-type: none"> • Clonidine |
| ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS ALPHA (HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Effets cardiovasculaires : Vasodilatation, hypotension artérielle | <ul style="list-style-type: none"> • Tamsulosin (Flomax) • Terazosin (Hytrin) | |
| ANTICHOLINERGIQUES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Effets SNC : Désorientation temporo-spatiale, troubles de la vision ➤ Effets moteurs : Trouble de l'équilibre et de la coordination, diminution des réflexes | <ul style="list-style-type: none"> • Benztropine (Cogentin) • Oxybutynine (Ditropan) • Hyoscine (Buscopan) | |

??

Guide de complétion du formulaire :

Repérage des risques – résidence à assistance continue et milieux socioprofessionnels

| MÉDICAMENTS ET RISQUE DE CHUTE | | |
|--|------------------|---|
| Classes de médicaments | Effets possibles | *Exemples* |
| RISQUE MODÉRÉ | | |
| ANTI-HISTAMINIQUES | | |
| ► Effets SNC : Désorientation temporo-spatiale, vertiges, troubles de la vision, somnolence. | | <ul style="list-style-type: none"> Hydroxyzine (Atarax) Diphénhydramine (Benadryl) |
| ANTI-NAUSEUX | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Effets SNC : Somnolence, vertiges Effets moteurs : Troubles de l'équilibre, incoordination motrice et tremblement | | <ul style="list-style-type: none"> Diméthylhydrinate (Gravol) Métoclopramide (Maxeran) |
| ANTI-CONVULSIVANTS | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Effets SNC : Désorientation temporo-spatiale, somnolence, étourdissement Effets moteurs : troubles de la coordination | | <ul style="list-style-type: none"> Gabapentine (Neurontin) Acide valproïque (Epival) Phénytoïne (Dilantin) Carbamazépine (Tégrétol) |
| RELAXANTS MUSCULAIRES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Effets SNC : Somnolence, étourdissements, vertiges Effets cardiovasculaires : Bradycardie, hypotension artérielle | | <ul style="list-style-type: none"> Baclofène (Lioresal) Cyclobenzaprine (Flexeril) |
| AGENTS ANTIPARKINSONIENS | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Effets SNC : Désorientation temporo-spatiale, somnolence Effets moteurs : Dyskinésie Effets cardiovasculaires : Hypotension artérielle | | <ul style="list-style-type: none"> Lévodopa (Levodopa) Pramipexole (Mirapex) Ropinirole (Requip) |

| MÉDICAMENTS ET RISQUE DE CHUTE | | |
|---|------------------|--|
| Classes de médicaments | Effets possibles | *Exemples* |
| RISQUE POUR CERTAINS USAGERS | | |
| ANALGÉSQUES OPIOÏDES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Effets SNC : Sédation, excitation, vertiges Effets moteurs : Tremblements Effets cardiovasculaires : Hypotension artérielle | | <ul style="list-style-type: none"> Codéine Morphine Méperidine (Demerol) Fentanyl (Duragesic) Oxycodone (Oxyne) Hydromorphone (Dilaudid) |
| ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS (AINS) | | |
| ► Effets SNC : Vertiges, somnolence | | <ul style="list-style-type: none"> Naproxène (Naprosyn) Ibuprofène (Advil, Motrin) |
| INSULINE, HYPOGLYCÉMIANTS ORAUX | | |
| ► Hypoglycémie pouvant se manifester par : faiblesse, étourdissements, somnolence, changement de l'état mental, troubles de la vision. | | <p>INSULINES</p> <ul style="list-style-type: none"> Humulin R et N Humalog Lantus Levemir <p>SULFONYLURÉES</p> <ul style="list-style-type: none"> Glyburide (Diabeta) Glyclazide (Diamicron) |

Tiré du Guide des soins de santé plus sécuritaires maintenant! (2013)
Adapté du Guide de pratique clinique pour la prévention des chutes et interventions post-chute, CHUM (2015)
DSO059-CHU/2017-06-14-WET/NG

2022 H22 2022222 20222222222 202222 20222222

D202222 202 2022222 2 22 D2022222P

O202222 2022

22

A22222 ? P22222222 ? ? ?22222 ? A2222 ? ? ?22 ? Clientèle déficience physique

Prévention du suicide

Aide-mémoire – Clientèle déficience physique (DP)

Détecter la détresse psychologique

Nous sommes des acteurs importants en ce qui a trait à la **détection** de la clientèle DI-TSA vivant de la détresse psychologique à la direction DI-TSA-DP. L'aide-mémoire peut être utilisé par le personnel non clinique, les intervenants et les professionnels de la santé. Il est important de se concerter dans les situations où il y a un risque suicidaire, ne rester pas seul et avisez un intervenant qualifié et votre gestionnaire.

DÉTECTION

SYMPTÔMES LIÉS À LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

PHYSIQUES

- Tensions musculaires
- Problèmes digestifs
- Problèmes d'appétit
- Problèmes de sommeil
- Maux de tête
- Fatigue, niveau d'énergie

ÉMOTIONNELS

- Humeur changeante
- Nervosité, anxiété et agitation
- Irritabilité, colère, agressivité
- Tristesse
- Symptômes dépressifs
- Faible estime de soi

COGNITIFS

- Difficultés de concentration
- Indécision
- Perception négative de soi
- Dévalorisation personnelle
- Désorganisation
- Confusion

COMORTEMENTAUX

- Agressivité
- Difficultés interpersonnelles
- Modification des conduites alimentaires
- Rigidité
- Isolement, évitement
- Abus (télévision, réseaux sociaux, nourriture, alcool, tabac, drogues, jeux, etc.)

PSYCHIATRIQUES

- Augmentation des symptômes

Messages verbaux

Propos directs et indirects

- « Je veux mourir »
- « Je veux me suicider »
- « Vous seriez tellement mieux sans moi »
- « Je vais aller rejoindre grand-maman »
- « Je veux aller avec les oiseaux »
- « Je veux faire comme... (la personne qui s'est suicidée) »

Verbales directes ou indirectes (incluant texto ou médias sociaux)

Tout changement de comportement détecté chez un usager doit être investigué.

La personne peut aussi manifester sa détresse par le dessin, des mimes, des comportements autoagressifs avec ou sans blessure, des comportements à risque, etc.

MOMENTS CRITIQUES

- Chronisation d'une situation d'impuissance : réactivité accrue à une situation dans laquelle la personne a un enjeu affectif ou d'estime de soi;
- Pertes significatives (ex. : échec de socialisation, entrave à la liberté, emploi, privilège, rupture amoureuse, deuil ou perte d'objets);
- Événements vécus de façon honteuse ou humiliante;
- Traumatismes psychologiques (ex. : perte d'un membre);
- Démêlés avec la justice (ex. : annonce d'une décision);
- Perte ou abandon d'une structure encadrante (ex. : congé de l'hôpital, placement, fin de placement);
- Inadéquation entre les capacités de la personne et les demandes du milieu;
- Annonce d'un diagnostic.

FACTEURS DE RISQUES

- Antécédents de tentative de suicide;
- Comportement suicidaire ou décès, par suicide ou non, dans l'entourage (moins d'un an);
- Niveau d'impulsivité/agressivité;
- Relations interpersonnelles négatives ou isolement;
- Comportements de prise de risque ou de blessure;
- État de désorganisation actuel;
- Ayant des traits liés à la santé mentale;
- LGBTQ2+;
- Ayant un problème de dépendance.

En cohérence avec la politique PD-49 en prévention du suicide du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Guide de complétion du formulaire :

Repérage des risques – résidence à assistance continue et milieux socioprofessionnels

Prévention du suicide

Aide-mémoire - Clientèle DP

Si vous remarquez qu'un usager a un ou plusieurs symptômes de détresse ou qu'il nomme des propos directs ou indirects en lien avec le suicide, qu'il adopte des comportements le mettant en danger, avisez un intervenant qualifié afin de poursuivre l'intervention et l'évaluation. Si la personne est en danger dans l'immédiat, faites le 911.

RESSOURCES



Centre de prévention du suicide

- Québec **418-683-4588**
1-866-277-3553
- Charlevoix **418-665-0096**
- Portneuf **418-285-3283**

Info-Social **811** option 2

911

AUTRES NUMÉROS PERTINENTS

- Tel jeune **1-800-263-2266**
- Ligne Info Parents **1-800-361-5085**

RÉFÉRENCES

Bazinet, J., Roy, F. & Lavoie, B. (2011). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*. Cahier du participant, 2e éd. Association québécoise de prévention du suicide, p. 14-15.

Bazinet, J., Diaz, L. et Lortie P. B. (2018). *Stratégie numérique sur la prévention du suicide au Québec – Portrait des pratiques actuelles et des besoins*, Rapport présenté à l'Association québécoise de prévention du suicide, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. 116 p.

https://www.assp.info/media/documents/VFINALEpourdiffusion_Portraitdespratiquesetbesoins-2018-ENPSQ.pdf

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. (2020) PO-49 - Politique en prévention du suicide.

https://www.ciuiss-qc.ca/ressources/2/Wooframe.aspx?source=ccs/cd/Document%20qualificatif%20document%20-%20ANPolitiques/PO-49_Politique-relative-prevention-du-suicide.pdf&actionsdefuissDefaultItemOpen

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (2018) POL-019 Politique en prévention du suicide. No [PID-CEMTL-00091].

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Formation GÉRIS.

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est. *Détection de la personne à risque suicidaire*.



Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. (2018). *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire* (GÉRIS). CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

<https://eqism.org/wp-content/uploads/Outil-clinique-Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-suicide-2018-juillet-2018.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Le protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficulté recevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille*. <https://publications.mss.gouv.qc.ca/mss/fichiers/2018/18-839-03W.pdf>

Ordre des infirmières et infirmier du Québec (OIQ). (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie – Guide de pratique clinique*. [Suicide-Guide \(oiq.org\)](http://suicide-guide.oiq.org)

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

Québec

Direction des services multidisciplinaires
Novembre 2022

2022 H22 20222222 20222222222 202222 20222222

D202222 202222222 2 22D1222ADP

O202222 20222

22

Clientèle DI-TSA

Détecter la détresse psychologique chez la clientèle DI-TSA

Nous sommes des acteurs importants en ce qui a trait à la **détection** de la clientèle DI-TSA vivant de la détresse psychologique à la direction DI-TSA-DP. L'aide-mémoire peut être utilisé par le personnel non clinique, les intervenants et les professionnels de la santé. Il est important de se concerter dans les situations où il y a un risque suicidaire, ne rester pas seul et avisez un **intervenant qualifié** et votre **gestionnaire**.

DÉTECTION

MANIFESTATIONS ASSOCIÉES AU SUICIDE (MAAS)

PHYSIQUES

- Tensions musculaires
- Problèmes digestifs
- Problèmes d'appétit
- Problèmes de sommeil
- Maux de tête
- Fatigue, niveau d'énergie

COGNITIFS

- Difficultés de concentration
- Indécision
- Perception négative de soi
- Dévalorisation personnelle
- Désorganisation
- Confusion

PSYCHIATRIQUES

- Augmentation des symptômes

ÉMOTIONNELS

- Humeur changeante
- Nervosité, anxiété et agitation
- Irritabilité, colère, agressivité accrue
- Tristesse
- Symptômes dépressifs
- Faible estime de soi

COMPORTEMENTAUX

- Agressivité
- Difficultés interpersonnelles
- Modification des conduites alimentaires
- Rigidité
- Isolement, évitement
- Abus (télévision, réseaux sociaux, nourriture, alcool, tabac, drogues, jeux, etc.)

MESSAGES VERBAUX

Propos directs et indirects

- « Je veux mourir »
- « Je veux me suicider »
- « Vous seriez tellement mieux sans moi »
- « Je vais aller rejoindre grand-maman »
- « Je veux aller avec les oiseaux »
- « Je veux faire comme... (La personne qui s'est suicidée) »

Verbaux directs ou indirectes par texto ou médias sociaux

Tout changement de comportement détecté chez un usager doit être investigué davantage.

*Utiliser outils AUDIS, pictogrammes, photos, images ou tout autre matériel pour faciliter la compréhension de la personne

La personne peut aussi manifester sa détresse par le dessin, des mimes, des comportements auto agressifs avec ou sans blessure, des comportements à risque, etc.

MOMENTS CRITIQUES

- Chronification d'une situation d'impuissance : réactivité accrue à une situation dans laquelle la personne a un enjeu affectif ou d'estime de soi;
- Pertes significatives (ex. : échec de socialisation, entrave à la liberté, emploi, privilège, rupture amoureuse, deuil ou perte d'objets);
- Événements vécus de façon honteuse ou humiliante;
- Traumatismes psychologiques (ex. : agression sexuelle);
- Démêlés avec la justice (ex: annonce d'une décision);
- Perte ou abandon d'une structure encadrante (ex. : congé de l'hôpital, placement, fin de placement);
- Inadéquation entre les capacités de la personne et les demandes du milieu.

FACTEURS DE RISQUES

- LGBTQ2+;
- Antécédents de tentative de suicide;
- Comportement suicidaire ou décès, par suicide ou non, dans l'entourage;
- Niveau d'impulsivité/agressivité;
- Type et niveau de DI et TSA;
- Relations interpersonnelles négatives ou isolement;
- Comportements de prise de risque ou de blessure;
- État de désorganisation actuel;
- Ayant des traits liés à la santé mentale
- Ayant un problème de dépendance
- Capacité de planification (en général et du geste suicidaire)

Guide de complétion du formulaire :

Repérage des risques – résidence à assistance continue et milieux socioprofessionnels

Si vous remarquez qu'un usager a un ou **plusieurs symptômes de détresse** ou qu'il nomme **des propos directs ou indirects** en lien avec le suicide, qu'il adopte des comportements le mettant en danger, **avisez un intervenant qualifié** afin de poursuivre l'intervention et l'évaluation. Si la personne est en danger dans l'immédiat, faites le 911.

RESSOURCES

Centre de prévention du suicide



- Québec **418-683-4588**
1-866-277-3553
- Charlevoix **418-665-0096**
- Portneuf **418-285-3283**

Info social **811 Option 2**

911

AUTRES NUMÉROS PERTINENTS

- Tel jeune : **1-800-263-2266**
- Ligne Info Parents **1-800-361-5085**

RÉFÉRENCES

- Bazinet, J., Roy, F. & Lavoie, B. (2011). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*. Cahier du participant, 2e éd. Association québécoise de prévention du suicide, p. 14-15
- Bazinet, J., Diaz, L. et Lortie P. B. (2018). *Stratégie numérique sur la prévention du suicide au Québec – Portrait des pratiques actuelles et des besoins*, Rapport présenté à l'Association québécoise de prévention du suicide, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. 116 p.
https://www.aqps.info/media/documents/VFINALEpourdiffusion_Portraitdespratiquesetsbesoins-2018-SNPSQ.pdf
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. (2020) PO-49 - *Politique en prévention du suicide*.
http://zone-ciuiss.r03.rts.qc.ca/cd/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Politiques/PO-49_Politique-relative-prevention-du-suicide.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (2018) PQL-019 *Politique en prévention du suicide*. No [PID-CEMTL-00091]
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Formation GÉRIS.
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est. *Détection de la personne à risque suicidaire*.
-  À la recherche
de contenu à la page 10
- Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. (2018). *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS)*. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. <https://aqism.org/wp-content/uploads/Outil-clinique-Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-suicide-2018-Juillet-2018.pdf>
- Ministère de la santé et des Services sociaux. (2018). *Le protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficulté recevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-839-03W.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmier du Québec (OIIQ). (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie – Guide de pratique clinique*.
<https://ditsasuicide.ca/gerer-episode-suicidaire/observer-identifier-les-signes-de-detresse-et-de-manifestations-associees-au-suicide/>
- Intervenir avec une clientèle DI-TSA en contexte de crise suicidaire, formation Processus AUDIS, Cécile Bardon, PHD.
<https://ditsasuicide.ca/>

2022 H22 20222222 2022222222 202222 20222222

D222222 202222222 2 22D222A2D

O222222 2222

22

Annexe 6 : Mesures préventives universelles

MESURES PRÉVENTIVES UNIVERSELLES (MPU)

Prévenir la chute, ses conséquences et ses complications

SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

- Favoriser des aires de circulation dégagées, soit un environnement exempt d'encombrement (ex. : exemptes de chaussures, sacs, vêtements, fils électriques, meubles superflus, etc.)
- La présence d'éclairages est adéquate le jour-soir-nuit dans l'ensemble des aires de circulation.
- Le revêtement de sol est bien entretenu et non glissant (ex. : absence de liquide au sol, plancher ciré, prélat relevé, céramique manquante, etc.)
- Les tapis ou carpettes instables sont retirés ou fixés
- Bloquer l'accès à certaines zones à risque lorsque requis (ex. : escalier, cuisine...)
- Les meubles sans potentiel contondant (coins pointus, arêtes) sont favorisés
- Utiliser des aides techniques (ex. : barres d'appui, élévation de toilette) et équipements pour maximiser la stabilité lors des mobilisations.
- Rapporter dans les meilleurs délais tout bris d'équipement pour réparation ou en en présence d'un équipement en mauvais état.
- Promouvoir/utiliser des équipements de sécurité au besoin (surveillance, détection, urgence)
- S'assurer que le lève-personne est fonctionnel, que sa batterie est bien chargée et vérifier la conformité des toiles (si applicable). Le ranger à
- L'emplacement prévu à cet effet.

Spécifications par secteur Socioprofessionnel :

- Prendre les mesures nécessaires afin d'avoir un visuel sur les usagers en tout temps.

RAC :

- S'assurer que l'ouverture des fenêtres soit sécuritaire.
- Fixer les meubles sur lesquels on peut prendre appui ou grimper.

ATTENTION À L'ACTIVITÉ/ ASSISTANCE À LA MOBILITÉ/ACTIVITÉ ADAPTÉE

- Fournir l'aide ou la supervision ainsi que les aides techniques adaptées aux besoins de l'utilisateur.
- Fournir la surveillance appropriée dans la recherche d'indépendance (encourager la recherche des limites et identifier les dangers)
- Fournir la surveillance et l'accompagnement appropriés chez les usagers n'ayant pas la notion de danger ou le niveau de compréhension nécessaire (ex. : les éloigner des endroits potentiellement à risque de chute, etc.).
- Modifier ou adapter une activité identifiée à risque, modifier l'horaire d'une activité et/ou fractionner l'activité afin qu'elle soit réalisée au meilleur moment de la journée en fonction de l'utilisateur. S'assurer que la hauteur du lit et l'utilisation des ridelles soient appropriées pour les besoins de l'utilisateur. Utiliser les freins du lit en tout temps.
- Mettre les freins du fauteuil roulant lors des transferts.
- Respecter les interventions post-chute : soins immédiats, ne pas déplacer l'utilisateur, comment relever l'utilisateur (utilisation du bon équipement
- Selon la situation)
- Favoriser des visites régulières à la salle de bain afin d'éviter des déplacements précipités ; instaurer un horaire mictionnel au besoin.

Spécifications par secteur RAC et socioprofessionnel

- Maintien d'une distance sécuritaire entre les usagers afin d'éviter une chute dont la cause serait une agression

FACTEURS DE RISQUE RÉDUITS

L'intervenant encourage / conseille / recommande à l'utilisateur à :

- Avoir de saines habitudes de vie :
 - Alimentation saine et variée (incluant des sources de protéines aux repas, des sources de calcium et vitamine D)
 - Une hydratation régulière dans la journée
 - Limiter/éviter la consommation d'alcool
 - Un sommeil en quantité / qualité suffisante adapté à son âge
 - Une participation à des activités physiques améliorant la force et l'équilibre / participation aux activités quotidiennes en respectant les capacités et limitations de la personne
- Porter des souliers/pantoufles adéquats (fermé, à talon bas et non glissant), placer les souliers et l'accessoire de marche à la vue et à la portée de l'utilisateur
- Utiliser les aides requises à la marche et autres accessoires (ex. : orthèse tibiale, attelle hémiplégique, marchette, etc.)
- S'assurer que tout le matériel nécessaire est à la portée de main et à la vue de l'utilisateur (cloche d'appel, urinal, téléphone, etc.)
- Porter ses lunettes/appareils auditifs
- Éviter les vêtements trop grands/longs
- Consulter un professionnel de la santé pour les problèmes liés :
 - Aux capacités visuelles, à l'audition, la santé des pieds, les troubles d'équilibre et de la marche, l'hypotension orthostatique, les étourdissements, la douleur, les fonctions d'élimination, l'ostéoporose, la perte de poids et maigreur, les déficits cognitifs, etc.

L'intervenant s'assure :

- Du confort/positionnement au lit et au fauteuil roulant de l'utilisateur
- D'informer sans délai l'intervenant pivot, l'ASI ou l'équipe interdisciplinaire de tout changement de condition au profil d'autonomie connu de l'utilisateur

ENSEIGNEMENT À L'USAGER ET À SES PROCHES

Sensibiliser l'utilisateur et ses proches sur :

- Les facteurs qui peuvent avoir un impact sur le risque de chute :
 - Biologiques (état de santé, force, équilibre, etc.),
 - Comportementaux (déplacements téméraires, peur de tomber, agitation, etc.),
 - Socio-économiques (barrières linguistiques, isolement social, etc.)
 - Environnementaux (obstacles, escaliers, encombrement, etc.)
- Les conséquences possibles lors d'une chute (TCC, fractures, anxiété, peur de tomber, hospitalisation, etc.) afin de prévenir les blessures et un syndrome post-chute.
- L'importance du port d'équipement de protection lors d'activités quotidiennes, récréatives et sportives (ex. : casque protecteur, protecteur de genoux/poignets, etc.) et de sécuriser les aires de sport
- Les risques liés aux limites des personnes présentant un TSA, DI et/ou DP
- Les manifestations liées au déclin possible des capacités motrices et intellectuelles afin de réduire le risque de chute (ex. : vieillissement, maladie évolutive, etc.)
- L'importance de respecter la posologie et l'ordonnance des médicaments.
- L'interaction possible entre la consommation d'alcool/drogue et la médication ; consulter le pharmacien au besoin

Enseigner à l'utilisateur et ses proches :

- Les méthodes de transfert et de déplacement, les méthodes sécuritaires pour se relever lors d'une chute



Guide de complétion du formulaire

Repérage des risques à domicile



Guide produit pour les intervenants
du soutien à domicile des directions :

SAPA — Volet SAD-SGS et SPFV
DI-TSA-DP

Mise à jour février 2024

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

Guide de complétion du formulaire

Repérage des risques à domicile — CN00475

Ce guide a été élaboré grâce à une collaboration entre la Direction SAPA (DSAPA) et la direction DI-TSA-DP (DDITSADP).

Le formulaire « Repérage des risques à domicile » est un formulaire qui est utilisé par les intervenants des équipes de soutien à domicile des deux directions.

Auteurs :

- Amélie Genois, professionnelle désignée en ergothérapie et coordonnatrice SISAD-RAPA
- Roxanne Hardy, travailleuse sociale et agente de planification, de programmation et de recherche, volet clinique DSAPA
- Laurence Leblanc-Massicotte, professionnelle désignée dans la Structure pour l'harmonisation et le développement des pratiques, DI-TSA-DP, mentore AUDIS
- Annie Ross, adjointe à la direction Harmonisation et développement des pratiques
- Benoit Roux, professionnel désigné en ergothérapie dans la Structure pour l'harmonisation et le développement des pratiques, DI-TSA-DP, mentor AUDIS
- Nathalie Savaria, infirmière B.Sc, ASI au volet clinique et développement des communautés, DSAPA-SAD-SGS-SP
- Marie-Ève St-Gelais, professionnelle désignée en travail social dans la Structure pour l'harmonisation et le développement des pratiques, DI-TSA-DP, formatrice de mentor AUDIS et GÉRIS
- Sara Vachon, conseillère cadre de l'offre de service à la direction SAPA

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

Date de publication : février 2023

Mise à jour : février 2024

Lexique

| | |
|------------|---|
| AUDIS | Autisme, Déficience Intellectuelle, Suicide |
| AVC | Accident Vasculaire Cérébral |
| DI-TSA-DP | Déficience intellectuelle et du Trouble du Spectre de l'Autisme, et Déficience Physique |
| DMC | Dystrophies Musculaires Congénitales |
| DSAPA | Direction Soutien à l'Autonomie des Personnes Âgées |
| ERV | Entérocoques Résistant à la Vancomycine |
| GÉRIS | Guide d'Évaluation de la personne à Risque Suicidaire |
| ITSS | Infection Transmissible Sexuellement et par le Sang |
| MAAS | Manifestations Associées au Suicide |
| MPOC | Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique |
| MPU | Mesures Préventives Universelles |
| OEMC | Outil d'Évaluation MultiClientèle |
| POR | Pratiques Organisationnelles Requises |
| RI-RTF | Ressources Intermédiaires — Ressources Type Familial |
| RPA | Résidence Pour Aînés |
| RSIPA | Réseau de Services Intégrés pour Personnes Âgées |
| SAD | Soutien À Domicile |
| SARM | Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline |
| SEP | Sclérose En Plaques |
| SGS | Services Gériatriques Spécialisés |
| SISAD-RAPA | Services Intensifs de Soutien À Domicile — Répit Aux Proches Aidants |
| SRAS | Syndrome Respiratoire Aigu Sévère |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Mise en contexte | 5 |
| Sécurité à domicile | 5 |
| Risque de chute | 5 |
| Risque suicidaire..... | 5 |
| Complétion du formulaire..... | 6 |
| Aide-mémoire..... | 11 |
| ANNEXE 1 | 14 |
| Exemples de nom de médicament selon la catégorie (liste non exhaustive) | 14 |
| ANNEXE 2 | 15 |
| Approche S.A.F.E. : Stratégies clés pour une sélection multifactorielle de mesures préventives | 15 |
| ANNEXE 3 | 16 |
| Aide-mémoire : Prévention du suicide-Clientèle adulte-La détection de la détresse psychologique | 16 |
| Aide-mémoire : Prévention du suicide-Clientèle déficience physique (DP) | 18 |
| Aide-mémoire : Prévention du suicide-Clientèle DI-TSA | 20 |

Ce guide d'aide à la complétion a été réalisé afin de soutenir les intervenants dans la complétion du formulaire « Repérage des risques à domicile (CN00475) ». Il aidera à planifier la mise en place des stratégies et des interventions nécessaires pour assurer la sécurité à domicile, la gestion des chutes et de leurs conséquences ainsi que la prévention du suicide.

Mise en contexte

La sécurité à domicile, la prévention et gestion des chutes et de leurs conséquences ainsi que la prévention du suicide sont des enjeux qui nous concernent tous. Ils sont associés à des pratiques organisationnelles requises (POR) en vue d'offrir aux usagers et à leurs proches des soins et des services de santé, des services sociaux de proximité, intégrés, accessibles et axés sur la qualité, la sécurité et la performance.

Sécurité à domicile

Se préoccuper de la sécurité à domicile, c'est se préoccuper de la sécurité de l'utilisateur et de ses proches, de notre équipe de travail ou encore de tout prestataire de services pouvant se rendre à domicile. Comme intervenant, nous avons tous une responsabilité dans l'observation et l'identification des risques à domicile et le partage de ceux-ci avec l'utilisateur et ses proches. Dépister et nommer les risques à l'utilisateur et à ses proches est la première étape de la prise en charge.

L'intervenant est invité à se référer au document de référence suivant :

- Fiche synthèse — Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile — Mars 2022

Risque de chute

Promouvoir une culture de prévention et de gestion des chutes et de leurs conséquences s'applique à toutes les clientèles, indépendamment de leur âge et de leur condition. Il est de la responsabilité de tout intervenant de sensibiliser l'utilisateur et ses proches sur les risques de chutes, de même que sur les stratégies de prévention et de gestion disponibles.

L'intervenant est invité à se référer aux documents de référence ainsi qu'aux formations suivantes :

- PO-56 : Politique relative à la prévention et à la gestion des chutes et de leurs conséquences ;
- Fiche synthèse — Prévention et gestion des chutes et de leurs conséquences (POR) — Novembre 2023 ;
- Formation ENA — Prévention des chutes — Mesures préventives universelles (ID ENA 3072).

Risque suicidaire

Les comportements suicidaires sont souvent complexes et il existe une multitude de facteurs pouvant y être contributifs. La clientèle desservie à la DSAPA et DDITSADP présente une forte prévalence de personne avec des incapacités significatives et persistantes.

Ces clientèles font partie des groupes à risque. Il est de la responsabilité de tout intervenant de détecter la présence de détresse psychologique et d'assurer un dépistage des idées suicidaires ainsi que l'évaluation de l'urgence lors de la présence d'idées suicidaires. Cette évaluation doit être faite par un intervenant habilité et visée par la procédure et la marche à suivre propre à leur secteur d'activités.

L'intervenant est invité à se référer aux documents de référence ainsi qu'aux formations suivantes :

- PO-49 : Politique relative à la prévention du suicide ;
- Fiche synthèse — Prévention du suicide (POR) — Février 2023 ;
- Formation ENA — Détection de la personne à risque suicidaire (ID ENA 10653) ;
- Formation ENA — Dépistage de la personne à risque suicidaire (ID ENA 10650).

Pour les intervenants à la DDITSADP :

- PR-PO-49-1 (DDITSADP) : Procédure relative à la prévention du suicide à la Direction des programmes Déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique (DDITSADP).

Pour les intervenants à la DSAPA :

- PR-PO-49-1 (DSAPA) : Procédure relative à la prévention du suicide à la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA).

Complétion du formulaire

Comment : Afin de repérer les risques, l'intervenant utilise les informations obtenues par la lecture du dossier de l'usager, l'observation de l'usager et de son milieu de vie ainsi que le questionnaire fait avec l'usager et son proche. Il est important de se rappeler que le repérage des risques se fait en tant qu'intervenant généraliste et ne fait pas de vous le spécialiste d'une profession. En effet, le repérage et la détection consistent en l'action d'être attentif aux facteurs de risques et à relever des indices de troubles encore non identifiés.

Quand : Le formulaire doit initialement être rempli lors de la prise en charge de chaque usager, soit au début d'un épisode de service. La révision du repérage des risques à domicile doit se faire lors d'un changement significatif dans la situation de l'usager (ex. : changement de milieu de vie, départ d'un proche aidant significatif, détérioration sur le plan physique ou cognitif, etc.).

Consignes d'utilisation du formulaire :

- Expliquer à l'usager et ses proches la nature de la démarche et s'assurer de son consentement ;
- Identifier et communiquer les facteurs de risques ou les situations jugées à risques observés à domicile ;

- Rechercher avec l'utilisateur et ses proches des mesures à prendre pour prévenir, réduire ou éliminer les risques et les mettre en œuvre ;
- Associer le formulaire rempli au code statistique : 6599 ;
- Documenter le risque dans l'outil d'évaluation utilisé par l'intervenant (ex. : OEMC).

Consignes de complétion :

Sections A à C

Les sections A à C représentent différentes catégories de risques composant la sécurité à domicile. Pour chaque section, la colonne de gauche présente des exemples de facteurs de risques pour outiller l'intervenant dans son repérage. Un aide-mémoire afin de soutenir l'intervenant est également présent à la fin du présent guide.

- Si présence d'un risque, cocher la case vis-à-vis le risque repéré et ajouter des précisions si requises dans la section de droite.
 - Ensuite, cocher « ☐ Oui » au bout de l'énoncé
- Si absence de risque identifié
 - Cocher « ☐ Non » au bout de l'énoncé

Section D

La section de gauche représente un repérage du risque de chute composé de trois éléments à documenter avec l'utilisateur et/ou à observer par l'intervenant. Un aide-mémoire afin de soutenir l'intervenant est également présent à la fin du présent guide.

- Énoncé 1 : Si l'utilisateur présente un risque de chute et/ou quasi-chute dans la dernière année : documenter le nombre et les conséquences dans la section « Préciser ».
- Si présence d'un historique de chute dans la dernière année, qu'une instabilité à la marche ou en position debout est rapportée par l'utilisateur ou observée par l'intervenant ou encore, que l'utilisateur rapporte des préoccupations face au risque de chute
 - Cocher « ☐ Oui » au bout de l'énoncé.
- Si absence de chute au cours de la dernière année, que l'utilisateur/son proche ne rapporte pas d'instabilité à la marche ou en position debout, que l'intervenant n'observe pas d'instabilité à la marche ou en position debout et que l'utilisateur/son proche ne rapporte pas de préoccupation face au risque de chute
 - Cocher « ☐ Non » au bout de l'énoncé.

Section E

La section de gauche représente des symptômes de détresse psychologique qui pourraient amener un usager à développer des idées suicidaires. Un aide-mémoire propre à chaque direction est également disponible à la fin du présent guide afin de soutenir l'intervenant.

- Si présence de symptômes de détresse psychologique chez l'utilisateur selon ce dernier ou son proche

- Cocher « ☐ Oui » au bout de l'énoncé et préciser dans la section de droite.
- Si absence de symptômes de détresse psychologique chez l'utilisateur selon ce dernier ou son proche
 - Cocher « ☐ Non » au bout de l'énoncé

Section « F — Repérage »

Pour chaque repérage/détection effectué, cocher si le résultat est positif ou négatif selon les consignes suivantes :

- Repérage des risques en matière de sécurité à domicile
 - Repérage positif si présence d'un « Oui » à au moins une des sections A-B-C
- Repérage du risque de chute
 - Repérage positif si présence d'un « Oui » à la section D
- Détection de la détresse psychologique
 - Détection positive si présence d'un « Oui » à la section E

Suivre les actions à entreprendre selon le résultat du repérage/détection, tel qu'inscrit sur le formulaire, soit :

- Repérage des risques en matière de sécurité à domicile
 - a. Repérage négatif : aucune action à entreprendre
 - b. Repérage positif : préciser les actions et démarches réalisées dans la section « H » ou dans les notes évolutives
- Repérage du risque de chute
 - c. Repérage négatif : Vigilance et suivi régulier pendant l'épisode de service. Vous pouvez transmettre des recommandations sur la promotion et la prévention des chutes (Mesures préventives universelles — MPU) ex. : via le dépliant « Prévenez les chutes à domicile » de la DSM-2023 et [l'annexe 2](#) du présent guide.
 - d. En cas de repérage positif :
 1. Discussion en équipe/référence pour la suite de l'évaluation du risque
 2. Révision des MPU avec l'utilisateur/son proche (approche S.A.F.E.) Ex. : via le feuillet « Prévenez les chutes à domicile » de la DSM — 2023 et [l'annexe 2](#) du présent guide.
- Détection de la détresse psychologique
 - e. Détection négative : Vigilance durant l'offre de services réguliers
 - f. Détection positive :
 1. Réaliser un dépistage des idées suicidaires à l'aide de ces 3 questions :
 1. Avez-vous des idées suicidaires ?
 2. Avez-vous pensé au suicide au cours de la dernière année ?
 3. Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie ?

2. Présence d'un dépistage des idées suicidaires positif (si présence d'une réponse positive à au moins une des trois questions)
 1. Poursuivre l'évaluation de l'urgence suicidaire selon les rôles et responsabilités déterminés via les procédures spécifiques de chaque programme clientèle.
 - a. Voir section « Mise en contexte » — Risque suicidaire pour les documents de référence associés à chaque direction.
3. Présence d'un dépistage des idées suicidaires négatif
 1. Service régulier incluant un dépistage des idées suicidaires aux moments critiques lors des suivis réguliers ou dans le cadre du plan de sécurité décidé avec l'utilisateur. Référer ou orienter vers un intervenant ou une ressource externe (RLS), s'il y a lieu.
4. Pour la clientèle DI-TSA, s'il n'est pas clair que la personne est en train de vivre un épisode suicidaire, compléter le Plan de prévention du suicide-repérer la personne à risque du processus AUDIS.

Section « G — Communication avec l'utilisateur/proche »

L'utilisateur/son proche reçoit de l'information au sujet des risques de sécurité à domicile

- À partir des risques identifiés, une discussion doit avoir lieu avec l'utilisateur et ses proches sur les risques observés, les recommandations et les actions attendues. Il est important de documenter les recommandations émises et de mettre en place les actions nécessaires pour réduire les risques à domicile qui peuvent compromettre la sécurité de l'utilisateur, de ses proches et des intervenants.

L'utilisateur et son proche sont : ☐ en accord ☐ partiellement en accord ☐ en désaccord, avec les recommandations.

- L'intervenant sélectionne la bonne case selon la réponse de l'utilisateur/son proche.
- À noter qu'en cas d'accord partiel ou d'un désaccord face aux recommandations, la recommandation de l'intervenant doit tout de même se retrouver dans la section « H. Démarches, références, orientation et complément d'information », Justifier la non-mise en place de la recommandation lorsque requis.

L'utilisateur/son proche consent à transmettre les informations au(x) partenaire(s) suivant(s) :

- Il est important de communiquer les risques observés et les précautions particulières aux partenaires internes et externes à la suite du consentement de l'utilisateur/proche.

Les formulaires suivants sont à utiliser :

- Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier (AH-216) pour la DDITSADP ;
- Consentement RSIPA (DT9184) pour la DSAPA.

À noter qu'en tout temps, le jugement clinique de l'intervenant prime si des atteintes à la sécurité de l'utilisateur sont identifiées comme imminentes : des recommandations visant à diminuer la dangerosité d'une situation sont requises directement sur place. Par ailleurs, des particularités sont présentes face à ces milieux :

- RI-RTF : tout élément repéré dans les sections : A-B-C (case « Oui » cochée dans le formulaire) doit être adressé à l'intervenant qualité responsable de la ressource avant d'émettre des recommandations cliniques ;
- RPA : tout élément repéré dans les sections : A-B-C (case « Oui » cochée dans le formulaire) doit être adressé à l'intervenant qualité responsable de la ressource et à l'exploitant avant d'émettre des recommandations cliniques.

Aide-mémoire

Exemples d'éléments à observer et de risques pour chaque section

A. ENVIRONNEMENT

Des éléments de l'environnement physique extérieur sont d'apparence non sécuritaire

- Surface extérieure inégale/détériorée/dangereuse (ex. : ciment, asphalte, terrain extérieur accidenté, escaliers, rampe d'accès inadaptée, surfaces glissantes, encombrées, etc.)
- Éclairage insuffisant ou inadéquat
- Bris dans la structure de la maison, du toit, des fenêtres

Éléments spécifiques à la clientèle pédiatrique

- Si présence d'un module de jeux : brisé, désuet, surface du sol sous le module n'absorbant pas les chocs (ciment, béton, asphalte)

Des éléments de l'environnement physique intérieur sont d'apparence non sécuritaire

- Aires de déplacement encombrées, mal éclairées, glissantes/mouillées, tapis qui gondole/mal fixée, plancher inégal, bris, etc.
- Escaliers et/ou rampes d'accès avec bris, surfaces de différentes hauteurs, de forme non conventionnelle, mains courantes/garde-corps instables ou absentes d'un ou des deux côté(s).
- Présence de meubles non fixés, instables ou à rebords contondants
- Présence d'humidité ou sécheresse excessive, isolation inadéquate
- Détérioration des fenêtres, des portes, du plafond, des murs, besoin de réparations majeures
- Appareils de plomberie non fonctionnels, désuets, non sécuritaires ou absents
- Laveuse ou sècheuse difficilement ou non accessible
- Absence d'eau courante

Éléments spécifiques à la clientèle pédiatrique

- Ouverture des fenêtres non sécurisées ;
- Présence de meubles permettant de grimper aux fenêtres.

