

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Centre intégré<br/>universitaire de santé<br/>et de services sociaux<br/>de la Capitale-Nationale</b></p> <p><b>Québec</b> </p> | <b>POLITIQUE</b>   |
|  | Code : PO-49   |
|  | Direction responsable :<br>Direction des services multidisciplinaires (DSM)  |
|  | Approuvée par : Isabelle Simard, directrice  |
|  | Adoptée au conseil d'administration le : 24 novembre 2020<br>Résolutions no: CA-CIUSSS-2020-11[49]-24<br>CA-CIUSSS-2024-05[PO-49]-14 |
| Entrée en vigueur le : 24 novembre 2020<br>Révisée le : 14 mai 2024  |  |
| <b>TITRE : PO-49 Politique relative à la prévention du suicide</b>   |  |

**CONSULTATIONS**

- Conseil des infirmières et infirmiers :
- Conseil multidisciplinaire :
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens :

Cadres :

Autres :

Directions : DAJI – DSAPA – DITSADP –  
DSMD – DJ – DPJ – DQEPE –  
DRHC – DSI-SP – DEAU

## TABLE DES MATIÈRES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. FONDEMENTS</b> .....   | <b>4</b>  |
| 1.1. JURIDIQUES .....  | 4         |
| 1.2. ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET ORDRES PROFESSIONNELS .....                                      | 4         |
| 1.3. POLITIQUES ET PROCÉDURES DE L'ÉTABLISSEMENT .....   | 4         |
| <b>2. PRINCIPES</b> .....  | <b>5</b>  |
| 2.1. OBLIGATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT .....  | 5         |
| 2.2. LE VRAI NORD ET SES PILIERS .....   | 5         |
| 2.3. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES TRANSVERSALES .....   | 6         |
| 2.4. PRINCIPES DE BASE TRANSVERSAUX .....  | 6         |
| <b>3. OBJECTIFS</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>4. CHAMP D'APPLICATION</b> .....  | <b>9</b>  |
| <b>5. DÉFINITIONS</b> .....  | <b>9</b>  |
| <b>6. MODALITÉS</b> .....  | <b>14</b> |
| 6.1. DESCRIPTION DU CONTINUUM D'INTERVENTION EN PRÉVENTION DU SUICIDE .....                          | 16        |
| 6.1.1. ACTIVITÉ 1 : DÉTECTION DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE .....                                     | 17        |
| 6.1.2. ACTIVITÉ 2 : DÉPISTAGE DES IDÉES SUICIDAIRES .....  | 18        |
| 6.1.3. ACTIVITÉ 3 : ÉVALUATION DE L'URGENCE ET DU RISQUE DE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE .....        | 18        |
| 6.1.4. ACTIVITÉ 4. PLANIFICATION DE L'INTERVENTION EN FONCTION DU RISQUE .....                       | 20        |
| 6.2. DESCRIPTION DU CONTINUUM D'INTERVENTION POST-ÉVÉNEMENT EN CONTEXTE SUICIDAIRE .....             | 22        |
| 6.2.1. INTERVENTION À LA SUITE D'UN ÉVÉNEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUE .....                      | 23        |
| 6.2.2. LA POSTVENTION .....  | 23        |
| 6.2.3. CONTINUUM D'INTERVENTION POST-ÉVÉNEMENT EN CONTEXTE SUICIDAIRE (ALGORITHME DÉCISIONNEL) ..... | 25        |
| <b>7. RESPONSABILITÉS</b> .....  | <b>26</b> |
| 7.1. COMITÉ STRATÉGIQUE DE PRÉVENTION DU SUICIDE .....   | 26        |
| 7.2. COMITÉS TACTIQUES DE PRÉVENTION DU SUICIDE .....  | 27        |
| 7.3. GESTIONNAIRE .....  | 28        |
| 7.4. ACTEUR DE SOUTIEN CLINIQUE (EX. : COORDONNATEUR) .....  | 28        |
| 7.5. INTERVENANT/PERSONNEL CLINIQUE .....  | 28        |
| <b>8. ENTRÉE EN VIGUEUR</b> .....  | <b>29</b> |
| <b>9. ANNEXES</b> .....  | <b>29</b> |
| Annexe 1 – Aide-mémoire: détection et dépistage .....  | 30        |
| Annexe 2 – Continuum d'intervention en prévention du suicide .....                                   | 33        |
| Annexe 3 – Facteurs de protection .....  | 35        |
| Annexe 4 – Plan de sécurité .....  | 36        |
| Annexe 5 – Les étapes de la postvention .....  | 38        |

## 1. FONDEMENTS

Cette politique repose sur plusieurs fondements légaux et réglementaires qui encadrent les pratiques cliniques et organisationnelles. Leur utilisation permet de baliser des obligations à respecter pour l'établissement et son personnel.

### 1.1. JURIDIQUES

- Charte des droits et libertés de la personne (article 2) ;
- Code civil, Chapitre 1 sur le droit des usagers (articles 10 à 16 et 26 à 31) ;
- Loi sur les services de santé et de services sociaux (articles 1 à 16, 19 et 19.0.1.) ;
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – P.38.001;
- Loi sur la protection de la jeunesse ;
- Loi sur le système de justice pénale des adolescents ;
- Loi sur la santé et sécurité au travail (articles 9, 10, 51 et 51.1) ;
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, dite Loi 21.

### 1.2. ORIENTATIONS MINISTERIELLES ET ORDRES PROFESSIONNELS

- La Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir ;
- Orientations ministérielles du Plan d'action en santé mentale 2022-2026 (mesures 7.3 et 7.4) ;
- Orientations ministérielles du Plan d'action en santé mentale 2017-2020 (mesures 16, 29 et 30) ;
- Politique gouvernementale en prévention de la santé (orientation 4). Code des professions du Québec (article 60.4) ;
- Ordres professionnels des principaux intervenants concernés – Codes de déontologie. Secret professionnel et confidentialité : Travailleurs sociaux - article 3.06.01; Psychologue – articles 18 et 19 ; Psychoéducateur – articles 18 et 19 ; Éducateur spécialisé – article 4.6.1; Infirmières et infirmiers – articles. 3.1 alinéas 1 et 63.1;
- Ordres professionnels des principaux intervenants concernés – Codes de déontologie. Évaluation risque suicidaire et danger imminent : Travailleurs sociaux – articles 3.06.01.01 et 3.06.01.02 alinéa a) ; Psychologue - articles 18 et 20 dernier paragraphe ; Psychoéducateur – article 19; Éducateur spécialisé - article. 1.2.

### 1.3. POLITIQUES ET PROCEDURES DE L'ETABLISSEMENT

- [PR-00-56 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](#) (article 4.5 et 5.2) ;

- [PO-22 – Politique relative à la tenue du dossier de l’usager et la protection des renseignements personnels.](#)

## 2. PRINCIPES

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale contribue activement à améliorer la santé globale de la population de son territoire. Il offre aux usagers et à leurs proches des soins et des services de santé et des services sociaux de proximité, intégrés et accessibles. Axés sur la qualité, la sécurité et la performance, ces soins et ces services s’appuient sur les meilleures pratiques et l’innovation, avec la participation des usagers, de leurs proches et du personnel œuvrant au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Dans un souci d’assurer une prestation de soins et de services sécuritaires auprès des usagers présentant des idées suicidaires, et ce, en conformité avec les lignes directrices énoncées dans la pratique organisationnelle requise (POR) d’Agrément Canada, le CIUSSS de la Capitale-Nationale met en place cette politique. Pour ce faire, il s’appuie sur plusieurs types de principes, orientations et valeurs organisationnelles.

### 2.1. OBLIGATIONS DE L’ETABLISSEMENT

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale doit répondre à certaines obligations par rapport aux usagers de ses services et de la population en général. Les plus saillantes sont contenues dans :

- La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), principalement les articles 7 et 9 ;
- Le Code civil du Québec (CcQ), principalement les articles 13 et 16 ;
- La Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ;
- Le CIUSSS de la Capitale-Nationale répond aussi aux obligations réglementaires internes adoptées par son conseil d’administration. Deux matières réglementaires sont complémentaires à la présente politique :
  - La [PR-000-56 - Procédure du président-directeur général relative à la communication d’un renseignement contenu au dossier de l’usager en vue de protéger l’usager, une autre personne ou le public dans certaines circonstances](#) ;
  - La [PO-04 - Politique sur la mise sous garde des personnes qui représentent un danger pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental](#) et sa procédure la [PR-PO-04-01 - Procédure sur la mise sous garde des personnes qui représentent un danger pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental](#).

### 2.2. LE VRAI NORD ET SES PILIERS

La présente politique s’appuie sur cinq piliers du Vrai Nord :

- **Qualité et sécurité** : une expérience usager bénéfique, des soins et des services de qualité sans risque pour les usagers et pour le personnel au travail ;
- **Accessibilité et continuité** : des soins et des services intégrés, adaptés aux besoins, accessibles à l’endroit et au moment opportun ;

- Savoirs et innovation : le développement et le partage des connaissances scientifiques ou expérientielles pour des soins et des services exemplaires et avant-gardistes ;
- Efficience des ressources : l'utilisation judicieuse des ressources pour maximiser les soins et les services ;
- Valorisation des personnes : un milieu sain et stimulant qui favorise la santé, la participation et le développement des personnes pour contribuer à la réalisation de la mission.

### 2.3. ORIENTATIONS STRATEGIQUES TRANSVERSALES

Cette politique s'appuie aussi sur deux orientations stratégiques du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

- L'amélioration continue de la qualité des pratiques cliniques et organisationnelles : cette politique cherche le développement d'une pratique clinique adaptée aux besoins spécifiques des usagers et le développement de pratiques organisationnelles permettant une bonification de l'offre de services, en plus d'une amélioration des arrimages interdirections et intersectoriels avec le réseau local de services (RLS).
- La gestion des risques : cette politique rappelle l'importance du principe de précaution pour assurer la sécurité des usagers, et celui du suivi des accidents et incidents. La gestion des risques s'appuie sur des travaux d'audit de dossiers, plus particulièrement l'analyse systématique des cas de tentative de suicide et de décès par suicide des usagers du CIUSSS de la Capitale-Nationale, survenus dans les milieux de soins ou à domicile lors de la prestation de soins<sup>1</sup>.

### 2.4. PRINCIPES DE BASE TRANSVERSAUX

Les principes suivants guident les actions de tout le personnel (clinique et non clinique) réalisant des activités auprès des usagers afin de contribuer à la démarche générale de prévention du suicide. Ces principes sont transversaux aux étapes du [Continuum d'intervention en prévention du suicide](#) (détection, dépistage, évaluation et planification de l'intervention/suivi) et du continuum de post-événement (postvention en contexte de suicide et post-événement en cas de tentative de suicide).

La sécurité des usagers vulnérables au suicide est assurée : L'ensemble du personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale doit se sentir concerné par le phénomène du suicide. Le suicide est une cause de mortalité évitable et, dans ce cadre, chacun a des responsabilités liées à la prévention et l'actualisation des différentes interventions auprès des usagers vulnérables au suicide. Ces responsabilités sont liées au rôle que chaque employé joue dans son secteur.

Dans ce contexte, les intervenants qui font face à un usager suicidaire doivent être conscients de leur responsabilité de mettre en place des moyens assurant la sécurité de l'utilisateur. Toutefois, cette obligation de moyens ne sous-entend pas une obligation de résultat.

---

<sup>1</sup> Puisque le phénomène du suicide dépasse largement la prestation de services et de soins, il est recommandé de s'attarder également aux suicides hors prestation.

L'intervenant accueille les usagers avec professionnalisme : Pour agir avec professionnalisme, l'intervenant développe sa compétence clinique et son aisance en lien avec les situations qui impliquent des idées suicidaires ou de la détresse psychologique, et s'assure qu'il maîtrise les processus ou approches suggérés dans son secteur pour prévenir le suicide. Pour cela, il fait des démarches nécessaires pour obtenir une qualification professionnelle et des compétences cliniques par le biais de formations reconnues par son ordre ou le CIUSSS de la Capitale-Nationale. Chaque secteur d'activités doit d'ailleurs prévoir un plan de formation continue et un soutien clinique dès l'accueil de tout nouvel employé.

L'alliance et l'entretien clinique sont essentiels afin d'alimenter le jugement de l'intervenant sur la situation à évaluer et d'orienter ses décisions. Cette alliance thérapeutique est maintenue tout au long du continuum d'intervention, entre autres en impliquant l'utilisateur dans les stratégies retenues, en lui expliquant les raisons sous-jacentes et en l'informant que les mesures s'adapteront à l'évolution de sa situation. Il est important que l'intervenant connaisse les éléments essentiels à vérifier chez l'utilisateur et son environnement, le cas échéant.

Pour soutenir le jugement clinique de l'intervenant, des outils d'aide à la décision peuvent être utilisés pour réaliser un dépistage ou une évaluation de l'urgence et du risque de passage à l'acte. Ces outils appuient et guident le jugement clinique, mais ne s'y substituent pas. Ils doivent être utilisés s'ils sont adaptés aux besoins et au profil de la personne. Leur utilisation est complémentaire et doit s'inscrire dans une démarche globale<sup>2</sup>.

L'intervenant évite de pratiquer de manière isolée : L'intervenant a l'obligation de prendre les moyens mis à sa disposition pour assurer la sécurité de l'utilisateur. Lorsqu'il est dans une impasse clinique (situation complexe ou inconfort clinique), dans le respect des règles de confidentialité et du secret professionnel, l'intervenant doit tenter de mettre en place une intervention concertée avec ses collègues. Il est aussi invité au besoin à consulter des organismes spécialisés qui sont en mesure de lui offrir du soutien (ex. : Centre de prévention du suicide de son secteur).

Dans ces situations, le dépistage, l'évaluation ou le suivi peut être réalisé avec des pairs ou son supérieur pour permettre une gestion du risque efficace et partagée. Cette collaboration peut prendre place au sein d'une équipe clinique (à l'aide de modalités de soutien clinique) ou dans le cadre d'un soutien clinique spécifique structuré par la direction. Elle permet d'assurer des interventions et des suivis de qualité auprès des usagers à risque. Ces collaborations visent l'amélioration continue de la qualité des soins et la sécurité des usagers à risque, et l'amélioration du confort clinique de l'intervenant face à ces situations.

L'implication des proches : Il est recommandé d'impliquer les proches dans les interventions en prévention du suicide lorsque l'utilisateur l'autorise<sup>3</sup>. Il s'agit de leur partager les informations

---

<sup>2</sup> Selon la politique PO-22, il est interdit de consigner des données brutes sans notes évolutives dans le dossier 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, qui doivent 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.