Isolement géographique/Confinement à domicile

- Loin des services ou difficultés pour les services à se rendre jusqu'au domicile
- Déplacement difficile vers les services ou le réseau
- Usager vivant seul
- Téléphone non accessible ou non disponible pour l'utilisateur (impossibilité de téléphoner à partir du domicile en cas d'urgence)

Milieu de vie semble non adapté à la condition de l'utilisateur

Dans le cadre d'une première visite, selon la situation de la personne, éléments où les lieux manquent d'adaptation :

- Non-accessibilité au domicile, aux pièces essentielles, armoires, tablettes et garde-robes
- Pièces non adaptées (salle de bain, comptoirs, hauteur des interrupteurs d'éclairage, hauteur des assises et du lit, etc.)
- Équipements/adaptations désuets ou brisés, non sécuritaires ou mal utilisés
- Présence de barrière architecturale, présence de seuils de porte
- Escaliers non sécurisés (selon la condition de la personne)
- Absence d'un revêtement antidérapant au fond du bain/douche
- Absence de système de communication d'urgence : bracelet, collier, cloche d'appel, système de contrôle de lumière, avertisseurs lumineux, lorsque requis
- Table à langer instable/non sécuritaire

Éléments spécifiques à la clientèle pédiatrique

- Couchette non conforme.

Présence de moisissure, de champignons, d'insectes indésirables ou de vermine ou présence d'odeurs inhabituelles

En entrant dans la maison ou durant la rencontre :

- Observation de moisissure ou de champignons (bord des fenêtres, portes, le long des murs, au plafond, dans la salle de bain, autres)
- Observation ou information sur la présence de : vermine (puces, punaises de lit...), rats, souris, chauves-souris, etc.
- Présence d'odeurs dérangeantes, incommodantes, suffocantes
- Fuite du système de chauffage (odeur d'œuf pourri)

Condition ou comportement inadéquat d'un animal de compagnie

- Animal surexcité ou en trop grande quantité dans le domicile (risque de chutes)

- Animal paraissant agressif, malade/infesté, négligé dans ses soins d'entretien (ex. : excréments sur le plancher, risque de morsure, griffures, etc.) ou avec une condition de santé pouvant nuire à la sécurité de l'usager

Comportement inadéquat d'un membre du réseau social

- Réseau inadéquat avec l'usager et les intervenants (irrespectueux, négligent, abusif, agressif verbalement ou physiquement, etc.)

B. BIOLOGIQUE ET PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ

Entreposage et disposition des médicaments, drogues, seringues, aliments, produits dangereux non sécuritaires

- Les médicaments, drogues, seringues sont rangés dans un endroit non sécuritaire en fonction de la situation de l'usager (présence d'enfants, de personnes à risque)
- Les médicaments sont conservés dans des contenants non identifiés
- Les médicaments, les drogues, les seringues, les produits d'incontinence/contenant du sang ou autres liquides biologiques sont disposés à des endroits non sécuritaires (ex. : jetés à la poubelle, au recyclage, dans la toilette, ou déposés sur le comptoir)
- Absence de boîte de disposition des seringues
- Aliments périssables laissés sur les comptoirs, présence d'aliments périmés, absence de réfrigérateur ou non fonctionnel
- Produits nettoyants entreposés ou déposés à côté de la nourriture, rangés dans des endroits non sécuritaires ou facilement accessibles par l'usager (selon âge et profil cognitif)

Présence d'une maladie infectieuse et parasitaire (ex. : Clostridium difficile, gastro-entérite, cellulite, hépatite virale, maladie bactérienne, ITSS, SARM, ERV, SRAS, Gale, poux, autres)

Problème de santé pouvant impacter la sécurité incluant la polymédication (prise de plus de quatre médicaments différents par jour)

- Aigus (ex. : infections, fractures),
- Chroniques (ex. : DMC, SEP, diabète, maladie des pieds, AVC, troubles neurocognitifs, MPOC, insuffisance rénale chronique, asthme, Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, hypotension orthostatique, cardiopathies ischémiques, arthrite rhumatoïde, arthrose, ostéoporose, dysphagie, dénutrition, etc.)
- Polymédication (porter une attention particulière aux catégories suivantes de médicaments :
 - Psychotrope (effet sur le système nerveux central) : antidépresseur, neuroleptique, sédatifs ou hypnotique, benzodiazépine, opiacés
 - Cardiovasculaire : diurétiques, bêtabloquants, antihypertenseur, inhibiteur de l'enzyme de conversion, bloquants calciques, antiarythmiques Digoxin
 - Analgesique : opiacés, AINS, analgésiques non opiacés

Les aînés sont sensibles aux effets indésirables et aux interactions médicamenteuses en raison de leurs pathologies chroniques et aiguës. *Voir Annexe 2 de ce guide : tableau contenant des exemples de médication.

Présence de manifestations physiques, cognitives, comportementales, sensorielles ou perceptuelles qui perturbent le quotidien

- Trouble d'élimination : incontinence avec urgences mictionnelles/fécales
- Trouble/déficit perceptuel, visuel, auditif, sensoriel (hyporéactivité, hyperréactivité)
- Comportements perturbateurs, agitation, risque de fugue, errance, agressivité, d'impulsivité, labilité
- Problème ou comportement le rendant vulnérable ou à risque pour sa santé relativement à son environnement, son risque d'endettement, ses mauvaises fréquentations, une détérioration possible de son autonomie, etc.
- Problème de dépendance (jeux, drogue, alcool, tabac, cyberdépendance)
- Habitudes de vie sous-optimales : malnutrition, hygiène de sommeil déficiente, sédentarité, négligence de sa personne
- Témérité et manque de jugement (ex. : utilisation d'un escabeau instable, fumée en présence d'O₂, l'usager ne porte pas son bracelet d'alerte médicale, n'utilise pas son accessoire à la marche ou ses appareils auditifs/visuels, ne met pas les freins d'un déambulateur/fauteuil roulant, pratique de sports dangereux/extrêmes sans équipement de protection, etc.)
- Refus ou manque de collaboration aux soins ou aux services relativement à une condition de santé
- Habillement inadéquat en fonction de la température ou de la saison et de la situation de santé, chaussures inadéquates ou absentes

C. INCENDIE ET MESURES D'URGENCE

Absence ou détérioration visible d'éléments pour la sécurité incendie et les mesures d'urgence

- Ouverture de portes problématique, non dégagée, inaccessible pour l'usager
- Absence d'un minimum de deux sorties
- Détecteurs de fumée absents, défectueux, placés aux mauvais endroits, mal fixés, peints, sans témoin lumineux

- Extincteurs absents, défectueux, inatteignables
- Gicleurs, système d'alarme incendie et plan d'évacuation (logements multiples) absents, défectueux, inatteignables
- Détecteurs de monoxyde de carbone absents, défectueux, placés aux mauvais endroits, mal fixés, peints, sans voyant lumineux, lorsqu'il y a la présence d'un garage avec la maison ou d'un foyer au bois ou mazout
- Disposition inadéquate des cendres du foyer (ex : dans contenant en plastique)
- Présence de fils ou matériel électrique à découvert, au sol ou autre

Appareils ménagers d'apparence non sécuritaire

- Cuisinière embarrassée d'objets

Incapacité de sortir en cas d'urgence, malgré présence d'aide technique ou d'autrui

- Usager manquant d'habileté à exécuter une évacuation
- Usager ne sachant pas quoi faire en cas d'incendie ou de mesures d'urgence

D. REPÉRAGE RISQUE DE CHUTE

1. Histoire de chute et/ou quasi-chute dans la dernière année

Documenter le contexte, les conséquences et blessures en découlant

2. Instabilité à la marche ou en position debout rapportée par l'utilisateur ou observée par l'intervenant.

- Rapporté par l'utilisateur/son proche, tant dans les déplacements intérieurs qu'extérieurs
- Observation par l'intervenant que l'utilisateur prend appui sur les meubles/murs, pertes d'équilibre

3. Préoccupations de l'utilisateur face au risque de chute

- Est-ce que l'utilisateur craint de chuter ?
- Est-ce qu'un proche/parent fait part d'une préoccupation par rapport aux chutes de l'utilisateur ?
- Est-ce que le parent fait part d'une préoccupation de son enfant en fonction de son âge développemental et chronologique ?

Voir Annexe 2 du présent guide pour complément d'information.

E. DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

La détresse se reconnaît par des mots, des comportements, des émotions ou des indices cognitifs : irritabilité, pleurs, fatigue, anxiété, insomnie, sentiment d'isolement, comportements inhabituels. La personne peut également avoir de la difficulté à se concentrer, parler de façon confuse et incohérente, manquer de motivation, avoir des pertes de mémoire ou encore être indécise, etc.

Se référer aux procédures spécifiques en prévention du suicide de chaque direction (SAPA et DITSAD) ainsi qu'à l'annexe 3 du présent guide pour complément d'information.

ANNEXE 1

| Exemples de nom de médicament selon la catégorie (liste non exhaustive) | | | |
|---|--|---|---|
| Psychotrope (effet sur le système nerveux central) | Antidépresseurs | Élavil
Remeron
Paxil
Cipralex | Effexor
Desyrel
Etc. |
| | Neuroleptiques | Haldol
Nozinan
Clorazil | Largactil
Risperdal
Etc. |
| | Sédatifs, hypnotiques et benzodiazépines | Imovane
Zopiclone
Ativan
Sérox
Restoril
Rivotril | Xanax
Lectopam
Vallium
Dalmane
Etc. |
| | Opiacés | Morphine
Codéine
Hydromorphone (dilaudid)
Oxycodone | Méthadone
Tramadol
Fentanyl
Etc. |
| Cardiovasculaire | Diurétiques | Lasix
Hydrochlorothiazide
Indapamine (Lozide) | Métolazone (zaroxolyn)
Spironolactone |
| | Antihypertenseurs | Sectral
Rasilez
Ténormin
Monacor
Atacand
Cardura | Vasotec
Monopril
Avapro
Zestril
Cozaar
Lopressor
Etc. |
| | Inhibiteurs de l'enzyme de conversion | Coversyl
Captopril | Etc. |
| | Bloquants calciques | Norvasc
Cardizem
Tiazac
Adalat | Isoptin
Veralan
Etc. |
| | Antiarythmiques — Digoxins | Propanolol
Nadolol
Aténolol
Amiodarone | Diltiazem
Vérapamil
Etc. |
| Analgésique | Opiacés | Percocet
Oxycontin | Tylénol No |
| | AINS | Aspirin
Diclofénac
Ibuprofen
Naproxen
Advil | Aleve
Celebrex
Motrin
Voltaren
Etc. |
| | Analgésiques non opiacés | Acétaminophène | Tylénol |

Approche S.A.F.E. : Stratégies clés pour une sélection multifactorielle de mesures préventives

ANNEXE 8 - APPROCHE S.A.F.E. : STRATÉGIES-CLÉS POUR UNE SÉLECTION MULTIFACTORIELLE DE MESURES PRÉVENTIVES

| Stratégies-clés | |
|--|--|
| Description | Exemples |
| S Sécurité de l'environnement <ul style="list-style-type: none"> • Réfère à toutes les actions prises au quotidien visant l'amélioration de la sécurité des espaces de vie et de circulation, des équipements et du mobilier, incluant la vérification de leur bon état; • Vise à diminuer les risques d'incidents et d'accidents; • Réfère à des choix qui sont faits au moment de la conception et à l'organisation de l'environnement; • Vise à neutraliser les facteurs de risque à la source augmentant ainsi des facteurs de sécurité; • Inclut de considérer les mesures à mettre en place afin de limiter les conséquences et les séquelles pour l'usager en cas de chute. | <ul style="list-style-type: none"> - Dégager les aires de circulation sur une unité de soins; - S'assurer du bon état des fauteuils dans une salle d'attente; - Faire l'achat de lit muni d'un système de freins aux 4 roues pour une résidence de personnes âgées; - Utiliser des matériaux de recouvrement de plancher qui absorbent les chocs; - Bloquer l'accès à un escalier lorsque requis; - Fixer les meubles sur lesquels on peut prendre appui ou grimper. |
| A Attention à l'activité/Assistance à la mobilité/Activité adaptée <ul style="list-style-type: none"> • Vise l'identification des risques inhérents à la réalisation des activités effectuées par une personne (pour elle-même ou pour autrui); • Vise à considérer le niveau d'assistance requise par la personne pour se mobiliser ou de lui porter un niveau de surveillance correspondant à ses capacités/besoins; • Inclut la considération des éléments à mettre en place afin de limiter les conséquences et les séquelles pour l'usager en cas de chute. | <ul style="list-style-type: none"> - Planifier l'accompagnement d'un usager à un rendez-vous en considérant ses capacités et les particularités liées au déplacement (distance de marche, escaliers, etc.); - Identifier le niveau d'autonomie d'un usager dans ses mobilisations et offrir l'assistance appropriée ou s'assurer qu'il utilise son accessoire de marche; - Assurer une surveillance continue à un jeune enfant déposé sur un meuble. |
| F Facteurs de risque réduits <ul style="list-style-type: none"> • Identifier/connaitre les facteurs de risque et de vulnérabilité propres à la population/à la personne en considérant et le contexte où elle se trouve; • Cibler et mettre en place les mesures de prévention visant la réduction des facteurs de risques et de vulnérabilité identifiés; • Utiliser de façon judicieuse les équipements qui ont été choisis pour maximiser la sécurité dans l'environnement. | <ul style="list-style-type: none"> - Réviser la médication; - Encourager le port de lunettes et d'appareils auditifs; - Porter de l'équipement de protection (protecteurs de hanche, casque de vélo, etc.); - Remettre les freins sur le lit après le nettoyage du plancher. |
| E Enseignement à l'usager et ses proches <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les usagers, leurs proches ou leurs intervenants concernant les facteurs de risque, de vulnérabilité et les conséquences possibles en cas de chute selon: <ul style="list-style-type: none"> - le stade de leur vie (petite enfance, enfance, adolescence, processus de vieillissement); - la présence d'une condition clinique aiguë; - le contexte de l'environnement physique et humain dans lequel ils évoluent. • Habilitier les usagers et leurs proches à adopter des habitudes de vie favorisant la santé et leur bien-être et par le fait même : <ul style="list-style-type: none"> - À limiter l'apparition ou la détérioration de facteurs de risque et de vulnérabilité associés aux chutes tant sur les plans biologiques, comportementaux, socio-économiques ou environnementaux (B.C.S.E.); - À augmenter leurs facteurs de protection; - À identifier les mesures à prendre pour prévenir les chutes et limiter les conséquences en cas de chute. • Développer chez l'usager, les proches et la communauté la capacité de repérer l'apparition de difficultés liées à l'équilibre et de consulter rapidement lors de leur apparition. | <ul style="list-style-type: none"> - Installer une affiche dans une salle d'attente sur la prévention des chutes; - Sensibiliser les parents sur l'importance d'assurer une surveillance continue d'un bébé déposé sur une table; - Remettre un dépliant sur la prévention des chutes à domicile; - Informer des programmes disponibles pour le maintien de saines habitudes de vie après 50 ans (demeurer actif, bien manger, importance de la socialisation, etc.) (site de la FADOQ, programme Viactive, etc.); - Enseigner une méthode sécuritaire pour se relever suite à une chute, - Informer un usager concernant les systèmes de télésurveillance disponibles pour le domicile. |

Aide-mémoire : Prévention du suicide-Clientèle adulte-La détection de la détresse psychologique

Prévention du suicide

Aide-mémoire

Clientèle adulte – La détection de la détresse psychologique

Détecter la détresse psychologique

Nous sommes des acteurs importants en ce qui a trait à la **détection** des personnes vivant de la détresse psychologique ou qui ont des idées suicidaires, et ce, peu importe le rôle que nous avons au CIUSSS de la Capitale-Nationale. L'aide-mémoire peut être utilisé par le personnel non clinique, les intervenants et les professionnels de la santé. Il est important de se concerter dans les situations où il y a un risque suicidaire.

DÉTECTION

SYMPTÔMES DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

PHYSIQUES

- Douleurs
- Tensions musculaires
- Problèmes digestifs
- Problèmes d'appétit
- Problèmes de sommeil
- Maux de tête
- Vertiges
- Souffle court
- Fatigue

COMPORTEMENTAUX

- Agressivité
- Difficultés interpersonnelles
- Modification des conduites alimentaires
- Absentéisme
- Isolement, évitement
- Abus (télévision, réseaux sociaux, nourriture, alcool, tabac, drogues, jeux)

COGNITIFS

- Difficultés de concentration
- Indécision
- Perception négative de soi
- Dévalorisation personnelle
- Désorganisation

ÉMOTIONNELS

- Nervosité et anxiété accrue
- Agitation
- Irritabilité
- Tristesse
- Baisse de libido
- Faible estime de soi

MESSAGES VERBAUX

Propos directs et indirects

La personne qui a des idées suicidaires peut utiliser certains mots significatifs. Par exemple :

- « Je veux en finir »
- « Je vais me tuer »
- « Vous seriez tellement mieux sans moi »
- « Je suis inutile »
- « J'ai tout raté dans ma vie »
- « Je serais bien mieux mort »
- « La vie ne vaut pas la peine d'être vécue »

MOMENTS CRITIQUES

- Pertes significatives (ex. : emploi, argent, statut, rupture amoureuse)
- Échecs touchants les raisons de vivre
- Événements vécus de façon honteuse ou humiliante
- Traumatismes psychologiques (ex. : agression sexuelle, viol)
- Démêlés avec la justice
- Perte ou abandon d'une structure encadrante (ex. : congé de l'hôpital)
- Situation de violence conjugale
- Annonce d'un diagnostic (ex. : diagnostic psychiatrique, cancer, etc.)

POPULATION À RISQUE

- Hommes
- Population autochtone
- Travailleurs agricoles
- Personnes âgées
- LGBTQ2+
- Jeunes de 15 à 24 ans
- Personnes âgées de 65 ans et plus
- Personnes ayant un problème de santé mentale ou des douleurs chroniques
- Personnes ayant un problème de dépendance
- Personnes en situation d'itinérance

* Si vous remarquez qu'un client a un ou plusieurs symptômes de détresse ou qu'il nomme des propos directs ou indirects reliés au suicide en plus de faire partie d'une population à risque, poursuivez l'investigation en procédant au dépistage. Si la personne est en tentative de suicide, faites le 911.

En cohérence avec la politique PD-49 en prévention du suicide du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Prévention du suicide

Clientèle adulte – La détection de la détresse psychologique

RESSOURCES



● Centre de prévention du suicide
1-866-APPELLE

● Info-Social 911 : option 2

● Centre de crise de Québec 418-688-4240

● 911

AUTRES NUMÉROS PERTINENTS

● Centre antipoison 1-800-463-5060

● Anciens combattants 1-800-263-7708

● Ligne d'écoute pour les autochtones
1-855-242-3310

RÉFÉRENCES

Bazin, J., Roy, F. & Lavoie, B. (2011). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*. Cahier du participant, 2e éd. Association québécoise de prévention du suicide, p. 14-15.

Bazin, J., Diaz, L. et Lortie P. B. (2018). *Stratégie numérique sur la prévention du suicide au Québec – Portrait des pratiques actuelles et des besoins*. Rapport présenté à l'Association québécoise de prévention du suicide, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. 116 p.
https://www.aqps.info/media/documents/VFINALEpourdiffusion_Portraitdespratiquesetsbesoins-2018-SNPSQ.pdf

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. (2020) PO-49 - *Politique en prévention du suicide*.

http://zone-chuss-rs-rss.qc.ca/cd/_layouts/15/WopiFrame.aspx?SourceDoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Politiques/PO-49_Politique-relative-prevention-du-suicide.pdf&action=default&defaultItemOpen=1

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (2018) POI-019 *Politique en prévention du suicide*. No [PID-CENTL-00091].

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est. *Détection de la personne à risque suicidaire*.

[Aide-mémoire Montérégie-est.pdf](#)

Lebel, G., Sté-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. (2018). *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS)*. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

<https://laqim.org/wp-content/uploads/2018/07/Outil-clinique-Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-suicide-2018-Juillet-2018.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Le protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficulté recevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-839-03W.pdf>

Ordre des infirmières et infirmier du Québec (OIIQ). (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie – Guide de pratique clinique*.
[Suicide-Guide \(oiiq.org\)](#)

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

Québec

Direction des services multidisciplinaires
Mai 2022

Prévention du suicide

Aide-mémoire - Clientèle déficience physique (DP)

Détecter la détresse psychologique

Nous sommes des acteurs importants en ce qui a trait à la détresse de la clientèle Di-TSA vivant de la détresse psychologique à la clientèle Di-TSA-DP. L'aide-mémoire peut être utilisé par le personnel non clinique, les intervenants et les professionnels de la santé. Il est important de se concentrer dans les situations où il y a un risque suicidaire, ne rester pas seul et aider un intervenant qualifié et votre personnel.

DÉTECTION

SYMPTÔMES LIÉS À LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

PHYSIQUES

- Tension musculaire
- Problèmes digestifs
- Problèmes d'appétit
- Problèmes de sommeil
- Maux de tête
- Fatigue, niveau d'énergie

COGNITIFS

- Difficulté de concentration
- Indécision
- Perception négative de soi
- Dévalorisation personnelle
- Désorganisation
- Confusion

PSYCHIATRIQUES

- Augmentation des symptômes

ÉMOTIONNELS

- Humeur changeante
- Nervosité, anxiété et agitation
- Irritabilité, colère, agressivité
- Tristesse
- Symptômes dépressifs
- Faible estime de soi

COMPORTEMENTAUX

- Agressivité
- Difficultés interpersonnelles
- Modification des conduites alimentaires
- Rigides
- Isolement, autisme
- Abus (négligence, négligence sociale, nourriture, alcool, tabac, drogues, jeux, etc.)



Messages verbaux

Phrases directes et indirectes

- « Je veux mourir »
- « Je n'ai rien pu faire »
- « Plus tard, tellement mieux dans tout »
- « Je vais aller rejoindre grand-maman »
- « Je vais aller avec les oiseaux »
- « Je veux faire comme... (la personne qui s'est suicidée) »

verbales directes ou indirectes (parlant de la mort ou du suicide)

Tout changement de comportement dénotant d'un usage doit être investigué.

La personne peut avoir manifesté la détresse par le dessin, des rêves, des comportements auto-agressifs avec ou sans blessure, des comportements à risque, etc.

MOMENTS CRITIQUES

- Chronologisation d'une situation d'impuissance : réaction accrue à une situation dans laquelle la personne a un enjeu affectif ou d'estime de soi;
- Pertes significatives (ex. : échec de cohabitation, entrave à la liberté, emploi, privilège, rupture amoureuse, deuil ou perte d'objets);
- Événements vécus de façon honteuse ou humiliante;
- Traumatismes psychologiques (ex. : perte d'un membre);
- Dilemme avec la justice (ex. : annulation d'une décision);
- Perte ou abandon d'une structure étiopienne (ex. : congé de l'hôpital, placement, fin de placement);
- Inadéquation entre les capacités de la personne et les demandes du milieu;
- Annonce d'un diagnostic;

FACTEURS DE RISQUES

- Antécédents de tentative de suicide;
- Comportement suicidaire ou décès, par suicide ou non, dans l'entourage (moins d'un an);
- Niveau d'impulsivité/agressivité;
- Relations interpersonnelles négatives ou isolément;
- Comportements de prise de risque ou de blessure;
- État de désorganisation actuel;
- Avoir des traits liés à la santé mentale;
- UGRCD+;
- Avoir un problème de dépendance;

Aide-mémoire - Clientèle DIF

RESSOURCES



AUTRES NUMÉROS PERTINENTS

- **Téléphone** 1-800-363-2366

REFERENCES

- Centre vendit
universitaire de café
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

capitale - Capitale
Québec

Direction des services multidisciplinaires
Novembre 2022

Prévention du suicide

Aide-mémoire - Clientèle DI-TSA

Détecter la détresse psychologique

Nous sommes des acteurs importants en ce qui a trait à la détection de la clientèle DI-TSA vivant de la détresse psychologique à la direction DI-TSA-DP. L'aide-mémoire peut être utilisé par le personnel non clinique, les intervenants et les professionnels de la santé. Il est important de se concerter dans les situations où il y a un risque suicidaire, ne rester pas seul et avisez un intervenant qualifié et votre gestionnaire.

DÉTECTION

MANIFESTATIONS ASSOCIÉES AU SUICIDE (MAAS)

PHYSIQUES

- Tensions musculaires
- Problèmes digestifs
- Problèmes d'appétit
- Problèmes de sommeil
- Maux de tête
- Fatigue, niveau d'énergie

COGNITIFS

- Difficultés de concentration
- Indécision
- Perception négative de soi
- Dévalorisation personnelle
- Désorganisation
- Confusion

PSYCHIATRIQUES

- Augmentation des symptômes

ÉMOTIONNELS

- Humeur changeante
- Nervosité, anxiété et agitation
- Irritabilité, colère, agressivité
- Tristesse
- Symptômes dépressifs
- Faible estime de soi

COMPORTEMENTAUX

- Agressivité
- Difficultés interpersonnelles
- Modification des conduites alimentaires
- Rigidité
- Isolement, évitement
- Abus (télévision, réseaux sociaux, nourriture, alcool, tabac, drogues, jeux, etc.)



Messages verbaux

Phrases directes et indirectes

- « Je veux mourir »
- « Je veux me suicider »
- « Vous seriez tellement mieux sans moi »
- « Je vais aller rejoindre grand-maman »
- « Je veux aller avec les oiseaux »
- « Je veux faire comme... (la personne qui s'est suicidée) »

Verbales directes ou indirectes (incluent texto ou médias sociaux)

Tout changement de comportement détecté chez un usager doit être investigué davantage. Avec la clientèle : utiliser les outils AUDIS, les pictogrammes, les photos, les images ou tout autre matériel pour faciliter la compréhension de la personne.

La personne peut aussi manifester sa détresse par le dessin, des mimes, des comportements autoagressifs avec ou sans blessure, des comportements à risque, etc.

MOMENTS CRITIQUES

- Chronification d'une situation d'impuissance : réactivité accrue à une situation dans laquelle la personne a un enjeu affectif ou d'estime de soi;
- Pertes significatives (ex. : échec de socialisation, entrave à la liberté, emploi, privilège, rupture amoureuse, deuil ou perte d'objets);
- Événements vécus de façon honteuse ou humiliante;
- Traumatismes psychologiques (ex. : agression sexuelle);
- Démêlés avec la justice (ex. : annonce d'une décision);
- Perte ou abandon d'une structure encadrante (ex. : congé de l'hôpital, placement, fin de placement);
- Inadéquation entre les capacités de la personne et les demandes du milieu.

FACTEURS DE RISQUES

- Antécédents de tentative de suicide;
- Comportement suicidaire ou décès, par suicide ou non, dans l'entourage;
- Niveau d'impulsivité/agressivité;
- Type et niveau de DI et TSA;
- Relations interpersonnelles négatives ou isolement;
- Comportements de prise de risque ou de blessure;
- État de désorganisation actuel;
- Ayant des traits liés à la santé mentale;
- Ayant un problème de dépendance;
- Capacité de planification (en général et du geste suicidaire).

Prévention du suicide

Aide-mémoire – Clientèle DI-TSA

Si vous remarquez qu'un usager a un ou plusieurs symptômes de détresse ou qu'il nomme des propos directs ou indirects en lien avec le suicide, qu'il adopte des comportements le mettant en danger, avez un intervenant qualifié afin de poursuivre l'intervention et l'évaluation. Si la personne est en danger dans l'immédiat, faites le 911.

RESSOURCES



Centre de prévention du suicide

- Québec 418-583-4588
1-866-277-0553
- Charlevoix 418-665-0096
- Portneuf 418-785-3283

AUTRES NUMÉROS PERTINENTS

- Tel jeune 1-800-263-2266
- Ligne Info Parents 1-800-361-5885

- Info-Social 811 option 2

- 911

RÉFÉRENCES

Bacnet, J., Roy, P. & Lavoie, B. (2011). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*. Cahier du participant, 2e éd. Association québécoise de prévention du suicide, p. 14-15.

Bacnet, J., O'Leary, L. et Lantier, P. B. (2018). *Stratégie numérique sur la prévention du suicide au Québec – Portrait des pratiques actuelles et des besoins*. Rapport présenté à l'Association québécoise de prévention du suicide, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 336 p.

<https://www.gssn.org/fr/fr/health/association-quebecoise-prevention-suicide/materiel-educatif-formation-2018-2019.pdf>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. (2020). PO-49 – Politique en prévention du suicide.

<https://www.ciussu.org/ressources/ressources/137/rapport-sur-les-pratiques-actuelles-et-les-besoins/137/rapport-sur-les-pratiques-actuelles-et-les-besoins/137/rapport-sur-les-pratiques-actuelles-et-les-besoins.pdf>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (2018). POI-028 Politique en prévention du suicide. Nu (PID-CMTL-00091).

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, formation GERS.

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est. *Dérivation de la personne à risque suicidaire*.



Lebel, G., Gauthier, R., Bouchard, N., & Monney, M. (2018). *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GERS)*. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

<https://www.ciussu.org/ressources/ressources/137/rapport-sur-les-pratiques-actuelles-et-les-besoins/137/rapport-sur-les-pratiques-actuelles-et-les-besoins.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Le protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficulté relevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille*. <https://www.mssss.gouv.qc.ca/ressources/2018/04/24/018-018-018.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIQ). (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie – Guide de pratique clinique*.

<https://www.oiq.qc.ca/ressources/2007/04/24/018-018-018.pdf>

Intervenir avec une clientèle DI-TSA en contexte de crise suicidaire, formation Processus A&DS, Cécile Bédien, PhD.

<https://www.ciussu.org/ressources/ressources/137/rapport-sur-les-pratiques-actuelles-et-les-besoins/137/rapport-sur-les-pratiques-actuelles-et-les-besoins.pdf>

<https://www.ciussu.org/ressources/ressources/137/rapport-sur-les-pratiques-actuelles-et-les-besoins/137/rapport-sur-les-pratiques-actuelles-et-les-besoins.pdf>

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

Québec

Direction des services multidisciplinaires
Novembre 2022

RÉFÉRENCES :

- CIUSSS Capitale-Nationale (2022), Politique relative à la prévention et à la gestion des chutes et de leurs conséquences
- CIUSSS Capitale-Nationale (2020), Politique relative à la prévention du suicide
- CIUSSS Capitale-Nationale (2023), Procédure relative à la prévention du suicide à la Direction du Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
- CIUSSS de la Capitale-Nationale (2023), Procédure relative à la prévention du suicide à la Direction des programmes Déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique (DDITSADP)
- INSPQ, (2009, Guide D'implantation : La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile
- Agrément Canada, Manuel d'évaluation, POR Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile.

AUTRE SOURCE :

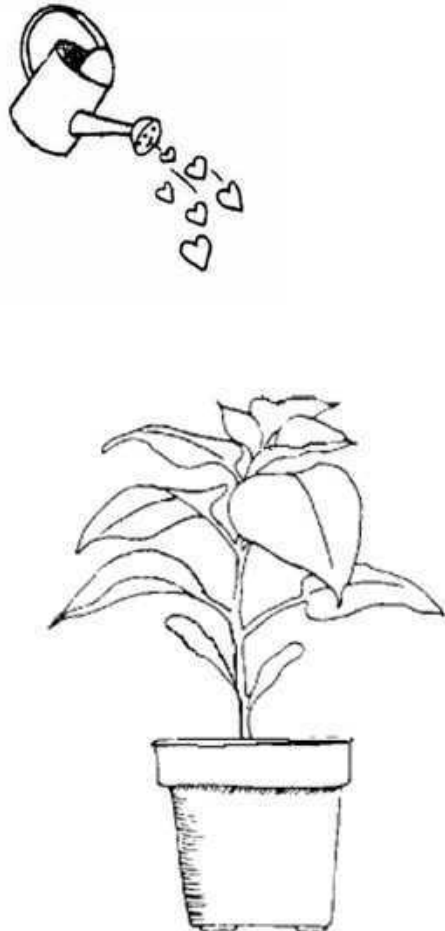
- CISSS Montérégie Est (2018), Document : « Consignes et aide-mémoire pour remplir le formulaire « Identification des risques en matière de sécurité à domicile »





Autisme,
Déficience
Intellectuelle, Suicide

Le jardin de l'espoir de : _____, Fait le _____

| La liste des choses qui sont agréables, qui vont bien, qu'on veut qui recommencent, qui rendent fier | L'arrosage |
|--|--|
| |  |

| Comité Stratégique en prévention du suicide | | |
|---|--|--|
| Membres | Mandat | Orientations |
| DSMSSS-PP <ul style="list-style-type: none"> Karen Dumas
Conseillère cadre Mylène Simard (maternité)
Professionnelle-conseil Alexia Beauregard
Professionnelle-conseil | <p>Le comité stratégique en prévention du suicide relève du Comité de gestion des risques du CIUSSS-CN. Ses actions s'inscrivent dans une vision d'amélioration continue des pratiques en prévention, intervention et postvention auprès des personnes présentant un risque suicidaire et de leurs proches. Il est coordonné par la DSM (volet pratiques professionnelles).</p> | <ol style="list-style-type: none"> Potentialiser un leadership au sein de l'établissement en matière de prévention du suicide et développer une culture d'amélioration continue et en gestion des risques qui est appropriée au contexte; <ol style="list-style-type: none"> S'assurer de la diffusion et de la mise en œuvre des orientations et des objectifs organisationnels en matière du dossier suicide auprès des directions. Suivre les principales recommandations émises aux directions (ex. : POR d'Agrément Canada, gestion de risque de la DQÉPÉ ou autres), Optimiser l'offre de services régionale en matière de prévention, intervention et postvention du suicide au CIUSSS de la Capitale-Nationale; <ol style="list-style-type: none"> Dresser et suivre le portrait de l'offre de service régionale Favoriser une communication efficace et des trajectoires fluides entre les directions cliniques et de soutien, ainsi qu'avec les partenaires qui détiennent l'expertise en prévention du suicide. Favoriser l'amélioration des services en prévention, intervention et postvention du suicide au CIUSSS de la Capitale-Nationale; <ol style="list-style-type: none"> Assurer le déploiement, l'implantation et l'appropriation dans chaque direction de la présente politique, des procédures et outils associés. Suivre les indicateurs en matière de détection, dépistage, évaluation, intervention et postvention pour chaque direction clinique, et ce, en conformité avec la POR d'Agrément Canada. Actualiser les mesures correctrices réalisées à la suite d'un suicide (analyses en gestion de risque de la DQÉPÉ, recommandations du coroner, protecteur du citoyen ou autres instances), pour réaliser des suivis au comité stratégique. Favoriser le développement et le maintien des compétences professionnelles ; |
| DSMSSS-SPG et accès <ul style="list-style-type: none"> Sabrina Murray
Adjointe Alexandra Careau
Cheffe de service CLSC | <p>Le comité stratégique en prévention du suicide détermine les objectifs organisationnels en matière de prévention du suicide. Pour se faire, il se base sur des critères déterminés (ex. : orientations ministérielles, obligations provinciales et régionales) et sur les bonnes pratiques (ex. : POR/Agrément Canada, guide des bonnes pratiques). Le comité met en place un plan d'action, détermine les objectifs prioritaires et adresse ceux-ci aux différentes directions cliniques. Ces dernières ont une instance qui permet de travailler les priorités convenues de façon propres à leur direction (ex. : comité tactique en prévention du suicide ou comité de gestion des risques).</p> | |
| DJ <ul style="list-style-type: none"> Geneviève Crevier
Directrice adjointe | <p>Le comité est composé de représentants de chaque direction clinique, des directions de soutien concernées (ex. : DRHC, Dspub, DSISP) ainsi que des partenaires régionaux en prévention du suicide (ex. : Centre de</p> | |
| DPJ <ul style="list-style-type: none"> Sandra Labrie
Adjointe à la direction Mélanie Pagé
APPR | | |
| DITSADP <ul style="list-style-type: none"> Annie Ross
Directrice adjointe | | |

| Comité Stratégique en prévention du suicide | | |
|---|--|---|
| Membres | Mandat | Orientations |
| <ul style="list-style-type: none"> Annie Deschênes
Professionnelle désignée et mentore
AUDIS | prévention du suicide, CHU, IUCPQ).
Les membres du comité stratégique sont responsables
de planifier, mettre en œuvre et suivre les cinq
orientations suivantes : | <ul style="list-style-type: none"> a. Assurer un arrimage régional avec les différents travaux provinciaux en matière de prévention du suicide. b. Déterminer des objectifs transversaux en matière de formation et de soutien clinique du personnel de l'établissement. c. Favoriser le déploiement optimal des activités de formation dans chaque direction dans une visée d'harmonisation des pratiques cliniques et organisationnelles. <p>5. Soutenir les pratiques innovantes, les projets de recherche et les activités en matière de prévention.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Soutenir le réseau de sentinelles en arrimage avec les autres mesures de prévention déployées. b. Faire connaître et soutenir les pratiques innovantes dans chaque direction. <p>Ces orientations sont actualisées dans le cadre d'une collaboration interdirections avec une vision transversale, ainsi qu'avec le soutien des différents partenaires.</p> |
| DSAPA <ul style="list-style-type: none"> Julie Gilbert
Directrice adjointe Roxanne Hardy
APPR | | |
| DSP (GMF et GMF-U) <ul style="list-style-type: none"> Julia Bilodeau
Directrice adjointe Nadine Gagnon et Véronique Leclerc-Durant
APPR | | |
| DSISP <ul style="list-style-type: none"> Emmanuelle Lepire
Conseillère cadre Marc Thivierge
Chef de service | | |
| DSMDI <ul style="list-style-type: none"> Philippe Simard
Conseiller cadre Claudine Doire
APPR Véronique Delneuvillle
Directrice adjointe | | |

| Comité Stratégique en prévention du suicide | | |
|---|--------|--------------|
| Membres | Mandat | Orientations |
| D. Santé publique <ul style="list-style-type: none"> Valérie Richer
Cheffe de service Julie Francoeur
APPR | | |
| DRHC <ul style="list-style-type: none"> Anne-Christine Bouchard
Conseillère cadre Hélène Duchesne
Agente de gestion du personnel | | |
| DQÉPÉ <ul style="list-style-type: none"> Patrice Labeau
Conseiller cadre | | |
| DERJHSB <ul style="list-style-type: none"> Stéphanie Fiset
Cheffe de programme, services communautaires langue anglaise Anne Duchesne
APPR | | |
| Médecin <ul style="list-style-type: none"> D^{re} Maude St-Onge
Directrice médicale du Centre antipoison du Québec | | |

| Comité Stratégique en prévention du suicide | | |
|--|--------|--------------|
| Membres | Mandat | Orientations |
| Partenaires externes <ul style="list-style-type: none"> • Marie-Sol Côté
Directrice du CPS-Charlevoix
direction@cps-charlevoix.com • Lynda Poirier (retraite 3 oct. 2025)
Directrice générale du CPS-Québec
lpoirier@cpsquebec.ca • David Cantin dès le 6 oct. 2025
Directeur général du CPS-Québec
dcantin@cpsquebec.ca • Mathieu Bourassa
Directeur général l'Arc-en ciel de Portneuf
mdbourassa@larcencielporneuf.org • Philippe Asselin
Adjoint à la DSI (IUCPQ)
philippe.asselin.iucpq@ssss.gouv.qc.ca • Ann-Sophie Gagnon
Infirmière en pratique avancée (CHU)
ann-sophie.gagnon@chudequebec.ca • Marie-Claude Belzile
APPR DSM (CHU)
marie-claude.belzile@chudequebec.ca | | |