<sup>3</sup> 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, un autre usager ou le public dans certaines circonstances](#).

pertinentes en lien avec les idées suicidaires et l'évaluation du niveau de risque, mais aussi d'inclure les proches dans les moyens identifiés au plan de sécurité. Un contact par téléphone ou en personne est préconisé pour valider leur niveau d'engagement, leur compréhension et leur adhésion à ces moyens, en plus de leur offrir le soutien requis si nécessaire. Ils deviennent alors une partie prenante du filet de sécurité de la personne afin de l'accompagner et la soutenir dans un climat de confiance mutuelle. Si l'utilisateur refuse l'implication de ses proches, il convient d'en explorer les raisons sous-jacentes à ce refus.

Le personnel clinique est rigoureux dans la tenue des dossiers et s'assure de la continuité informationnelle : L'intervenant rédige au fur et à mesure des notes d'évolution au dossier de l'utilisateur, de façon à refléter les changements survenus concernant l'état de l'utilisateur ainsi que les interventions effectuées. Compte tenu du risque suicidaire, les notes doivent donc être inscrites au fur et à mesure, sans délai, pour assurer la poursuite des interventions et ainsi assurer la sécurité de la personne. Des trajectoires de communication spécifiques doivent être définies et implantées, et ce, entre les intervenants d'un même milieu, entre les programmes et entre les différents secteurs d'activités et les partenaires (dans le respect des normes de confidentialité).

### 3. OBJECTIFS

Le contenu de cette politique, et le continuum d'intervention qu'elle contient, propose une vision commune pour l'ensemble du personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale. La Politique relative à la prévention du suicide doit servir d'orientation pour le personnel d'encadrement afin qu'il puisse améliorer l'organisation des services offerts dans leurs secteurs d'activités. Elle est aussi destinée aux intervenants lorsqu'ils ont besoin d'améliorer leur compréhension des activités qu'ils sont tenus de réaliser pour assurer la sécurité des usagers qui vivent ou expriment de la détresse psychologique et des idées suicidaires.

Cette politique propose des paramètres de base d'intervention et de post-événement en contexte suicidaire (tentative de suicide et décès par suicide). Ils doivent être diffusés et implantés pour s'assurer de la dispensation de soins de qualité et sécuritaires. Ces paramètres doivent aussi être adaptés aux rôles et responsabilités des intervenants, selon leur fonction dans leur secteur d'activité.

Ces paramètres sont basés sur la législation, la littérature scientifique, les orientations provinciales ministérielles et celles des ordres professionnels.

Cette politique vise trois objectifs :

- Optimiser les pratiques cliniques par le partage d'une vision et d'un langage communs au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour assurer la qualité et la performance des soins et des services offerts. Les directions-programmes s'appuient sur le contenu de cette politique pour développer leur procédure interne en prévention du suicide ;
- Définir les balises concernant les activités à réaliser lors des différentes étapes d'intervention en prévention du suicide (détection de la détresse psychologique, dépistage des idées suicidaires, évaluation de l'urgence et du risque suicidaire, planification de l'intervention et du suivi) et des deux étapes d'intervention après un

événement lié au suicide (la postvention qui est l'intervention en contexte de suicide et les activités post-événement à la suite d'une tentative de suicide);

- Assurer une prestation sécuritaire des soins et services auprès des usagers présentant un risque suicidaire, en s'assurant que le personnel clinique des directions-programmes soit minimalement en mesure d'orienter le plus rapidement l'utilisateur vers les bons services ou le bon intervenant ou qu'il soit idéalement en mesure d'évaluer et d'intervenir en situation de risque suicidaire.

#### 4. CHAMP D'APPLICATION

La présente politique s'adresse à tout le personnel œuvrant au sein de l'établissement (le personnel clinique, non clinique et d'encadrement, médecins, résidents en médecine, chercheurs, personnel de la recherche, étudiants, bénévoles, stagiaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale), autrement dit toutes les personnes réalisant une ou des activités auprès des usagers. Elles doivent connaître et s'approprier le contenu de cette politique et de la procédure de leur direction. Elle s'applique dans toutes les installations et tous les secteurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale dans lesquels des services sont offerts à la population.

Les pratiques organisationnelles mises en œuvre par l'employeur pour prévenir la détresse psychologique des membres du personnel (autre que celles liées aux interventions post-événement) sont exclues du champ d'application de cette politique. Les orientations à respecter à cet égard découlent notamment de la [PO-32 -Politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence, et de la qualité de vie au travail](#).

#### 5. DÉFINITIONS

|   |   |
|---|---|
| <b>Collaboration interprofessionnelle (CIP)</b> | « Un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé, une personne et ses proches, dans une approche participative, de collaboration et de coordination en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé de services sociaux » <sup>4</sup> . Ici, le terme professionnel est défini dans un sens large incluant les techniciens. |
| <b>Dépistage<sup>5</sup></b>                    | Cette « activité [...] vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué ou d'un facteur de risque d'un trouble, des personnes qui en sont probablement exemptes. L'intervention de dépistage en elle-même ne permet pas de poser le diagnostic ou d'attester un trouble ou une maladie. Les personnes pour   |

<sup>4</sup> Schéma du *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, du Canadian Interprofessional Health Collaborative « A National Interprofessional Competency Framework » (2010), p. 11. Document disponible à l'adresse suivante : [https://drive.google.com/file/d/1Des\\_mznc7Rr8stsEhHxI8XMjgiYWzRIn/view](https://drive.google.com/file/d/1Des_mznc7Rr8stsEhHxI8XMjgiYWzRIn/view); consulté le 06/03/2020.

<sup>5</sup> Le dépistage est une des composantes du terme « Repérage » utilisé dans la formation offerte par l'Association québécoise en prévention du suicide.

|                               |   |
|-------------------------------|---|
|                               | <p>lesquelles le résultat du dépistage s'avère positif sont orientées afin qu'une investigation complémentaire soit effectuée »<sup>6</sup>.</p> <p>Le dépistage est la deuxième étape du continuum d'intervention en prévention du suicide. Cette étape consiste à poser des questions spécifiques pour explorer la présence d'idées suicidaires chez les usagers chez qui on a détecté une détresse psychologique. Le but est d'identifier la présence d'idées suicidaires chez une personne afin de déterminer si l'évaluation de l'urgence et du risque de passage à l'acte est nécessaire, afin de mettre en place le type de suivi requis.</p>  |
| <b>Détection</b>              | <p>Cette activité « consiste à relever des indices de troubles non encore identifiés ou de facteurs de risque dans le cadre d'interventions dont les buts sont divers. Elle ne repose pas sur un processus systématisé, mais elle s'appuie sur la sensibilité des intervenants auxdits indices »<sup>7</sup>.</p> <p>La détection est la première étape du continuum d'intervention en prévention du suicide. Chaque employé a la responsabilité de détecter la détresse psychologique tout en relevant la présence de facteurs de risque, de moments critiques ou l'appartenance à un groupe à risque (<a href="#">annexe 1</a>) pour ensuite référer s'il y a lieu la personne vers une ressource appropriée qui va poursuivre les étapes subséquentes.</p> |
| <b>Détresse psychologique</b> | <p>« La détresse psychologique résulte d'un ensemble d'émotions négatives qui, lorsqu'elles sont vécues avec persistance chez un individu, peuvent entraîner des conséquences de santé importantes telles que la dépression et l'anxiété. La dépression se manifeste, entre autres, par une perte d'énergie, une baisse du niveau de concentration, un sentiment de dévalorisation et des idées suicidaires. L'irritabilité, la perturbation du sommeil, l'agitation et les tensions musculaires font notamment partie des symptômes de l'anxiété »<sup>8</sup>.</p>  |
| <b>Évaluation</b>             | <p>« L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercices respectif »<sup>9</sup>. Dans le cadre des activités prévues pour prévenir le suicide, un</p>  |

<sup>6</sup> Office des professions du Québec (OPQ). 2013. *Guide explicatif du projet de loi 21*. p.31. Document disponible à l'adresse suivante : [https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/guide\\_explicatif\\_du\\_pl\\_21.pdf](https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/guide_explicatif_du_pl_21.pdf); consulté le 16/02/2024.

<sup>7</sup> Ordre des professions du Québec (OPQ). 2013. « Guide explicatif du projet de loi 21 ». p.31. Document disponible à l'adresse suivante : [https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/guide\\_explicatif\\_du\\_pl\\_21.pdf](https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/guide_explicatif_du_pl_21.pdf); consulté le 16/02/2024.

<sup>8</sup> Référence disponible à l'adresse suivante : [<sup>9</sup> Loi 90- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, page 5, par.1; Document disponible à l'adresse suivante :](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/flash-surveillance/detresse-psychologique-en-quelques-chiffres/#:~:text=La%20d%C3%A9tresse%20psychologique%20r%C3%A9sulte%20d,d%C3%A9pression%20et%20l'anxi%C3%A9t%C3%A9; consultée le 16/02/2024.</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

|  |  |
|--|--|
|  | technicien formé selon les bonnes pratiques peut réaliser une évaluation de l'urgence suicidaire et du risque de passage à l'acte. |
|--|--|

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Facteurs de risque</b>     | « Les comportements suicidaires sont complexes. En ce qui concerne le suicide, il existe une multitude de facteurs contributifs et de chemins causaux ainsi que tout un éventail d'options pour sa prévention. Généralement, une seule cause ou un seul facteur de stress ne permet pas d'expliquer un acte suicidaire. Souvent, un cumul de plusieurs facteurs de stress vient accentuer la vulnérabilité d'une personne aux comportements suicidaires » <sup>10</sup> .  |
| <b>Facteurs de protection</b> | « Les facteurs de protection prémunissent les individus contre les risques de suicide. Si de nombreuses interventions sont axées sur la réduction des facteurs de risque dans le cadre de la prévention du suicide, il est tout aussi important de connaître et de renforcer les facteurs qui intensifient efficacement la résilience et les liens sociaux et qui protègent contre les conduites suicidaires. La résilience a un effet « tampon » sur le risque de suicide. [...] Certains facteurs de protection neutralisent des facteurs de risque spécifiques alors que d'autres protègent les individus d'un certain nombre de facteurs de risque du suicide différents » <sup>11</sup> . Ce peut être des relations personnelles solides, la présence de croyances religieuses ou spirituelles ou encore un état d'esprit axé sur les stratégies d'adaptation positives et le bien-être. |
| <b>Idées suicidaires</b>      | Ce sont des signaux « d'alarme qui précède[nt] le suicide. [Ils] surviennent quand la souffrance est devenue trop grande et que la personne n'arrive pas à la diminuer avec les moyens qu'elle connaît déjà » <sup>12</sup> .  |
| <b>Intervenant</b>            | Toute personne, incluant les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), exerçant ses fonctions au CIUSSS de la Capitale-Nationale dans le cadre de ses activités, qui pose un acte clinique auprès d'un usager.   |
| <b>Intervention</b>           | « Une ou plusieurs actions posées pour un usager (individu, groupe, ou communauté), qui exigent une note significative au dossier » <sup>13</sup> .  |

[https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme\\_professionnel/o8\\_Cahier-explicatif-PL90.pdf](https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/o8_Cahier-explicatif-PL90.pdf);  
consulté le 16/02/2024.

<sup>10</sup> Organisation mondiale de la Santé. (2014) *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. OMS. P.30 Document disponible à l'adresse suivante :

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y);  
consulté le 16/02/2024.

<sup>11</sup> *Idem*, p. 44.

<sup>12</sup> Gouvernement du Québec. *Reconnaître les signes de détresse et prévenir le suicide*.

<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/prevenir-le-suicide/#c1682>; consulté le 16/02/2024.

<sup>13</sup> CIUSSS de la Capitale-Nationale (2017). *D-PR-22-1. Directive relative à la tenue et la gestion du dossier de l'usager* 2017, p.7.

|   |  |
|---|--|
| <b>Jugement clinique</b>                          | « Le jugement clinique est une idée, une opinion claire que l'intervenant se fait à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données observées ; il est, en somme, la conclusion qu'il en tire » <sup>14</sup> .   |
|   | « Le jugement clinique n'est pas une affaire de comptabilisation mathématique, mais bien d'une interprétation de la réalité unique de la personne. Cette évaluation est nécessairement approximative parce qu'elle repose sur la probabilité qu'une personne se donne la mort ou s'inflige des blessures néfastes. Ce jugement clinique repose sur la prise en compte de multiples variables qui interagissent entre elles pour donner un portrait global de la situation de la personne à un moment donné » <sup>15</sup> .   |
| <b>Moments critiques ou facteurs précipitants</b> | 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.<br><br>Il peut s'agir, par exemple, 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. |
| <b>Plan de sécurité et filet de sécurité</b>      | Le plan de sécurité est un outil clinique complété avec l'usager, qui prend la forme d'une liste écrite et priorisée de stratégies d'adaptation et de ressources d'aide qu'un usager peut utiliser avant et pendant une crise suicidaire <sup>16</sup> . Ce plan constitue un des moyens du filet de sécurité mis en place par l'intervenant. Divers mécanismes de communication, d'action, d'interventions préventives ou de mesures de surveillance peuvent composer le filet de sécurité.   |
| <b>Post-événement</b>                             | On réfère aux interventions qui sont faites lorsqu'une personne a été témoin d'un événement traumatique. Dans le contexte de la prévention du suicide, le post-événement est à la suite d'une tentative de suicide ou d'un suicide.  |
| <b>Postvention</b>                                | « 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). La postvention a comme objectifs de diminuer la souffrance individuelle, de réduire à court et long terme les effets négatifs qui découlent d'un suicide chez les personnes affectées directement ou indirectement par le suicide, de diminuer l'effet d'entraînement pouvant s'observer dans un milieu de  |

<sup>14</sup> Phaneuf M. (2008), « Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance », dans *Prendre soin* (Décembre 2008, révision février 2013).

<sup>15</sup> Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés (RQSHA) (2018). *Cadre de référence du Guide d'Évaluation de la personne suicidaire* (GÉRIS). p. 13-14.