Plan d'action stratégique

Prévention du suicide

2023-2025

| 1. Potentialiser un leadership au sein de l'établissement en matière de prévention du suicide et développer une culture d'amélioration continue et en gestion des risques qui est appropriée au contexte. | | | | | |
|---|--|------------------------|-----------------------|------|---|
| Orientations | Actions | Responsable | Échéancier | État | Précisions |
| 1.1 Assurer un leadership au sein de l'établissement en prévention du suicide | 1.1.1 Planifier et coordonner les rencontres des différents comités (stratégique, séances de travail) | Comité DSM-PP | En continu | ● | Comité stratégique 5 fois l'an
Séances de travail spéciales (ex. : suivi étroit) selon les besoins
Soutien/contribution aux comités tactiques des directions |
| | 1.1.2 Assurer la planification et la coordination, du plan d'action en prévention du suicide | Comité DSM-PP | | ● | En cohérence avec la Stratégie Nationale en préventions du suicide 2022-2026, le Plan d'action interministériels en santé mentale 2022-2026 et la Politique gouvernementale de prévention en santé, de même que les priorités organisationnelles. |
| | 1.1.3 Diffuser l'information pertinente aux acteurs concernés | Comité DSM-PP | | ● | Publications sur l'espace employés (Semaine annuelle de la prévention du suicide, nouveaux outils cliniques)
Présentations à divers comités ex CECM, CMDP, CD, CA, etc. |
| 1.2 Développer une culture d'amélioration continue et de gestion des risques | 1.2.1 En collaboration avec la DQEPE, retour annuel sur les principales recommandations émises et des actions à réaliser la suite des suicides | Comité DSM-PP
DQEPE | Décembre chaque année | ● | |

| | 1.2.2 Réaliser une démarche d'audits afin d'en dégager des pistes d'améliorations pour les services | Comité DSM-PP
DQEPE Dspub | Été 2024 |  | Audits de tous les dossiers liés à un suicide en 2022. Retard vs enjeu de capacité pour auditer le nombre élevé de dossiers. Stratégie en discussion DSM-DQEPE |
|---|--|--|------------|---|--|
| 2. Optimiser l'offre de services en matière de prévention, intervention et postvention du suicide sur tout le territoire du CIUSSS de la Capitale Nationale. | | | | | |
| Orientations | Actions | Responsable | Échéancier | État | Précisions |
| 2.1 Dresser et suivre le portrait de l'offre de services régionale en prévention du suicide et soutenir son optimisation | 2.1.1 Présentations des partenaires et services au comité stratégique | Comité DSM-PP
DSPu | En continu |  | Diverses présentations réalisées (ex. : du CPS de Qc, des services interculturels, de la DQEPE, de la Dspub, CPS Charlevoix)
Actions priorisées en fonction de l'évolution de l'offre régionale en prévention du suicide. |
| | 2.1.2 Faire le suivi des correctifs souhaitables en regard des actions prioritaires (formations, suivi étroit et relances) | | | | |
| 2.2 Réaliser les travaux de suivi étroit (incluant les relances téléphoniques) pour les usagers à risque suicidaire plus élevé | 2.2.1 Faire un état de situation sur les services actuels de suivi étroit et les pistes d'amélioration | Comité DSM-PP
Directions | 2023 |  | Rencontre réalisée avec chaque direction à l'automne 2023 pour partager l'état de situation |
| | 2.2.2 Bonifier le suivi étroit offert sur le territoire de la Capitale-Nationale | Directions et
DSM en soutien | Déc 2024 |  | Comité de travail dans chaque direction
Procédure bonifiée en incluant le suivi étroit |
| | 2.2.3 Séances de travail – arrimages interdirections et avec les partenaires | Comité DSM-PP
Directions
Partenaires | |  | Total de 4 séances entre mai et déc 2024
Voir le plan de travail « arrimages suivi étroit » qui détaille les actions |

| 3. Favoriser l'amélioration de la prestation de services en prévention, intervention et postvention du suicide au CIUSSS de la Capitale Nationale. | | | | | |
|--|---|-----------------------------|---------------|------|--|
| Orientations | Actions | Responsable | Échéancier | État | Précisions |
| 3.1 Améliorer la prestation de services en prévention, intervention et postvention du suicide dans chaque direction | 3.1.1 Diffuser la version révisée de la politique relative à la prévention du suicide | Comité DSM-PP | Mars 2024 | ● | Deux présentations faites au comité stratégique pour les nouveautés. Diffusion par chaque direction et via la zone CIUSSS. Politique amendée juin 2025 par le PDG. |
| | 3.1.2 Rédaction de procédures par les différentes directions clientèles | Directions | Décembre 2022 | ● | DSM est en soutien pour l'ensemble des procédures afin d'assurer une cohérence organisationnelle. Intégrer les recommandations du coroner et d'agrément notamment. |
| | 3.1.3 Actualiser dans chaque direction des actions d'implantation et d'appropriation des politiques, procédures et outils | Directions | En continu | ● | Échanges inter directions pour l'identification de stratégies de diffusion/appropriation en février 2025

En rédaction : DERJHSB et DSPUB |
| | 3.1.4 Révision lorsque requis des procédures afin de les mettre à jour | Directions | En continu | ● | Révisée : DDITSADP, DJ-DPJ, DSAPA, DSP, DSISP, DSMDI
En cours : DSM |
| 3.2 Identifier des mécanismes d'évaluation (monitoring) de l'application de la politique et | 3.2.1 Proposer des indicateurs de suivi en prévention du suicide dans chaque direction | Directions
Comité DSM-PP | Décembre 2022 | ● | Indicateurs présentés en comité stratégique janvier 2023. Suivi à faire en 2024-2025. Voir aussi 4.2.3 |
| | 3.2.2 Suivi des indicateurs en place dans les directions | Directions
Comité DSM-PP | En continu | ● | À l'intérieur du comité stratégique. |

| des procédures dans l'établissement | 3.2.3 Accompagner selon les besoins les directions pour la préparation et le suivi des visites d'Agrément Canada en lien avec la nouvelle POR relative à la prévention du suicide | Comité DSM-PP | En continu | ● | Révision annuelle de la fiche synthèse en prévention du suicide (dernière révision mars 2024)
Échanges avec les représentants des directions
Présentations aux gestionnaires des directions concernées en préparation à une visite |
|--|---|---|------------|------|--|
| 4. Favoriser le développement et le maintien des compétences professionnelles. | | | | | |
| Orientations | Actions | Responsable | Échéancier | État | Précisions |
| 4.1 Former le personnel à agir en prévention du suicide selon leur champ de compétence, leur fonction et l'offre service programme (détection, dépistage, évaluation, intervention, postvention) | 4.1.1 Identifier les besoins de formation dans chaque direction et procéder à l'inscription | Directions
DRH
DSM-PP (en soutien) | En continu | ● | En cohérence avec les employés ciblés dans les procédures |
| | 4.1.2 Offrir des formations adaptées aux intervenants tenant compte de leur champ de compétence, leur fonction et de l'offre service programme | Comité DSM-PP
DRHC
DSPu
Directions | En continu | ● | Assurer la priorisation des formations au PDRH
Adapter l'offre aux nouvelles formations provinciales
Collaborer avec DSPub pour former les intervenants scolaires et communautaires |
| | 4.1.3 Mettre à jour l'outil d'aide à la décision pour le choix de formations | Comité DSM-PP | En continu | ● | Diffusion de l'outil aux gestionnaires des directions |
| | 4.1.4 Former des formateurs en prévention du suicide et en assurer la rétention afin de répondre aux besoins identifiés dans les directions | DRHC
Comité DSM – PP
CRAIP | En continu | ● | DRHC : responsable du processus de sélection
DSM – PP : expertise contenu |
| 4.2 Soutenir l'amélioration des pratiques professionnelles dans l'application des normes et standards de pratique en | 4.2.1 Identifier un (ou des) professionnel(s) désigné(s) (pivot) en prévention du suicide dans chaque direction programme | Directions | 2024-2025 | ● | État de situation du soutien clinique actuel fait.
Échange en comité stratégique : recommandation que les coordos soient formés vs la responsabilité partagée en prévention du suicide + pivots pour certains secteurs seulement |
| | 4.2.2 Développer des modalités de soutien clinique pour les pivots et formateurs | Directions
Comité DSM-PP | | | |

| contexte d'évaluation et d'intervention auprès de la clientèle à risque suicidaire | 4.2.3 Évaluer le niveau d'aisance et de connaissances des intervenants en regard des procédures et bonnes pratiques en prévention du suicide dans une perspective de soutien clinique | Comité DSM-PP | 2023 |  | Sondage pour évaluer l'aisance des professionnels en prévention du suicide et l'état des connaissances (procédure, bonnes pratiques). À refaire pour voir l'évolution. |
|--|---|---------------------------------|------------|---|--|
| 5. Soutenir les pratiques innovantes, les projets de recherche et les activités en matière de prévention. | | | | | |
| Orientations | Actions | Responsable | Échéancier | État | Précisions |
| 5.1 Relancer le réseau des sentinelles | 5.1.1 Échanger avec les responsables des groupes veilleurs, sentinelles et éclaireurs | DRH
DSPu
DSM-PP | 2024 |  | Comité de travail, trois rencontres réalisées hiver/printemps 2024. Rattachement des Sentinelles à la DRH. Formation à planifier avec CPS |
| | 5.1.2 Recruter de nouvelles sentinelles dans toutes les directions | DRH et DSM | 2025 |  | Mise à jour effectuée printemps 2024. Formation de nouvelles sentinelles dès l'automne 2025 |
| | 5.1.2 Réaliser des activités d'échange et de collaboration entre veilleurs, sentinelles et éclaireurs | DRH
DSPu | 2025 |  | Rattachement des Sentinelles à la communauté de pratique des Veilleurs (à venir) |
| 5.2 Faire connaître et soutenir les pratiques innovantes dans chaque direction | 5.2.1 Diffuser l'information liée aux pratiques innovantes en prévention du suicide | Comité DSM-PP | En continu |  | Via l'espace employé et les présentations en comité stratégique. Participation à des événements provinciaux (ex. : Grand forum PS) et réseautage. |
| | 5.2.2 Création/diffusion d'outils afin de soutenir les bonnes pratiques | Comité DSM-PP | En continu |  | Ex. : diffusion d'outils développés par le MSSS au sujet de clientèles vulnérables (hommes, populations autochtones, etc), création d'aide-mémoires, de la trousse de suivi étroit, etc. |
| | 5.2.3 Suivre les données régionales en préventions du suicide | Santé publique
Comité DSM-PP | En continu |  | Présentation annuelle du portrait de la problématique suicidaire par la Dspub au comité |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | stratégique. Participation à des événements provinciaux (ex. : Institut d'été CRISE) |
|--|--|--|--|--|--|

Légende: État d'avancement des travaux

Bleu ■ L'action ou l'étape est terminée

Vert ■ L'action ou l'étape est débutée et se déroule selon les prévisions

Jaune ■ L'action ou l'étape est débutée, mais il y a des retards

Rouge ■ L'action ou l'étape a été abandonnée

Gris : ■ L'action n'a pas encore été débutée



1. REPÉRER LA PERSONNE À RISQUE – PLAN PRÉVENTION SUICIDE (PPS)

Quand? Lorsqu'une personne inquiète et qu'elle n'est pas clairement en train de vivre un épisode suicidaire.
Si les propos ou les comportements sont clairs, le repérage est fait.

Version 2024

| | | |
|---|---------------------------|---------------------|
| NOM / PRÉNOM : | NO DE DOSSIER : | DATE DE NAISSANCE : |
| Date du repérage : | Date des MAAS : | |
| Nom(s) de la(des) personne(s) faisant le repérage : | Lien avec l'utilisateur : | |

| | | |
|--|-----------------|---|
| Information à recueillir : Indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant à la présence de MAAS

Manifestations associées au suicide (MAAS) actuelles <ul style="list-style-type: none">- Communications verbales/non verbales (inscrire les propos exacts)- Comportements- Pensées Éléments de planification suicidaire <ul style="list-style-type: none">- Moyen, moment, lieu, préparatifs de départ Danger <ul style="list-style-type: none">- Accès au moyen, létalité du moyen (réelle et perçue par la personne), capacité de planification Changements récents dans le fonctionnement habituel de la personne amenant une inquiétude sur la possibilité de MAAS (incluant la période sur laquelle le changement a été observé) <ul style="list-style-type: none">- Cognition, comportements, émotions, indices neurovégétatifs, indices somatiques, indices psychiatriques, pertes d'acquis et difficultés d'adaptation dans la situation actuelle Signes actuels de désespoir et de détresse
Motif et facteurs déclencheurs des MAAS actuelles <ul style="list-style-type: none">- Motifs apparents des MAAS ou des changements observés | Observer | Observer : informations recueillies
Sources : Questions à la personne, observations, questions à des intervenants ou des proches, dossier de l'utilisateur |
| | Décider | Décider : Décision issue du processus de repérage
La personne présente des manifestations associées au suicide (MAAS)? <ul style="list-style-type: none">- Oui - Passer à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte et à l'analyse de l'épisode suicidaire- Non - Mettre en place des interventions pour réduire la détresse de la personne |
| | Agir | Agir : intervenir pour gérer l'épisode suicidaire en fonction des besoins de la personne
Estimation du danger, analyse complète et gestion de l'épisode suicidaire
Même en l'absence de MAAS, il est important d'intervenir : <ul style="list-style-type: none">- Explorer les sources du changement dans le fonctionnement habituel- Identifier la détresse et ses sources- Intervenir pour réduire la détresse |

Nom de la personne ayant complété cette section

Signature

Date

(2024-04-22)

2. GÉRER L'ÉPISODE SUICIDAIRE – PLAN PRÉVENTION SUICIDE (PPS)

Quand? Lorsqu'une personne amène des inquiétudes quant à un risque suicidaire

Version 2024

| | | |
|--|----------------------|---------------------|
| NOM / PRÉNOM : | NO DE DOSSIER : | DATE DE NAISSANCE : |
| Nom(s) de la(des) personne(s) gérant l'épisode : | Lien avec l'usager : | Date : |

| | | | |
|---|------------------------|--|--|
| <p>Information à recueillir : Indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant à l'épisode suicidaire et au danger de passage à l'acte.</p> <p><u>Facteurs proximaux pouvant augmenter le danger ou protéger dans la situation actuelle</u></p> <p>Facteurs de risque de l'épisode :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de MAAS (lesquels, quand?) - Comportement suicidaire ou décès (par suicide ou non) dans l'entourage (moins d'1 an) - Niveau d'impulsivité / agressivité - Troubles mentaux et troubles associés (TGC, TDAH, etc.) - Type et niveaux de DI et TSA - Relations interpersonnelles négatives ou isolement - Comportements de prise de risque ou de blessure - État de désorganisation actuel - État d'intoxication actuel - Désespoir, exaspération, découragement (court, moyen terme) - Capacité de planification (en général et du geste suicidaire). <p>Facteurs de protection de l'épisode :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Options variées d'expression (besoins, émotions, frustrations, demande d'aide), et de résolution de problèmes - Présence de soutien lors des événements prévisibles ou stressants - Raisons de vivre, ambivalence par rapport au suicide - Soutien social <p>Moments critiques liés aux MAAS actuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chronicisation d'une situation d'impuissance - Accumulation d'événements (même mineurs en apparence) - Événements majeurs prévisibles - Événements affectifs majeurs imprévus <p>Exigences du milieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inadéquation entre les capacités actuelles de la personne et les demandes du milieu. <p>Conséquences de l'épisode de MAAS sur les relations, les activités, les émotions, les cognitions, l'entourage, etc.</p> | <p>Observer</p> | <p>Observer : informations recueillies</p> <p>Sources : Questions à la personne, observations, questions à des intervenants ou des proches, dossier de l'usager</p> | |
| | | <p>Décider</p> | <p>Décider : Décision issue du processus d'estimation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Y-a-t-il un danger de passage à l'acte prévisible si la personne est laissée seule? - Y-a-t-il un danger de passage à l'acte prévisible dans les prochains jours? - L'intensité et la fréquence des idées suicidaires sont-elles préoccupantes? |
| | | | <p>Agir : intervenir pour gérer l'épisode suicidaire en fonction des besoins de la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer la sécurité - Réduire le risque de passage à l'acte suicidaire - Suivi étroit - Susciter l'espoir - Trouver des solutions au problème immédiat - Prendre les MAAS au sérieux (ne pas banaliser ni minimiser) |



2. GÉRER L'ÉPISODE SUICIDAIRE – PLAN PRÉVENTION SUICIDE (PPS) (suite)

Quand? Lorsqu'une personne amène des inquiétudes quant à un risque suicidaire

Version 2024

| | | |
|--|-----------------|---------------------|
| NOM / PRÉNOM : | NO DE DOSSIER : | DATE DE NAISSANCE : |
| <div><p>Conclure le processus de gestion de l'épisode suicidaire :
S'assurer que la personne comprend et qu'elle se sent à l'aise avec les conclusions de l'estimation et le plan d'action mis en place</p><p>Vérifier avec la personne comment elle se sent par rapport à ses idées suicidaires, aux changements qu'il y a eus, au plan d'action :</p><ul style="list-style-type: none">- Confort de la personne avec le plan d'action (qui inclut les solutions)- Volonté et mobilisation de la personne par rapport au plan d'action (collaboration)- Capacité de la personne à mettre en œuvre le plan d'action- Aide à apporter à la personne pour mettre en place le plan d'action (comment l'aider? Qui fera quoi? Quand?)- Moments critiques à surveiller dans les heures, jours, semaines qui suivent- État des idées suicidaires- État du plan suicidaire<p>Vérifier les effets potentiels d'avoir abordé les questions concernant les MAAS :</p><ul style="list-style-type: none">- Vérifier comment la personne se sent d'avoir parlé de ses MAAS,- Explorer ce qui l'a aidée et ce qui a pu rendre la personne mal à l'aise,- Effectuer un recadrage si la personne a des difficultés avec la discussion sur le suicide,- Renforcer les facteurs de protection,- Souligner les bonnes stratégies d'adaptation,- Valider la demande d'aide,- Souligner les forces et qualités,- Rappeler les raisons de vivre,- Indiquer que vous êtes content que la personne ne pense plus (ou moins) au suicide en ce moment, que c'est une bonne chose pour elle.</div> <div>Aoir</div> | | |

Nom de la personne ayant complété cette section

Signature

Date



3. SUIVI POST ÉPISODE SUICIDAIRE – PLAN PRÉVENTION SUICIDE (PPS)

Quand? Dans les heures ou les jours suivants l'épisode suicidaire initial, selon le niveau de danger et les besoins de la personne

Version 2024

| | | |
|--|----------------------|---------------------|
| NOM / PRÉNOM : | NO DE DOSSIER : | DATE DE NAISSANCE : |
| Nom(s) de la(des) personne(s) faisant le suivi : | Lien avec l'usager : | Date du suivi : |

| | | |
|---|-----------------|---|
| <p>Information à recueillir : Indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant à l'évolution du danger suicidaire et de l'épisode.</p> <p>Changement dans les MAAS</p> <ul style="list-style-type: none">- Types de MAAS présentes lors du suivi : communications verbales/non verbales, comportements, pensées.- Éléments de planification suicidaire présents lors du suivi : moyen, moment, lieu, préparatifs de départ.- Danger lors du suivi : accès au moyen, létalité du moyen (réelle et perçue par la personne), capacité de planification. <p>Changements dans les déclencheurs</p> <p>Moments critiques identifiés lors du suivi</p> <p>En cours ou anticipés, bons moments et moments plus difficiles ces derniers jours, depuis l'épisode suicidaire initial.</p> <p>Changement dans les facteurs de risque et de protection actuels</p> <p>Facteurs de risque proximaux pouvant augmenter le danger lors du suivi.</p> <p>Facteurs de protection présents lors du suivi</p> | Observer | <p>Observer : informations recueillies</p> <p>Sources : Questions à la personne, observations, questions à des intervenants ou des proches, dossier de l'usager</p> |
| | Décider | <p>Décider : Décision quant aux changements dans l'épisode et le danger suicidaire</p> <p>Y a-t-il un changement dans le danger à court terme pour la personne?</p> |
| | Agir | <p>Agir : intervenir pour ajuster le plan en fonction de l'évolution des besoins de la personne</p> <ul style="list-style-type: none">- Augmenter ou réduire les mesures de sécurité mises en place- Ajuster le plan d'action- Planifier le prochain suivi |

Nom de la personne ayant complété cette section

Signature

Date



4. INTERVENIR POUR RÉDUIRE LE RISQUE SUICIDAIRE – PLAN PRÉVENTION SUICIDE (PPS)

Quand? En dehors de toute période de désorganisation ou d'épisode suicidaire

Version 2024

| | | |
|--|---------------------------|-------------------------------|
| NOM / PRÉNOM : | NO DE DOSSIER : | DATE DE NAISSANCE : |
| Nom(s) de la(des) personne(s) faisant l'intervention : | Lien avec l'utilisateur : | Période couverte par le PPS : |

| | |
|--|--|
| <p>Information à recueillir : Indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant aux éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">- Les facteurs de risque et de protection associés au risque suicidaire (individuels et environnementaux)- Les facteurs de risque et de protection sont présents même en l'absence de MAAS. La compréhension de ces facteurs s'enrichit au fil des épisodes suicidaires ou MAAS. Cette partie de l'évaluation ne doit pas être remplie à chaque épisode avec l'individu, mais elle s'enrichit à chaque épisode et intervention. <p>L'option suicide</p> <p><i>L'option suicide se construit au fil du temps et des expériences avec le suicide et la mort. Elle peut se développer même si un individu n'a pas eu de MAAS observables.</i></p> <div><p>Expériences avec la mort</p><ul style="list-style-type: none">- Découverte personnelle ou d'un proche- Exposition à des comportements associés au suicide- Confrontation au suicide ou à des idées- Autre expérience avec le suicide en tant que témoin ou victime<p>Comportements associés au suicide</p><ul style="list-style-type: none">- Historique de tentatives suicidaires- Historique d'automutilation- Tentatives antérieures<p>Compréhension et perception de la mort</p><ul style="list-style-type: none">- Capacité de comprendre la mort- Avoir une idée précise de la mort en tant que- Préoccupations à l'égard de la mort- Réactions au sentiment de la mort<p>Fonction de l'expression suicidaire dans l'interaction avec autrui</p><ul style="list-style-type: none">- Avoir recours à l'expression suicidaire pour attirer l'attention- Comportements suicidaires- Comportements d'isolement</div> | <p>Observer : informations recueillies
Sources : Questions à la personne, observations, questions à des intervenants ou des proches, dossier de l'utilisateur</p> |
| <p>Décider : Décision quant aux interventions à mettre en place face aux :</p> <div><p>Facteurs de risque</p><ul style="list-style-type: none">- La personne présente des facteurs de risque sur lesquels il est important d'agir pour diminuer la détresse et le risque de récurrence de MAAS?<p>Option suicide</p><ul style="list-style-type: none">- La personne présente des éléments associés à l'option suicide?<p>Patterns de MAAS</p><ul style="list-style-type: none">- La personne présente des patterns de MAAS pouvant faire l'objet d'intervention?</div> | |



4. INTERVENIR POUR RÉDUIRE LE RISQUE SUICIDAIRE – PLAN PRÉVENTION SUICIDE (PPS) (suite)

| | | | | | |
|---|--|---|--|---------------------|--|
| NOM / PRÉNOM : | | NO DE DOSSIER : | | DATE DE NAISSANCE : | |
| <p>Les patterns de MAAS : Comprendre les patterns et fonctions, risque de répétition et chronicisation en cas d'épisodes multiples de MAAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moments critiques et conséquences recensés lors des différents épisodes de MAAS - Présence de MAAS antérieures, Comprendre la fonction des MAAS en examinant un ou plusieurs épisodes (évaluation fonctionnelle) - Déclencheurs - Types de MAAS - Éléments de détresse / désespoir associés - Conséquences. <p>Hypothèses sur les liens entre facteurs de risque et protection, déclencheurs, MAAS et conséquences (en particulier, répondre à la question : pourquoi des MAAS plutôt qu'un autre comportement joue ce rôle pour la personne?)</p> | | <p>Agir : intervenir pour réduire le risque</p> <p>Facteurs de risque</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter les facteurs de protection - Diminuer les facteurs de risque - Augmenter les habiletés sociales et les capacités d'expression des émotions et des besoins - Adapter les structures environnantes - Traiter les problèmes de santé (physique et mentale) - Travailler l'estime de soi. <p>Option suicide</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire les fixations - Éducation psychologique sur la mort et le suicide - Travailler sur les perceptions positives ou les idées reçues sur la mort et le suicide - Comprendre et réduire les bénéfices secondaires (dans l'interaction avec autrui) des MAAS - Diminuer l'utilisation des MAAS dans l'interaction - Recadrage par rapport au suicide et la souffrance en lien avec la recherche d'aide et de solutions - Comprendre l'impact des MAAS sur l'environnement (conséquences). <p>Patterns de MAAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire le risque de récurrence - Défaire les patterns et fonctions des MAAS - Diminuer l'impact des déclencheurs. | | | |
| <p>Agir</p> | | | | | |

Nom de la personne ayant complété cette section

Signature

Date

|  | PROCÉDURE |
|---|---|
| | Code : PR-PO-49-1 (DDITSADP) |
| | Direction responsable : Direction des programmes Déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique |
| | Présentée et adoptée au comité de direction de la direction des programmes Déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique le 22 février 2023 |
| | Entrée en vigueur le : 22 février 2023 |
| | Révisée le 31 octobre 2024 |
| TITRE : Procédure relative à la prévention du suicide à la Direction des programmes Déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique (DDITSADP) | |

La présente procédure doit se lire conjointement avec la [PO-49 - Politique relative à la prévention du suicide](#). Elle complète la politique et précise les balises liées à la prévention du suicide selon les différents milieux d'application. Afin d'en faciliter la consultation, la présente procédure est divisée par secteur de la DDITSADP, ce qui inclut le programme Agir tôt de la DJ.

| | |
|---|--|
| CONSULTATIONS
☒ Comité tactique de prévention du suicide (DDITSADP)
☒ Direction des services multidisciplinaires (DSM)
☒ Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)
☒ Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)
☒ Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP) | ☐ Cadres :
☐ Autres : |
|---|--|

Table des matières

| | |
|--|----|
| 1. Objectifs..... | 4 |
| 2. Champ d'application..... | 4 |
| 3. Définitions | 5 |
| 4. Tronc commun | 6 |
| 4.1 Tenue de dossier | 8 |
| 4.2 Proches | 9 |
| 4.3 Confidentialité : Divulgence de renseignements confidentiels | 9 |
| 4.4 Continuum d'intervention en prévention du suicide DITSADP adapté..... | 10 |
| 4.5 Rôle des intervenants concernant les activités à réaliser en prévention du suicide | 13 |
| 4.6 Choix de formations | 16 |
| 4.7 Intervenir pour réduire le risque suicidaire (DI-TSA) | 18 |
| 5. Marches à suivre par secteur | 19 |
| 5.1 Marche à suivre - Secteur soutien à domicile (SAD) DI-TSA-DP enfant incluant clientèle Agir tôt et adulte (tous les lieux de domicile/résidence parentale, RIS-RI-RTF, etc.) | 19 |
| 5.1.1 Activité 1 - Détection de la détresse psychologique (excluant la prévention primaire) | 19 |
| 5.1.2 Activité 2 - Dépistage des idées suicidaires et des manifestations associées au suicide | 20 |
| 5.1.3 Activité 3 - Évaluation de l'urgence suicidaire et du risque de passage à l'acte suicidaire..... | 21 |
| 5.1.3.1 Évaluation de l'urgence suicidaire | 21 |
| 5.1.3.2 Évaluation du risque de passage à l'acte | 22 |
| 5.1.4 Activité 4 - Planification de l'intervention et suivi | 23 |
| 5.2 Marche à suivre - Secteur résidentiel RAC-URCI DI-TSA-DP (jeunesse et adulte)..... | 26 |
| 5.2.1 Activité 1 - Détection de la détresse psychologique (excluant la prévention primaire) | 26 |
| 5.2.2 Activité 2 - Dépistage des idées suicidaires et des manifestations associées au suicide | 27 |
| 5.2.3 Activité 3 - Évaluation de l'urgence suicidaire et du risque de passage à l'acte suicidaire..... | 28 |
| 5.2.3.1 Évaluation de l'urgence suicidaire | 28 |
| 5.2.3.2 Évaluation du risque de passage à l'acte | 29 |
| 5.2.4 Activité 4 - Planification de l'intervention et suivi | 29 |
| 5.3.1 Activité 1 - Détection de la détresse psychologique (excluant la prévention primaire) | 32 |
| 5.3.2 Activité 2 - Dépistage des idées suicidaires et des manifestations associées au suicide | 33 |
| 5.3.3 Activité 3 - Évaluation de l'urgence suicidaire et du risque de passage à l'acte suicidaire..... | 34 |
| 5.3.3.1 Évaluation de l'urgence suicidaire | 35 |
| 5.3.3.2 Évaluation du risque de passage à l'acte | 35 |
| 5.3.4 Activité 4 - Planification de l'intervention et suivi | 36 |
| 5.4 Marche à suivre - Secteur RFI DP (enfant, adolescent et adulte), incluant Maison Lémervel Suzanne Vachon (MLSV) et École Madeleine-Bergeron..... | 39 |
| 5.4.1 Activité 1 - Détection de la détresse psychologique (excluant la prévention primaire) | 39 |
| 5.4.2 Activité 2 - Dépistage des idées suicidaires et des manifestations associées au suicide | 40 |
| 5.4.3 Activité 3 - Évaluation de l'urgence suicidaire et du risque de passage à l'acte suicidaire..... | 42 |
| 5.4.3.1 Évaluation de l'urgence suicidaire | 43 |
| 5.4.3.2 Évaluation du risque de passage à l'acte | 44 |

| | |
|--|----|
| 5.4.4 Activité 4 - Planification de l'intervention et suivi | 45 |
| 6. Continuum d'intervention post-événement en contexte suicidaire..... | 48 |
| 6.1 Postvention (à la suite d'un suicide)..... | 48 |
| 6.2 auprès des personnes endeuillées..... | 49 |
| 6.3 auprès des milieux | 49 |
| 6.4 auprès des usagers témoins..... | 49 |
| 6.5 Analyse d'événement hors prestation de soins | 50 |
| 6.6 Trajectoire de postvention tirée du Guide de référence en postvention à la suite du suicide d'un usager..... | 51 |
| 7. Rôles et responsabilités..... | 52 |
| Comité tactique en prévention du suicide | 52 |
| Gestionnaire | 52 |
| Intervenant..... | 52 |
| Acteur de soutien clinique..... | 53 |
| Un acteur de soutien peut être : un coordonnateur clinique, un coordonnateur professionnel, un spécialiste en activités cliniques (SAC), un assistant au supérieur immédiat (ASI), un professionnel désigné ou un responsable d'unité de vie (RUV). | 53 |
| Mentor AUDIS..... | 53 |
| 8. Audits de qualité | 54 |
| 9. Entrée en vigueur | 54 |
| 10. Références..... | 54 |
| Annexes | 55 |
| Annexe 1 - Ressources pertinentes | 55 |
| Annexe 2 - Manifestations associées au suicide (MAAS) chez un enfant de 5 à 13 ans | 58 |
| Annexe 3 - Synthèse des facteurs de risque et de protection, des moments critiques et des groupes à risque | 61 |
| Annexe 4 - Évaluation de l'acquisition du concept de la mort par les enfants | 62 |
| Annexe 5 - Signes de la détresse psychologique..... | 66 |
| Annexe 6 - Prévention du suicide - signes avant-coureurs ou de détresse..... | 67 |
| Annexe 7 - Aide-mémoire : Prévention du suicide DI-TSA | 68 |
| Annexe 8 - Aide-mémoire : Prévention du suicide DP | 69 |
| Annexe 9 - Rôles et responsabilités en suivi étroit : Secteur soutien à domicile (SAD)..... | 72 |
| Annexe 10 - Rôles et responsabilités en suivi étroit : Secteur socioprofessionnel | 73 |
| Annexe 11 - Rôles et responsabilités en suivi étroit : Secteur RFI DP..... | 74 |
| Annexe 12 - Outil d'appréciation processus – Continuum en prévention du suicide..... | 75 |
| Annexe 13 - Service d'intervention offert à la suite d'un événement traumatisant | 76 |
| Annexe 14 - Plan de sécurité | 78 |
| Annexe 15 - Aide-mémoire : Outil - Postvention à la suite d'un suicide d'un usager..... | 79 |
| Annexe 16 - Aide-mémoire : Bilan – Postvention à la suite d'un suicide d'un usager | 80 |
| Annexe 17 - Aide-mémoire : Clientèle adulte – Dépistage du risque suicidaire | 82 |
| Annexe 18 - Aide-mémoire : Initier le dépistage des idées suicidaires pour la clientèle DP | 84 |

1. Objectifs

La présente procédure découle de la [Politique relative à la prévention du suicide \(PO-49\)](#) entrée en vigueur le 24 novembre 2020 et révisée en date du 14 mai 2024. Il est à noter que la procédure ne fait pas état de l'ensemble du contenu de la PO-49. Nous référons ainsi le lecteur à celle-ci pour de plus amples renseignements sur les orientations communes pour tout le personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Cette procédure vise plusieurs objectifs:

- Assurer une prestation de soins et de services sécuritaires auprès des usagers présentant des idées suicidaires et des manifestations associées au suicide (MAAS);
- Organiser et planifier l'intervention du personnel du CIUSSS œuvrant à la DDITSADP pour prévenir les tentatives de suicide tout en suscitant l'espoir dans les situations pour lesquelles un usager présente de la détresse psychologique, des idées ou des manifestations suicidaires;
- Décrire les différentes activités du continuum des pratiques en prévention du suicide et les interventions à réaliser;
- Développer un langage commun en matière de prévention et d'intervention dans les situations pour lesquelles un usager présente de la détresse psychologique, des idées ou des manifestations suicidaires.

2. Champ d'application

La présente procédure s'adresse à toutes les personnes œuvrant au sein de la direction des programmes DI-TSA-DP ainsi qu'à l'ensemble des personnes œuvrant au programme Agir tôt (personnel clinique, administratif, d'encadrement, médecins, résidents en médecine, chercheurs, personnel de la recherche, étudiants, bénévoles, stagiaires). Elles doivent connaître, s'approprier et appliquer cette procédure.

Cette procédure ne concerne ni les activités de promotion de la santé mentale ni la prévention primaire de sensibilisation et d'éducation auprès de la population. Elle s'adresse aux membres du personnel qui doivent détecter des indices de détresse psychologique, dépister une problématique suicidaire, évaluer une personne suicidaire et intervenir auprès d'elle. Le continuum d'intervention s'applique également aux proches de l'utilisateur qui reçoit des services dans nos secteurs.

Il est à noter que, outre pour l'intervention immédiate post-événement en contexte suicidaire, cette procédure ne s'applique pas pour prévenir la détresse psychologique et le risque suicidaire chez le personnel. Les orientations à respecter à cet égard découlent principalement de la [PO-32 Politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence, et de la qualité de vie au travail](#).

3. Définitions

Les définitions ci-dessous sont considérées les plus importantes ou celles spécifiques à la clientèle DI-TSA-DP. Elles ont été choisies pour aider le lecteur à comprendre le texte et il est une bonne pratique de prendre connaissance de toutes celles contenues dans la [Politique relative à la prévention du suicide \(PO-49\)](#).

| | |
|--|--|
| GEDPAS | <p><u>Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS)</u></p> <p>C'est un outil d'évaluation qui permet d'estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire en ayant suscité l'espoir dans l'exploration des critères de danger et l'application des mesures de sécurité requises. Cette grille peut être utilisée uniquement après avoir suivi la formation.</p> |
| GERIS | <p><u>Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire</u></p> <p>C'est un outil d'évaluation qui permet de déterminer le niveau de risque suicidaire chez l'utilisateur de 14 ans et plus. Cette grille peut être utilisée uniquement après avoir suivi la formation.</p> |
| Manifestations associées au suicide (MAAS) | <p>Le terme Manifestations Associées Au Suicide (MAAS) a été choisi pour refléter la variété des comportements verbaux, non verbaux, directs et indirects pouvant exprimer la suicidalité des personnes ayant une DI et/ou un TSA¹.</p> |
| Moments critiques ou facteurs précipitants | <p>On appelle moments critiques ou facteurs précipitants des événements précédant de peu le passage à l'acte qui peuvent être déterminants dans la crise suicidaire. Un moment critique peut amener les idées suicidaires à refaire surface rapidement ou augmenter l'urgence et précipiter le risque de passage à l'acte.</p> <p>D'une part, il peut s'agir d'événements de vie négatifs, tels une séparation, une maladie, les pertes significatives, les échecs touchant les raisons de vivre, les traumatismes et les moments particulièrement anxiogènes qui revêtent une importance affective pour la personne. D'autre part, il pourrait également s'agir d'un événement généralement perçu positivement par la population, mais perçu différemment par l'utilisateur (exemples : semaine de relâche, congé des Fêtes, fête des parents, etc.).</p> |

¹ Bardon, C., Morin, D. (2015-2023) Processus AUDIS – Processus de soutien à la décision clinique en prévention du suicide chez les personnes autistes ou ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. CRISE, Chaire DITC, Montréal, QC, 136 p.

| | |
|----------------------------------|---|
| Plan de prévention suicide (PPS) | Le plan de prévention suicide (PPS) découle du processus AUDIS. Il comprend les étapes du processus clinique AUDIS soit le repérage des manifestations associées au suicide (MAAS), la gestion de l'épisode suicidaire, le suivi post-épisode suicidaire et l'intervention pour réduire le risque suicidaire. Les outils d'estimation ne visent pas à établir un score ou une note de danger ou de risque. Le PPS n'est pas une grille standardisée. Différentes modalités, dont l'autoformation et le soutien des mentors AUDIS, permettent d'être habileté à utiliser le PPS. |
| Processus AUDIS | <u>AUTisme Déficience Intellectuelle Suicide</u>
Processus de soutien à la décision clinique quant au risque suicidaire chez les personnes autistes et/ou présentant une DI et à l'identification des besoins d'intervention appropriés à chaque situation. |
| Proches | La notion de proche peut désigner largement tous les membres de la famille (biparentale intacte, séparée ou recomposée) ainsi que le conjoint, la parenté, les amis, les voisins, les employeurs, les collègues de travail, etc.
Les proches sont identifiés par la personne et constituent son réseau de soutien dans son regard à elle ² . |
| SAM | <u>Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire</u>
Grille provenant de Suicide Action Montréal, permettant l'évaluation du risque suicidaire à la suite d'une formation distincte sur le sujet. |

4. Tronc commun

Les informations générales sont des informations transversales qui s'appliquent à tous les secteurs de la direction tandis que les informations se retrouvant dans les quatre marches à suivre sont des informations spécifiques à ces secteurs.

Cette section présente le continuum d'intervention en prévention du suicide et le continuum d'intervention post-événement en contexte suicidaire. Les continuums sont d'abord présentés sous forme de tableaux (algorithmes décisionnels), puis les actions à réaliser sont ensuite décrites.

La gestion du risque suicidaire et d'estimation de la dangerosité est une **responsabilité partagée par l'ensemble des intervenants** de la direction des programmes DI-TSA-DP. Dans cette optique, l'intervenant qui travaille auprès de la clientèle DI-TSA ou DP doit adapter ses interventions en fonction des besoins et caractéristiques de la personne suicidaire. Il demeure une bonne pratique de multiplier les sources d'information afin d'avoir un portrait plus juste des besoins de l'utilisateur.

² Source : Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer et outiller. 2024. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 108 pages. [ISBN : 978-2-550-95183-4](#) (version PDF).

Cette procédure vise à soutenir les intervenants dans leur rôle et leurs responsabilités, qui consistent à : détecter la détresse suicidaire, dépister les idées suicidaires, estimer le risque de passage à l'acte et assurer la sécurité immédiate si requise, intervenir auprès de l'usager pour l'orienter, le référer ou l'accompagner vers les ressources appropriées. En tout temps, cette procédure vise à accompagner et soutenir le jugement clinique de l'intervenant.

Pour la clientèle à risque récurrent et celle ayant des comportements d'automutilation, considérant que celles-ci comportent plusieurs facteurs de risque, il est important de se concerter et de travailler en collaboration interprofessionnelle intra direction et si pertinent, en inter direction et avec les partenaires externes.

Les enfants et les adolescents qui présentent des idées ou des gestes suicidaires ont besoin d'une intervention adaptée à leur réalité. Le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#) s'adresse à ceux qui, dans le cadre de leur fonction, doivent intervenir auprès d'enfants à risque suicidaire et de leurs proches. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a produit également des documents pour soutenir la pratique auprès de cette clientèle, dont un [Profil d'urgence](#) et un Plan d'urgence ([plan de sécurité enfant 5 à 13 ans](#)). Des ressources telles qu'Info-Social et Tel-jeunes peuvent être mobilisées au besoin.

Il existe également des fiches synthèse sous différents thèmes disponible sur le site web du Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) via ce lien <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003762/> et des outils de repérage pour les 13 ans et moins via ce lien <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003688/>).

Dans la direction des programmes DI-TSA-DP, il y a quatre marches à suivre différentes selon les secteurs :

- [Secteur soutien à domicile \(SAD\) enfant incluant clientèle Agir tôt, et adulte DI-TSA-DP incluant tous les lieux de domicile \(ex : résidence parentale, RI, RTF, etc.\);](#)
- [Secteur résidentiel RAC-URCI DI-TSA-DP \(jeunesse et adulte\);](#)
- [Secteur socioprofessionnel DI-TSA-DP;](#)
- [Secteur RFI DP \(enfant, adolescent et adulte\) incluant Maison Lémerveil Suzanne Vachon \(MLSV\) et École Madeleine-Bergeron.](#)

Il est possible que, dans vos activités professionnelles, vous deviez vous référer à plus d'une marche à suivre.

D'autres politiques et procédures sont complémentaires à la présente procédure, plus particulièrement la [Procédure relative à la prévention et à la gestion d'usagers manquants à la Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique](#) (PR-PO-50-1 (DDITSADP)), [Politique relative au recours à la Surveillance accrue des usagers \(PO-53\)](#) et la [Procédure relative à la transmission d'informations aux points de transition de soins - DDITSADP](#) (PR-000-107).

IMPORTANT :

Les intervenants pouvant réaliser les activités d'évaluation et de suivi, et qui sont en attente de la formation GERIS/GEDPAS doivent systématiquement consulter les professionnels en soutien clinique de leur direction lorsqu'ils détectent de la détresse psychologique et qu'ils dépistent des idées suicidaires. Ils doivent aussi en aviser leur gestionnaire.

L'intervenant doit faire appel à son jugement clinique à chacune des étapes qu'il va réaliser. La complétion d'outils ne remplace pas le jugement clinique, elle le complète et le soutient.

4.1 Tenue de dossier

En matière de gestion du risque et de la dangerosité suicidaire, il est recommandé d'utiliser un outil d'évaluation du risque et de la dangerosité reconnu (SAM, GÉRIS, GEDPAS et PPS). Ceux-ci structurent et soutiennent le processus clinique de l'intervenant, mais ne remplacent en aucun cas la note au dossier qui doit refléter l'interprétation des résultats à travers l'analyse, l'opinion professionnelle et la planification de l'action pour assurer la sécurité de l'utilisateur.

La [politique PO-22 \(Politique relative à la tenue du dossier de l'utilisateur et de la protection des renseignements personnels\)](#) stipule qu'il est interdit de consigner des données brutes sans notes évolutives dans le dossier central de l'utilisateur. Dans le cas où un intervenant complète un outil d'aide à la décision, il est impératif qu'il dépose aussi ses notes évolutives. Plus précisément, au niveau de la prévention du suicide, il est **en tout temps** attendu, que l'intervenant dépose au dossier de l'utilisateur ou du proche concerné les outils ou grilles d'évaluation de la dangerosité et du risque suicidaire et qu'une note évolutive y soit associée.

La note chronologique de l'intervenant doit comprendre tous les éléments suivants:

- Analyse professionnelle;
- Opinion professionnelle quant au niveau de risque et de danger d'un passage à l'acte;
- Interventions réalisées pour assurer la sécurité, incluant le plan de sécurité;
- Recommandations et planification des interventions, dont le suivi étroit, lorsque requis.

4.2 Proches

Les équipes cliniques demeurent vigilantes face à la détresse des proches et interviennent auprès d'eux selon le même continuum d'intervention en prévention du suicide afin d'assurer la sécurité de ces derniers. Lorsque des idées suicidaires ont été dépistées chez un proche et que l'urgence suicidaire a été évaluée, celui-ci peut ensuite être dirigé, référé ou accompagné vers les services appropriés pour qu'il obtienne l'aide nécessaire selon son niveau d'urgence suicidaire et le jugement clinique de l'intervenant. La responsabilité de l'intervenant ayant effectué l'évaluation de l'urgence est d'assurer la sécurité de la personne et de transmettre les informations pertinentes au prochain service. Les informations à transmettre comprennent un résumé des éléments récoltés et des interventions effectuées. L'équipe, le service ou l'organisme à qui le proche a été transféré poursuivra le suivi avec ce dernier.

À noter, pour les employés utilisant I-CLSC, les documents ainsi que les notes évolutives sont déposés ou saisis dans le dossier du proche concerné. Vous devez utiliser un profil « 420 Services psychosociaux » pour votre intervention dans SIC-Plus.

Pour les employés utilisant SIPAD (DI-TSA) :

- Pour toutes questions concernant la procédure pour l'ouverture d'un dossier à un proche, veuillez, vous référer au service des archives de votre secteur.
- Pour toutes questions en lien avec les codes statistiques à utiliser, veuillez, vous adresser aux pilotes SIPAD à l'adresse courriel suivante : pilotage.sipad.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Pour les employés utilisant SIPAD (DP) :

- Compléter le formulaire « Ouverture d'un dossier pour un membre de l'entourage » 385- 03;
- Faire parvenir ce formulaire complété au personnel du service de L'AEO concerné;
- Le dossier ne sera pas disponible au SIPAD, donc aucune saisie de HPS;
- Rédiger les notes évolutives ou les rapports sur le(s) formulaire(s) approprié(s) avant de les déposer au dossier (version papier) ;
- Aviser le secrétariat de votre programme de la date de fin de votre intervention ou de vos interventions.

4.3 Confidentialité : Divulgence de renseignements confidentiels

Les règles encadrant la diffusion d'informations personnelles et celles encadrant le consentement doivent être prises en considération. Ainsi, l'intervenant doit consulter et s'approprier la [PO-22 Politique relative à la tenue du dossier de l'utilisateur et la protection des renseignements personnels](#) et la [PR-000-56-Procédure du président-directeur général relative à la communication d'un renseignement contenu au dossier de l'utilisateur en vue de protéger l'utilisateur, une autre personne ou le public dans certaines circonstances](#).

Le secret professionnel concerne tous les intervenants membres d'un ordre professionnel. Les autres professionnels et employés travaillant au CIUSSS de la Capitale-Nationale, y compris les bénévoles, sont quant à eux soumis à une obligation de respecter la confidentialité des renseignements personnels relatifs aux usagers se présentant au CIUSSS de la Capitale-Nationale pour recevoir des soins et services.

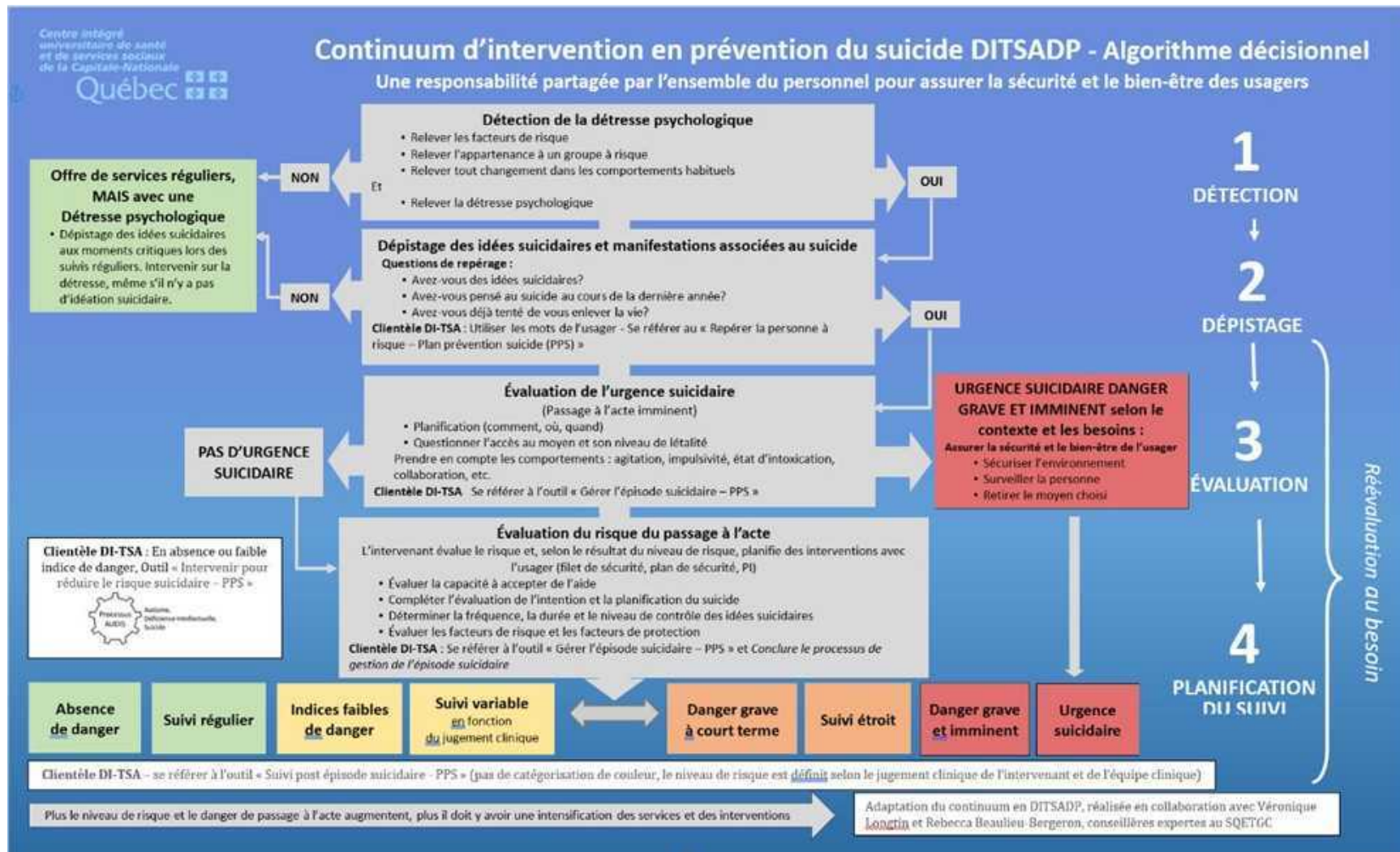
Dans le contexte de prévention du suicide, les intervenants peuvent communiquer des renseignements protégés par la confidentialité ou le secret professionnel quand ils évaluent qu'il y a un **motif raisonnable** de croire qu'un **danger imminent** de mort, dont le suicide, ou de blessure grave menace une personne ou un groupe de personnes identifiables afin de le prévenir.

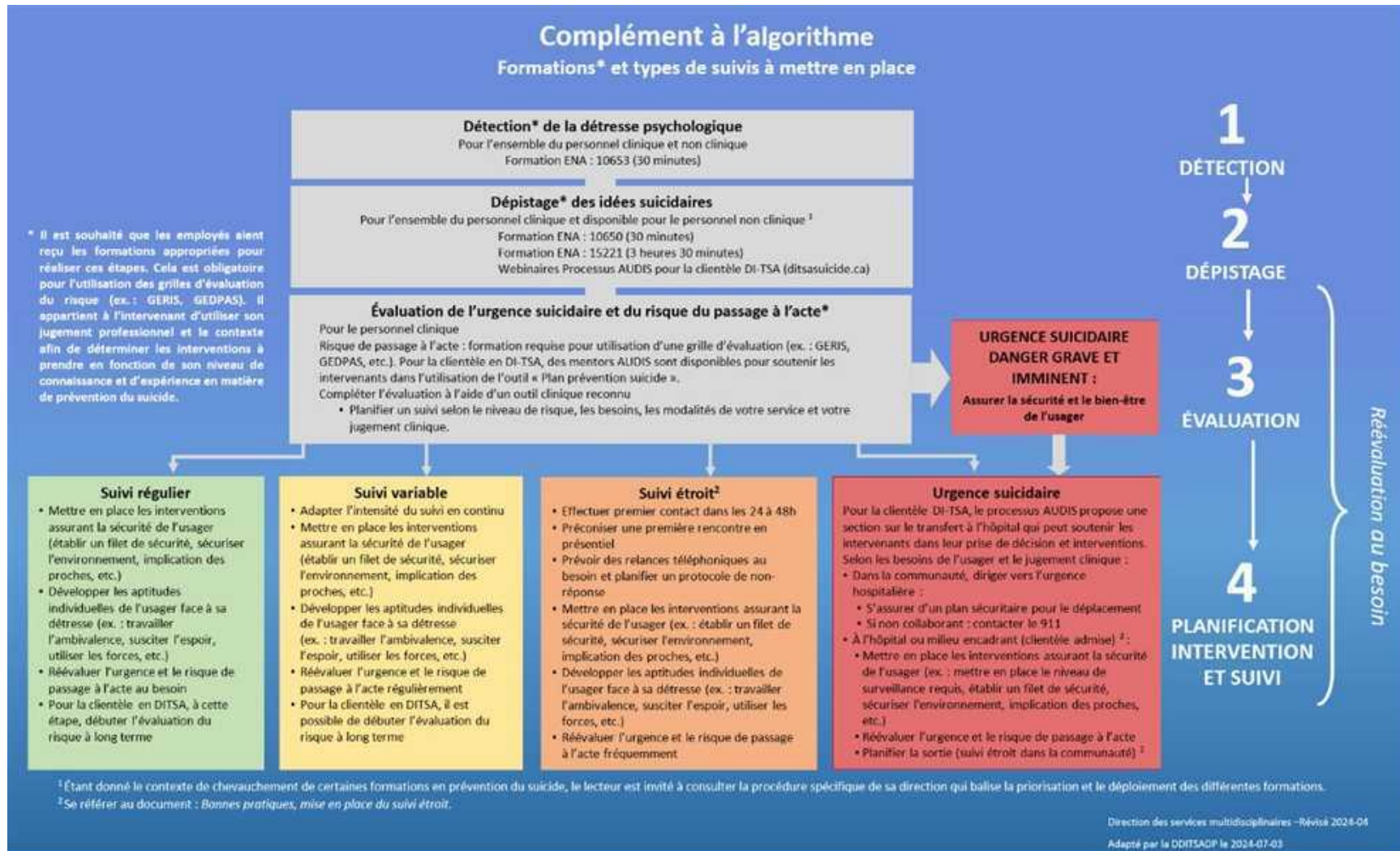
La communication des renseignements doit se limiter aux renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication et elle ne peut se faire qu'à la personne ou aux personnes exposées au danger ou aux personnes susceptibles de leur porter secours.

4.4 Continuum d'intervention en prévention du suicide DITSADP adapté

Le continuum présenté ci-bas contient des ajouts au continuum d'intervention en prévention du suicide du CIUSSS de la Capitale-Nationale se trouvant dans la [Politique en prévention du suicide PO-49](#) dans le but de mieux s'appliquer au processus clinique AUDIS pour la clientèle en DI-TSA.

Tous les intervenants ont la responsabilité de connaître le continuum d'intervention en prévention du suicide qui se retrouve dans le tronc commun et la marche à suivre propre à leur(s) secteur(s) d'activités.





4.5 Rôle des intervenants concernant les activités à réaliser en prévention du suicide

L'ensemble du personnel a un rôle à jouer en matière de prévention du suicide auprès de l'utilisateur.

Les intervenants œuvrant auprès de l'utilisateur ont une responsabilité partagée et demeurent ainsi en collaboration interprofessionnelle tout au long du processus de prévention et d'intervention en matière de suicide. L'intervenant identifié pour réaliser l'évaluation du risque suicidaire sera en fonction du tableau des rôles et responsabilités, de son niveau de formation, du lien de confiance avec l'utilisateur et ses proches, ainsi que de la pertinence clinique.

Il est important d'assurer la sécurité de toute personne qui présente un risque suicidaire et d'orienter/référer/accompagner selon la situation. Si requis, vous réferez aux outils disponibles sur la Zone CIUSSS : [L'aide-mémoire en suivi étroit en prévention du suicide](#), [Bonnes pratiques pour la mise en place du suivi étroit](#) et [Relance téléphonique en prévention du suicide](#).

Il est essentiel de vous référer aux marches à suivre pour obtenir des précisions en lien avec votre secteur.

Tableau 1 : Rôles et responsabilités

| | Détection* | Dépistage* | Évaluation* | Suivis de type régulier ou d'intensité variable | Suivi de type étroit |
|---|------------|------------|-------------|---|----------------------|
| Agente administrative | X | | | | |
| Agent d'intégration | X | X | X | X | X |
| Agent d'intervention | X | X | | | |
| Agent de relations humaines (ARH) | X | X | X | X | X |
| Aide sociale | X | X | | | |
| Agent de planification, de programmation et de recherche (APPR) | X | X | | | |
| ASSS/Préposé aux bénéficiaires | X | X | | | |

Procédure relative à la prévention du suicide DDITSADP

| | Détection* | Dépistage* | Évaluation* | Suivis de type régulier ou d'intensité variable | Suivi de type étroit |
|--|------------|------------|-------------|---|----------------------|
| Audiologiste | X | X | | | |
| Assistant infirmier chef – Assistant au supérieur immédiat (ASI) | X | X | X | X | X |
| Conseiller en orientation | X | X | | | |
| Coordonnateur clinique | X | X | X | | |
| Coordonnateur professionnel | X | X | X | | |
| Éducateur spécialisé / technicien en orthèse-prothèse | X | X | X | X | X |
| Ergothérapeute | X | X | | | |
| Gestionnaire | X | X | | | |
| Infirmier | X | X | X | X | X |
| Infirmier auxiliaire | X | X | | | |
| Kinésiologue | X | X | | | |
| Mécanicien en orthèse-prothèse | X | X | | | |
| Médecin et médecin spécialiste | X | X | X | X | X |
| Neuropsychologue | X | X | X | X | X |
| Nutritionniste | X | X | | | |
| Optométriste | X | X | | | |
| Orthophoniste | X | X | | | |

Procédure relative à la prévention du suicide DDITSADP

| | Détection* | Dépistage* | Évaluation* | Suivis de type régulier ou d'intensité variable | Suivi de type étroit |
|--|------------|------------|-------------|---|----------------------|
| Physiothérapeute | X | X | | | |
| Psychoéducateur | X | X | X | X | X |
| Psychologue | X | X | X | X | X |
| Responsable d'unité de vie (RUV) | X | X | X | X | X |
| Sexologue | X | X | | | |
| Spécialiste en activités cliniques (SAC) | X | X | X | | |
| Spécialiste en orientation et mobilité | X | X | | | |
| Spécialiste en réadaptation en déficience visuelle | X | X | | | |
| Stagiaire | X | X | | | |
| Technicien en orthèse-prothèse | X | X | | | |
| Technicien en réadaptation physique | X | X | | | |
| Technicien en travail social | X | X | X | X | X |
| Technologue en physiothérapie | X | X | | | |
| Travailleur social | X | X | X | X | X |

* Il est souhaité que les employés aient reçu les formations appropriées pour réaliser ces étapes. Voir le continuum en prévention du suicide (PO-49).

Cette liste par titre d'emploi n'est pas exhaustive.

4.6 Choix de formations

Voici un résumé des formations disponibles en prévention du suicide. Le choix des formations doit se faire en collaboration avec la direction et les gestionnaires qui ciblent les différentes activités en fonction des rôles et responsabilités attendus.

Tableau 2 : Formations en prévention du suicide

| Titre de la formation | Contenu | Intervenants visés | Clientèles ciblées |
|---|---|---|---------------------------|
| Détection de la personne suicidaire
Capsule ENA 10 653
Durée : 30 minutes | Comprendre et détecter le phénomène de la détresse psychologique et du suicide, améliorer son aisance, savoir quoi répondre à une personne en détresse et comment l'orienter pour la suite de l'intervention. | Pour le personnel clinique et non clinique qui est en contact avec des usagers (ex.: agente administrative, personnel de l'entretien ménager, etc.). | Toutes |
| Dépistage de la personne à risque suicidaire
Capsule ENA 10 650
Durée : 30 minutes | Détecter la détresse psychologique et dépister le risque suicidaire, intervenir auprès de la personne en assurant sa sécurité et l'orienter pour la suite de l'intervention. | Au personnel clinique (intervenant qui n'a pas à faire l'évaluation complète du risque suicidaire) et disponible pour le personnel non clinique pour qui c'est pertinent. | Toutes |
| Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus – Repérer et appliquer les mesures de protection requises
Capsule ENA 15221
Durée : 3h30
Elle permet d'approfondir et de bonifier les formations ENA Détection (10653) et Dépistage (10650), et forme sur l'étape Évaluation. | Elle permet de détecter, poser les bonnes questions pour dépister, mettre en place un filet de sécurité (mesures de protections requises en attendant l'évaluation du risque) et référer vers un intervenant habilité à effectuer l'évaluation du risque. | Pour le personnel qui peut détecter, dépister et évaluer l'urgence suicidaire (s'assurer de mettre les mesures de protection requises en attendant l'évaluation du risque suicidaire), notamment les travailleurs sociaux et les infirmières. | Clientèle 14 ans et plus |

| Titre de la formation | Contenu | Intervenants visés | Clientèles ciblées |
|---|---|--|--|
| Évaluer le risque suicidaire et assurer le suivi à l'aide du GERIS*
Durée : 7 heures | Détecter la détresse psychologique, dépister et évaluer le risque suicidaire.
Intervenir auprès de la personne et assurer la sécurité et le suivi requis en assurant une collaboration interprofessionnelle. | Au personnel clinique (intervenants) qui doit faire une évaluation du risque suicidaire et assurer le suivi. | Clientèle DP 14 ans et plus et les proches |
| GEDPAS - Prévenir le suicide chez les 14 ans et plus - Susciter l'espoir et estimer le danger* (formation régionale du MSSS de type hybride)
Durée 18,5 h dont :
ENA: 8 h,
Présentiel/Teams :7h,
Suivi post formation: 3,5 h. | Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire tout en ayant suscité l'espoir, exploré les critères de danger et appliqué les mesures de sécurité requises. | Au personnel clinique (intervenants) qui doit faire une évaluation du risque suicidaire et assurer le suivi. | Clientèle DP 14 ans et plus et les proches |
| Prévention du suicide pour les 13 ans et moins | Offrir aux intervenants des moyens pour détecter, dépister, évaluer, intervenir et assurer un suivi adapté aux besoins de l'utilisateur. | Intervenants et acteurs de soutien qui travaillent auprès des jeunes de 13 ans et moins. | Clientèle DP 13 ans et moins |

Ce tableau des formations n'est pas exhaustif. D'autres formations pourraient s'ajouter.

* GEDPAS deviendra la seule formation concernant l'évaluation du risque de passage à l'acte en prévention du suicide pour les usagers de 14 ans et plus. La formation GERIS continuera d'être offerte durant la période de transition.

À la section 4.3, le complément à l'algorithme décisionnel du *Continuum en prévention du suicide DITSADP adapté* indique les formations pour la clientèle DI-TSA.

L'outil d'aide à la décision pour le choix des formations est accessible sur la « Zone CIUSSS - Espace Gestionnaire ».

4.7 Intervenir pour réduire le risque suicidaire (DI-TSA)

Cette étape concerne uniquement la clientèle en DI-TSA et se réalise lorsque le niveau de danger et de risque est jugé faible ou absent, en dehors de toute période de désorganisation ou d'épisode suicidaire. Elle est propre au processus AUDIS et elle se distingue des processus de gestion du risque suicidaire pour la population générale.

Essentiellement, « elle vise à identifier les facteurs de risque plus distaux et compléter l'information recueillie lors de la gestion des épisodes suicidaires pour comprendre le processus suicidaire de la personne, prendre une décision sur le risque suicidaire à long terme (incluant le danger d'un épisode suicidaire subséquent) et déterminer les interventions pour réduire les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection. » (Cf. [Processus clinique de prévention du suicide auprès des personnes autistes ou ayant une déficience intellectuelle](#), page 85).

Cette étape se réalise avec l'outil « **Plan prévention suicide (PPS) - Intervenir pour réduire le risque suicidaire** ». Le recueil d'information de la plupart des facteurs de risque peut se faire sans aborder directement la question du suicide avec l'utilisateur. L'étape peut se faire via différentes sources d'informations (entrevues, discussion avec des proches, dossier de l'utilisateur, observation de l'utilisateur, etc.).

Elle comprend trois grandes dimensions sur lesquelles intervenir, soit:

- « Les facteurs de risque et de protection qui peuvent sous-tendre le développement du risque suicidaire à long terme et sur lesquels construire une intervention psychosociale et psychiatrique (ex. : plans d'intervention, activités de développement des habiletés);
- Le développement de l'option suicide qui permet d'analyser les composantes cognitives et interactionnelles du risque suicidaire. Cette section est transversale et soutient toute la démarche d'estimation du risque suicidaire. Elle contribue à l'établissement d'un plan d'intervention à long terme. L'objectif est de comprendre comment l'idée du suicide a germé dans l'esprit de la personne et son comportement, afin de mettre en place des interventions de psychoéducation, recadrage, ou autres pour réduire l'importance de ces facteurs et donc réduire les cognitions favorables au suicide;
- Les patterns des Manifestations associées au suicide (MAAS), si la personne semble susceptible de vivre plusieurs épisodes. Cette analyse s'intègre dans l'approche d'analyse fonctionnelle et le Plan d'action multimodal (PAM) » (Cf. [Processus clinique de prévention du suicide auprès des personnes autistes ou ayant une déficience intellectuelle](#), pages 85-86). Le processus AUDIS propose différentes pistes d'intervention et stratégies pour réduire le risque suicidaire à long terme et atténuer l'option suicide, en fonction des besoins et des caractéristiques des usagers. Les interventions réalisées dans cette étape doivent être consignées au plan d'intervention de l'utilisateur.

5. Marches à suivre par secteur

5.1 Marche à suivre - Secteur soutien à domicile (SAD) DI-TSA-DP enfant incluant clientèle Agir tôt et adulte (tous les lieux de domicile/résidence parentale, RIS-RI-RTF, etc.)

Tout au long du continuum, l'implication de la famille et des proches est fortement encouragée, et ce, avec l'accord de l'utilisateur.

Les intervenants qui dispensent des services de soutien à domicile, dont ceux œuvrant à la Maison Lémervel Suzanne Vachon (MLSV) et l'École Madeleine-Bergeron sont invités à prendre connaissance de cette marche à suivre. Si des services sont dispensés dans une installation du CIUSSS de la Capitale-Nationale, référez-vous à la marche à suivre [Secteur RFI DP \(enfant, adolescent et adulte\)](#), incluant [Maison Lémervel Suzanne Vachon \(MLSV\)](#) et [École Madeleine-Bergeron](#) (section 5.4).

5.1.1 Activité 1 - Détection de la détresse psychologique (excluant la prévention primaire)

L'ensemble du personnel ([Tableau 1](#)) de ce secteur a la responsabilité de détecter, lors de contact avec l'utilisateur et ses proches, les signes de détresse psychologique, les comportements et les propos directs ou indirects qui pourraient amener ceux-ci à développer des idées suicidaires ou des manifestations associées au suicide (MAAS).

La présence de facteurs de risque, de moments critiques et l'appartenance à un groupe à risque augmentent la vulnérabilité au suicide ([Annexe 3](#)). Les facteurs de protection doivent aussi être considérés lors de la détection ([Annexe 3](#)).

La détresse peut être reconnue par des mots, des comportements, des émotions ou des indices cognitifs : irritabilité, pleurs, fatigue, anxiété, insomnie, sentiment d'isolement, comportements inhabituels. ([Annexe 5](#), [Annexe 6](#), [Annexe 7](#) et [Annexe 8](#)). L'outil « **Repérage des risques à domicile (CN00475)** » peut être utilisé et rempli avec l'aide du [Guide de complétion du formulaire - Repérage des risques à domicile](#).

Si l'utilisateur ou un proche présente des signes avant-coureurs de détresse psychologique : passez à l'étape du dépistage des idées suicidaires ou des manifestations associées au suicide (MAAS). Si vous n'êtes pas habilité à faire le dépistage, vous pouvez vous référer au coordonnateur professionnel, au gestionnaire ou à tout autre acteur de soutien. L'intervenant pivot demeure en soutien dans l'intervention.

Le dépôt de message sur le répondeur téléphonique est à proscrire (Cf. [Procédure relative à la prévention du suicide des directions DJ-DPJ](#)). On doit s'assurer que des actions concrètes soient prises rapidement lorsqu'une détection positive de la détresse psychologique est constatée (ex. :

concertation téléphonique ou en présentiel avec le coordonnateur professionnel qui veillera à ce qu'un intervenant procède au dépistage des idées suicidaires dans les meilleurs délais).

En l'absence d'intervenants habiletés disponibles pour faire le dépistage des idées suicidaires ou des manifestations associées au suicide (MAAS) dans les meilleurs délais, contactez **Info-Social 811 (option 2) ou la ligne de prévention du suicide, 1-866-277-3553 (ce numéro correspond au 1-866-APPELLE)** pour un soutien téléphonique immédiat ([Annexe 1](#)).

5.1.2 Activité 2 - Dépistage des idées suicidaires et des manifestations associées au suicide

Le dépistage est réalisé par le personnel ciblé ([Tableau 1](#)). Il s'agit de dépister la présence d'idéation suicidaire ou de manifestations associées au suicide (MAAS).

L'intervenant doit poser trois questions directement à l'utilisateur ou au proche (pour la clientèle en DP 14 ans et plus, vous pouvez vous référer à l'[Annexe 18](#) pour vous aider à trouver des phrases d'introduction pour le dépistage) :

- Avez-vous (as-tu) des idées suicidaires?
- Avez-vous (as-tu) pensé au suicide au cours de la dernière année?
- Avez-vous (as-tu) déjà tenté de vous (t') enlever la vie?

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, ces questions peuvent ne pas être comprises par l'utilisateur. Il est donc important d'adapter les questions ou les interventions en fonction des caractéristiques et des besoins de l'utilisateur. Pour ce faire, l'intervenant peut utiliser les mots exprimés par l'utilisateur pour procéder au repérage des manifestations associées au suicide ou d'autres outils de dépistage du risque suicidaire adaptés aux besoins. Le repérage des manifestations associées au suicide peut se faire avec l'outil « **Plan de prévention du suicide (PPS) - Repérer la personne à risque** ».

Pour les enfants de 5 à 13 ans, l'intervenant doit vérifier la présence de manifestations associées au suicide ([Annexe 2](#)).

Pour la clientèle en DP 14 ans et plus, vous pouvez consulter l'[Annexe 8](#).

- **Si l'utilisateur a répondu « non » aux trois questions, le dépistage est négatif.** Toutefois, il est important de considérer l'opinion des proches. Si ceux-ci ont des préoccupations, poursuivre l'évaluation, toujours selon le jugement clinique de l'intervenant.
- **En DI-TSA, si l'utilisateur a répondu « non » aux trois questions** et si l'utilisateur ne présente pas de manifestations associées au suicide, il demeure important d'agir sur la détresse c'est-à-dire explorer et identifier les sources de changement du fonctionnement habituel, et intervenir pour réduire la détresse. L'intervenant poursuit alors son suivi régulier en demeurant vigilant et sensible aux facteurs de risque et aux moments critiques. Il peut orienter les proches vers des ressources d'aide et, au besoin, impliquer le réseau de l'utilisateur pour instaurer un filet de sécurité ([Annexe 1](#)).

- **En DP 14 ans et plus et pour les proches, si le dépistage est négatif**, mais qu'une détresse psychologique est détectée, l'intervenant au dossier poursuit un suivi régulier et restera vigilant et sensible aux facteurs de risques et aux moments critiques. Il peut orienter les proches vers des ressources d'aide ([Annexe 1](#)) et au besoin, impliquer le réseau de l'utilisateur pour assurer un filet de sécurité.
- **Le dépistage est positif si l'utilisateur ou le proche a répondu « oui » à au moins une des trois questions. Le repérage AUDIS est positif s'il y a des manifestations associées au suicide.** Si vous n'êtes pas habilité à poursuivre votre évaluation, avisez votre gestionnaire ou coordonnateur professionnel, ou tout autre acteur de soutien. Si vous êtes habilité à poursuivre votre évaluation, passez à l'étape de l'évaluation de l'urgence suicidaire et à la gestion de l'épisode suicidaire pour la clientèle en DI-TSA. Par la suite, il est recommandé d'aviser son gestionnaire et/ou son coordonnateur professionnel du constat de l'évaluation.
- Ici aussi, le dépôt de message sur le répondeur téléphonique est à proscrire (Cf. [Procédure relative à la prévention du suicide des directions DJ-DPJ](#)). Rappelons qu'on doit s'assurer que des actions concrètes soient prises rapidement lorsqu'un dépistage positif des idées suicidaires ou de manifestations associées au suicide est constaté (ex. : concertation téléphonique ou en présentiel avec le coordonnateur professionnel qui veillera à ce qu'un intervenant procède à l'évaluation de l'urgence suicidaire dans les meilleurs délais). En l'absence d'intervenants habilités disponibles pour faire l'évaluation de l'urgence suicidaire et la gestion de l'épisode suicidaire pour la clientèle DI-TSA, contactez **Info-Social 811 (option 2) ou la ligne de prévention du suicide, 1-866-277-3553** (ce numéro correspond au 1-866-APPELLE) pour un soutien téléphonique immédiat ([Annexe 1](#)).

5.1.3 Activité 3 - Évaluation de l'urgence suicidaire et du risque de passage à l'acte suicidaire

L'un des intervenants visés ([Tableau 1](#)) procède à l'évaluation afin d'émettre un jugement clinique sur l'urgence suicidaire et le niveau du risque de passage à l'acte. Également l'intervenant mettra en place un plan de sécurité ([CN00396](#), [Plan de sécurité enfant 5 à 13 ans](#) ou [Annexe 14](#)) afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur. Il lui en remettra une copie ainsi qu'aux parents et aux proches avec son consentement.

5.1.3.1 Évaluation de l'urgence suicidaire

L'évaluation de l'urgence suicidaire est réalisée par le personnel ciblé ([Tableau 1](#)). Il s'agit d'évaluer s'il y a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort, dont le suicide, ou de blessure grave menace une personne ou un groupe de personnes identifiables afin de le prévenir.

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, cette évaluation se fait à l'aide de l'outil « Plan de prévention du suicide (PPS) - Gérer l'épisode suicidaire. »

Pour la clientèle en DP de 14 ans et plus et tous les proches (excluant DI-TSA), cette évaluation se fait à l'aide de l'outil « Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire ([CN00235](#)) » (GERIS), ou du Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire (Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) ([CN00645](#)) ou de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Suicide Action Montréal (SAM) ([CN00456](#))).

Lors d'une urgence suicidaire, danger grave et imminent, selon le contexte et les besoins, l'intervenant doit assurer la sécurité et le bien-être de la personne :

- Sécuriser l'environnement;
- Surveiller la personne;
- Retirer le moyen choisi (pour plus d'informations, se référer à l'[Activité 4](#), section Urgence suicidaire – Danger grave et imminent « suivi Rouge »).

Pour la clientèle en DI-TSA, « Une intervention pour assurer la sécurité doit être suivie d'interventions pour susciter l'espoir, pour réduire le risque de récurrence et de bénéfices secondaires et pour réduire l'option suicide. Le processus AUDIS propose plusieurs stratégies d'intervention pour assurer la sécurité d'une personne en danger »³.