<sup>16</sup> Résumé et traduction libre de Stanley, B. et G.K. Brown. « Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk », *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 19, n° 2, may 2012, p. 256-264.

|  |  |
|--|--|
|  | soins ou de vie (contagion), de favoriser le processus de deuil, d'identifier les personnes nécessitant un soutien à moyen ou long terme et d'aider le milieu à retrouver son niveau de fonctionnement habituel en augmentant le sentiment de sécurité du milieu <sup>17</sup> .   |
| <b>Risque suicidaire</b>                                       | <p>Le risque de passage à l'acte suicidaire est 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'usager. Cette probabilité est estimée par le biais d'un processus d'évaluation clinique du niveau de risque de passage à l'acte.</p> <p>Le niveau de risque dépend de la présence, l'absence, et l'importance des facteurs de risques et de protection qui auront une influence sur l'intention de l'usager de passer à l'acte et de planifier ce passage à l'acte.</p> |
| <b>Suivi étroit</b>  | Le suivi étroit est une mesure visant à assurer à la personne qui est (ou qui a été) en danger grave de passage à l'acte, ou qui a fait une tentative de suicide, l'accès à un suivi rapide et de façon intensive. Il consiste à mettre en place plusieurs modalités, dont une série de rencontres individuelles, pour soutenir la personne, lui permettre de se repositionner, de retrouver l'espoir en travaillant de concert avec les proches et les autres professionnels pour diminuer les facteurs de risques et amorcer son rétablissement <sup>18</sup> .  |
| <b>Urgence suicidaire (risque de danger grave et imminent)</b> | Il y a urgence suicidaire lorsqu'il y a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort, dont le suicide, ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiables afin de le prévenir. Par danger imminent, on réfère à un risque sérieux de mort, dont le suicide, ou de blessures graves qui inspire un sentiment d'urgence. Ce sentiment d'urgence peut se rapporter à un moment quelconque dans l'avenir. Selon la gravité et la clarté de la menace, il ne sera pas toujours nécessaire qu'un délai précis soit fixé.   |
| <b>Usager</b>  | Toute personne qui a reçu, qui reçoit ou requiert des services de l'établissement <sup>19</sup> .  |

<sup>17</sup> Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. (2023). *Guide de référence en postvention à la suite du suicide d'un usager*. Direction des services multidisciplinaires - Volet des pratiques professionnelles.

<sup>18</sup> Inspiré : [Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenant des centres de santé et des services sociaux](#) (2010).

<sup>19</sup> Cette définition est en cohérence avec les changements des lois 115 et 180 qui ont eu des répercussions sur le Code des professions et la LSSSS.

## 6. MODALITÉS

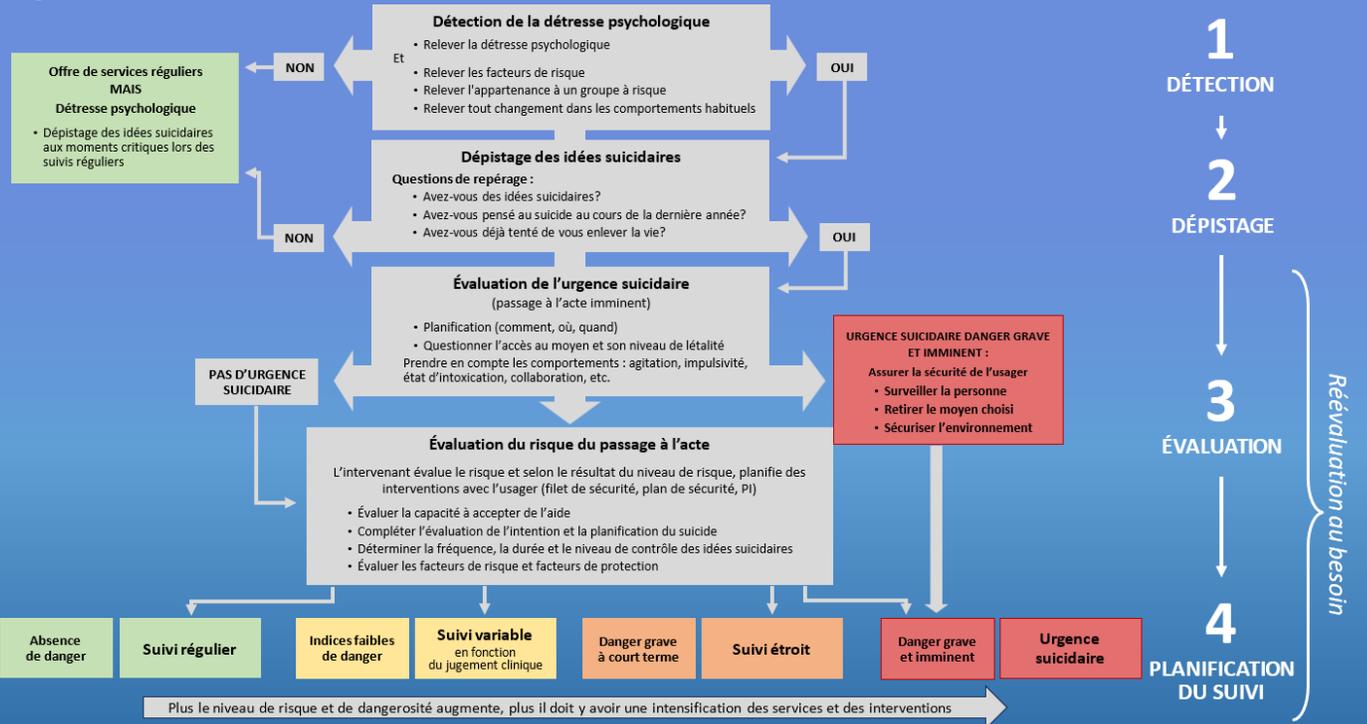
Cette section présente les paramètres de base communs qui composent le continuum d'intervention ([annexe 2](#)) et le continuum post-événement en prévention du suicide du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ces paramètres présentent une vision d'ensemble clarifiée, un langage commun, afin que tous les gestionnaires, intervenants et employés comprennent leurs responsabilités à l'égard de la prévention du suicide, dans le cadre des trajectoires de services de leur direction ou de leur secteur d'activités d'appartenance.

Pour faciliter la compréhension et l'application des différentes activités des continuums, des algorithmes décisionnels ont été conçus dans les différentes directions. Ils décrivent les étapes à implanter dans ces trajectoires. Puisqu'il s'agit de schémas, quelques exemples ou questions sont proposés à chacune des étapes.

Les continuums d'intervention et de post-événement ne sont pas nécessairement des processus linéaires, c'est-à-dire que les activités ne sont pas toujours réalisées l'une après l'autre par la même personne. Cela dépend du contexte, de l'organisation de service du secteur et du rôle. En effet, selon le rôle que chaque intervenant joue dans son secteur, il lui sera attribué la responsabilité d'actualiser une ou plusieurs activités pour prévenir le suicide auprès de l'utilisateur. Chaque situation est unique et nécessite une prise en charge adaptée aux besoins de l'utilisateur et à son contexte. Il est donc primordial que l'intervenant fasse appel à son jugement clinique à chaque étape qu'il réalise, et cela, afin d'assurer la sécurité et d'accompagner l'utilisateur vers les changements souhaités. Dans ce cadre, si l'intervenant obtient le consentement de l'utilisateur et si la situation le permet, le processus est réalisé avec l'implication des proches.