5.1.3.2 Évaluation du risque de passage à l'acte

L'évaluation du risque de passage à l'acte est réalisée par le personnel ciblé ([Tableau 1](#)). Il s'agit d'évaluer s'il y a une probabilité d'un passage à l'acte influencée par un ensemble de facteurs dynamiques et interreliés (facteurs de risque et de protection) ayant un impact sur la situation de l'utilisateur. S'il y a un risque de passage à l'acte, l'intervenant devra assurer la sécurité de l'utilisateur et poser les actions requises. Il est important de contacter un acteur de soutien clinique, un mentor AUDIS pour la clientèle DI-TSA et d'informer le gestionnaire de la situation.

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, cette évaluation se fait à l'aide de l'outil « **Plan prévention suicide (PPS) - Gérer l'épisode suicidaire** ». Par la suite, « l'intervenant conclut sur le processus de gestion de l'épisode suicidaire. Il s'assure notamment que la personne comprend et se sent à l'aise avec les conclusions de l'estimation et du plan d'action et vérifie les effets potentiels d'avoir abordé les questions concernant les manifestations associées au suicide » (Cf. Plan prévention suicide (PPS) - Gérer l'épisode suicidaire).

³ Section : assurer la sécurité d'une personne en danger, page 43 - Processus AUDIS, 2023 (Bardon, C., Morin, D. (2015-2023) Processus AUDIS – Processus de soutien à la décision clinique en prévention du suicide chez les personnes autistes ou ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. CRISE, Chaire DITC, Montréal, QC, 136 p.)

Pour la clientèle en DP de 14 ans et plus (excluant DI-TSA) et tous les proches, cette évaluation se fait à l'aide de l'outil « Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire ([CN00235](#)) » (GERIS), ou du Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire (Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) ([CN00645](#)) ou de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Suicide Action Montréal (SAM) ([CN00456](#))).

Des ressources d'aide sont aussi disponibles au besoin pour soutenir l'intervenant dans l'évaluation du risque de passage à l'acte et dans la gestion de l'épisode suicidaire pour la clientèle ([Annexe 1](#)).

5.1.4 Activité 4 - Planification de l'intervention et suivi

L'intervenant habilité à procéder à l'évaluation du risque de passage à l'acte ([Tableau 1](#)) poursuit les actions prévues dans le continuum de prévention du suicide. Après l'évaluation, l'intervention peut être planifiée et s'inscrire dans un suivi, qui prendra une forme et une intensité selon le niveau de danger, le contexte et les besoins de l'usager.

Selon le niveau de danger, l'intervenant décide d'une planification d'actions avec l'usager et ses proches (ex. : plan de sécurité, PI, [relance téléphonique en prévention du suicide](#), protocole de non-réponse, etc.). Il adapte ainsi son niveau de collaboration en fonction des besoins de la personne (ex. : échange d'informations, concertation clinique, plan d'intervention interdisciplinaire, plan de services individualisés). Un plan de sécurité ([CN00396](#) ou [Plan de sécurité enfant 5 à 13 ans](#), [Annexe 14](#) : plan de sécurité AUDIS) doit être rédigé en concertation avec l'usager et ses proches dès que le niveau de danger est évalué. L'intervenant habilité remet une copie du plan à l'usager, et ses proches si désiré. Avec l'accord de l'usager, il peut également transmettre les orientations privilégiées de ce plan de sécurité aux professionnels et partenaires impliqués. Le plan de sécurité doit être mis à jour régulièrement durant le suivi.

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, cette étape dans le processus clinique se réalise à partir notamment de l'outil « **Plan prévention suicide (PPS) - Suivi post épisode suicidaire** ». Dans le processus AUDIS, cette étape est réalisée « dans les heures ou les jours suivant l'épisode suicidaire initial, selon le niveau de danger et les besoins de la personne. ». « Elle sert à appuyer le jugement clinique quant à l'évolution du danger suicidaire et de l'épisode (Cf. Plan prévention suicide (PPS) - Suivi post épisode suicidaire) » et à ajuster le plan d'action.

Le processus AUDIS propose différents outils d'intervention pour la gestion de l'épisode suicidaire tels que le calendrier de l'espoir et ligne du temps, jardin de l'espoir, intervention basée sur des histoires, grille de suivi étroit, etc. Le jugement clinique de l'intervenant prévaut quant au choix des outils adaptés à la clientèle.

Pour la clientèle en DP de 14 ans et plus et les proches, cette étape se fait à l'aide de l'outil « Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire ([CN00235](#)) » (GERIS), ou du Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire (Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) ([CN00645](#)) ou de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Suicide Action Montréal (SAM) ([CN00456](#))).

En concertation avec l'utilisateur, l'intervenant doit procéder à une évaluation en continu du risque de passage à l'acte et de la dangerosité en tenant compte du niveau de danger, de l'évolution de la situation et des moments critiques.

Quatre types de suivi sont possibles selon le niveau de danger, à la suite de l'évaluation du risque suicidaire faite par l'intervenant :

1. Urgence suicidaire - Danger grave et imminent (Rouge)

Lorsqu'il y a un danger grave et imminent, la priorité est d'assurer la sécurité de l'utilisateur. L'intervenant doit juger des actions à poser selon les besoins de l'utilisateur et le contexte afin de s'assurer que ce dernier consulte un milieu hospitalier ou obtienne les services médicaux requis. Les actions en lien avec l'accompagnement et la collaboration avec les milieux hospitaliers sont établies en fonction du jugement clinique de l'intervenant (ex. : communiquer avec le centre hospitalier et transmettre les informations pertinentes, transport de l'utilisateur directement vers le centre hospitalier, mobilisation des proches pour accompagner l'utilisateur à l'hôpital, contacter le médecin/psychiatre au dossier afin d'évaluer la modalité de soins la plus adaptée aux besoins de l'utilisateur, c'est-à-dire en interne ou externe, etc.). L'intervenant doit rechercher le consentement libre et éclairé de la personne, et de son représentant si requis. Lorsque le consentement n'est pas possible à obtenir, que la personne est désorganisée, intoxiquée ou non collaborante, il peut contacter directement les services d'urgence en composant le 911. Ce sont les services policiers qui déterminent si la P-38 s'applique ou non.

Pour la clientèle DI-TSA, [le processus AUDIS](#) propose une section sur le transfert à l'hôpital qui peut soutenir les intervenants dans leur prise de décision et interventions.

2. Danger grave à court terme : Suivi étroit (Orange)

Le suivi étroit s'adresse à toute personne « de tout âge résidant sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale et qui est ou qui a été en danger grave à court terme (orange) ou en danger grave et imminent (rouge). » « L'intervenant a la responsabilité de mettre en place les modalités de suivi étroit adaptées à chaque situation (ex. : relances téléphoniques planifiées, déplacement au domicile de l'utilisateur, etc.). » La durée du suivi varie en fonction des besoins de l'utilisateur. Le document « [Bonnes pratiques pour la mise en place du suivi étroit](#)⁴ » précise les différentes étapes à considérer. Vous référez à [l'Annexe 9 - Rôles et responsabilités en suivi étroit : secteur SAD](#).

En RI-RTF-RIS, les responsables ont le numéro du coordonnateur d'activités pour les situations d'urgence. Si l'utilisateur est connu, une planification des interventions est déjà proposée à la ressource (classification, plan d'intervention, etc.). Puisque la situation ne nécessite pas une intervention immédiate, le responsable peut laisser un message à l'intervenant clinique en son absence.

En ce qui concerne le suivi post intervention hors des heures ouvrables, le gestionnaire communique par téléphone ou par courriel avec le coordonnateur d'activités. Un contact avec le psychiatre ou le milieu hospitalier peut être aussi fait pour les informer de la situation. Des concertations peuvent également être planifiées à l'avance avec l'équipe clinique. Des milieux communautaires ([Annexe 1](#)) peuvent être interpellés pour soutenir en cas de besoin. L'équipe mobile d'intervention (ÉMI) peut également être mise à contribution (appel ou visite). Parfois, les infirmières ou le personnel de l'équipe d'organisation de services (ASSS, PAB) font une visite dans le cadre d'un suivi étroit durant la fin de semaine pour les dossiers desservis par leurs services. Un rappel des ressources disponibles en l'absence de l'équipe clinique peut être fait à l'utilisateur (plan de sécurité).

3. Indices faibles de danger : Suivi variable en fonction du jugement clinique (Jaune)

En fonction du jugement clinique et selon l'évolution de la situation de l'utilisateur:

- Adapter l'intensité du suivi en continu;
- Mettre en place les interventions assurant la sécurité de l'utilisateur (ex. : filet de sécurité, sécuriser l'environnement, implication des proches, etc.);
- Développer les aptitudes individuelles de l'utilisateur face à sa détresse et s'assurer de la stabilité de son état;
- Réévaluer l'urgence et le risque de passage à l'acte régulièrement.

⁴ Direction des services multidisciplinaires, Volet des pratiques professionnelles, novembre 2023, Zone CIUSSS.

Pour la clientèle en DI-TSA, à cette étape, il est possible de débiter l'évaluation du risque à long terme (pour plus d'informations, voir la section 4 Tronc commun, sous-section 4.7 Intervenir pour réduire le risque suicidaire).

4. Absence de danger : Suivi régulier (Vert)

- Mettre en place les interventions en assurant la sécurité de l'utilisateur (ex. : filet de sécurité, sécuriser l'environnement, implication des proches, etc.);
- Développer les aptitudes individuelles de l'utilisateur face à sa détresse et s'assurer de la stabilité de son état;
- Réévaluer l'urgence et le risque de passage à l'acte au besoin.

Pour la clientèle en DI-TSA, à cette étape, débitez l'évaluation du risque à long terme (pour plus d'informations, voir la section 4 Tronc commun, sous-section 4.7 Intervenir pour réduire le risque suicidaire).

5.2 Marche à suivre - Secteur résidentiel RAC-URCI DI-TSA-DP (jeunesse et adulte)

Tout au long du continuum l'implication de la famille et des proches est fortement encouragée, et ce, avec l'accord de l'utilisateur.

5.2.1 Activité 1 - Détection de la détresse psychologique (excluant la prévention primaire)

L'ensemble du personnel ([Tableau 1](#)) de ce secteur a la responsabilité de détecter, lors de contact avec l'utilisateur et ses proches, les signes de détresse psychologique, les comportements et les propos directs ou indirects qui pourraient amener ceux-ci à développer des idées suicidaires ou des manifestations associées au suicide (MAAS).

La présence de facteurs de risque, de moments critiques et l'appartenance à un groupe à risque augmentent la vulnérabilité au suicide ([Annexe 3](#)). Les facteurs de protection doivent aussi être considérés lors de la détection ([Annexe 3](#)).

La détresse peut être reconnue par des mots, des comportements, des émotions ou des indices cognitifs (ex. : irritabilité, pleurs, fatigue, anxiété, insomnie, sentiment d'isolement, comportements inhabituels, etc.). ([Annexe 5](#), [Annexe 6](#), [Annexe 7](#) et [Annexe 8](#)). L'outil « **Repérage des risques - Résidence à assistance continue et milieux socioprofessionnels, (CN00408)** » peut être utilisé et rempli avec l'aide du **Guide de complétion - Repérage des risques - Résidence à assistance continue et milieux socioprofessionnels**.

Si l'utilisateur présente des signes avant-coureurs de détresse psychologique, passez à l'étape du dépistage des idées suicidaires ou des manifestations associées au suicide (MAAS). Si vous n'êtes pas habilité à faire le dépistage, vous pouvez vous référer au spécialiste en activités cliniques (SAC), au responsable d'unité de vie (RUV), au coordonnateur d'activités, au gestionnaire ou à tout autre acteur de soutien. L'intervenant pivot connaissant bien l'utilisateur demeure en soutien dans l'intervention.

Le dépôt de message sur le répondeur téléphonique est à proscrire (Cf. [Procédure relative à la prévention du suicide des directions DJ-DPJ](#)). On doit s'assurer que des actions concrètes soient prises rapidement lorsqu'une détection positive de la détresse psychologique est constatée (ex. : concertation téléphonique ou en présentiel avec le coordonnateur professionnel qui veillera à ce qu'un intervenant procède au dépistage des idées suicidaires dans les meilleurs délais).

En l'absence d'intervenants habilités disponibles pour faire le dépistage des idées suicidaires ou des manifestations associées au suicide (MAAS), contactez **Info-Social 811 (option 2) ou la ligne de prévention du suicide, 1-866-277-3553** (ce numéro correspond au 1-866-APPELLE) pour un soutien téléphonique immédiat ([Annexe 1](#)).

5.2.2 Activité 2 - Dépistage des idées suicidaires et des manifestations associées au suicide

Le dépistage est réalisé par le personnel ciblé ([Tableau 1](#)). Il s'agit de dépister la présence d'idéation suicidaire ou de manifestations associées au suicide (MAAS).

Pour les enfants de 5 à 13 ans, l'intervenant doit vérifier la présence de manifestations associées au suicide ([Annexe 2](#)).

L'intervenant doit poser trois questions directement à l'utilisateur ou au proche :

- Avez-vous (as-tu) des idées suicidaires?
- Avez-vous (as-tu) pensé au suicide au cours de la dernière année?
- Avez-vous (as-tu) déjà tenté de vous (t') enlever la vie?

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, ces questions peuvent ne pas être comprises par l'utilisateur. Il est donc important d'adapter les questions ou les interventions en fonction des caractéristiques et des besoins de l'utilisateur. Pour ce faire, l'intervenant peut utiliser les mots exprimés par l'utilisateur pour procéder au repérage des manifestations associées au suicide ou d'autres outils de dépistage du risque suicidaire adaptés aux besoins. Le repérage des manifestations associées au suicide peut se faire avec l'outil « **Plan de prévention du suicide (PPS) - Repérer la personne à risque** ».

- **Si l'utilisateur a répondu « non » aux trois questions, le dépistage est négatif.** Toutefois, il est important de considérer l'opinion des proches si ceux-ci ont des craintes et poursuivre l'évaluation, toujours selon le jugement clinique de l'intervenant.

- **En DI-TSA, si l'utilisateur a répondu « non » aux trois questions et si l'utilisateur ne présente pas de manifestations associées au suicide**, il demeure important d'agir sur la détresse c'est-à-dire explorer et identifier les sources de changement du fonctionnement habituel et intervenir pour réduire la détresse. L'intervenant poursuit alors son suivi régulier en demeurant vigilant et sensible aux facteurs de risque et aux moments critiques. Il peut orienter les proches vers des ressources d'aide et, au besoin, impliquer le réseau de l'utilisateur pour instaurer un filet de sécurité ([Annexe 1](#)).
- **Le dépistage est positif si l'utilisateur a répondu « oui » à au moins une des trois questions. Le repérage AUDIS est positif s'il y a des manifestations associées au suicide.** Si vous n'êtes pas habilité à poursuivre votre évaluation, avisez votre gestionnaire ou coordonnateur professionnel, ou tout autre acteur de soutien. Si vous êtes habilité à poursuivre votre évaluation, passez à l'étape de l'évaluation de l'urgence suicidaire, et à la gestion de l'épisode suicidaire pour la clientèle en DI-TSA. Par la suite, il est recommandé d'aviser son gestionnaire, le SAC et/ou le RUV du constat de l'évaluation.
- Le dépôt de message sur le répondeur téléphonique est à proscrire (Cf. [Procédure relative à la prévention du suicide des directions DJ-DPJ](#)). On doit s'assurer que des actions concrètes soient prises rapidement lorsqu'un dépistage positif des idées suicidaires ou de manifestations associées au suicide est constaté (ex. : concertation téléphonique ou en présentiel avec le coordonnateur professionnel qui veillera à ce qu'un intervenant procède à l'évaluation de l'urgence suicidaire dans les meilleurs délais). En l'absence d'intervenants habilités disponibles pour faire l'évaluation de l'urgence suicidaire et la gestion de l'épisode suicidaire pour la clientèle DITSA, contactez **Info-Social 811 (option 2) ou la ligne de prévention du suicide, 1-866-277-3553** (ce numéro correspond au 1-866-APPELLE) pour un soutien téléphonique immédiat ([Annexe 1](#)).

5.2.3 Activité 3 - Évaluation de l'urgence suicidaire et du risque de passage à l'acte suicidaire

L'un des intervenants visés ([Tableau 1](#)) procède à l'évaluation afin d'émettre un jugement clinique sur l'urgence suicidaire et le niveau du risque de passage à l'acte. Également, l'intervenant mettra en place un plan de sécurité ([CN00396](#), [Plan de sécurité enfant 5 à 13 ans](#) ou [Annexe 14](#) : plan de sécurité AUDIS) afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur. Il lui en remettra une copie ainsi qu'aux parents et aux proches avec son consentement.

5.2.3.1 Évaluation de l'urgence suicidaire

L'évaluation de l'urgence suicidaire est réalisée par le personnel ciblé ([Tableau 1](#)). Il s'agit d'évaluer s'il y a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort, dont le suicide, ou de blessure grave menace une personne ou un groupe de personnes identifiables afin de le prévenir.

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, cette évaluation se fait à l'aide de l'outil « **Plan de prévention du suicide (PPS) - Gérer l'épisode suicidaire** ».

Lors d'une urgence suicidaire, danger grave et imminent, selon le contexte et les besoins, l'intervenant doit assurer la sécurité et le bien-être de la personne :

- Sécuriser l'environnement;
- Surveiller la personne (notamment, se référer à la [Politique relative au recours à la Surveillance accrue des usagers](#));
- Retirer le moyen choisi (pour plus d'informations, se référer à l'[Activité 4](#), section Urgence suicidaire – Danger grave et imminent « suivi Rouge »).

Pour la clientèle en DI-TSA, « Une intervention pour assurer la sécurité doit être suivie d'interventions pour susciter l'espoir, pour réduire le risque de récurrence et de bénéfices secondaires et pour réduire l'option suicide. Le processus AUDIS propose plusieurs stratégies d'intervention pour assurer la sécurité d'une personne en danger »⁵.

5.2.3.2 Évaluation du risque de passage à l'acte

L'évaluation du risque de passage à l'acte est réalisée par le personnel ciblé ([Tableau 1](#)). Il s'agit d'évaluer s'il y a une probabilité d'un passage à l'acte influencée par un ensemble de facteurs dynamiques et interreliés (facteurs de risque et de protection) ayant un impact sur la situation de l'utilisateur. S'il y a un risque de passage à l'acte, l'intervenant devra assurer la sécurité de l'utilisateur et poser les actions requises. Il est important de contacter un acteur de soutien clinique et d'informer le gestionnaire de la situation.

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, cette évaluation se fait à l'aide de l'outil « **Plan prévention suicide (PPS) - Gérer l'épisode suicidaire** ». Par la suite, « l'intervenant conclut sur le processus de gestion de l'épisode suicidaire. Il s'assure notamment que la personne comprend et se sent à l'aise avec les conclusions de l'estimation et du plan d'action et vérifie les effets potentiels d'avoir abordé les questions concernant les manifestations associées au suicide » (Cf. Plan prévention suicide (PPS) - Gérer l'épisode suicidaire). Des ressources d'aide sont aussi disponibles au besoin ([Annexe 1](#)).

5.2.4 Activité 4 - Planification de l'intervention et suivi

L'intervenant habilité à procéder à l'évaluation du risque de passage à l'acte ([Tableau 1](#)) poursuit les actions prévues dans le continuum de prévention du suicide. Après l'évaluation, l'intervention peut être planifiée et s'inscrire dans un suivi qui prendra une forme et une intensité selon le niveau de risque et de danger, le contexte et les besoins de l'utilisateur.

⁵ Section : assurer la sécurité d'une personne en danger, page 43 - Processus AUDIS, 2023 (Bardon, C., Morin, D. (2015-2023) Processus AUDIS – Processus de soutien à la décision clinique en prévention du suicide chez les personnes autistes ou ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. CRISE, Chaire DITC, Montréal, QC, 136 p.).

Selon le niveau de risque et de danger, l'intervenant décide d'une planification d'actions avec l'utilisateur (ex. : plan de sécurité, PI, [relance téléphonique en prévention du suicide](#), etc.) et ses proches si requis.

Il adapte ainsi son niveau de collaboration en fonction des besoins de l'utilisateur (ex. : échange d'informations, concertation clinique, plan d'intervention interdisciplinaire, plan de services individualisé). Un plan de sécurité ([CN00396](#) ou [Plan de sécurité enfant 5 à 13 ans](#), [Annexe 14](#) : plan de sécurité AUDIS) doit être rédigé en concertation avec l'utilisateur et ses proches si requis dès la première rencontre afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur. L'intervenant habilité remet une copie du plan à l'utilisateur, et ses proches si désiré. Avec l'accord de l'utilisateur, il peut également transmettre les orientations privilégiées de ce plan de sécurité aux professionnels et partenaires impliqués.

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, cette étape dans le processus clinique se réalise à partir notamment de l'outil « **Plan prévention suicide (PPS) - Suivi post épisode suicidaire** ». Dans le processus AUDIS, cette étape est réalisée « dans les heures ou les jours suivant l'épisode suicidaire initial, selon le niveau de danger et les besoins de la personne ». « Elle sert à appuyer le jugement clinique quant à l'évolution du danger suicidaire et de l'épisode » et à ajuster le plan d'action.

Le processus AUDIS propose différents outils d'intervention pour la gestion de l'épisode suicidaire (ex. : calendrier de l'espoir et ligne du temps, jardin de l'espoir, intervention basée sur des histoires, grille de suivi étroit, etc.). Le jugement clinique de l'intervenant prévaut quant au choix des outils adaptés à la clientèle.

De façon régulière et en concertation avec l'utilisateur, l'intervenant doit procéder à une évaluation en continu du risque de passage à l'acte et de la dangerosité en tenant compte des notes au dossier et des moments critiques susceptibles d'engendrer un passage à l'acte.

Quatre types de suivi sont possibles selon le niveau de danger, à la suite de l'évaluation du risque suicidaire faite par l'intervenant :

1. Urgence suicidaire - Danger grave et imminent (Rouge)

Lorsqu'il y a un danger grave et imminent, la priorité est d'assurer la sécurité de l'utilisateur. L'intervenant doit juger des actions à poser selon les besoins de l'utilisateur et le contexte afin de s'assurer que ce dernier consulte un milieu hospitalier ou obtienne les services médicaux requis. Les actions en lien avec l'accompagnement et la collaboration avec les milieux hospitaliers sont établies en fonction du jugement clinique de l'intervenant (ex. : communiquer avec le centre hospitalier et transmettre les informations pertinentes, transport de l'utilisateur directement vers le centre hospitalier, mobilisation des proches pour accompagner l'utilisateur à l'hôpital, contacter le médecin/psychiatre au dossier afin d'évaluer la modalité de soins la plus adaptée aux besoins de l'utilisateur, c'est-à-dire en interne ou externe, etc.). L'intervenant doit rechercher le consentement libre et éclairé de la personne, et de son représentant si requis. Lorsque le consentement n'est pas possible à obtenir, que la personne est désorganisée, intoxiquée, non collaborante, etc., il

peut contacter directement les services d'urgence en composant le 911. Ce sont les services policiers qui déterminent si la P-38 s'applique ou non.

Pour la clientèle DI-TSA, le [processus AUDIS](#) propose une section sur le transfert à l'hôpital qui peut soutenir les intervenants dans leur prise de décision et interventions.

2. Danger grave à court terme : Suivi étroit (Orange)

Le suivi étroit s'adresse à toute personne « de tout âge résidant sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui est ou qui a été en danger grave à court terme (orange) ou en danger grave et imminent (rouge) ». « L'intervenant a la responsabilité de mettre en place les modalités de suivi étroit adaptées à chaque situation (ex.: relances téléphoniques planifiées, déplacement à domicile ou restriction de déplacement pour une personne hospitalisée) ». La durée du suivi varie en fonction des besoins de l'utilisateur. Le document « [Bonnes pratiques pour la mise en place du suivi étroit](#)⁶ » précise les différentes étapes à considérer.

3. Indices faibles de danger : Suivi variable en fonction du jugement clinique (Jaune)

En fonction du jugement clinique et selon l'évolution de la situation de l'utilisateur:

- Adapter l'intensité du suivi en continu;
- Mettre en place les interventions assurant la sécurité de l'utilisateur (ex. : filet de sécurité, sécuriser l'environnement, implication des proches, etc.);
- Développer les aptitudes individuelles de l'utilisateur face à sa détresse et s'assurer de la stabilité de son état;
- Réévaluer l'urgence et le risque de passage à l'acte régulièrement.

Pour la clientèle en DI-TSA, à cette étape, il est possible de débiter l'évaluation du risque à long terme (pour plus d'informations, voir la section 4 Tronc commun, sous-section 4.7 Intervenir pour réduire le risque suicidaire).

4. Absence de danger : Suivi régulier (Vert)

- Mettre en place les interventions en assurant la sécurité de l'utilisateur (filet de sécurité, sécuriser l'environnement, implication des proches, etc.);
- Développer les aptitudes individuelles de l'utilisateur face à sa détresse et s'assurer de la stabilité de son état;
- Réévaluer l'urgence et le risque de passage à l'acte au besoin.

Pour la clientèle en DI-TSA, à cette étape, débitez l'évaluation du risque à long terme (pour plus d'informations, voir la section 4 Tronc commun, sous-section 4.7 Intervenir pour réduire le risque suicidaire).

⁶ Direction des services multidisciplinaires, Volet des pratiques professionnelles, novembre 2023, Zone CIUSSS.

5.3 Marche à suivre - Secteur socioprofessionnel DI-TSA-DP

Tout au long du continuum l'implication de la famille et des proches est fortement encouragée, et ce, avec l'accord de l'utilisateur.

5.3.1 Activité 1 - Détection de la détresse psychologique (excluant la prévention primaire)

L'ensemble du personnel ([Tableau 1](#)) de ce secteur a la responsabilité de détecter, lors de contact avec l'utilisateur et ses proches, les signes de détresse psychologique, les comportements et les propos directs ou indirects qui pourraient amener ceux-ci à développer des idées suicidaires ou des manifestations associées au suicide.

La présence de facteurs de risque, de moments critiques et l'appartenance à un groupe à risque augmentent la vulnérabilité au suicide ([Annexe 3](#)). Les facteurs de protection doivent aussi être considérés lors de la détection ([Annexe 3](#)).

La détresse peut être reconnue par des mots, des comportements, des émotions ou des indices cognitifs : irritabilité, pleurs, fatigue, anxiété, insomnie, sentiment d'isolement, comportements inhabituels ([Annexe 5](#), [Annexe 6](#), [Annexe 7](#) et [Annexe 8](#)). L'outil « **Repérage des risques - Résidences à assistance continue et milieux socioprofessionnels** » ([CN00408](#)) peut également être utilisé et rempli avec l'aide du **Guide de complétion - Repérage des risques - Résidence à assistance continue et milieux socioprofessionnels**.

- Si l'utilisateur présente des signes avant-coureurs de détresse psychologique : passez à l'étape du dépistage des idées suicidaires ou des manifestations associées au suicide (MAAS). Si vous n'êtes pas habilité à faire le dépistage, vous pouvez vous référer au coordonnateur professionnel, spécialiste en activités cliniques (SAC), au gestionnaire, ou à tout autre acteur de soutien. L'intervenant pivot demeure en soutien dans l'intervention.
- Le dépôt de message sur le répondeur téléphonique est à proscrire (Cf. [Procédure spécifique en prévention du suicide des directions DJ-DPJ](#)). On doit s'assurer que des actions concrètes soient prises rapidement lorsqu'une détection positive de la détresse psychologique est constatée (ex. : concertation téléphonique ou en présentiel avec le coordonnateur professionnel qui veillera à ce qu'un intervenant procède au dépistage des idées suicidaires dans les meilleurs délais).
- En l'absence d'intervenants habilités disponibles pour faire le dépistage des idées suicidaires ou des manifestations associées au suicide (MAAS), contactez **Info-Social 811 (option 2) ou la ligne de prévention du suicide, 1-866-277-3553** (ce numéro correspond au 1-866-APPELLE) pour un soutien téléphonique immédiat ([Annexe 1](#)).

5.3.2 Activité 2 - Dépistage des idées suicidaires et des manifestations associées au suicide

Le dépistage est réalisé par le personnel ciblé ([Tableau 1](#)). Il s'agit de dépister la présence d'idéation suicidaire ou de manifestations associées au suicide (MAAS).

L'intervenant doit poser trois questions directement à l'utilisateur ou au proche (pour la clientèle en DP 14 ans et plus, vous pouvez vous référer à l'[Annexe 18](#) pour vous aider à trouver des phrases d'introduction pour le dépistage) :

- Avez-vous (as-tu) des idées suicidaires?
- Avez-vous (as-tu) pensé au suicide au cours de la dernière année?
- Avez-vous (as-tu) déjà tenté de vous (t') enlever la vie?

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, ces questions peuvent ne pas être comprises par l'utilisateur. Il est donc important d'adapter les questions ou les interventions en fonction des caractéristiques et des besoins de l'utilisateur. Pour ce faire, l'intervenant peut utiliser les mots exprimés par l'utilisateur pour procéder au repérage des manifestations associées au suicide ou d'autres outils de dépistage du risque suicidaire adaptés aux besoins. Le repérage des manifestations associées au suicide peut se faire avec l'outil « **Plan de prévention du suicide (PPS) - Repérer la personne à risque** ».

Pour la clientèle en DP 14 ans et plus, vous pouvez consulter l'[Annexe 17](#).

L'intervenant observe également les comportements de l'utilisateur ou encore les changements de comportement de ce dernier (ex. : anxiété, agitation, trouble de comportement, refus de parler et de collaborer). Il peut revalider s'il y a présence d'un moment critique qui pourrait précipiter un passage à l'acte ([Annexe 5](#) et [Annexe 6](#)).

- **Si l'utilisateur a répondu « non » aux trois questions, le dépistage est négatif.** Toutefois, il est important de considérer l'opinion des proches. Si ceux-ci ont des préoccupations, poursuivre l'évaluation, toujours selon le jugement clinique de l'intervenant.
- **En DI-TSA, si l'utilisateur a répondu « non » aux trois questions**, et si l'utilisateur ne présente pas de manifestations associées au suicide, il demeure important d'agir sur la détresse, c'est-à-dire explorer et identifier les sources de changement du fonctionnement habituel, et intervenir pour réduire la détresse. L'intervenant poursuit alors son suivi régulier en demeurant vigilant et sensible aux facteurs de risque et aux moments critiques. Il peut orienter les proches vers des ressources d'aide et, au besoin, impliquer le réseau de l'utilisateur pour instaurer un filet de sécurité.

- **En DP 14 ans et plus et pour les proches, si le dépistage est négatif**, mais qu'une détresse psychologique est détectée, l'intervenant au dossier poursuit un suivi régulier et restera vigilant et sensible aux facteurs de risque et aux moments critiques. **L'intervenant socioprofessionnel travaillera en collaboration interprofessionnelle avec l'intervenant pivot de l'utilisateur s'il y a lieu. S'il n'y a aucun intervenant pivot, une référence sera faite au secteur soutien à domicile (SAD).** Il peut orienter les proches vers des ressources d'aide et, au besoin, impliquer le réseau de l'utilisateur pour mettre en place un filet de sécurité ([Annexe 1](#)).
- **Le dépistage est positif si l'utilisateur a répondu « oui » à au moins une des trois questions. Le repérage AUDIS est positif s'il y a des manifestations associées au suicide.** Si vous n'êtes pas habilité à poursuivre votre évaluation, avisez votre gestionnaire, votre SAC, ou tout autre acteur de soutien. Informez également l'intervenant pivot de l'utilisateur ou faites une référence si aucun intervenant du SAD n'est disponible.
- Si vous êtes habilité à poursuivre votre évaluation, passez à l'étape de l'évaluation de l'urgence suicidaire et à la gestion de l'épisode suicidaire pour la clientèle en DI-TSA. Par la suite, il est recommandé d'aviser votre gestionnaire et votre SAC du constat de l'évaluation.
- Le dépôt de message sur le répondeur téléphonique est à proscrire (Cf. [Procédure relative à la prévention du suicide des directions DJ-DPJ](#)). On doit plutôt s'assurer que des actions concrètes soient prises rapidement lorsqu'un dépistage positif des idées suicidaires ou de manifestations associées au suicide est constaté (ex. : concertation téléphonique ou en présentiel avec le coordonnateur professionnel qui veillera à ce qu'un intervenant procède à l'évaluation de l'urgence suicidaire dans les meilleurs délais). En l'absence d'intervenants habilités disponibles pour faire l'évaluation de l'urgence suicidaire et la gestion de l'épisode suicidaire pour la clientèle DITSA, contactez **Info-Social 811 (option 2) ou la ligne de prévention du suicide, 1-866-277-3553** (ce numéro correspond au 1-866-APPELLE) pour un soutien téléphonique immédiat ([Annexe 1](#)).

5.3.3 Activité 3 - Évaluation de l'urgence suicidaire et du risque de passage à l'acte suicidaire

L'un des intervenants visés ([Tableau 1](#)) procède à l'évaluation afin d'émettre un jugement clinique sur l'urgence suicidaire et le niveau du risque de passage à l'acte. Également, l'intervenant mettra en place un plan de sécurité ([CN00396](#) ou [Annexe 14](#) : plan de sécurité AUDIS) afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur. Il lui en remettra une copie ainsi qu'aux parents, aux proches avec son consentement. Considérant que l'intervenant socioprofessionnel est en présence de la clientèle, il est essentiel que celui-ci collabore avec l'intervenant pivot ou l'équipe clinique de proximité au dossier de l'utilisateur (SAD, RAC-URCI), le cas échéant.

5.3.3.1 Évaluation de l'urgence suicidaire

L'évaluation de l'urgence suicidaire est réalisée par le personnel ciblé ([Tableau 1](#)). Il s'agit d'évaluer s'il y a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort, dont le suicide, ou de blessure grave menace une personne ou un groupe de personnes identifiables afin de le prévenir.

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, cette évaluation se fait à l'aide de l'outil « **Plan de prévention du suicide (PPS) - Gérer l'épisode suicidaire** ».

Pour la clientèle en DP de 14 ans et plus (excluant DI-TSA) et tous les proches, cette évaluation se fait à l'aide de l'outil Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire ([CN00235](#)) » (GERIS), ou du Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire (Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) ([CN00645](#)) ou de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Suicide Action Montréal - SAM) ([CN00456](#)).

Lors d'une urgence suicidaire, danger grave et imminent, selon le contexte et les besoins, l'intervenant doit assurer la sécurité et le bien-être de la personne :

- Sécuriser l'environnement;
- Surveiller la personne;
- Retirer le moyen choisi (pour plus d'informations, se référer à l'Activité 4, section Urgence suicidaire – Danger grave et imminent « suivi Rouge »).

Pour la clientèle en DI-TSA, « Une intervention pour assurer la sécurité doit être suivie d'interventions pour susciter l'espoir, pour réduire le risque de récurrence et de bénéfices secondaires et pour réduire l'option suicide. Le processus AUDIS propose plusieurs stratégies d'intervention pour assurer la sécurité d'une personne en danger »⁷.

5.3.3.2 Évaluation du risque de passage à l'acte

L'évaluation du risque de passage à l'acte est réalisée par le personnel ciblé ([Tableau 1](#)). Il s'agit d'évaluer s'il y a une probabilité d'un passage à l'acte influencée par un ensemble de facteurs dynamiques et interreliés (facteurs de risque et de protection) ayant un impact sur la situation de l'utilisateur. S'il y a risque de passage à l'acte, l'intervenant devra assurer la sécurité de l'utilisateur et poser les actions requises. Il est important de contacter un acteur de soutien clinique (ex. : SAC, coordonnateur, psychoéducateur) et d'informer le gestionnaire de la situation.

⁷ Section : assurer la sécurité d'une personne en danger, page 43 - Processus AUDIS, 2023 (Bardon, C., Morin, D. (2015-2023) Processus AUDIS – Processus de soutien à la décision clinique en prévention du suicide chez les personnes autistes ou ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. CRISE, Chaire DITC, Montréal, QC, 136 p.)

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, cette évaluation se fait à l'aide de l'outil « **Plan prévention suicide (PPS) - Gérer l'épisode suicidaire** ». Par la suite, « l'intervenant conclut sur le processus de gestion de l'épisode suicidaire. Il s'assure notamment que la personne comprend et se sent à l'aise avec les conclusions de l'estimation et du plan d'action et vérifie les effets potentiels d'avoir abordé les questions concernant les manifestations associées au suicide » (Cf. Plan prévention suicide (PPS) - Gérer l'épisode suicidaire).

Pour la clientèle en DP de 14 ans et plus (excluant DI-TSA) et tous les proches, cette évaluation se fait à l'aide de l'outil « Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire » (GERIS) ([CN00235](#)), ou du Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire (Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) ([CN00645](#)) ou de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Suicide Action Montréal (SAM) ([CN00456](#))).

Des ressources d'aide sont aussi disponibles, au besoin, pour soutenir l'intervenant dans l'évaluation du risque de passage à l'acte et dans la gestion de l'épisode suicidaire pour la clientèle ([Annexe 1](#)).

5.3.4 Activité 4 - Planification de l'intervention et suivi

L'intervenant habilité à procéder à l'évaluation du risque de passage à l'acte ([Tableau 1](#)) poursuit les actions prévues dans le continuum de prévention du suicide. Après l'évaluation, l'intervention peut être planifiée et s'inscrire dans un suivi qui prendra une forme et une intensité selon le niveau de danger, le contexte et les besoins de l'utilisateur.

Selon le niveau de danger, l'intervenant décide d'une planification d'actions avec l'utilisateur (ex. : plan de sécurité, PI, [relance téléphonique en prévention du suicide](#), protocole de non réponse, etc.) et ses proches. Il adapte ainsi son niveau de collaboration en fonction des besoins de l'utilisateur (ex. : échange d'informations, concertation clinique, plan d'intervention interdisciplinaire, plan de services individualisé).

Un plan de sécurité ([CN00396](#) ou [Annexe 14](#) : plan de sécurité AUDIS) doit être rédigé en concertation avec l'utilisateur et ses proches si requis dès que le niveau de danger est évalué. L'intervenant habilité remet une copie du plan à l'utilisateur et ses proches si désiré. Avec l'accord de l'utilisateur, il peut également transmettre les orientations privilégiées de ce plan de sécurité aux professionnels et partenaires impliqués (ex.: intervenant pivot du soutien à domicile, éducateur pivot du milieu RAC-URCI). Le plan de sécurité doit être mis à jour régulièrement durant le suivi.

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, cette étape dans le processus clinique se réalise à partir notamment de l'outil « **Plan prévention suicide (PPS) - Suivi post épisode suicidaire** ». Dans le processus AUDIS, cette étape est réalisée « dans les heures ou les jours suivant l'épisode suicidaire initial, selon le niveau de danger et les besoins de la personne ». « Elle sert à appuyer le jugement clinique quant à l'évolution du danger suicidaire et de l'épisode (Cf. « [Plan prévention suicide \(PPS\) - Suivi post épisode suicidaire](#) » et à ajuster le plan d'action.

Le processus AUDIS propose différents outils d'intervention pour la gestion de l'épisode suicidaire (ex. : calendrier de l'espoir et ligne du temps, jardin de l'espoir, intervention basée sur des histoires, grille de suivi étroit, etc.). Le jugement clinique de l'intervenant prévaut quant au choix des outils adaptés à la clientèle.

Pour la clientèle en DP de 14 ans et plus et tous les proches (Cf. « [Plan prévention suicide \(PPS\) - Suivi post épisode suicidaire](#) »), cette étape se fait à l'aide de l'outil « Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire » (GERIS) ([CN00235](#)), ou du « Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire (Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) » ([CN00645](#)) ou de la « Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Suicide Action Montréal (SAM) » ([CN00456](#)).

En concertation avec l'utilisateur, l'intervenant doit procéder à une évaluation en continu du risque de passage à l'acte et de la dangerosité en tenant compte du niveau de danger, de l'évolution de la situation et des moments critiques.

Quatre types de suivi sont possibles selon le niveau de danger, à la suite de l'évaluation du risque suicidaire faite par l'intervenant :

1. Urgence suicidaire - Danger grave et imminent (Rouge)

Lorsqu'il y a un danger grave et imminent, la priorité est d'assurer la sécurité de l'utilisateur. L'intervenant doit juger des actions à poser selon les besoins de l'utilisateur et le contexte afin de s'assurer que ce dernier consulte un milieu hospitalier ou obtienne les services médicaux requis. Les actions en lien avec l'accompagnement et la collaboration avec les milieux hospitaliers sont établies en fonction du jugement clinique de l'intervenant (ex. : communiquer avec le centre hospitalier et transmettre les informations pertinentes, transport de l'utilisateur directement vers le centre hospitalier, mobilisation des proches pour accompagner l'utilisateur à l'hôpital, contacter le médecin/psychiatre au dossier afin d'évaluer la modalité de soins la plus adaptée aux besoins de l'utilisateur, c'est-à-dire en interne ou externe, etc.). L'intervenant doit rechercher le consentement libre et éclairé de la personne, et de son représentant si requis. Lorsque le consentement n'est pas possible à obtenir, que la personne est désorganisée, intoxiquée, non collaborante, etc., il peut contacter directement les services d'urgence en composant le 911. Ce sont les services policiers qui déterminent si la P-38 s'applique ou non.

Pour la clientèle DI-TSA, le [processus AUDIS](#) propose une section sur le transfert à l'hôpital qui peut soutenir les intervenants dans leur prise de décision et interventions.

2. Danger grave à court terme : Suivi étroit (Orange)

Le suivi étroit s'adresse à toute personne « de tout âge résidant sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale et qui est ou qui a été en danger grave à court terme (orange) ou en danger grave et imminent (rouge) ». « L'intervenant a la responsabilité de mettre en place les modalités de suivi étroit adaptées à chaque situation (ex. : relances téléphoniques planifiées, rencontres en présence de l'utilisateur, etc.) ». Considérant que l'intervenant socioprofessionnel est en présence de clientèle en tout temps, il est possible que l'intervenant pivot du SAD ou en RAC-URCI soit responsable du suivi étroit en collaboration interprofessionnelle avec l'intervenant socioprofessionnel. Selon la situation, les intervenants pourraient convenir d'une modalité différente pour s'adapter à la situation de l'utilisateur. La durée du suivi varie en fonction des besoins de l'utilisateur. Le document « Bonnes pratiques pour la mise en place du suivi étroit⁸ » précise les différentes étapes à considérer. Vous réferez à l' [Annexe 10 – Rôles et responsabilité en suivi étroit : secteur milieu socioprofessionnel](#).

3. Indices faibles de danger : Suivi variable en fonction du jugement clinique (Jaune)

En fonction du jugement clinique et selon l'évolution de la situation de l'utilisateur:

- Adapter l'intensité du suivi en continu;
- Mettre en place les interventions assurant la sécurité de l'utilisateur (ex. : filet de sécurité, sécuriser l'environnement, implication des proches, etc.);
- Développer les aptitudes individuelles de l'utilisateur face à sa détresse et s'assurer de la stabilité de son état;
- Réévaluer l'urgence et le risque de passage à l'acte régulièrement.

Pour la clientèle en DI-TSA, à cette étape, il est possible de débiter l'évaluation du risque à long terme (pour plus d'informations, voir la section 4 Tronc commun, sous-section 4.7 Intervenir pour réduire le risque suicidaire).

4. Absence de danger : Suivi régulier (Vert)

- Mettre en place les interventions en assurant la sécurité de l'utilisateur (ex. : filet de sécurité, sécuriser l'environnement, implication des proches, etc.);
- Développer les aptitudes individuelles de l'utilisateur face à sa détresse et s'assurer de la stabilité de son état;
- Réévaluer l'urgence et le risque de passage à l'acte au besoin.

Pour la clientèle en DI-TSA, à cette étape, débitez l'évaluation du risque à long terme (pour plus d'informations, voir la section 4 Tronc commun, sous-section 4.7 Intervenir pour réduire le risque suicidaire).

⁸ Direction des services multidisciplinaires, Volet des pratiques professionnelles, novembre 2023, Zone CIUSSS.

5.4 Marche à suivre - Secteur RFI DP (enfant, adolescent et adulte), incluant Maison Lémervel Suzanne Vachon (MLSV) et École Madeleine-Bergeron

Tout au long du continuum l'implication de la famille et des proches est fortement encouragée, et ce, avec l'accord de l'utilisateur. Les intervenants qui dispensent des services dans tout autre milieu spécialisé (ex. : École Joseph-Paquin) sont invités à prendre connaissance de cette marche à suivre. Si des services sont dispensés au domicile de l'utilisateur, référez-vous à la marche à suivre [Secteur soutien à domicile \(SAD\) enfant et adulte DI-TSA-DP incluant tous les lieux de domicile \(ex. : résidence parentale, RI-RTF, etc.\)](#) (section 5.1).

Tout utilisateur en attente de service dont l'admissibilité a été approuvée par l'équipe accueil évaluation et orientation (AEO) reçoit une lettre l'informant du délai estimé de prise en charge et l'avisant de communiquer avec le secrétariat du programme service lors d'un changement dans sa situation.

5.4.1 Activité 1 - Détection de la détresse psychologique (excluant la prévention primaire)

L'ensemble du personnel ([Tableau 1](#)) de ce secteur a la responsabilité de détecter, lors de contact avec l'utilisateur et ses proches, les signes de détresse psychologique, les comportements et les propos directs ou indirects qui pourraient amener celui-ci ou ceux-ci à développer des idées suicidaires ou des manifestations associées au suicide (MAAS).

La présence de facteurs de risque, de moments critiques et l'appartenance à un groupe à risque augmentent la vulnérabilité au suicide ([Annexe 3](#)). Les facteurs de protection doivent aussi être considérés lors de la détection ([Annexe 3](#)).

La détresse peut être reconnue par des mots, des comportements, des émotions ou des indices cognitifs (ex. : irritabilité, pleurs, fatigue, anxiété, insomnie, sentiment d'isolement, comportements inhabituels) ([Annexe 5](#), [Annexe 6](#) et [Annexe 8](#)). Au téléphone, il faut porter attention au ton de la voix (tension, anxiété, déprime), reconnaître la détresse dans le discours et questionner le cumul de facteurs de risque.

- Si l'utilisateur présente des signes avant-coureurs de détresse psychologique : passez à l'étape du dépistage des idées suicidaires ou des manifestations associées au suicide (MAAS). Si vous n'êtes pas habilité à faire le dépistage, vous pouvez vous référer au coordonnateur clinique, à l'ASI, au gestionnaire ou à tout autre acteur de soutien. L'intervenant impliqué au dossier de l'utilisateur demeure en soutien dans l'intervention.

- Le dépôt de message sur le répondeur téléphonique est à proscrire (Cf. [Procédure relative à la prévention du suicide des directions DJ-DPJ](#)). On doit s'assurer que des actions concrètes soient prises rapidement lorsqu'une détection positive de la détresse psychologique est constatée (ex. : concertation téléphonique ou en présentiel avec le coordonnateur clinique qui veillera à ce qu'un intervenant procède au dépistage des idées suicidaires dans les meilleurs délais). **Si l'utilisateur est déjà connu pour idées suicidaires et qu'un plan de sécurité a été établi, l'intervenant peut activer les modalités du plan (ex. : contacter un proche).**
- En l'absence d'intervenants habilités disponibles pour faire le dépistage des idées suicidaires ou des manifestations associées au suicide (MAAS) dans les meilleurs délais, contactez **Info-Social 811 (option 2) ou la ligne de prévention du suicide, 1-866-277-3553** (ce numéro correspond au 1-866-APPELLE) pour un soutien téléphonique immédiat ([Annexe 1](#)).

5.4.2 Activité 2 - Dépistage des idées suicidaires et des manifestations associées au suicide

Le dépistage est réalisé par le personnel ciblé ([Tableau 1](#)). Il s'agit de dépister la présence d'idéation suicidaire ou de manifestations associées au suicide (MAAS).

On doit vérifier :

- Les manifestations associées au suicide chez un enfant de 5 à 13 ans ([Annexe 2](#))

L'intervenant doit poser trois questions directement à l'utilisateur ou au proche (pour la clientèle en DP 14 ans et plus, vous pouvez vous référer à l'[Annexe 18](#) pour vous aider à trouver des phrases d'introduction pour le dépistage):

- Avez-vous (as-tu) des idées suicidaires?
- Avez-vous (as-tu) pensé au suicide au cours de la dernière année?
- Avez-vous (as-tu) déjà tenté de vous (t') enlever la vie?

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge et pour certains usagers en DP, ces questions peuvent ne pas être comprises par l'utilisateur. Il est donc important d'adapter les questions ou les interventions en fonction des caractéristiques et des besoins de l'utilisateur. Pour ce faire, l'intervenant peut utiliser les mots exprimés par l'utilisateur pour procéder au repérage des manifestations associées au suicide ou d'autres outils de dépistage du risque suicidaire adaptés aux besoins.

Le repérage des manifestations associées au suicide peut se faire avec l'outil « **Plan de prévention du suicide (PPS) - Repérer la personne à risque** ».

Pour la clientèle enfant et adolescent, vérifier la conception de la mort et le concept de l'irréversibilité en posant les questions suivantes :

- T'arrive-t-il de penser à la mort?
- T'arrive-t-il de vouloir mourir?
- T'arrive-t-il de vouloir te blesser?

Pour les usagers avec difficultés cognitives et/ou langagières, l'intervenant peut utiliser certaines modalités (ex. : pictogrammes) pour faciliter le questionnement. Il peut aussi se référer à un mentor AUDIS pour déterminer si le processus AUDIS serait le moyen privilégié pour le dépistage.

Pour la clientèle en DP 14 ans et plus, vous pouvez consulter l'[Annexe 17](#).

- **Si l'utilisateur a répondu « non » aux trois questions, le dépistage est négatif.** Toutefois, il est important de considérer l'opinion des proches. Si ceux-ci ont des craintes, poursuivre l'évaluation, toujours selon le jugement clinique de l'intervenant.
- **En DI-TSA, si l'utilisateur a répondu « non » aux trois questions** et si l'utilisateur ne présente pas de manifestations associées au suicide, il demeure important d'agir sur la détresse c'est-à-dire explorer et identifier les sources de changement du fonctionnement habituel, et intervenir pour réduire la détresse. L'intervenant poursuit alors son suivi régulier en demeurant vigilant et sensible aux facteurs de risque et aux moments critiques. Il peut orienter les proches vers des ressources d'aide. Il est recommandé de travailler de concert avec le réseau de l'utilisateur ou tout autre partenaire interne ou externe ([Annexe 1](#)).
- **En DP et pour les proches**, si le dépistage est négatif, mais qu'une détresse psychologique est détectée, l'intervenant au dossier poursuit un suivi régulier et restera vigilant et sensible aux facteurs de risque et aux moments critiques. Il est recommandé de travailler de concert avec le réseau de l'utilisateur ou tout autre partenaire interne ou externe ([Annexe 1](#)). Il doit également aviser le coordonnateur clinique ou l'ASI pour déterminer si un suivi psychologique doit être débuté en regard de la dimension de la détresse. Si un suivi est déjà en place, aviser l'intervenant pour favoriser une concertation des interventions.
- **Le dépistage est positif si l'utilisateur a répondu « oui » à au moins une des trois questions. Le repérage AUDIS est positif s'il y a des manifestations associées au suicide.** Si l'intervenant n'est pas habilité à poursuivre son évaluation, aviser le gestionnaire ou le coordonnateur clinique, ou tout autre acteur de soutien. S'il est habilité à poursuivre son évaluation, il doit passer à l'étape de l'évaluation de l'urgence suicidaire et à la gestion de l'épisode suicidaire pour la clientèle en DI-TSA. Par la suite, il est recommandé d'aviser son gestionnaire et/ou son coordonnateur clinique/ASI du constat de l'évaluation.

- **Dans le cas d'intervention ponctuelle et se déroulant uniquement par téléphone**, il est important de s'assurer d'avoir les coordonnées à jour de l'utilisateur incluant l'adresse et le numéro de téléphone, et ce, dès le début de l'appel. Afin d'assurer la poursuite de l'intervention, il est possible d'effectuer un appel-conférence⁹. En premier lieu, validez le consentement de l'utilisateur à contacter le Centre de prévention du suicide (CPS) pour qu'il puisse obtenir un support direct de la part d'un intervenant spécialisé. Avisez-le que vous allez le mettre en attente le temps de contacter le CPS et que vous allez ensuite lui transférer l'appel afin que l'intervenant du CPS puisse poursuivre l'intervention. Précisez à l'utilisateur que vous allez initier la conversation et, lorsque le lien sera créé avec l'intervenant du CPS, vous allez vous retirer de la conférence téléphonique. Si l'utilisateur refuse ou si la sécurité de l'utilisateur est compromise, appelez plutôt le 9-1-1 et demeurez en ligne avec l'utilisateur jusqu'à ce que les services d'urgence arrivent.
- Le dépôt de message sur le répondeur téléphonique est à proscrire (Cf. [Procédure relative à la prévention du suicide des directions DJ-DPJ](#)). On doit s'assurer que des actions concrètes soient prises rapidement lorsqu'un dépistage positif des idées suicidaires ou de manifestations associées au suicide est constaté (ex. : concertation téléphonique ou en présentiel avec le coordonnateur clinique qui veillera à ce qu'un intervenant procède à l'évaluation de l'urgence suicidaire dans les meilleurs délais). En l'absence d'intervenants habilités disponibles pour faire l'évaluation de l'urgence suicidaire et la gestion de l'épisode suicidaire pour la clientèle DITSA, contactez **Info-Social 811 (option 2) ou la ligne de prévention du suicide, 1-866-277-3553** (ce numéro correspond au 1-866-APPELLE) pour un soutien téléphonique immédiat ([Annexe 1](#)).

5.4.3 Activité 3 - Évaluation de l'urgence suicidaire et du risque de passage à l'acte suicidaire

L'un des intervenants visés ([Tableau 1](#)) procède à l'évaluation afin d'émettre un jugement clinique sur l'urgence suicidaire et le niveau du risque de passage à l'acte. Également, l'intervenant mettra en place un plan de sécurité ([CN00396](#) ou [Plan de sécurité enfant 5 à 13 ans](#), [Profil d'urgence clientèle jeunesse](#) (5 à 13 ans) afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur. Il lui en remettra une copie ainsi qu'aux parents et aux proches avec son consentement.

S'il n'y a pas de psychologues/neuropsychologues disponibles, les travailleurs sociaux ou tout intervenant habilité pourraient procéder à l'évaluation de l'urgence suicidaire. Par la suite, le psychologue ou le travailleur social attribué au dossier de l'utilisateur pourra assurer le suivi étroit. S'il n'y a pas d'intervenant habilité à procéder à l'évaluation de l'urgence suicidaire de disponible, vous pouvez demander à un infirmier lorsqu'il s'agit d'un usager admis (interne) ou appeler le CPS pour être guidé dans votre évaluation s'il s'agit d'un usager inscrit (externe).

⁹ Assurez-vous de maîtriser la procédure avec le téléphone que vous utilisez pour votre quart de travail.

5.4.3.1 Évaluation de l'urgence suicidaire

L'évaluation de l'urgence suicidaire est réalisée par le personnel ciblé ([Tableau 1](#)). Il s'agit d'évaluer s'il y a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort, dont le suicide, ou de blessure grave menace une personne ou un groupe de personnes identifiables afin de le prévenir. S'il y a un danger grave et imminent, l'intervenant devra assurer la sécurité de l'utilisateur et poser les actions requises :

- **Demander une intervention d'urgence d'un intervenant habileté selon le continuum établi au programme**, contacter l'ASI ou le coordonnateur clinique et faire intervenir des ressources communautaires au besoin (ex. : Centre de prévention du suicide);
- **Pour un usager déjà connu avec idées suicidaires et plan de sécurité établi** : activer les modalités du plan en s'assurant que la sécurité de l'utilisateur ne soit pas compromise. Mettre en place le plan de sécurité (ex. : contacter un proche, mettre en place un filet de sécurité, prévoir un prochain rendez-vous de suivi et élaborer un protocole en cas de non-présence ou non réponse selon la situation (interne vs externe), etc.). Pour les moins de 18 ans, informer les parents et, avec accord, contacter les partenaires (ex. : milieu scolaire).
- **S'il s'agit d'un usager non connu avec idées suicidaires**: établir un plan de sécurité avec l'utilisateur et mettre en place les modalités de ce plan, en s'assurant que la sécurité de l'utilisateur ne soit pas compromise. Prévoir un prochain rendez-vous de suivi en fonction des [bonnes pratiques en suivi étroit](#) et élaborer un protocole en cas de non-présence ou non réponse. Pour les moins de 18 ans, informez les parents et, avec accord, contactez les partenaires (ex. : école).
- Si l'utilisateur demeure en situation de danger grave, malgré l'intervention psychologique ou les interventions apportées : contactez le médecin traitant, planifiez un moyen pour conduire l'utilisateur à l'urgence ou appelez le 911 si l'utilisateur est en train de faire une tentative ou refuse de collaborer.

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, cette évaluation se fait à l'aide de l'outil « **Plan de prévention du suicide (PPS) - Gérer l'épisode suicidaire** ».

Pour la clientèle en DP 14 ans et + (excluant DI-TSA) et tous les proches, cette évaluation se fait à l'aide de l'outil « Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire » (GERIS) ([CN00235](#)), ou du Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire (Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) ([CN00645](#)) ou de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Suicide Action Montréal (SAM) ([CN00456](#))). Il est possible de se référer à un mentor AUDIS pour déterminer si le processus AUDIS pourrait être utilisé. La collaboration interprofessionnelle est essentielle pour ajuster l'intensité des interventions et déterminer les responsabilités des membres de l'équipe interdisciplinaire.

Lors d'une urgence suicidaire, danger grave et imminent, selon le contexte et les besoins, l'intervenant doit assurer la sécurité et le bien-être de la personne :

- Sécuriser l'environnement;
- Surveiller la personne (notamment, se référer à la [Politique relative au recours à la Surveillance accrue des usagers](#));
- Retirer le moyen choisi (pour plus d'informations, se référer à l'[Activité 4](#), section Urgence suicidaire – Danger grave et imminent « suivi Rouge »).

Pour la clientèle en DI-TSA, « Une intervention pour assurer la sécurité doit être suivie d'interventions pour susciter l'espoir, pour réduire le risque de récurrence et de bénéfices secondaires et pour réduire l'option suicide. Le processus AUDIS propose plusieurs stratégies d'intervention pour assurer la sécurité d'une personne en danger »¹⁰.

5.4.3.2 Évaluation du risque de passage à l'acte

L'évaluation du risque de passage à l'acte est réalisée par le personnel ciblé ([Tableau 1](#)). Il s'agit d'évaluer s'il y a une probabilité d'un passage à l'acte influencée par un ensemble de facteurs dynamiques et interreliés (facteurs de risque et de protection) ayant un impact sur la situation de l'utilisateur. S'il y a risque de passage à l'acte, l'intervenant devra assurer la sécurité de l'utilisateur et poser les actions requises. Il est important de contacter un acteur de soutien clinique et d'informer le gestionnaire de la situation.

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, cette évaluation se fait à l'aide de l'outil « **Plan prévention suicide (PPS) - Gérer l'épisode suicidaire** ». Par la suite, « l'intervenant conclut sur le processus de gestion de l'épisode suicidaire. Il s'assure notamment que la personne comprend et se sent à l'aise avec les conclusions de l'estimation et du plan d'action et vérifie les effets potentiels d'avoir abordé les questions concernant les manifestations associées au suicide » (Cf. Plan prévention suicide (PPS) - Gérer l'épisode suicidaire).

Pour la clientèle en DP 14 ans et + (excluant DI-TSA) et les proches, cette évaluation se fait à l'aide de l'outil « Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire » (GERIS) ([CN00235](#)), ou du Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire (Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) ([CN00645](#)) ou de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Suicide Action Montréal (SAM) ([CN00456](#))).

¹⁰ Section : assurer la sécurité d'une personne en danger, page 43 - Processus AUDIS, 2023 (Bardon, C., Morin, D. (2015-2023) Processus AUDIS – Processus de soutien à la décision clinique en prévention du suicide chez les personnes autistes ou ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. CRISE, Chaire DITC, Montréal, QC, 136 p.)

Certaines mesures personnalisées peuvent être appliquées rapidement selon la situation. Par exemple :

- Ajuster le niveau de surveillance (usuelle vs étroite);
- Enlever les objets contondants ou tout autre objet qui peut représenter un risque pour la sécurité de l'usager dans sa chambre lorsqu'il est hébergé;
- Déterminer les modalités de sorties à l'extérieur, de congés temporaires ou de sorties de fin de semaine vs garde en établissement;
- Établir un plan de sécurité;
- Établir un protocole de non-réponse;
- Référer vers les organismes communautaires comme le CPS et le 811;
- Pour un usager avec idéations suicidaires récurrentes, prévoir une référence en psychiatrie pour la clientèle adulte et/ou équipe médicale pour la clientèle pédiatrique.

Des ressources d'aide sont aussi disponibles, au besoin, pour soutenir l'intervenant dans l'évaluation du risque de passage à l'acte et dans la gestion de l'épisode suicidaire pour la clientèle en DI-TSA ([Annexe 1](#)).

5.4.4 Activité 4 - Planification de l'intervention et suivi

L'intervenant habilité à procéder à l'évaluation du risque de passage à l'acte ([Tableau 1](#)) poursuit les actions prévues dans le continuum de prévention du suicide. Après l'évaluation, l'intervention peut être planifiée et s'inscrire dans un suivi qui prendra une forme et une intensité selon le niveau de risque et de danger, le contexte et les besoins de l'usager.

Selon le niveau de risque et de danger, il décide d'une planification d'actions avec l'usager (ex. : plan de sécurité, PI, [relance téléphonique en prévention du suicide](#), etc.) et ses proches. Il adapte ainsi son niveau d'intervention en fonction des besoins de l'usager (ex. : échange d'informations, concertation clinique, plan d'intervention interdisciplinaire, plan de services individualisé).

Un plan de sécurité ([CN00396](#) ou [Plan de sécurité enfant 5 à 13 ans](#), [Annexe 14](#) : plan de sécurité AUDIS), doit être rédigé en concertation avec l'usager et ses proches si requis dès la première rencontre afin d'assurer la sécurité de l'usager. L'intervenant habilité remet une copie du plan à l'usager et ses proches si désiré. Avec l'accord de l'usager, il peut également transmettre les orientations privilégiées de ce plan de sécurité aux professionnels et partenaires impliqués.

Pour la clientèle en DI-TSA de tout âge, cette étape dans le processus clinique se réalise à partir notamment de l'outil « **Plan prévention suicide (PPS) - Suivi post épisode suicidaire** ». Dans le processus AUDIS, cette étape est réalisée « dans les heures ou les jours suivant l'épisode suicidaire initial, selon le niveau de danger et les besoins de la personne ». « Elle sert à appuyer le jugement clinique quant à l'évolution du danger suicidaire et de l'épisode » et à ajuster le plan d'action.

Le processus AUDIS propose différents outils d'intervention pour la gestion de l'épisode suicidaire (ex. : calendrier de l'espoir et ligne du temps, jardin de l'espoir, intervention basée sur des histoires, grille de suivi étroit, etc.). Le jugement clinique de l'intervenant prévaut quant au choix des outils adaptés à la clientèle.

Pour la clientèle en DP 14 ans et + (excluant DI-TSA) et les proches, cette étape se fait à l'aide des outils « Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire » (GERIS) ([CN00235](#)), ou du Rapport d'intervention auprès de la personne suicidaire (Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) ([CN00645](#)) ou de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Suicide Action Montréal (SAM) ([CN00456](#)). Se référer aux différents cadres de référence et directives générales de ces outils en fonction des avantages et risques associés.

De façon régulière et en concertation avec l'utilisateur, l'intervenant doit procéder à une évaluation en continu du risque de passage à l'acte et de la dangerosité en tenant compte des notes au dossier et des moments critiques susceptibles d'engendrer un passage à l'acte.

Quatre types de suivi sont possibles selon le niveau de danger, à la suite de l'évaluation du risque suicidaire faite par l'intervenant :

1. Urgence suicidaire - Danger grave et imminent (Rouge)

Lorsqu'il y a un danger grave et imminent, la priorité est d'assurer la sécurité de la personne. L'intervenant doit juger des actions à poser selon les besoins de l'utilisateur ou du proche et le contexte afin de s'assurer que ce dernier consulte un milieu hospitalier ou obtienne les services médicaux requis. Les actions en lien avec l'accompagnement et la collaboration avec les milieux hospitaliers sont établies en fonction du jugement clinique de l'intervenant (ex. : communiquer avec le centre hospitalier et transmettre les informations pertinentes, transport de l'utilisateur directement vers le centre hospitalier, mobilisation des proches pour accompagner l'utilisateur à l'hôpital, contacter le médecin/psychiatre au dossier afin d'évaluer la modalité de soins la plus adaptée aux besoins de l'utilisateur, c'est-à-dire en interne ou externe, etc.). L'intervenant doit rechercher le consentement libre et éclairé de la personne, et de son représentant si requis. Lorsque le consentement n'est pas possible à obtenir, que la personne est désorganisée, intoxiquée, non collaborante, etc., il peut contacter directement les services d'urgence en composant le 911. Ce sont les services policiers qui déterminent si la P-38 s'applique ou non.

Pour la clientèle DITSA, le [processus AUDIS](#) propose une section sur le transfert à l'hôpital qui peut soutenir les intervenants dans leur prise de décision et interventions.

2. Danger grave à court terme : Suivi étroit (Orange)

Le suivi étroit s'adresse à toute personne « de tout âge résidant sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale et qui est ou qui a été en danger grave à court terme (orange) ou en danger grave et imminent (rouge) ». « L'intervenant a la responsabilité de mettre en place les modalités de suivi étroit adaptées à chaque situation (ex. : relances téléphoniques planifiées, rencontres en présence de l'utilisateur ou restriction de déplacement pour une personne hospitalisée). » La durée du suivi varie en fonction des besoins de l'utilisateur. Le document « [Bonnes pratiques pour la mise en place du suivi étroit](#)¹¹ » précise les différentes étapes à considérer. Vous référez à l'[Annexe 11 – Rôles et responsabilités en suivi étroit : secteur RFI DP](#).

3. Indices faibles de danger : Suivi variable en fonction du jugement clinique (Jaune)

En fonction du jugement clinique et selon l'évolution de la situation de l'utilisateur:

- Adapter l'intensité du suivi en continu;
- Mettre en place les interventions assurant la sécurité de l'utilisateur (ex. : filet de sécurité, sécuriser l'environnement, implication des proches, etc.);
- Développer les aptitudes individuelles de l'utilisateur face à sa détresse et s'assurer de la stabilité de son état;
- Réévaluer l'urgence et le risque de passage à l'acte régulièrement.

Pour la clientèle en DI-TSA, à cette étape, il est possible de débiter l'évaluation du risque à long terme (pour plus d'informations, voir la section 4 Tronc commun, sous-section 4.7 Intervenir pour réduire le risque suicidaire).

4. Absence de danger : Suivi régulier (Vert)

- Mettre en place les interventions assurant la sécurité de l'utilisateur (ex. : filet de sécurité, sécuriser l'environnement, implication des proches, etc.);
- Développer les aptitudes individuelles de l'utilisateur face à sa détresse et s'assurer de la stabilité de son état;
- Réévaluer l'urgence et le risque de passage à l'acte au besoin.

Pour la clientèle en DI-TSA, à cette étape, débiter l'évaluation du risque à long terme (pour plus d'informations, voir la section 4 Tronc commun, sous-section 4.7 Intervenir pour réduire le risque suicidaire).

¹¹ Direction des services multidisciplinaires, Volet des pratiques professionnelles, novembre 2023, Zone CIUSSS.

6. Continuum d'intervention post-événement en contexte suicidaire

Cette section présente le continuum d'intervention post-événement en contexte suicidaire. Le continuum est présenté sous forme de tableau (algorithme décisionnel), puis le détail des actions à poser à la suite d'un suicide est décrit.

Les événements potentiellement traumatiques suscitent des réactions et des effets variables chez ceux et celles qui en sont affectés (usagers, familles proches, membres du personnel, gestionnaires, etc.). Ainsi, on observe parfois chez ces personnes des difficultés d'ordre émotionnel, comportemental, cognitif, voire psychologique.

Le gestionnaire devra recueillir l'ensemble des informations pour planifier les actions à réaliser pour la suite de la trajectoire. Qu'il soit question d'une tentative ou d'un suicide, les interventions à poser seront différentes selon les besoins de chacun.

Les actions et les interventions visent à :

- Diminuer les réactions de stress et à répondre aux besoins de base des usagers et du personnel en leur procurant une sécurité, du réconfort, du soutien, de l'information et de l'accompagnement dans les démarches nécessaires;
- Faciliter l'orientation des usagers ou du personnel qui requièrent des services spécialisés vers des professionnels dûment autorisés selon leur champ d'expertise (INESSS, 2019, p. 51);
- Diminuer la souffrance individuelle;
- Réduire, à court et long termes, les effets négatifs qui découlent d'un suicide chez les personnes affectées directement ou indirectement par le suicide;
- Freiner l'effet d'entraînement pouvant s'observer dans un milieu de vie;
- Identifier les personnes nécessitant un soutien à court, moyen ou long terme;
- Aider les milieux à retrouver leur niveau de fonctionnement habituel.

6.1 Postvention (à la suite d'un suicide)

La postvention tente d'amenuiser l'impact de la tentative de suicide ou du suicide pour ceux et celles qui s'en trouvent affectés de près ou de loin. [Le guide de référence en postvention à la suite du suicide d'un usager](#) est disponible sur la Zone CIUSSS. Ce guide de référence s'adresse essentiellement aux gestionnaires des directions-programmes afin de les outiller et de clarifier la trajectoire de la postvention lorsque le suicide d'un usager survient.

Deux types d'intervention précisent le champ d'action de la postvention, soit auprès des personnes endeuillées et auprès des milieux. Toutefois, comme des usagers peuvent avoir été témoins et/ou affectés par le suicide d'un autre usager, la postvention s'applique également à eux.

Enfin, l'[Aide-mémoire Outil - Postvention à la suite d'un suicide d'un usager](#) comprend cinq (5) étapes du continuum de la postvention ainsi que les actions à réaliser.

6.2auprès des personnes endeuillées

Puisque le suicide constitue en soi un facteur de risque important pour l'apparition d'un semblable incident, l'intervention constitue ici une « modalité de la prévention du suicide ». Après l'annonce d'un décès, l'intervenant de l'usager décédé réfère les endeuillés vers un Centre de prévention du suicide en composant le 1 866 APPELLE (1-866-277-3553).

6.3auprès des milieux

Sans être nécessairement « endeuillées », d'autres personnes exposées au suicide de l'un des membres de leur entourage vivent à leur manière un processus de deuil et un stress particulier. Des interventions ajustées aux besoins des différents groupes sont alors mises de l'avant. Il est de la responsabilité du gestionnaire ou de son remplaçant de faire appel au Programme d'aide aux employés et à la famille (PAEF) ([Annexe 13](#)).

6.4auprès des usagers témoins

Si l'intervenant est apte, il fait un retour avec l'usager témoin à la suite de l'évènement afin de lui permettre de s'exprimer sur la situation. En cas de besoin, l'usager peut être référé vers un autre intervenant de l'équipe ou vers le Centre de prévention du suicide en composant le 1 866 APPELLE (1-866-277-3553).

Finalement, le gestionnaire doit faire un bilan de l'évènement et de la postvention. L'aide-mémoire Bilan - Postvention à la suite d'un suicide d'un usager ([Annexe 16](#)) le soutient dans cette démarche.

Les objectifs de ce bilan sont de:

- Faire un état de la situation et s'assurer que le repérage des personnes qui ont été directement touchées par le suicide ou qui sont vulnérables se poursuive et que ces personnes aient accès aux interventions appropriées.
- Garder des traces écrites des mesures appliquées lors de la postvention dans un but d'amélioration continue des services

6.5 Analyse d'événement hors prestation de soins

La direction s'est dotée d'un processus de gestion et d'analyse des suicides hors prestation de service pour sa clientèle suivant les recommandations du bureau de coroner émises au ministère de la santé.

Le mandat d'analyse vise à :

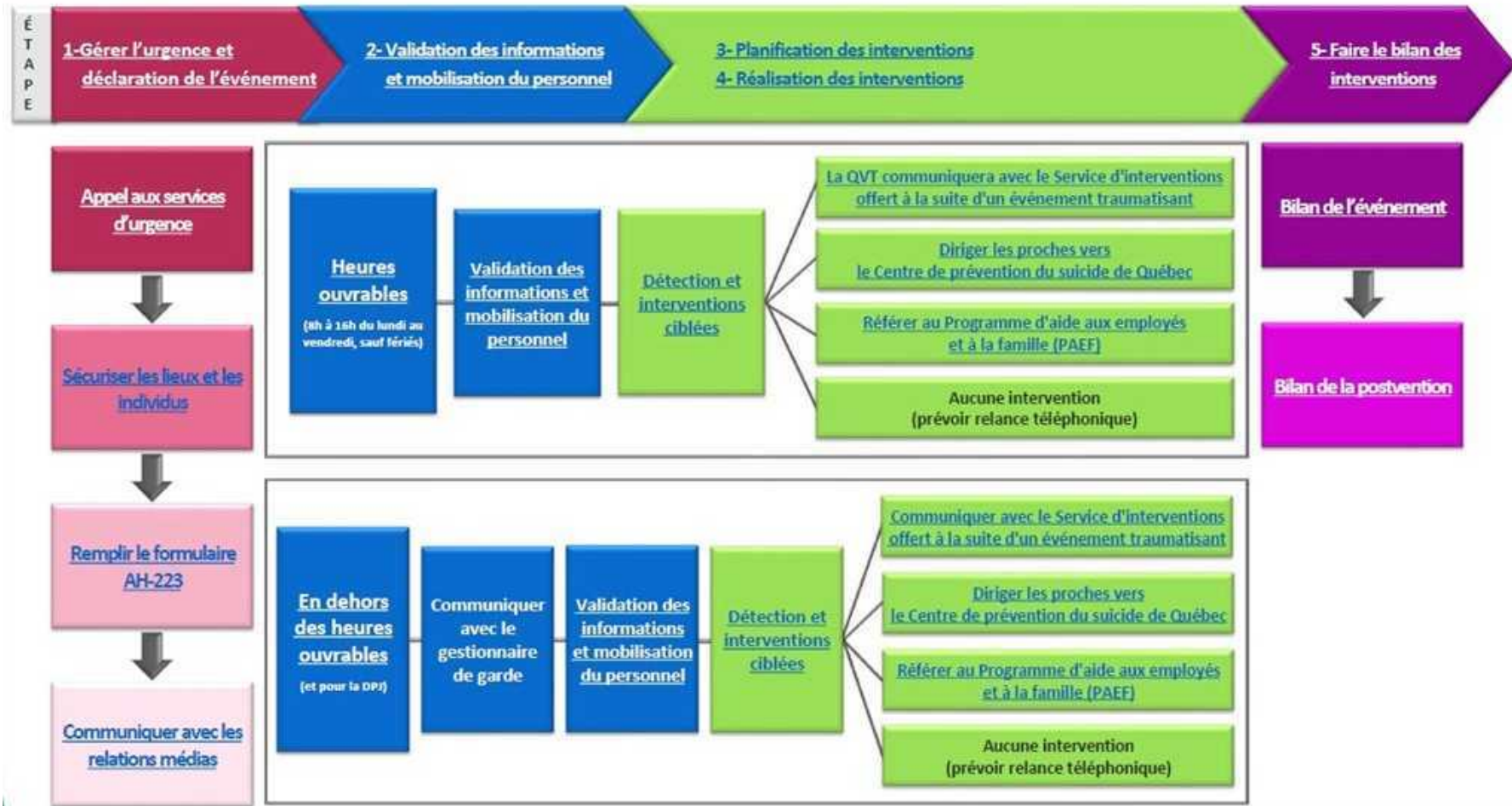
- Extraire les grandes tendances, objectiver les écarts et les obstacles, établir des constats généraux sur le continuum d'intervention et de prévention du suicide.
- Porter un regard transversal sur les enjeux actuels et émettre des recommandations d'amélioration

Ce processus se réalise avec l'implication des partenaires des directions de soutien du CIUSSS de la Capitale-Nationale, dont entre autres la conseillère cadre en matière de gestion des risques et de la qualité de la direction de la qualité, l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE), les conseillers cadres aux pratiques professionnelles de la direction des services multidisciplinaires (DSM) et de la direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP).

6.6 Trajectoire de postvention tirée du Guide de référence en postvention à la suite du suicide d'un usager

Guide de référence en postvention à la suite du suicide d'un usager
Centre intégré universitaire en santé et en services sociaux de la Capitale Nationale

Annexe 1 – Trajectoire de postvention



7. Rôles et responsabilités

Comité tactique en prévention du suicide

- S'assure de l'application de la pratique organisationnelle requise (POR) et du plan d'action d'amélioration continue en prévention du suicide au sein de la direction;
- Élaboration et révision de la présente procédure;
- Réalisation de travaux cliniques au sein la direction en matière de prévention du suicide dans une perspective collaborative;
- Diffuser et implanter au sein de la direction, les grandes orientations et les objectifs organisationnels découlant du comité stratégique en prévention du suicide;
- Favoriser une communication efficace entre les différents services de la direction des programmes DI-TSA-DP;
- Identifier, favoriser et réaliser toutes activités visant l'amélioration des services;
- Identifier les formations requises pour l'ensemble des services;
- Détermine le mécanisme de mesure et d'évaluation des pratiques en matière de prévention du suicide.