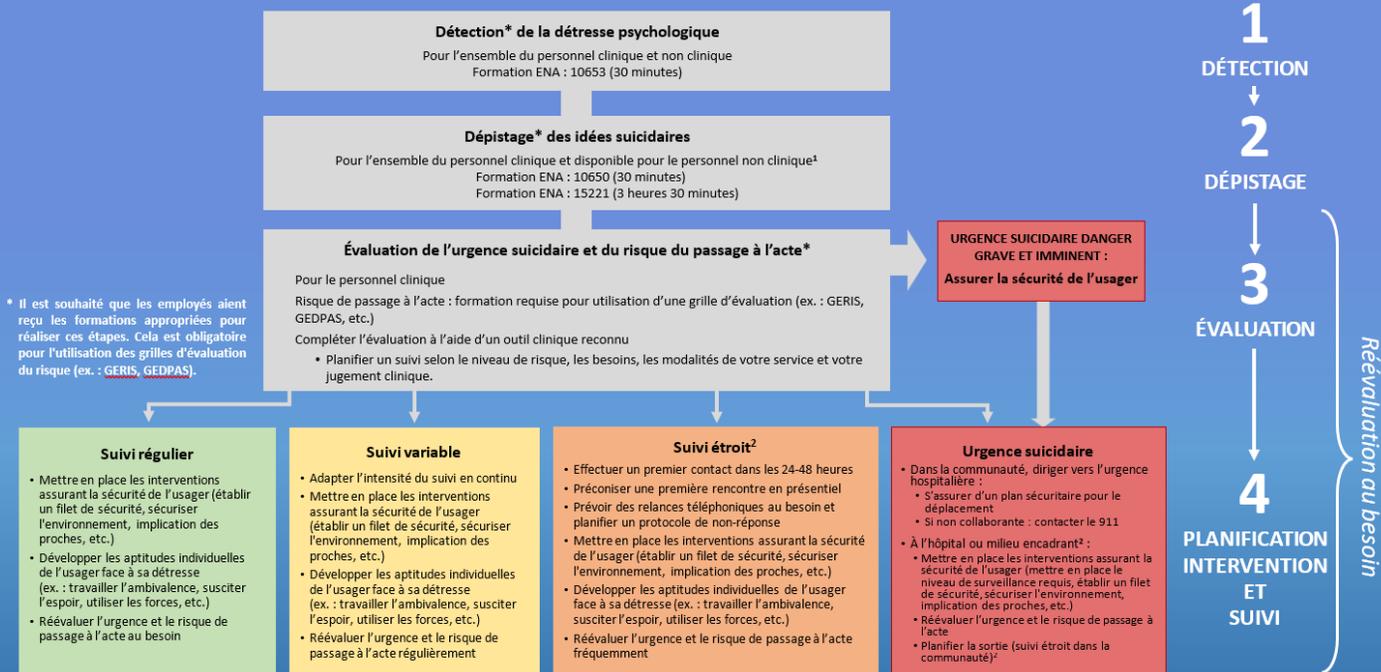
## Continuum d'intervention en prévention du suicide - Algorithme décisionnel

Une responsabilité partagée par l'ensemble du personnel pour assurer la sécurité des usagers



## Complément à l'algorithme

Des formations\* et types de suivis à mettre en place



<sup>1</sup> Étant donné le contexte de chevauchement de certaines formations en prévention du suicide, le lecteur est invité à consulter la procédure spécifique de sa direction qui balise la priorisation et le déploiement des différentes formations.

<sup>2</sup> Se référer au document : *Bonnes pratiques mise en place du suivi étroit.*

### 6.1. DESCRIPTION DU CONTINUUM D'INTERVENTION EN PREVENTION DU SUICIDE

Dans le but de réduire le nombre de suicides au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) préconise la mise en place d'une approche globale en prévention du suicide par plusieurs actions. La prévention du suicide implique une logique de responsabilité partagée afin que chaque aspect de la situation de l'utilisateur soit évalué, dans une perspective multidimensionnelle. Ainsi, aucune approche isolée ne peut résoudre à elle seule une question aussi complexe que le suicide. Le continuum d'intervention se décrit comme une série d'activités à réaliser de manière adaptée selon les besoins de l'utilisateur, par un ou plusieurs intervenants. Son objectif premier est d'assurer la sécurité de l'utilisateur qui vit une détresse psychologique qui pourrait l'amener à développer ou qui l'a amené à développer des idées suicidaires.

Dans le continuum d'intervention de prévention du suicide, plusieurs standards cliniques doivent être considérés pour assurer la sécurité de l'utilisateur et la qualité des services : la collaboration interprofessionnelle (la co-intervention ou la co-évaluation, par exemple), une communication efficace (la continuité informationnelle entre les intervenants) et la qualité des notes aux dossiers (respect des standards de tenue de dossiers, dont la D-PR-22-1 Directive relative à la tenue et la gestion du dossier de l'utilisateur). Les intervenants doivent être sensibles à leur application dès la

détection de signes de détresse chez un usager ou l'un de ses proches<sup>20</sup>, et ce, jusqu'à la phase de suivi prévue dans le plan d'intervention.

Il existe quatre grandes activités à réaliser : la détection, le dépistage, l'évaluation (de l'urgence suicidaire et du niveau de risque de passage à l'acte) et la planification de l'intervention/suivi<sup>21</sup>.

#### **6.1.1. ACTIVITE 1 : DETECTION DE LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE**

Deux actions sont à mettre en application dans le cadre d'une activité de détection : développer la vigilance de la population à l'égard de leurs proches ou d'autrui (prévention primaire) et développer la vigilance du personnel à la détection des signes ou indices de détresse psychologique, notamment auprès des groupes à risque ([annexe 1](#)) ou des populations vulnérables.

#### **En santé publique, la prévention primaire suppose plusieurs activités réalisées afin de prévenir et informer la population sur la réalité du phénomène du suicide.**

- Les activités d'éducation visent une meilleure compréhension du suicide et de sa prévention auprès des usagers, des proches et de la communauté. Les activités d'information permettent de diffuser les services d'aide disponibles, dont la ligne provinciale d'écoute téléphonique (1 866 APPELLE) ainsi que le Service numérique québécois en prévention du suicide ([Suicide.ca](#)) qui permet à la population de clavarder ou de texter avec un intervenant ;
- Les campagnes d'éducation et d'information doivent souligner l'importance de consulter lors d'une détresse vécue par soi-même ou chez une personne de l'entourage;
- Les activités de démythification du suicide visent à lutter contre la stigmatisation, la discrimination et l'isolement. Elles encouragent le développement d'un environnement favorable à la santé mentale pour tous ;
- Les activités destinées aux groupes à risque ([annexe 1](#)) favorisent la prévention du suicide en diminuant certains facteurs de risque et en augmentant les facteurs de protection ([annexe 3](#)). La prévention du suicide inclut également les activités de mobilisation des partenaires et des citoyens autour d'enjeux permettant l'amélioration de la qualité de vie des usagers vulnérables au suicide;
- Les activités de surveillance, à l'aide de la collecte de données, contribuent à une meilleure connaissance du suicide et des groupes vulnérables. La surveillance est la porte d'entrée pour aider à définir le problème et les stratégies efficaces pour réduire le suicide ;
- Les activités influençant les politiques publiques et les processus décisionnels visent à diminuer la dangerosité et à augmenter la sécurité des usagers suicidaires.

---

<sup>20</sup> En respect de la responsabilité populationnelle de l'établissement, tout employé qui détecte de la détresse chez le proche d'un usager doit poursuivre le continuum (dépister et évaluer) ou référer pour en assurer la prise en charge.

<sup>21</sup> « La détection, le dépistage, l'évaluation de l'urgence et du risque suicidaire sont des interventions non réservées. Elles peuvent donc être réalisées par l'ensemble des intervenants du CIUSSS ». L'Office des professions du Québec, 2013, p.30.