Gestionnaire

- Diffuse la présente procédure ainsi que les meilleures pratiques en prévention du suicide;
- Accompagne le personnel dans l'appropriation et l'actualisation des pratiques et gérer le changement;
- Facilite l'accès des personnes touchées par un suicide à des mesures d'aide et de soutien lesquelles sont désignées par le vocable postvention;
- Met en place les conditions nécessaires au développement des bonnes pratiques;
- S'assure que les intervenants reçoivent les formations obligatoires et pertinentes;
- Détermine et implante les rôles et responsabilités du personnel en regard du continuum d'intervention en prévention du suicide, et ce, selon leur offre de services;
- Favorise l'établissement d'une collaboration interprofessionnelle intra programme, inter programme et inter direction;
- Collabore dans la planification et la réalisation des audits de qualité et lors de l'analyse d'événements. S'assure de l'application des recommandations d'amélioration formulées.

Intervenant

- Connaît et applique la politique en prévention du suicide et la présente procédure;
- Réalise sa ou ses activités liées à la prévention du suicide avec professionnalisme;
- S'assure de créer et de maintenir une alliance thérapeutique avec l'utilisateur tout au long du processus d'intervention;
- Assure la sécurité de l'utilisateur, en tout temps, en restant sensible et vigilant aux possibles manifestations d'idées suicidaires, et ce, tout au long de la trajectoire de services;
- Travaille en interdisciplinarité. Consulte les membres de son équipe, ses collègues des différents secteurs intra et inter direction, son coordonnateur professionnel, son ASI, les organismes

spécialisés (Centre de prévention du suicide) ou son supérieur immédiat lorsqu'il est dans une impasse ou qu'il est placé dans une situation complexe;

- Utilise la ou les modalité(s) de collaboration et de communication interprofessionnelles la (les) plus adaptée(s) à la situation et selon le niveau de danger (PI, PII, PSI, PSII, note de concertation);
- Implique les proches lorsque l'utilisateur consent;
- S'assure d'une communication efficace et sécuritaire qui inclut la continuité informationnelle en tenant compte des différents systèmes d'information clientèles;
- Rédige au fur et à mesure des notes d'évolution au dossier de l'utilisateur et s'assure qu'elles sont accessibles aux autres intervenants;
- Participe activement dans les activités requises lorsque l'un de ses usagers ou l'un de ses proches, ou encore l'un de ses collègues fait une tentative ou commet un suicide.

Acteur de soutien clinique

Un acteur de soutien peut être : un coordonnateur clinique, un coordonnateur professionnel, un spécialiste en activités cliniques (SAC), un assistant au supérieur immédiat (ASI), un professionnel désigné ou un responsable d'unité de vie (RUV).

- Participe à la diffusion de la présente procédure ainsi que des bonnes pratiques en matière de prévention du suicide auprès des membres du personnel;
- Offre du soutien aux intervenants dans l'appropriation de la procédure et du continuum d'intervention en prévention du suicide;
- Se montre disponible dans l'application de la procédure au moment opportun;
- Contribue à l'implantation des meilleures pratiques en prévention du suicide par diverses modalités de soutien;
- Participe à l'analyse d'événements survenant hors prestation de service et formule des recommandations;
- S'assure que les pratiques cliniques sont conformes par la planification et la réalisation d'audits de qualité.

Mentor AUDIS

- Sensibilise ses collègues à la prévention du suicide;
- Identifie les préjugés et croyances des membres de l'équipe quant au suicide et à sa prévention;
- Responsable de la promotion et de la diffusion des outils à jour dans le processus AUDIS (ex. : Plan prévention suicide (PPS));
- Oriente ses collègues vers les ressources disponibles d'autoformation en prévention du suicide;
- Soutient ses collègues dans l'appropriation du processus et des outils cliniques.

8. Audits de qualité

L'outil retenu dans la présente procédure afin de détecter et de mesurer les écarts de conformité est [l'Outil d'appréciation processus – Continuum en prévention du suicide](#) disponible à l'Annexe 12. Dans une optique d'amélioration continue, cet outil permet de faire les ajustements nécessaires et de veiller à la pertinence des directives données dans la procédure spécifique pour harmoniser et pérenniser les bonnes pratiques de prévention du suicide. Les points couverts par l'audit de dossier sont les quatre activités du continuum en prévention du suicide (détection, dépistage, évaluation et planification du suivi), la politique, la procédure et les formations requises.

9. Entrée en vigueur

La procédure relative à la prévention du suicide à la direction des programmes DI-TSA-DP est entrée en vigueur le 22 février 2023 et révisée en date du 16 octobre 2024.

10. Références

- [PO-49 - Politique relative à la prévention du suicide](#), CIUSSS de la Capitale-Nationale (2024), 38 pages.
- [Guide de référence en postvention à la suite du suicide d'un usager](#), CIUSSS de la Capitale-Nationale (2022), 22 pages.
- [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5-13 ans à risque suicidaire](#), Gouvernement du Québec (2021), 82 pages.
- Intervenir avec une clientèle DI-TSA en contexte de crise suicidaire, formation Processus AUDIS, Cécile Bardon, Ph.D. <https://ditsasuicide.ca/>
<https://ditsasuicide.ca/gerer-episode-suicidaire/observer-identifier-les-signes-de-detresse-et-de-manifestations-associees-au-suicide> et processus clinique AUDIS: <https://ditsasuicide.ca/wp-content/uploads/2024/02/VERSION-FINALE-Page-de-garde-17-jan-2024.pdf>.
- [Prévention du suicide - Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux](#), Gouvernement du Québec, MSSS (2010), 93 pages.
- [Procédure relative à la prévention et à la gestion d'usagers manquants à la Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique \(DDITSADP\)](#), CIUSSS de la Capitale-Nationale (2022).

Annexes

Annexe 1 - Ressources pertinentes

| Ressources | Offre de service | Coordonnées |
|--|---|--|
| 911 | Assistance dans des situations où un danger est perçu. Service disponible 24 h/24 et 7 jours/7. À partir du 4 mars 2025, il sera possible de signaler une urgence par texto en temps réel (TTR) : pour les personnes ne pouvant pas parler, uniquement. Services disponibles également en anglais. | 911 |
| 811 | Intervention téléphonique pour les usagers lors de détresse psychologique et soutien clinique pour les intervenants pour assistance si aucun acteur de soutien de la direction n'est disponible. Service 24 h/24 et 7 jours/7. Services disponibles également en anglais. | 811 |
| 211 | Demandes d'information sur des ressources communautaires et les services sociaux. Gratuit et confidentiel, possibilité de clavardage. Lundi au vendredi de 8h à 19h, samedi et dimanche de 8h à 15h30. Services disponibles également en anglais. | 211
ou 1-877-211-9933 |
| Anciens combattants | Offre du soutien psychologique 24 h/24, 365 jours/année. Le service d'aide est offert gratuitement aux vétérans, aux anciens membres de la GRC, aux membres de leur famille et à leurs aidants. Services disponibles également en anglais. | 1-800-268-7708 |
| Arc-en-ciel (secteur Portneuf) | Accompagne la personne vivant avec un trouble de santé mentale dans son processus de croissance et de rétablissement par la dispensation de services adaptés à ses besoins. Pour les services de prévention du suicide : 24 h/24 et 7 jours/7. Services uniquement en français. | 418 285-3847
Pour le Centre de prévention du suicide de l'Arc-en-Ciel, veuillez composer le 418-285-DAVE (3283) |
| Association canadienne pour la prévention du suicide | Services de soutien pour soi, pour être en mesure de soutenir un survivant d'une tentative de suicide, pour aider quelqu'un pour qui on s'inquiète ou soutenir quelqu'un vivant avec une perte. Répertoire des services de soutien disponible. N'est pas un centre de crise : pas de services de crise ni de conseils offerts. Contact par courriel pour obtenir de l'information, peut prendre 2-3 | suicideprevention.ca |

Procédure relative à la prévention du suicide DDITSADP

| Ressources | Offre de service | Coordonnées |
|---------------------------------------|--|--|
| | jours avant de recevoir une réponse. Services disponibles également en anglais. | |
| Centre antipoison du Québec | Ligne téléphonique d'urgence en cas d'empoisonnement et d'intoxication, 24 h/24, 365 jours par année. Services disponibles également en anglais. | 1-800-463-5060 |
| Centre de crise de Québec (CCQ) | Soutien téléphonique, équipe mobile de crise et hébergement de crise.
Offre des services spécialisés, 24 h/24 et 7 jours/7 en intervention de crise, qu'elle soit situationnelle ou reliée à un problème de santé mentale, aux personnes âgées de 14 ans et plus. Services uniquement en français. | 418-688-4240 |
| Centre de prévention du suicide (CPS) | Soutien pour l'évaluation et les interventions en prévention du suicide ou pour la postvention chez les endeuillés du suicide. Service de clavardage disponible. Services confidentiels et disponibles 24 h/24, 7 jours/7. Services disponibles également en anglais.
Québec : 418-683-4588 et 1-866-277-3553
Charlevoix : 418-665-0096
Portneuf : 418-285-3283 | 1-866-APPELLE (277-3553)
suicide.ca |
| CPS Charlevoix | Soutien pour l'évaluation et les interventions en prévention du suicide ou pour la postvention chez les endeuillés du suicide.
Services disponibles uniquement en français de 8h30 à 12h00 et de 13h00 à 16h30 au 418-665-0096 et, en tout temps, au 1-866-APPELLE (277-3553). | 418- 665-0096 |
| Deuil Jeunesse | Organisme de bienfaisance national qui offre des services professionnels et personnalisés favorisant le mieux-être des jeunes, des adultes et des familles qui vivent une réalité liée au deuil d'un proche, à la maladie grave, à la disparition ou à l'abandon.
Soutien téléphonique gratuit pour la première heure, frais pour la suite, possibilité d'aide financière. Du lundi au vendredi de 8h à 12h et de 13h à 16h. Services disponibles également en anglais. | 1-855-889-3666 |
| Jeunesse J'écoute/
Kids Help Phone | Ligne d'écoute, clavardage ou texto confidentiel pour les jeunes. Services offerts 24 h/24, 7 jours/7, partout au Canada. Services disponibles également en anglais. | 1-800-668-6868
Texto – 686868
jeunessejecoute.ca |

Procédure relative à la prévention du suicide DDITSADP

| Ressources | Offre de service | Coordonnées |
|--|---|--|
| La Boussole | Regroupe et soutient les membres de la famille et de l'entourage d'une personne qui présente des manifestations cliniques reliées à un trouble de santé mentale. Elle leur offre une gamme de services destinés à les aider, à les informer et à les outiller en vue d'améliorer leur qualité de vie.
Lundi au vendredi de 8h30 à 16h30. Services uniquement en français. | 418 523-1502 |
| Ligne d'écoute d'espoir (pour les personnes autochtones)/
Hope for Wellness | Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être des peuples autochtones du Canada, disponible 24 h/24 et 7 jours/7. Clavardage possible, services d'intervention en cas de crise disponibles. Services confidentiels, offerts en français, anglais en tout temps et, sur demande et avec délai, en cri, ojibwé et inuktitut. | 1-855-242-3310
www.espoirpourlemieuxetre.ca |
| Ligne Parents | « LigneParents.com » est un service téléphonique mis en place par l'organisme Tel-jeunes. Spécialistes dans les relations parents-enfants, les intervenants professionnels de la Ligne Parents offrent des services gratuits et confidentiels, 365 jours par année, aux parents d'enfants de 0 à 20 ans. Les services se font par téléphone, clavardage ou courriel et sont disponibles également en anglais. | 1-800-361-5085 |
| Milieu hospitalier | L'intervenant doit s'assurer d'un plan sécuritaire pour le déplacement de l'utilisateur. | |
| Programme d'Encadrement Clinique et d'Hébergement (PECH) | Accompagne des personnes multi-éprouvées* dans leur rétablissement. Leurs pratiques sont fondées sur la valorisation et la réactivation des forces, des rêves et des aspirations citoyennes des individus et des communautés. Hébergements transitoires. Services uniquement en français.
<small>*Personnes vivant des enjeux concomitants : enjeux de santé mentale, de toxicomanie, d'itinérance, de judiciarisation, de marginalisation et de pauvreté.</small> | 418-523-2820 |
| Tel-jeunes | Ligne d'écoute ou clavardage confidentiel pour les jeunes. Parler avec un intervenant : 6h à 2h. Clavardage entre ados : 16h à 22h30 (heures changent durant l'été et les jours fériés). Services disponibles également en anglais. | 1-800-263-2266
www.teljeunes.com |

Annexe 2 - Manifestations associées au suicide (MAAS) chez un enfant de 5 à 13 ans

L'identification d'un enfant à risque suicidaire repose sur la vigilance de l'ensemble des acteurs qui gravitent autour de lui, notamment ceux qui partagent son quotidien, qui connaissent son histoire et le contexte dans lequel il évolue ^{4, 18, 23}. Par exemple, il peut s'agir de sa famille immédiate et élargie, de ses enseignants, des intervenants du milieu scolaire, des intervenants de premier niveau en CPEJ et de tout autre proche significatif. L'observation de manifestations associées au suicide permet d'orienter l'enfant et son entourage vers un intervenant qui pourra approfondir l'analyse du risque suicidaire et convenir d'un plan d'action avec eux.

Le tableau suivant présente différents types de manifestations associées au suicide pour vous aider à déceler la présence d'un risque suicidaire chez l'enfant.

| Type de manifestations associées au suicide | Exemples |
|---|---|
| Pensées ^{1, 5, 6, 9, 13, 27} | Penser à sa propre mort lorsqu'on est triste.
Penser à cacher un couteau dans sa chambre.
Avoir des images ou des pensées récurrentes concernant la mort ou le suicide.
Penser à la réaction des proches si on était mort ou disparu. |
| Communications verbales directes ^{6, 9, 16} | « Je veux mourir »; « Je veux me suicider »; « J'ai des pensées noires »; « Ce serait mieux si j'étais mort ». |
| Communications verbales indirectes ^{6, 9} | « Je veux rejoindre ma grand-mère au cimetière »; « Vous seriez mieux sans moi »; « Je veux partir loin et ne pas revenir »; « Je veux aller avec les oiseaux »; « Je veux faire comme... (la personne qui s'est suicidée) ». |
| Communications directes ou indirectes par texto ou par les médias sociaux | Sous forme de phrases (affirmations, questions), d'images, de J'aime (Like) sur des publications parlant de la mort ou du suicide sur les réseaux sociaux, etc. |
| Communications non verbales ^{6, 9} | Dessins représentant un acte violent ou un geste suicidaire, des cercueils, la souffrance, des objets pour se suicider.
Mimes : s'étrangler, se couper. |
| Comportements auto-agressifs sans blessure ^{5, 6, 7, 9, 16, 26, 29, 30} | Essayer de s'enfoncer un objet non coupant (ex. : une branche) à travers la peau (ex. : dans le ventre, le bras ou la jambe).
Avaler des pilules ou des substances non toxiques (sans connaître le niveau de danger).
Essayer de s'étrangler avec ses mains ou de retenir sa respiration. |

| Type de manifestations associées au suicide | Exemples |
|--|---|
| Comportements auto-agressifs avec risque de blessure ou de décès ^{9, 11, 27} | <p>Avaler des pilules ou des substances ayant un potentiel toxique (drogues).</p> <p>Se blesser avec un objet coupant.</p> <p>S'étrangler ou se pendre avec une ceinture, une serviette ou une corde.</p> <p>Sauter d'une fenêtre ou d'un endroit élevé.</p> <p>Se jeter devant un véhicule.</p> <p>Sauter à l'eau (sans savoir nager).</p> <p>Traverser la rue à un feu rouge.</p> |
| <p>Indices associés aux MAAS ^{1, 4, 5, 6, 8, 11, 38, 39}</p> <p>Ces indices peuvent aider à repérer un enfant à risque qui n'exprime pas verbalement sa détresse et ses idées suicidaires</p> | <p>Comportementaux : changements de comportement (pire ou mieux), agitation, consommation de substances, augmentation des comportements compulsifs, isolement, demande d'aide accrue, absentéisme.</p> <p>Émotionnels : humeur changeante, manifestations de tristesse, de colère ou d'irritabilité, inquiétude accrue face à des événements à venir, anxiété, agressivité accrue, insatisfaction, déception, peurs ou insécurité face à une situation, sentiment d'incompétence.</p> <p>Indiquant des signes de désespoir : discours négatif face à l'avenir, découragement, dévalorisation de soi, refus de prendre sa médication, refus du suivi ou absence aux rendez-vous de suivi, refus de l'aide offerte.</p> <p>Sur le plan neuro-végétatif : dégradation du sommeil, de l'appétit ou du niveau d'énergie.</p> <p>Somatiques : apparition ou aggravation de troubles physiques, maux de dos, maux de tête, maux de ventre, etc.</p> <p>Cognitifs : confusion, difficultés de concentration, indécision.</p> <p>Psychiatriques : augmentation des symptômes.</p> <p>Relatifs à des pertes d'acquis et à des difficultés d'adaptation dans la situation actuelle : stagnation ou régression.</p> |

Source : Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire, Gouvernement du Québec (2021), Annexe 1, p.68.

¹ Baux-Cazal, L. et al. (2016). Prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans : une revue de la littérature, *L'Encéphale*, 273-280.

² Stordeur, C., Acquaviva, E., Galdon, L., Mercier, J.-C., Titomanlio, L. et Delorme, R. (2015). Tentatives de suicide chez les enfants de moins de 12 ans, *Archives de Pédiatrie*, 22 (3), 255-259.

⁵ De Sousa, G. S., Dos Santos, M. S. P., Da Silva, A. T. P., Perrelli, J. G. A. et Sougey, E. B. (2017). Suicide in childhood: a literatura review, *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (9), 3099-3110.

⁶ Lake, J. (2018). L'intervention auprès des enfants suicidaires 6-12 ans [présentation].

⁸ Maltais, N., Genest, C. et Gagnon, M.-C. (2019). Évaluation du risque suicidaire de l'enfant de 12 ans et moins, *Perspective infirmière*, mars-avril, 54-61.

⁹ Table des formatrices en prévention du suicide de la Montérégie. (2016). Atelier d'initiation à l'intervention chez les jeunes vulnérables au suicide (13 ans et moins) [formation].

¹¹ Gallagher, R. et Daigle, M. (2008). La problématique suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins : l'exemple d'un programme d'intervention en milieu scolaire primaire, *Frontières*, 21 (1), 98-106.

¹³ Gunn, J. F., III, et Lester, D. (2014). Stress-diathesis theories of suicidal behavior. Dans J. F. Gunn III et D. Lester (dir.), *Theories of suicide: Past, present and future* (chap. 6, p. 72-86).

¹⁶ Miller, D. N. (2018). Suicidal Behavior in Children: Issues and Implications for Elementary Schools, *Contemporary School Psychology*, 1-10.

²⁶ Trigylidas, T. E., Reynolds, E. M., Teshome, G. et Dykstra, R. L. (2016). Paediatric suicide in the USA: analysis of the National Child Death Case Reporting System, *Injury Prevention*, 22, 268-273.

²⁷ Martin, S. E. et al. (2016). Suicidal Thoughts and Behaviors in Psychiatrically Referred Young Children, *Psychiatry Research*, 246, 308-313.

²⁹ Joiner, T. E. et Ribeiro, J. D. (2011). Assessment and Management of Suicidal Behavior in Children and Adolescents, *Pediatric Annals*, 40 (6), 319-324.

³⁰ Jackson, H. et Nuttall, R. L. (2001). Risk for Preadolescent Suicidal Behavior: An Ecological Model, *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18 (3), 189-203.

³⁸ York, A., Heise, B. et Thatcher, B. (2016). Child Suicide Screening Methods: Are We Asking the Right Questions? A Review of the Literature and Recommendations for Practice, *Student Works*, 147, i-11.

³⁹ Soole, R., Kølves, K. et De Leo, D. (2014). Factors Related to Childhood Suicides: Analysis of the Queensland Child Death Register, *Crisis*, 35 (5), 292-300.

Annexe 3 - Synthèse des facteurs de risque et de protection, des moments critiques et des groupes à risque¹²

| Facteurs de risque ⁴³ | Facteurs de protection ⁴⁴ |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Abus de substances et de jeux de hasard; ➤ Idées suicidaires antérieures; ➤ Fait de vivre seul; ➤ Augmentation de l'impulsivité; ➤ Absence de réseau de soutien; ➤ Deuil récent; ➤ Suicide chez un membre du réseau immédiat de la personne; ➤ Accessibilité à une arme; ➤ Sentiment de désespoir; ➤ Présence de symptômes de dépression. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacité à demander de l'aide; ➤ Résilience et capacités à résoudre des problèmes et à gérer son stress; ➤ Adoption de saines habitudes de vie (hygiène de vie); ➤ Capacité à se faire des amis, à s'intégrer dans un groupe; ➤ Spiritualité (sens à sa vie); ➤ Accès à des services d'aide adaptés aux besoins de la population; ➤ Continuité des services. |
| Moments critiques ⁴⁵ | Groupes à risque ⁴⁶ |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pertes significatives (exemple : emploi, argent, statut, rupture amoureuse); ➤ Événements vécus de façon honteuse ou humiliante; ➤ Perte ou abandon d'une structure encadrante (exemple : congé de l'hôpital); ➤ Annonce d'un diagnostic (ex. : diagnostic psychiatrique, cancer, etc.); ➤ Enjeux liés à la dépendance (exemple : rechute, down de stimulants, sevrage, perte significative d'argent liée à la dépendance). | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hommes; ➤ Population autochtone; ➤ Travailleurs agricoles; ➤ Personnes homosexuelles, bisexuelles ou transsexuelles; ➤ Jeunes de 15 à 24 ans; ➤ Personnes âgées de 65 ans et plus; ➤ Personnes ayant un problème de santé mentale ou des douleurs chroniques; ➤ Personnes ayant un problème de dépendance. |

⁴³ Suicide Action Montréal, Liste non exhaustive. Document disponible à l'adresse suivante : <https://suicideactionmontreal.org/suicide-facteurs-de-risque/> ; consulté le 12/03/2020.

⁴⁴ Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) (2007). Prévenir le suicide pour préserver la vie. Guide de pratique clinique (liste non exhaustive). Document disponible à l'adresse suivante : <http://www.cps02.org/media/PrevenirlesuicidepourpreserverlaviePrisedeposition-OrdredesinfirmieresetinfirmiersduQuebec-2007.pdf> ; consulté le 12/03/2020.

⁴⁵ Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM). Liste non exhaustive. Document disponible à l'adresse suivante : <https://aqiism.org/wp-content/uploads/Outil-clinique-D%C3%A9tection-des-personnes-%C3%A0-risque-suicidaire-.pdf> ; consulté le 12/03/2020.

⁴⁶ Suicide Action Montréal, Liste non exhaustive. Document disponible à l'adresse suivante : <https://suicideactionmontreal.org/suicide-facteurs-de-risque/> ; consulté le 12/03/2020.

¹² CIUSSS de la Capitale-Nationale, (2020), Politique relative à la prévention du suicide, p.25.

Annexe 4 - Évaluation de l'acquisition du concept de la mort par les enfants

La plupart des recherches évaluent l'acquisition du concept de la mort par les enfants à travers les dimensions suivantes : l'universalité, l'irréversibilité, la causalité et la finalité (l'arrêt des fonctions vitales). Les résultats ont démontré que la compréhension de la mort par les enfants se fait progressivement avec l'âge et dépend de leur niveau de développement cognitif^(2,4). Les enfants ayant vécu une expérience de décès dans leur famille immédiate ont généralement une compréhension de la mort plus mature que leurs pairs du même âge sans expérience.

L'entretien structuré figure parmi les méthodes les plus utilisées dans le cadre de l'évaluation de la compréhension de la mort par un enfant. Il se construit autour des différentes dimensions associées à ce terme.

Voici les différentes dimensions, leurs définitions, ainsi que des propositions de questions permettant leur évaluation, tirées de la présentation de Mme Josée Lake :

| Dimensions de la mort | Questions proposées |
|---|---|
| Irréversibilité : réfère à la compréhension qu'on ne peut pas revivre après la mort et que nos fonctions vitales sont éteintes et arrêtées pour toujours. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Est-ce qu'une personne morte peut redevenir vivante? ➤ Qu'est-ce qu'il se passe après la mort? ➤ Peut-on revenir de la mort? ➤ Si je donne des médicaments à une personne morte, va-t-elle redevenir vivante? ➤ Combien de temps demeure-t-on mort? |
| Causalité : réfère à la capacité de comprendre les causes générales d'un décès et d'en dégager un point de vue réaliste. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pourquoi les gens meurent-ils? ➤ Pour quelles raisons, pourrais-tu mourir? ➤ Est-ce que les personnes peuvent décéder parce qu'elles sont mauvaises? |
| L'universalité : correspond à la compréhension que chaque personne va éventuellement décéder. Cela comprend : l'inclusivité, l'inévitabilité et l'imprévisibilité. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Est-ce que tout le monde meurt? ➤ Vas-tu mourir un jour? ➤ Est-ce que les enfants ou les animaux peuvent mourir? ➤ Quand meurt-on? ➤ Qu'est-ce que je peux faire pour ne pas mourir? |
| Arrêt des fonctions vitales : réfère à la compréhension qu'aucune activité n'est possible lorsqu'on meurt. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Est-ce qu'une personne morte peut manger? ➤ Que se passe-t-il après la mort? ➤ Qu'est-ce qu'une personne morte peut faire? |
| Continuité non corporelle (la vie après la mort) : est considérée comme une manifestation d'une immaturité ou de l'incompréhension de l'universalité et l'irréversibilité. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Qu'est-ce qui arrive après la mort? ➤ Je voudrais mourir pour aller rejoindre... |

Source: Citées dans la présentation de Josée Lake, 2020, tirées de Speece et Brent (1984), The development of children's understanding of death: A review of three components of a death concept. *Child Development*, 55 (5), 1671–1686. <https://doi.org/10.2307/1129915>.

DOCUMENT DE PRISE DE NOTES

Exploration de la compréhension du concept de la
mort auprès d'un enfant à risque suicidaire

Dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____
D.D.N. : ____ - ____ - ____
 AAAA MM JJ

Les dimensions de la mort : définitions et exploration^{1,2}

L'irréversibilité : réfère à la compréhension qu'on ne peut pas revivre après la mort et que nos fonctions vitales sont éteintes et arrêtées pour toujours.

Proposition de questions :

- Est-ce qu'une personne morte peut redevenir vivante?
- Qu'est-ce qu'il se passe après la mort? / Peut-on revenir de la mort?
- Si je donne des médicaments à une personne morte, va-t-elle redevenir vivante?
- Combien de temps demeure-t-on mort?

Notes

La causalité réfère à la capacité de comprendre les causes généralement d'un décès et d'en dégager un point de vue réaliste.

Proposition de questions :

- Pourquoi les gens meurent-ils?
- Pour quelles raisons pourrais-tu mourir?
- Est-ce que les personnes peuvent décéder parce qu'elles sont mauvaises?

Notes

L'universalité correspond à la compréhension que chaque personne va éventuellement décéder. Cela comprend l'inclusivité, l'inévitabilité et l'imprévisibilité.

Proposition de questions :

- Est-ce que tout le monde meurt?
- Vas-tu mourir un jour?
- Est-ce que les enfants ou les animaux peuvent mourir?
- Quand meurt-on?
- Qu'est-ce que je peux faire pour ne pas mourir?

Notes

¹ Référence : Cité dans la présentation de Josée Lake-2020- Tiré dans Speece et Brent (1894), The development of children's understanding of death. Dans C.A. Corr et D.M. Corr (eds) Handbook of childhood death and bereavement. New York. ² Élaboré par l'Équipe de projets nationaux en transfert des connaissances, Institut universitaire de première ligne en santé en services sociaux CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

| |
|--|
| <p>L'arrêt des fonctions vitales réfère à la compréhension qu'aucune activité n'est possible lorsqu'on meurt(ex. : marcher, manger, respirer, penser ».</p> <p>Proposition de questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'une personne morte peut manger? • Que se passe-t-il après la mort? • Qu'est-ce qu'une personne morte peut faire? |
| <p>Notes</p> |
| <p>La continuité non corporelle (la vie après la mort) est considérée comme une manifestation d'une immaturité ou d'une incompréhension de l'universalité et de l'irréversibilité.</p> <p>Proposition de questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Qu'est-ce qui arrive après la mort ? » • Je voudrais mourir pour aller rejoindre... |
| <p>Note</p> |

| |
|------------------------|
| <p>Synthèse</p> |
|------------------------|

-  La compréhension de la mort par l'enfant se fait progressivement avec l'âge et dépend de leur niveau de développement cognitif.^{4,5}
- Des symboliques culturelles, sociales et religieuses peuvent teinter la compréhension de la mort de l'enfant, il importe donc de prendre en considération l'environnement spirituel, social et culturel dans lequel il évolue.^{4,5}
- Il est suggéré d'aborder et de nuancer avec respect et non jugement les croyances face à la mort et au suicide afin de préserver la relation de confiance avec l'enfant et son entourage.⁶
- À noter, même en présence d'une certaine immaturité dans la représentation de la mort, l'enfant peut effectuer un geste suicidaire. Ainsi, il faut prendre très au sérieux les idées et les gestes suicidaires de celui-ci ; en épaissant sa souffrance, en procédant à l'analyse minutieuse du risque suicidaire, en limitant l'accès aux moyens létaux et en privilégiant sa sécurité à court et à long terme.⁷

Signature intervenant : _____

Date : _____
AAAA-MM-JJ

-
- ³ Mishara BL. (1999). Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*, 29(2):105-118.
- 4 Bonoti F., Leondari A., Mastora A. (2013). Exploring Children's Understanding of Death: Through Drawings and the Death Concept Questionnaire. *Death Studies*, 37(1):47-60.
- 5 Lee J.S., Kim E.Y., Choi Y., Koo J.H. (2014). Cultural variances in composition of biological and supernatural concepts of death: a content analysis of children's literature. *Death Stud*, 38(6-10):538-45.
- 6 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Guide de soutien pour intervenir auprès des enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire, 75 pages.
- 7 Maltais, N.; Genest, C.; Larue, C. (2019). Quand la détresse émotionnelle se traduit par des idées ou comportements suicidaires : une revue exploratoire (Scoping Review) sur le risque suicidaire chez les moins de 12 ans.

Annexe 5 - Signes de la détresse psychologique

| SYMPTÔMES PHYSIQUES | SYMPTÔMES ÉMOTIONNELS | SYMPTÔMES COGNITIFS | SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX |
|---|---|---|--|
| Douleurs
Tensions musculaires
Problèmes digestifs
Problèmes d'appétit
Problème de sommeil
Maux de tête
Vertiges
Souffle court
Fatigue | Nervosité et anxiété accrue
Agitation
Irritation
Tristesse
Baisse de libido
Faible estime de soi | Difficultés de concentration
Indécision
Perception négative de soi
Dévalorisation personnelle
Désorganisation | Modification des conduites alimentaires
Agressivité
Difficulté dans les relations interpersonnelles
Absentéisme
Isolement, évitement
Abus (télévision, réseaux sociaux, nourriture, alcool, tabac, drogues, jeux) |

Source : Lebel, G. Guide d'autosoins sur la gestion du stress, Douglas, 2013.



Annexe 6 - Prévention du suicide - signes avant-coureurs ou de détresse

| | |
|---|--|
| Propos directs | <ul style="list-style-type: none"> ➤ « J'ai le goût de mourir. » ➤ « Je veux en finir. » |
| Propos indirects | <ul style="list-style-type: none"> ➤ « Vous seriez bien mieux sans moi. » ➤ « Bientôt, je n'aurai plus de problèmes. » |
| Préparatifs | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rédaction d'une lettre d'intention ➤ Dons d'objets |
| Manifestations comportementales générales | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intérêt soudain pour le suicide ➤ Isolement ➤ Rémission spontanée ➤ Symptômes de dépression ➤ Symptômes d'anxiété ➤ Délire de persécution ➤ Négligence du corps ➤ Changements de comportements |
| Manifestations spécifiques chez les jeunes | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Baisse des résultats scolaires ➤ Hyperactivité ➤ Conflits avec l'autorité ➤ Blessures répétitives ➤ Prise de risques inconsidérés ➤ Isolement ➤ Consommation de drogues ou d'alcool ➤ Comportements impulsifs, violence dirigée contre soi ou contre les autres |
| Manifestations spécifiques chez les adultes et principalement chez les hommes | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perte d'investissement ou, au contraire, surinvestissement au travail ➤ Augmentation de la consommation de drogues ou d'alcool ➤ Irritabilité, voire comportement agressif ➤ Effritement des relations interpersonnelles ➤ Fatigue ➤ Insomnie ➤ Somatisation entraînant des consultations médicales pour des raisons vagues ➤ Perte d'intérêt pour les activités sociales ➤ Note : les mêmes manifestations peuvent être présentes chez les femmes mais l'expression des émotions est généralement plus claire (ex. : verbalisation de l'adouléur, pleurs, demande d'aide explicite, etc.) |
| Manifestations spécifiques chez les personnes âgées | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Repli sur soi ➤ Refus de s'alimenter ➤ Refus de soins ➤ Manque de communication ➤ Perte d'intérêt pour les activités ➤ Manque de fidélité au traitement |

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie – Guide de pratique clinique*, Centre de documentation de l'OIIQ, Québec, p. 18.

Bazinet, J., F. Roy et B. Lavoie (2011). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques : Cahier du participant*, 2^e éd., Québec, Association québécoise de prévention du suicide, p. 14.

Annexe 7 - Aide-mémoire : Prévention du suicide DI-TSA

Prévention du suicide

Aide-mémoire - Clientèle DI-TSA

Détecter la détresse psychologique

Nous sommes des acteurs importants en ce qui a trait à la **détection** de la clientèle DI-TSA vivant de la détresse psychologique à la direction DI-TSA-DP. L'aide-mémoire peut être utilisé par le personnel non clinique, les intervenants et les professionnels de la santé. Il est important de se concerter dans les situations où il y a un risque suicidaire, ne rester pas seul et avisez un intervenant qualifié et votre gestionnaire.

DÉTECTION

MANIFESTATIONS ASSOCIÉES AU SUICIDE (MAAS)

PHYSIQUES

- Tensions musculaires
- Problèmes digestifs
- Problèmes d'appétit
- Problèmes de sommeil
- Maux de tête
- Fatigue, niveau d'énergie

ÉMOTIONNELS

- Humeur changeante
- Nervosité, anxiété et agitation
- Irritabilité, colère, agressivité
- Tristesse
- Symptômes dépressifs
- Faible estime de soi

COGNITIFS

- Difficultés de concentration
- Indécision
- Perception négative de soi
- Dévalorisation personnelle
- Désorganisation
- Confusion

COMPORTEMENTAUX

- Agressivité
- Difficultés interpersonnelles
- Modification des conduites alimentaires
- Rigidité
- Isolement, évitement
- Abus (télévision, réseaux sociaux, nourriture, alcool, tabac, drogues, jeux, etc.)

PSYCHIATRIQUES

- Augmentation des symptômes

Messages verbaux

Propos directs et indirects

« Je veux mourir »
 « Je veux me suicider »
 « Vous seriez tellement mieux sans moi »
 « Je vais aller rejoindre grand-maman »
 « Je veux aller avec les oiseaux »
 « Je veux faire comme... (la personne qui s'est suicidée) »

Verbales directes ou indirectes (incluant texto ou médias sociaux)

Tout changement de comportement détecté chez un usager doit être investigué davantage. Avec la clientèle : utiliser les outils AUDIS, les pictogrammes, les photos, les images ou tout autre matériel pour faciliter la compréhension de la personne.

La personne peut aussi manifester sa détresse par le dessin, des mimes, des comportements autoagressifs avec ou sans blessure, des comportements à risque, etc.

MOMENTS CRITIQUES

- Chronicisation d'une situation d'impuissance : réactivité accrue à une situation dans laquelle la personne a un enjeu affectif ou d'estime de soi;
- Pertes significatives (ex. : échec de socialisation, entrave à la liberté, emploi, privilège, rupture amoureuse, deuil ou perte d'objets);
- Événements vécus de façon honteuse ou humiliante;
- Traumatismes psychologiques (ex. : agression sexuelle);
- Démêlés avec la justice (ex. : annonce d'une décision);
- Perte ou abandon d'une structure encadrante (ex. : congé de l'hôpital, placement, fin de placement);
- Inadéquation entre les capacités de la personne et les demandes du milieu.

FACTEURS DE RISQUES

- Antécédents de tentative de suicide;
- Comportement suicidaire ou décès, par suicide ou non, dans l'entourage;
- Niveau d'impulsivité/agressivité;
- Type et niveau de DI et TSA;
- Relations interpersonnelles négatives ou isolement;
- Comportements de prise de risque ou de blessure;
- État de désorganisation actuel;
- Ayant des traits liés à la santé mentale;
- Ayant un problème de dépendance;
- Capacité de planification (en général) et du geste suicidaire.

En cohérence avec la politique PO-49 en prévention du suicide du CRUSS de la Capitale-Nationale.

Prévention du suicide

Aide-mémoire - Clientèle DI-TSA

Si vous remarquez qu'un usager a un ou plusieurs symptômes de détresse ou qu'il nomme des propos directs ou indirects en lien avec le suicide, qu'il adopte des comportements le mettant en danger, avisez un intervenant qualifié afin de poursuivre l'intervention et l'évaluation. Si la personne est en danger dans l'immédiat, faites le 911.

RESSOURCES

Centre de prévention du suicide

- Québec **418-683-4588**
1-866-277-3553
- Charlevoix **418-665-0096**
- Portneuf **418-285-3283**

AUTRES NUMÉROS PERTINENTS

- Tel jeune **1-800-263-2266**
- Ligne Info Parents **1-800-361-5085**

Info-Social 811 option 2

911

RÉFÉRENCES

Bazinet, J., Roy, F. & Lavoie, B. (2011). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*. Cahier du participant, 2e éd. Association québécoise de prévention du suicide, p. 14-15.

Bazinet, J., Diaz, L. et Lortie P. B. (2018). *Stratégie numérique sur la prévention du suicide au Québec – Portrait des pratiques actuelles et des besoins*, Rapport présenté à l'Association québécoise de prévention du suicide, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. 116 p.
https://www.aqps.info/media/documents/VFINA/Epourdiffusion_Portraitdespratiquesetsoins-2018-SNP50.pdf

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. (2020) PD-49 - *Politique en prévention du suicide*.
http://zone-ciussr.r03.rts.qc.ca/cd/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Politiques/PD-49_Politique-relative-prevention-du-suicide.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (2018) POL-019 *Politique en prévention du suicide*. No [PID-CEMTL-00091].

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Formation GÉRIS.

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est. *Détection de la personne à risque suicidaire*.

Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. (2018). *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS)*. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
<https://ajqim.org/wp-content/uploads/2018/03/Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-suicide-2018-billot-2018.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Le protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficulté recevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-839-03W.pdf>

Ordre des infirmières et infirmier du Québec (OIIQ). (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie – Guide de pratique clinique*.
<https://www.oiiq.org/>

Intervenir avec une clientèle DI-TSA en contexte de crise suicidaire, formation Processus AUDIS, Cécile Bardon, PHD.
<https://ditsasuicide.ca/>
<https://ditsasuicide.ca/gerer-episode-suicidaire/observer-identifier-les-signes-de-detresse-et-de-manifestations-associees-au-suicide/>

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

Québec

Direction des services multidisciplinaires

Novembre 2022

Annexe 8 - Aide-mémoire : Prévention du suicide DP

Prévention du suicide

Aide-mémoire - Clientèle déficience physique (DP)

Détecter la détresse psychologique

Nous sommes des acteurs importants en ce qui a trait à la **détection** de la clientèle DI-TSA vivant de la détresse psychologique à la direction DI-TSA-DP. L'aide-mémoire peut être utilisé par le personnel non clinique, les intervenants et les professionnels de la santé. Il est important de se concerter dans les situations où il y a un risque suicidaire, ne rester pas seul et avisez un **intervenant qualifié** et votre **gestionnaire**.

DÉTECTION

SYMPTÔMES LIÉS À LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

| | |
|--|---|
| <h5><u>PHYSIQUES</u></h5> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensions musculaires ▪ Problèmes digestifs ▪ Problèmes d'appétit ▪ Problèmes de sommeil ▪ Maux de tête ▪ Fatigue, niveau d'énergie <h5><u>COGNITIFS</u></h5> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficultés de concentration ▪ Indécision ▪ Perception négative de soi ▪ Dévalorisation personnelle ▪ Désorganisation ▪ Confusion <h5><u>PSYCHIATRIQUES</u></h5> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation des symptômes | <h5><u>ÉMOTIONNELS</u></h5> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Humeur changeante ▪ Nervosité, anxiété et agitation ▪ Irritabilité, colère, agressivité ▪ Tristesse ▪ Symptômes dépressifs ▪ Faible estime de soi <h5><u>COMPORTEMENTAUX</u></h5> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agressivité ▪ Difficultés interpersonnelles ▪ Modification des conduites alimentaire ▪ Rigidité ▪ Isolement, évitement ▪ Abus (télévision, réseaux sociaux, nourriture, alcool, tabac, drogues, jeux, etc.) |
|--|---|

Messages verbaux

Propos directs et indirects

« Je veux mourir »
 « Je veux me suicider »
 « Vous seriez tellement mieux sans moi »
 « Je vais aller rejoindre grand-maman »
 « Je veux aller avec les oiseaux »
 « Je veux faire comme... (la personne qui s'est suicidée) »

Verbaux directes ou indirectes (incluant texto ou médias sociaux)

Tout changement de comportement détecté chez un usager doit être investigué.

La personne peut aussi manifester sa détresse par le dessin, des mimes, des comportements autoagressifs avec ou sans blessure, des comportements à risque, etc.

MOMENTS CRITIQUES

- Chronification d'une situation d'impuissance : réactivité accrue à une situation dans laquelle la personne a un enjeu affectif ou d'estime de soi;
- Pertes significatives (ex. : échec de socialisation, entrave à la liberté, emploi, privilège, rupture amoureuse, deuil ou perte d'objets);
- Événements vécus de façon honteuse ou humiliante;
- Traumatismes psychologiques (ex. : perte d'un membre);
- Démêlés avec la justice (ex. : annonce d'une décision);
- Perte ou abandon d'une structure encadrante (ex. : congé de l'hôpital, placement, fin de placement);
- Inadéquation entre les capacités de la personne et les demandes du milieu;
- Annonce d'un diagnostic.

FACTEURS DE RISQUES

- Antécédents de tentative de suicide;
- Comportement suicidaire ou décès, par suicide ou non, dans l'entourage (moins d'un an);
- Niveau d'impulsivité/agressivité;
- Relations interpersonnelles négatives ou isolement;
- Comportements de prise de risque ou de blessure;
- État de désorganisation actuel;
- Ayant des traits liés à la santé mentale;
- LGBTQ2+;
- Ayant un problème de dépendance.

En cohérence avec la politique PO-49 en prévention du suicide du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Prévention du suicide

Aide-mémoire - Clientèle DP

Si vous remarquez qu'un usager a un ou plusieurs symptômes de détresse ou qu'il nomme des propos directs ou indirects en lien avec le suicide, qu'il adopte des comportements le mettant en danger, avisez un intervenant qualifié afin de poursuivre l'intervention et l'évaluation. Si la personne est en danger dans l'immédiat, faites le 911.

RESSOURCES



Centre de prévention du suicide

- Québec **418-683-4588**
1-866-277-3553
- Charlevoix **418-665-0096**
- Portneuf **418-285-3283**

Info-Social **811** option 2

• **911**

AUTRES NUMÉROS PERTINENTS

- Tel jeune **1-800-263-2266**
- Ligne Info Parents **1-800-361-5085**

RÉFÉRENCES

- Bazinet, J., Roy, F. & Lavoie, B. (2011). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*. Cahier du participant, 2e éd. Association québécoise de prévention du suicide, p. 14-15.
- Bazinet, J., Diaz, L. et Lortie P. B. (2018). *Stratégie numérique sur la prévention du suicide au Québec – Portrait des pratiques actuelles et des besoins*, Rapport présenté à l'Association québécoise de prévention du suicide, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. 116 p.
https://www.spps.info/media/documents/VEINAL/Espritdiffusion_Portraitdespratiquesetsbesoins-2018-SNPSQ.pdf
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. (2020) PO-49 - Politique en prévention du suicide.
http://cine-ciussc.qc.ca/cd/~/layouts/15/WopiFrame.aspx?sources=/cd/Document%20unilic/Type%20de%20document%20-%20Politique/PO-49_Politique-relative-prevention-du-suicide.pdf&action=defaut%20DefautItemOpen%20
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (2018) POL-019 Politique en prévention du suicide. No [PID-CEMTL-00091].
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Formation GÉRIS.
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est. *Détection de la personne à risque suicidaire*.
- Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. (2018). *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS)*. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
<https://sqliism.org/wp-content/uploads/Outil-clinique-Cadre-de-ref-C3%A9f-C3%A9rence-suicide-2018-juillet-2018.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Le protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficulté recevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-839-03W.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmier du Québec (OIQ). (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie – Guide de pratique clinique*. [Suicide-Guide \(oiq.org\)](http://suicide-guide.oiq.org).

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

Québec

Direction des services multidisciplinaires
Novembre 2022

Annexe 9 - Rôles et responsabilités en suivi étroit : Secteur soutien à domicile (SAD)

Rôles et responsabilités en suivi étroit

Toujours en partenariat avec l'utilisateur et ses proches



Annexe 10 - Rôles et responsabilités en suivi étroit : Secteur socioprofessionnel

Rôles et responsabilités en suivi étroit

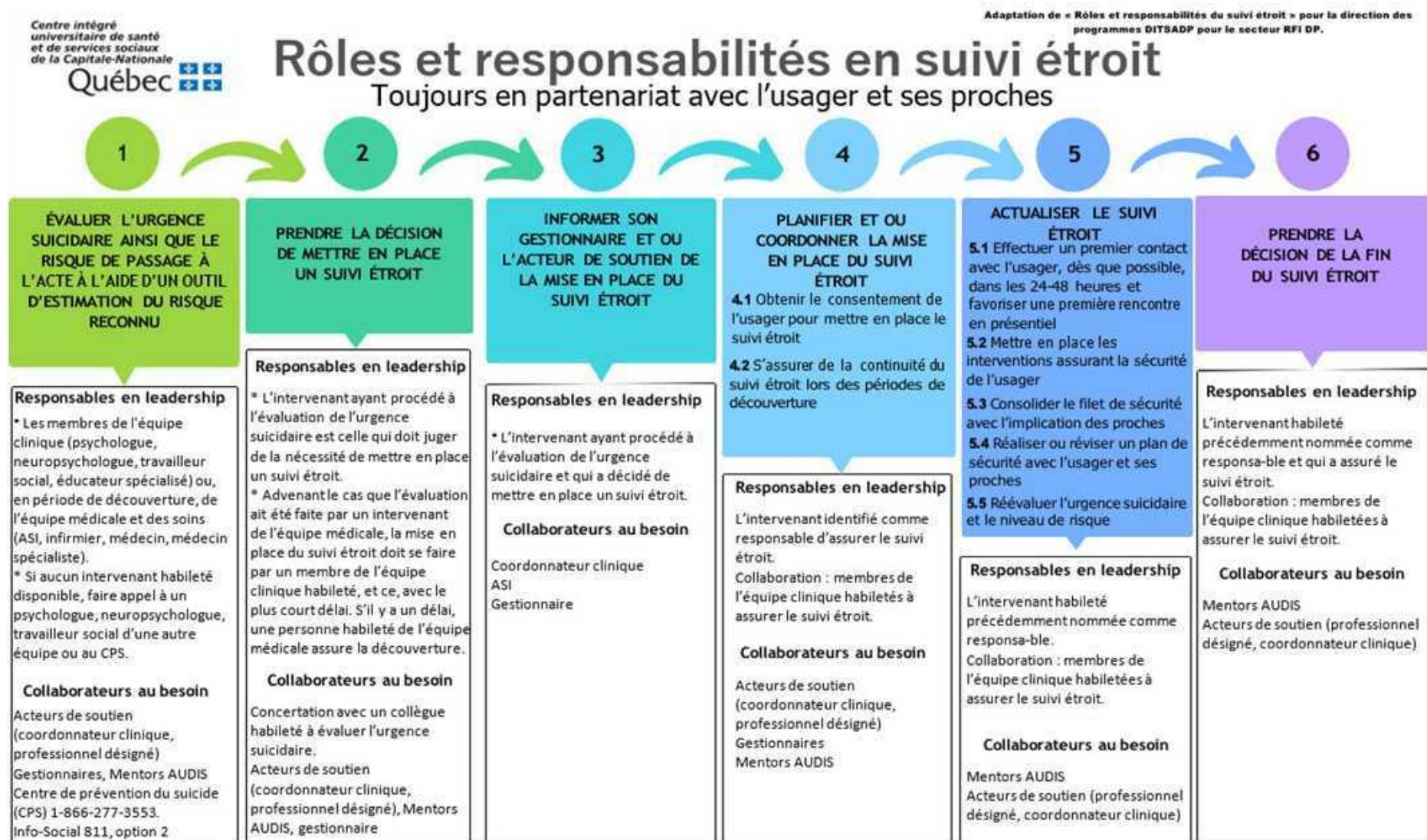
Toujours en partenariat avec l'utilisateur et ses proches



N.B. : Le même processus s'applique pour la clientèle DP dans les services socioprofessionnels. S'il n'y a pas d'intervenant pivot du SAD au dossier, l'intervenant socioprofessionnel peut prendre en charge la situation s'il est habilité à le faire en lien avec le suivi étroit. Si ce n'est pas le cas, escalader la situation au gestionnaire ou à l'acteur de soutien clinique.

Adaptation de « Rôles et responsabilités du suivi étroit » pour la direction DITSADP pour le secteur Socioprofessionnel.

Annexe 11 - Rôles et responsabilités en suivi étroit : Secteur RFI DP



Annexe 12 - Outil d’appréciation processus – Continuum en prévention du suicide

OUTIL D'APPRÉCIATION PROCESSUS - CONTINUUM EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Direction adjointe:

Équipe :

Événement audité:

Date :

Nom de l'auditeur ou nom des membres du groupe de travail :

| # | POINTS OBSERVÉS | CONFORMITÉ | | | COMMENTAIRES | RECOMMANDATIONS |
|--|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------|-----------------|
| Détection et Dépistage | | | | | | |
| 1 | Est-ce que la présence d'idées suicidaires est questionné | OUI ☐ | NON ☐ | N/A ☐ | | |
| 2 | Est-ce qu'un outil est utilisé pour dépister les signes avant-coureurs, l'indice de détresse, les facteurs de risques et de protection | OUI ☐ | NON ☐ | N/A ☐ | | |
| Évaluation de l'urgence et du risque | | | | | | |
| 3 | Est-ce que le risque (absent-faible-moderé-élevé) est évalué à un intervalle établi selon les besoins de l'usager et consigné au dossier de l'usager | OUI ☐ | NON ☐ | N/A ☐ | | |
| 4 | Est-ce que les proches sont impliqués dans chacune des étapes | OUI ☐ | NON ☐ | N/A ☐ | | |
| Planification de l'intervention et suivi | | | | | | |
| 5 | Est-ce qu'une planification des interventions en équipe est réalisée et inscrite dans le dossier de l'usager | OUI ☐ | NON ☐ | N/A ☐ | | |
| 6 | Est-ce qu'un suivi adapté et sécuritaire est établi et consigné au dossier de l'usager | OUI ☐ | NON ☐ | N/A ☐ | | |
| Intervention post-événement | | | | | | |
| 7 | Est-ce que les employés bénéficient d'un soutien | OUI ☐ | NON ☐ | N/A ☐ | | |
| 8 | Est-ce que que les proches bénéficient d'un soutien | OUI ☐ | NON ☐ | N/A ☐ | | |
| 9 | Est-ce que la tentative de suicide ou le décès par suicide est déclaré sur le rapport accident AH-223 | OUI ☐ | NON ☐ | N/A ☐ | | |
| 10 | Est-ce que le supérieur de l'équipe a appliqué la procédure postvention | OUI ☐ | NON ☐ | N/A ☐ | | |
| Politique, Procédure, Formation, etc. | | | | | | |
| 11 | Est-ce que la politique en prévention du suicide (PO-49) est connue | OUI ☐ | NON ☐ | N/A ☐ | | |
| 12 | Est-ce que la procédure de votre direction en matière de prévention du suicide est rédigée et connue | OUI ☐ | NON ☐ | N/A ☐ | | |
| 13 | Est-ce que vous avez suivi une formation sur la prévention du suicide | OUI ☐ | NON ☐ | N/A ☐ | | |
| COMMENTAIRES GÉNÉRAUX ET OPPORTUNITÉS D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉES : | | | | | | |

Annexe 13 - Service d'intervention offert à la suite d'un événement traumatisant

Service d'intervention offert à la suite d'un événement traumatisant

PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS ET À LA FAMILLE (PAEF)

AUX GESTIONNAIRES

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, grâce à son Programme d'aide aux employés et à la famille (PAEF) confié à Solutions Mieux-être LifeWorks, offre aux membres du personnel, touchés par un événement traumatisant, un service d'intervention rapide avec des ressources spécialisées pour renforcer le processus de rétablissement et déterminer les risques ainsi que les réactions éventuelles. Ce service est :

Accessible 24 h/24, 7j/7

Frais couverts par l'organisation

QU'EST-CE QU'UN ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT?

Un événement traumatisant est une situation qui peut perturber l'ensemble d'une équipe ou d'un milieu de travail. Il déclenche chez un ou des employés une ou des réactions émotionnelles exceptionnellement fortes pouvant nuire à leur capacité de fonctionner au travail ou à domicile.

Exemples :

- **Décès d'un collègue, d'un membre de la famille, d'un usager, etc.**
(ex. : mort naturelle soudaine, accident, suicide, agression);
- **Maladie, accident ou agression dont est victime un collègue de travail**
(ex. : paralysie, blessure grave, traumatisme);
- **Situation qui provoque une forte charge émotionnelle**
(ex. : restructuration interne majeure, situation exceptionnelle);
- **Événements naturels pouvant causer des blessures graves ou la mort**
(ex. : incendie, tremblement de terre).

Chaque personne réagit différemment à la suite d'un tel événement. Il est donc important d'être attentif aux réactions émotionnelles (ex. : colère, anxiété, sentiment d'impuissance, irritabilité, rappels d'images) et aux changements dans le comportement au travail (ex. : baisse de la qualité du travail, manque d'attention, oublis) et de mener rapidement des actions concrètes pour soutenir les personnes touchées.

QUE FAIRE LORS D'UN ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT?

- Assurez-vous de demeurer aussi calme que possible.
- Évaluez la nécessité de demander l'aide d'un collègue ou de votre supérieur pour vous soutenir dans la coordination des actions.
- Mettez en place le protocole pertinent (ex. : sécuriser les lieux, procéder à l'enquête administrative, etc.), s'il y a lieu, tout en étant respectueux des réactions des personnes touchées par la situation.
- Soyez disponible et à l'écoute de ce que les employés de votre équipe ressentent le besoin de vous dire.
- Gardez à l'esprit que les réactions observées chez les employés sont parfaitement normales dans le contexte de l'événement qui vient de se produire et que leur intensité varie d'une personne à l'autre.
- N'hésitez pas à demander du soutien pour vous. Bien que, vous ayez des responsabilités dans la coordination des actions en tant que gestionnaire, il est normal que la situation vous affecte aussi.
- Toutes les personnes touchées directement ou indirectement par l'événement sont encouragées à participer, sur une base volontaire, à la rencontre avec le conseiller du PAEF.
- En tant que gestionnaire, il est à votre discrétion de déterminer si vous serez présent pendant l'intervention du conseiller.

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE ET OBTENIR DU SOUTIEN?

1

Communiquez avec une personne autorisée et ayez en main les informations requises

Seules les personnes autorisées peuvent faire ce type de demande au PAEF.

- **Du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h**
Communiquez avec le Service de la qualité de vie au travail au 418 781-1782.
- **En soirée, la nuit et la fin de semaine**
Communiquez avec le coordonnateur ou le directeur de garde de votre territoire.
- **Pour la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)**
Communiquez avec le cadre de garde de votre direction.

Les informations requises liées à l'événement :

- Nom et coordonnées de la personne-ressource présente dans le milieu de travail concerné (souvent le gestionnaire);
- Nom et adresse du milieu de travail;
- Description de l'événement;
- Le nombre d'employés qui participeront à l'intervention;
- Une date souhaitée pour l'intervention.

2

Recevez l'appel du conseiller du PAEF

Le conseiller du PAEF communiquera avec vous afin d'évaluer la gravité de la situation et déterminer l'intervention requise et ses modalités. Il sera en mesure de vous aider à recenser les besoins et il prendra les dispositions nécessaires pour vous soutenir. L'intervention a lieu **dans le milieu de travail dans une période de 24 à 48 heures suivant l'événement ou au-delà de ce délai.**

3

Accueillez le conseiller du PAEF pour l'intervention post-traumatique

Le conseiller arrivera dans le milieu de travail et animera une séance de désamorçage ou de verbalisation à l'intention des personnes touchées afin de normaliser les réactions et d'atténuer le stress.

4

Obtenez un suivi du conseiller du PAEF

Le conseiller effectuera un appel de suivi afin d'évaluer les effets persistants que l'événement pourrait avoir sur l'équipe. S'il est nécessaire d'effectuer une autre intervention (de groupe ou individuelle), il y aura une évaluation et une coordination des services.

Documents de référence de Solutions Mieux-être LifeWorks sur la Zone CIUSSS • Espace gestionnaires

- [Trousse sur les services d'intervention post-traumatique à l'intention des gestionnaires](#)
- [Surmonter les répercussions d'un événement traumatisant](#)

Des questions ou des commentaires?

Service de la qualité de vie au travail

418 781-1782

qualitevietravail.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Annexe 14 - Plan de sécurité

| | | |
|--|--|--|
| Les choses qui me font penser au suicide ou qui me rendent triste (indicateur émotionnel ou comportemental d'alarme qui peut être rattaché à un épisode de MAAS) : | | |
| | <div>Actions à faire
Les actions que je peux faire pour ne plus penser au suicide et pourquoi c'est utile pour moi que je les fasse.</div> <div></div> | <div>Actions à éviter
Les actions que je dois éviter parce qu'elles me font penser encore plus au suicide.</div> <div></div> |
| Par moi-même, tout seul | | |
| Demander de l'aide à : | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2020

Annexe 15 - Aide-mémoire : Outil - Postvention à la suite d'un suicide d'un usager

Prévention du suicide

Aide-mémoire

Outil - Postvention à la suite d'un suicide d'un usager

« La postvention correspond à l'ensemble des interventions qui se déploient après un suicide dans le milieu où le suicide a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée » (AQPS, 2020). L'aide-mémoire s'adresse essentiellement aux gestionnaires des directions-programmes afin de les soutenir lors de l'application de la trajectoire de la postvention.

ÉTAPES À RÉALISER

Date de l'événement :

Étape 1 : Gérer l'urgence et déclaration de l'événement

- ☐ À l'interne, le code bleu a été déclenché
- ☐ À l'externe, le 911 a été contacté
- ☐ La victime a été identifiée
- ☐ Les proches ont été contactés
- ☐ Les lieux ont été sécurisés
 - ☐ La victime a été soustraite du lieu
 - ☐ Le lieu a été évacué (personnel et usager)
- ☐ La personne répondante de la DQEPE a été contactée
- ☐ La complétion du formulaire AH-223 a été réalisée
- ☐ Les relations médias ont été informées de la situation (dans le cas où cela est requis)

Étape 2 : Validation des interventions et mobilisation du personnel

- ☐ Les personnes touchées par l'événement ont été repérés (usager, personnel, témoins)
- ☐ Les personnes touchées par l'événement (usager, personnel, témoins) ont été rencontré et leurs besoins ont été évalués (individuel et d'équipe)
- ☐ Les personnes touchées par l'événement (usager, personnel, témoins) ont été informés des services offerts
- ☐ Il a été validé avec les employés si certains ont besoin de prendre congé

Étape 3 et 4 : Planification et réalisation des interventions

- ☐ Les rôles et responsabilités des membres de la cellule ont été définis
- ☐ Les membres de la cellule se sont rencontrés et les interventions à mettre en place ont été définies selon les besoins
- ☐ Les conditions nécessaires à l'intervention ont été réfléchies et mis en place
- ☐ Les membres du personnel sont informés des décisions prises suite à l'analyse de la situation et des suites à venir
- ☐ La Qualité Vie au Travail (QVT) a été contactée suite à l'estimation des besoins des employés
- ☐ Les proches ont été pris en charge et référés aux bons organismes

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

Québec

Direction des services multidisciplinaires

Juin 2022

Annexe 16 - Aide-mémoire : Bilan – Postvention à la suite d'un suicide d'un usager

Prévention du suicide

Aide-mémoire

Outil - Postvention à la suite d'un suicide d'un usager

« La postvention correspond à l'ensemble des interventions qui se déploient après un suicide dans le milieu où le suicide a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée » (AQPS, 2020). L'aide-mémoire s'adresse essentiellement aux gestionnaires des directions-programmes afin de les soutenir lors de l'application de la trajectoire de la postvention.

ÉTAPES À RÉALISER

Date de l'événement : _____

Étape 1 : Gérer l'urgence et déclaration de l'événement

- ☐ À l'interne, le code bleu a été déclenché
- ☐ À l'externe, le 911 a été contacté
- ☐ La victime a été identifiée
- ☐ Les proches ont été contactés
- ☐ Les lieux ont été sécurisés
 - ☐ La victime a été soustraite du lieu
 - ☐ Le lieu a été évacué (personnel et usager)
- ☐ La personne répondante de la DQPE a été contactée
- ☐ La complétion du formulaire AH-223 a été réalisée
- ☐ Les relations médias ont été informées de la situation (dans le cas où cela est requis)

Étape 2 : Validation des interventions et mobilisation du personnel

- ☐ Les personnes touchées par l'événement ont été repérés (usager, personnel, témoins)
- ☐ Les personnes touchées par l'événement (usager, personnel, témoins) ont été rencontré et leurs besoins ont été évalués (individuel et d'équipe)
- ☐ Les personnes touchées par l'événement (usager, personnel, témoins) ont été informés des services offerts
- ☐ Il a été validé avec les employés si certains ont besoin de prendre congé

Étape 3 et 4 : Planification et réalisation des interventions

- ☐ Les rôles et responsabilités des membres de la cellule ont été définis
- ☐ Les membres de la cellule se sont rencontrés et les interventions à mettre en place ont été définies selon les besoins
- ☐ Les conditions nécessaires à l'intervention ont été réfléchies et mis en place
- ☐ Les membres du personnel sont informés des décisions prises suite à l'analyse de la situation et des suites à venir
- ☐ La Qualité Vie au Travail (QVT) a été contactée suite à l'estimation des besoins des employés
- ☐ Les proches ont été pris en charge et référés aux bons organismes

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

Direction des services multidisciplinaires
Juin 2022

Prévention du suicide

Aide-mémoire

Bilan – Postvention à la suite d'un suicide d'un usager

L'aide-mémoire s'adresse essentiellement aux gestionnaires des directions-programmes afin de les soutenir lors du bilan de postvention. « La postvention correspond à l'ensemble des interventions qui se déploient après un suicide dans le milieu où le suicide a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée » (AQPS, 2020).

Les objectifs du bilan sont les suivants :

- Faire un état de la situation et s'assurer que le repérage des personnes qui ont été directement touchées par le suicide ou qui sont vulnérables se poursuit et qu'elles ont accès aux interventions appropriées.
- Garder des traces écrites des mesures appliquées lors de la postvention dans un but d'amélioration continue des services.

QUESTIONS À SE POSER

Bilan de l'événement

Veuillez contacter le conseiller de la DQPE relié à votre direction pour réaliser cette partie du bilan.

Bilan au niveau de la postvention

Voici des exemples de questions à laquelle vous pouvez répondre afin de compléter le tableau ci-bas.

Étape 1 : Gérer l'urgence et déclaration de l'événement

- Les personnes endeuillées ou témoins ont-ils été rapidement identifiées et soutenues?
- L'annonce du décès aux proches et dans le milieu a été bien réalisée en tenant compte du respect des politiques en place et en favorisant des messages sécuritaires et préventifs?
- Qu'est-ce qui a aidé le milieu à retrouver un fonctionnement habituel?

Étape 2 : Validation des interventions et mobilisation du personnel

- Est-ce que toutes les informations nécessaires au déploiement de la trajectoire, ont été colligées et validées dès le début?
- Est-ce que tout le personnel nécessaire à la trajectoire a été mobilisé?
- Les rôles et responsabilités des acteurs internes étaient-ils clairs?
- A-t-on détecté toutes les personnes vulnérables?

Étape 3 et 4 : Planification et réalisation des interventions

- Les membres présents se sont-ils sentis outillés pour porter secours aux personnes directement touchées (endeuillées ou témoins)?
- Est-ce que le soutien des personnes impliquées dans la situation de crise était suffisant?
- A-t-il été facile d'avoir accès aux ressources externes du milieu?
- A-t-on offert du soutien à plus long terme aux personnes selon leurs besoins?
- Le gestionnaire a-t-il été disponible et à l'écoute de ce que les employés de son équipe ressentaient comme besoin sans forcer la confiance?
- A-t-on offert du soutien aux usagers touchés par l'événement?
- A-t-on référé les proches de l'utilisateur vers des ressources spécialisées?
- A-t-on fait la promotion de la documentation psychologique aux personnels, aux usagers et aux proches touchés par l'événement?

Généralement

- À chaque étape, est-ce que les actions posées étaient les bonnes, au bon moment et par le bon professionnel?
- Est-ce que le milieu a bien adhéré à la postvention?
- Qu'est-ce qui a été facilitant?
- Quels ont été les obstacles rencontrés?

En cohérence avec la politique PO-49 en prévention du suicide du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Annexe 17 - Aide-mémoire : Clientèle adulte – Dépistage du risque suicidaire

Prévention du suicide

Aide-mémoire

Clientèle adulte – Le dépistage du risque suicidaire

Dépister le risque suicidaire

Nous sommes des acteurs importants en ce qui a trait à la **détection** des personnes vivant de la détresse psychologique ou qui ont des idées suicidaires, et ce, peu importe le rôle que nous avons au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Suite à la détection, il faut aller plus loin et dépister le risque suicidaire, si cela fait partie de notre responsabilité professionnelle. L'aide-mémoire peut être utilisé par le personnel non clinique, les intervenants et les professionnels de la santé. Il est important de se concerter dans les situations où il y a un risque suicidaire.

DÉPISTAGE DU RISQUE SUICIDAIRE

Lorsque des indices/facteurs de risque suicidaire sont détectés chez un usager, on doit poursuivre avec le dépistage ou référer à un intervenant habilité à dépister le risque suicidaire chez l'usager, en posant directement, de façon claire et sans ambiguïté la question :

Avez-vous des idées suicidaires actuellement?
Avez-vous pensé au suicide au cours de la dernière année?
Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie?

Le dépistage est positif si l'usager répond **OUI** à la ou les questions;
Il est négatif si l'usager répond **NON** à toutes les questions.

Dépistage positif

Dépistage négatif

Référer à un intervenant habilité à **évaluer** l'urgence suicidaire et le risque de passage à l'acte suicidaire. Si un professionnel sur place ne peut pas prendre le relais de façon immédiate, orienter l'usager le plus rapidement possible vers un intervenant du Centre de prévention du suicide ou au 811.

Poursuivez votre intervention et documenter les signes de détresse psychologique et transmettez l'information à la personne qui donnera le service.

* Pour certaines clientèles (enfants, personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TSA) vous référer à un professionnel désigné à ces clientèles.

SYNTHÈSE DES ÉTAPES

1. Prendre contact avec l'usager.
2. S'assurer d'avoir les coordonnées de l'usager (nom, adresse et numéro de téléphone).
3. Avoir une attitude d'ouverture et de bienveillance.
4. Être à l'affût des éléments liés à la détection.
5. Si vous détectez de la détresse, poser les trois questions de la section dépistage.
6. Si une des réponses est affirmative, référer rapidement à un intervenant qui pourra prendre le relais. Si les réponses sont négatives, mais que vous demeurez inquiet en raison des signes de détresse, référer à un intervenant qui poursuivra l'intervention. Si le client nomme être en tentative de suicide (en passage à l'acte), faites le 911.
7. Aviser votre gestionnaire de la situation et de vos démarches.

* L'intervenant formé aux risques homicidaires qui dépiste les idées suicidaires doit aussi poser les questions concernant l'homicide en parallèle.

Prendre des notes pour assurer la transmission d'informations

En cohérence avec la politique PO-48 en prévention du suicide du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Prévention du suicide

Clientèle adulte – Le dépistage du risque suicidaire

RESSOURCES



- Centre de prévention du suicide
1-866-APPELLE
- Info social 811, option 2
- Centre de crise de Québec 418-688-4240
- 911

AUTRES NUMÉROS PERTINENTS

- Centre antipoison 1-800-463-5060
- Anciens combattants 1-800-268-7708
- Ligne d'écoute pour les autochtones
1-855-242-3310

RÉFÉRENCES

- Bazinet, J., Roy, F. & Laviole, B. (2011). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*. Cahier du participant, 2e éd. Association québécoise de prévention du suicide, p. 14-15.
- Bazinet, J., Diaz, L. et Lortie P. B. (2018). *Stratégie numérique sur la prévention du suicide au Québec – Portrait des pratiques actuelles et des besoins*, Rapport présenté à l'Association québécoise de prévention du suicide, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. 116 p.
https://www.aops.info/media/documents/VEFINALpourdiffusion_Portraitdespratiquesetsbesoins-2018-SNPSO.pdf
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. (2020) PO-49 - Politique en prévention du suicide.
http://zone-ciussr.r03.rts.qc.ca/cd/ layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Politiques/PO-49_Politique-relative-prevention-du-suicide.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (2018) PDI-019 Politique en prévention du suicide. No [PID-CEMTL-00091].
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est. *Détection de la personne à risque suicidaire*.
 [Aide mémoire Montérégie-est.pdf](#)
- Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. (2018). *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS)*, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
<https://enlism.org/wp-content/uploads/Outill-clinique-Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-suicide-2018-juillet-2018.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Le protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficulté recevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-839-03W.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmier du Québec (OIQ). (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie – Guide de pratique clinique*. [Suicide-Guide \(oia.org\)](#).

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

Québec

Direction des services multidisciplinaires
octobre 2022

Annexe 18 - Aide-mémoire : Initier le dépistage des idées suicidaires pour la clientèle DP

Annexe 18 – Aide-mémoire :

Initier le dépistage des idées suicidaires pour la clientèle DP et les proches

****Aide-mémoire à l'intention des membres du personnel habileté à faire le dépistage des idées suicidaires pour la clientèle desservie par la DP et pour les proches****



OBJECTIFS DE L'AIDE-MÉMOIRE :

- Proposer des idées de phrases d'introduction pour poser les 3 questions de dépistage ;
- Proposer des phrases pour clore le sujet lié au suicide en cas de dépistage négatif ;
- Référer le personnel habileté à faire le dépistage vers la procédure en cas de dépistage positif pour assurer les étapes subséquentes.
- Répondre à des questions fréquemment reçues

MISE EN CONTEXTE

- *Si la détection de la détresse psychologique est positive ou si votre secteur privilégie l'option du dépistage des idées suicidaires à l'initiation des services pour tous les usagers, il est recommandé de poser directement les trois questions suivantes :*

- Avez-vous (as-tu) des idées suicidaires ?
- Avez-vous (as-tu) pensé au suicide au cours de la dernière année ?
- Avez-vous (as-tu) déjà tenté de vous (t') enlever la vie ?

- *Cependant, il se peut que le contexte de consultation de l'utilisateur ne soit pas propice pour y glisser facilement les trois questions ou que la personne qui procède au dépistage ne soit pas à l'aise d'incorporer les trois questions dans son entrevue initiale ou lors d'une relance.*

Voici donc des idées pour faciliter l'insertion des trois questions et pour savoir comment clore le sujet lorsque le dépistage est négatif :

« Il arrive parfois qu'un problème de santé physique finisse par avoir un impact sur notre moral. J'aimerais savoir comment se porte votre moral en vous posant trois questions importantes pour votre bien-être qui peuvent vous paraître inattendues (posez ensuite les trois questions) ».

« Je sais que je vous rencontre uniquement pour vous dispenser des conseils concernant x problématique, mais je me dois de vous poser trois questions afin de respecter la procédure en prévention des risques. Avez-vous... (posez les trois questions) ».

« Je sais que je vous appelle uniquement pour mettre les données à jour le temps que vous soyez appelés pour votre chirurgie à l'hôpital. Cependant, pour m'assurer que la période d'attente ne constitue pas un risque pour vous et vous orientez vers les bonnes ressources. Avez-vous.... (Posez les trois questions) ».

Si dépistage négatif : « Bien sûr l'attente d'une chirurgie ne mène pas toujours à des idées suicidaires mais, si jamais cela vous arrive, sachez que vous pouvez obtenir de l'aide rapidement en appelant au Centre de prévention du suicide (1-866-APPELLE); c'est gratuit et confidentiel ».

Annexe 18 – Aide-mémoire :

Initier le dépistage des idées suicidaires pour la clientèle DP et les proches

****Aide-mémoire à l'intention des membres du personnel habileté à faire le dépistage des idées suicidaires pour la clientèle desservie par la DP et pour les proches****

« On n'a pas toujours le réflexe d'y penser mais la santé mentale est aussi importante que la santé physique. Puisque je travaille dans un établissement de santé, je me dois de vérifier aussi votre santé mentale. J'ai besoin de savoir si vous avez actuellement des idées suicidaires? (Suivi des deux autres questions) ».

Si dépistage négatif : « Sachez que notre équipe a à cœur la santé mentale des personnes qui nous consultent. Alors, n'hésitez pas à nous adresser une demande d'aide. Il nous fera plaisir de vous soutenir et de trouver une solution avec vous ».

« Vous m'avez dressé une liste de vos symptômes pour lesquels vous venez me consulter, cela ne doit pas être facile au quotidien. Est-ce qu'il s'ajouterait des idées suicidaires? Avez-vous pensé au suicide au cours de la dernière année? Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie? » « Vos symptômes ne vous causent pas de souci au point de vous engendrer des idées suicidaires, tant mieux! Mais je me devais de vérifier. Regardons maintenant en quoi je peux vous aider concernant vos symptômes. »

« Pour la plupart des gens qui vivent avec de la douleur chronique, il y a des périodes difficiles et certains pensent au suicide. En ce qui vous concerne, avez-vous des idées suicidaires? (Suivi des deux autres questions) ».

« Vous venez d'apprendre le diagnostic de votre enfant. Certaines personnes le prennent difficilement et il y a un risque d'idées suicidaires. Avez-vous des idées suicidaires? (Suivi des deux autres questions) ».

Si dépistage négatif : « Merci. Étant donné que les réponses sont négatives, je ne vous poserai plus les questions, mais sachez que vous pouvez m'en parler si jamais cela vous arrive ou vous pouvez rejoindre une ligne téléphonique confidentielle (fournir le numéro 1-866-APPELLE au besoin) ».

« Vous venez de vivre un grand changement dans votre vie et je sens que ce n'est pas facile. Parfois cela s'accompagne de découragement et d'idées suicidaires. Avez-vous des idées suicidaires? (Suivi des deux autres questions) ».

« Vous venez d'apprendre que vous aurez à adapter votre véhicule pour pouvoir continuer à l'utiliser. Pour certaines personnes, cette annonce s'avère être la goutte qui fait déborder le vase et je me dois de vérifier avec vous si vous avez des idées suicidaires. (Posez ensuite les deux autres questions) ».

N'hésitez pas à construire votre propre phrase d'introduction aux 3 questions en combinant des idées. Pratiquez-vous pour découvrir votre formulation gagnante !

****Pour toutes situations dans laquelle vous obtenez un oui à l'une des 3 questions, vous devez vous référer à la marche à suivre de votre secteur, à votre acteur de soutien (coordonnateur clinique, professionnel désigné) et / ou votre gestionnaire si vous n'êtes pas habileté à poursuivre l'évaluation de l'urgence suicidaire****

Nom : _____

DDN : _____

Suivi étroit

| Date (ou heure si des vérifications très rapprochées sont effectuées) | Niveau de dangerosité tel que réévalué lors des suivis (évaluer l'évolution dans le temps) | Humeur (type)
ex. : triste, agité, anxieux, content, reste en retrait... | Humeur stabilité** :
Amélioration ↗
Stable →
Aggravation ↘ | Incidents ou évènements et ajustements du plan d'action |
|--|--|---|---|---|
| |  | | ↗ → ↘ | |
| |  | | ↗ → ↘ | |
| |  | | ↗ → ↘ | |
| |  | | ↗ → ↘ | |
| |  | | ↗ → ↘ | |
| <p>** Les variations de l'humeur notées ici sont globales. Il est impossible de savoir si elles sont directement liées aux MAAS ou pas. Le but est ici de savoir dans quelle mesure la personne retrouve un niveau d'humeur habituel, quel que soit son niveau habituel.</p> | | | | |