**Pour les services de santé et services sociaux, la phase de détection est une activité qui consiste à la reconnaissance des signes de détresse psychologique qui pourraient amener un usager à développer des idées suicidaires.**

Lorsque des signes ou indices laissent penser qu'une personne pourrait vivre de la détresse psychologique et que des idées suicidaires pourraient exister, l'aide de tous les employés prend la forme d'un contact bienveillant et d'une écoute active. Il s'agit de reconnaître la détresse psychologique, relever la présence de changements dans les comportements de l'usager (ex. : isolement, désespoir, dévalorisation, sentiment d'impuissance et d'impasse, manque d'intérêt, anxiété, négligence corporelle, irritabilité, pleurs, confusion, etc.), relever la présence de facteurs de risque qui augmentent la vulnérabilité au suicide (ex. : pertes, événements stressants, traumatismes, démêlés avec la justice, violence, deuil, maladie grave, troubles cognitifs ou de santé mentale) et relever l'appartenance à un groupe à risque ([annexe 1](#)). La détection de la détresse psychologique est réalisée par tous les membres du personnel et est destinée à tous les usagers de l'établissement. Puisqu'elle repose sur la sensibilité du personnel, une vigilance est de mise tout au long de la trajectoire de services. Il faut ensuite dépister la présence d'idées suicidaires, ce qui peut être poursuivi par le même employé s'il est habilité à le faire. Dans le cas où l'employé n'est pas habilité à le faire, il doit diriger l'usager vers un intervenant qualifié.

#### **6.1.2. ACTIVITE 2 : DEPISTAGE DES IDEES SUICIDAIRES**

La phase de dépistage est une activité qui permet de déterminer si un usager a des idées suicidaires. Lorsqu'une détresse psychologique a été détectée, l'intervenant qui reçoit l'usager doit le questionner et déterminer si sa détresse l'amène à penser au suicide. L'activité de dépistage consiste donc à demander directement et clairement à l'usager en détresse s'il a des idées suicidaires : « Avez-vous des idées suicidaires ? », « Pensez-vous au suicide ? », « Avez-vous pensé au suicide au cours de la dernière année ? », « Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie ? »<sup>22</sup>. Les bonnes pratiques en prévention du suicide recommandent de poser la question de façon claire et sans ambiguïté.

- **En présence d'un dépistage négatif**, mais d'une détresse psychologique détectée, l'intervenant au dossier continuera son suivi régulier et restera vigilant dans le dépistage a posteriori de la présence d'idées suicidaires. L'intervenant demeure sensible aux facteurs de risques et aux facteurs précipitants.
- **En présence d'un dépistage positif**, s'il est habilité à le faire, l'intervenant passe à l'étape de l'évaluation de l'urgence suicidaire et du risque de passage à l'acte suicidaire.

#### **6.1.3. ACTIVITE 3 : ÉVALUATION DE L'URGENCE ET DU RISQUE DE PASSAGE A L'ACTE SUICIDAIRE**

Dans le continuum d'intervention, à la suite d'un dépistage positif, il existe deux étapes à l'évaluation. Dans un premier temps, l'urgence suicidaire (risque de passage à l'acte imminent) est évaluée par l'intervenant pour s'assurer de la sécurité immédiate de l'usager. S'il n'y a pas d'urgence, le risque de passage à l'acte suicidaire est ensuite évalué.

---

<sup>22</sup> Une étude révèle que 44 % des personnes à qui l'on demande pour la première fois si elles ont des idées suicidaires répondent 'non' à la question. (GÉRIS, 2018, p.29).

## A) Évaluation de l'urgence suicidaire (risque de passage à l'acte imminent)<sup>23</sup>

Lorsqu'un intervenant dépiste des idées suicidaires chez un usager, ou qu'une tentative a déjà eu lieu récemment, l'intervenant doit vérifier l'urgence en évaluant s'il y a un danger grave et imminent. Par danger imminent, on réfère à un risque sérieux de mort, dont le suicide, ou de blessures graves qui inspire un sentiment d'urgence.

Pour réaliser cette évaluation, l'intervenant lui pose ces questions :

- C : Comment ? A-t-il pensé à un moyen pour mettre fin à ces jours ? Si oui, ce moyen est-il accessible et quel est son niveau de létalité ?
- O : Où ? Un lieu a-t-il été choisi ?
- Q : Quand ? A-t-il pensé à quel moment il veut se suicider<sup>24</sup> ?

En plus de ces questions, pour bonifier l'évaluation de l'intervenant, les comportements comme l'agitation, l'impulsivité, l'état d'intoxication et le niveau de collaboration doivent être pris en compte dans l'évaluation de l'urgence suicidaire.

Si les résultats de l'évaluation réalisée par l'intervenant lui laissent croire qu'il y a un risque de danger grave et imminent et que, malgré un travail sur l'ambivalence, l'intervenant ne parvient pas à ébranler l'intention de l'usager et à le faire changer d'avis<sup>25</sup>, alors il y a une urgence suicidaire. Pour répondre à cette urgence, une intervention immédiate doit être réalisée afin d'assurer la sécurité de l'usager.

### **Attention**

L'intervenant doit mettre en œuvre toutes les interventions possibles et utiliser les outils qu'il a à sa disposition pour réaliser une intervention sécuritaire et adéquate. Lorsqu'un intervenant a un doute concernant son évaluation de l'urgence suicidaire, il fait appel à un collègue, son coordonnateur, son gestionnaire ou un partenaire externe (comme le Centre de prévention du suicide de son secteur) pour valider son évaluation.

**Planification de l'intervention lors d'une urgence suicidaire :** Lorsqu'un danger grave et imminent a été évalué, il faut assurer la sécurité de l'usager avant tout en retirant le moyen choisi s'il est accessible pour rendre l'environnement sécuritaire. Si la personne est dans la communauté, il faut établir un plan sécuritaire pour le déplacement à l'urgence ou contacter le 911 si elle est non-collaborante. Si l'usager se trouve déjà à l'hôpital ou dans un milieu encadrant, il faut mettre en place des interventions pour assurer sa sécurité, par exemple le niveau de surveillance adéquat.

<sup>23</sup> Dans la présente politique, l'évaluation de l'urgence suicidaire est considérée comme une étape distincte de l'évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire. Cette distinction permet aux intervenants non formés de poser des actions pour assurer la sécurité immédiate des usagers, si le contexte l'exige.

<sup>24</sup> La question du *Quand* ne doit pas être seulement considérée comme une date arrêtée dans le temps, mais aussi comme un moment critique ou facteur précipitant qui pourrait amener le passage à l'acte suicidaire.

<sup>25</sup> Dans un premier temps, l'intervenant tentera d'ébranler la décision de l'usager de passer à l'acte imminemment et de susciter sa collaboration pour accepter de l'aide.

## B) Évaluation du risque de passage à l'acte

Si après l'évaluation de l'urgence suicidaire, l'intervenant constate que l'utilisateur ne se trouve pas en danger grave et imminent et qu'il a une attitude de collaboration, une évaluation complète du risque de passage à l'acte suicidaire sera effectuée.

Pour la réalisation de cette évaluation, l'intervenant tient compte des facteurs de risque ([annexe 1](#)) qui peuvent augmenter le risque de passage à l'acte et des facteurs de protection ([annexe 3](#)) qui, à l'inverse, peuvent diminuer le risque de passage à l'acte.

L'évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire a comme objectif de documenter le contexte suicidaire et trouver les leviers d'intervention sur lesquels l'intervenant pourra s'appuyer pour aider l'utilisateur à travailler son ambivalence. Pour réaliser cette évaluation, des outils d'aide à la décision peuvent être utilisés afin de soutenir le jugement clinique de l'intervenant. Leur utilisation peut également l'aider à développer son confort clinique et ses aptitudes à réaliser ce type d'évaluation.

Selon les résultats de l'évaluation globale, le niveau de risque de passage à l'acte va être déterminé par l'intervenant. La situation de l'utilisateur peut se trouver dans l'un des quatre niveaux de risque suivants :

- **Le danger grave et imminent** : présuppose un risque sérieux de mort, dont le suicide, ou de blessures graves qui inspire un sentiment d'urgence ;
- **Le danger grave à court terme** présuppose la présence d'une intention, d'une planification de passage à l'acte à court terme, et l'influence de facteurs de risque et de protection qui ont un impact sur la situation ;
- **Le danger faible** présuppose la présence d'une intention, mais sans planification précise, et l'influence de facteurs de risque et de protection qui ont un impact sur la situation ;
- **L'absence de risque** présuppose la présence d'idées suicidaires, mais sans intention ni planification du passage à l'acte, et l'influence de facteurs de risque et de protection qui ont un impact sur la situation.

### 6.1.4. ACTIVITE 4. PLANIFICATION DE L'INTERVENTION EN FONCTION DU RISQUE

Après l'évaluation, l'intervention peut être planifiée et s'inscrire dans un suivi dont la forme et l'intensité seront adaptées au niveau de risque évalué, au contexte et aux besoins de l'utilisateur. Par exemple, pour le secteur hospitalier d'urgence, la planification de l'intervention et les suivis doivent tenir compte des niveaux de surveillance prévus<sup>26</sup>.

De façon régulière et en concertation avec l'utilisateur, l'intervenant doit procéder à la réévaluation du risque de passage à l'acte selon l'évolution de la situation et lors d'un moment critique (congé d'hôpital, conflits familiaux, changement de milieu de vie, etc.). Un plan de sécurité ([annexe 4](#)) doit être rédigé en concertation dès la première rencontre, remis à l'utilisateur et à ses proches, avec son autorisation.

---

<sup>26</sup> Pour plus d'information, veuillez consulter la procédure du CIUSSS de la Capitale-Nationale : : [PR-PO-53-1 Procédure relative au recours à la surveillance accrue des usagers](#). Le document est disponible sur la Zone CIUSSS.

## **Adaptation de l'intensité des services**

Plus le niveau de risque de passage à l'acte et de dangerosité augmente, plus il doit y avoir une intensification des services et des interventions.

- **Danger grave et imminent (rouge)** Lorsqu'un usager est dans une situation d'urgence suicidaire (risque de danger grave et imminent de passage à l'acte suicidaire), l'intervenant doit s'assurer d'un déplacement sécuritaire à l'urgence (ex. : accompagner la personne, accompagnement par un proche, etc.) ou contacter le 911 s'il est non-collaborant. Lors de l'hospitalisation, le niveau de surveillance requis et le niveau de collaboration interprofessionnelle doivent être définis et mis en place pour assurer la sécurité de la personne selon les bonnes pratiques en suivi étroit<sup>27</sup>. Vers la fin de l'hospitalisation, la planification de la sortie avant le congé se doit d'être effectuée aussi selon les bonnes pratiques de mise en place du suivi étroit afin d'assurer la sécurité de l'usager dans la transition entre l'hôpital et son milieu de vie.
- **Danger grave à court terme (orange)** Tout usager qui est en danger grave à court terme devrait pouvoir bénéficier d'un suivi étroit<sup>28</sup>. Ce suivi intensif est réalisé pendant une période déterminée afin d'assurer la sécurité de l'usager. Cela peut inclure notamment des déplacements à domicile, des relances téléphoniques planifiées, des restrictions de déplacement en milieu encadrant, etc. Le niveau de collaboration interprofessionnelle est ajusté selon la complexité et les besoins.
- **Indices faibles de danger (jaune)** Lorsque le risque de passage à l'acte est faible, le suivi est d'intensité variable. Dans ce cas, le suivi doit s'adapter en continu selon les situations que vit l'usager et il faut s'assurer que des moyens soient mis en place pour répondre adéquatement à ses besoins. « Les interventions visent à aider les usagers à développer leurs aptitudes individuelles afin d'accroître leur autonomie [vis-à-vis de leur détresse]. Ce type de soutien permet de s'assurer que l'état de l'usager suivi reste stable et d'intervenir rapidement en cas de besoin »<sup>29</sup>.
- **Absence de danger (vert)** Le suivi de type régulier est prévu lorsqu'il y a absence de danger, mais que l'usager a des idées suicidaires sans intention ni planification, qu'il fait partie de groupes à risque et présente des facteurs de risque. L'intervenant se montre vigilant quant aux changements significatifs (moments critiques) vécus par l'usager, et réévalue ponctuellement l'urgence et le risque de passage à l'acte suicidaire.

---

<sup>27</sup> Le *suivi étroit* est «une mesure qui se veut proactive, intensive et rapide, pour prévenir un geste suicidaire, diminuer la détresse psychologique et assurer une intervention adaptée. Le suivi se caractérise par une intensité des contacts pendant les épisodes suicidaires lors des premiers jours de congé à la suite d'un hébergement ou d'une hospitalisation». MSSS (2022). *Stratégie nationale en prévention du suicide*. p. 36.

<sup>28</sup> PASM 2015-2020, mesure 29, p. 52.

<sup>29</sup> MSSS, Cahier 2 – *Transformation des services de santé mentale* p. 9.

### **Réalisation d'un plan de sécurité**<sup>30</sup>

Le plan de sécurité est un outil qui permet à l'utilisateur suicidaire de lister ses signes de détresse et ses moments de vulnérabilité, et de planifier la mise en place des mesures adaptées qui ont été élaborées avec l'aide d'un intervenant. Le plan de sécurité doit être réalisé dès que le risque a été évalué, et il doit être mis à jour régulièrement durant le suivi. Il soutient l'utilisateur dans sa gestion quotidienne de ses idées suicidaires, entre les rencontres prévues avec l'intervenant. Ce plan lui permet de détecter et prévenir les moments critiques qui le rendent vulnérable à l'apparition d'idées suicidaires et consolide les solutions proposées dans le contexte d'un soutien psychosocial ou médical. C'est un document simple, bref et complété avec l'utilisateur, qui permet d'identifier des moyens pour composer avec la souffrance (voir le plan en [annexe 4](#)).

De façon générale, on retrouve dans un plan de sécurité les éléments suivants :

- Mes signaux d'alarme (pensées, émotions et comportements) qui indiquent que je vais moins bien ;
- Mes raisons de vivre ou ce qui me donne espoir que ma situation pourrait s'améliorer;
- Mes stratégies individuelles ou avec mes proches que je peux faire pour me distraire et me changer les idées ;
- Numéros de mes proches ou de mes personnes ressources ;
- Numéros de mes ressources spécialisées et professionnelles à contacter lors d'une crise ;
- Mes moyens à prendre pour sécuriser mon environnement ou mes lieux de confiance (ne pas avoir accès à une arme, à des médicaments en grande quantité, etc.) ;
- Se rendre à l'urgence si les idées suicidaires ou la détresse s'intensifient.

### **Effectuer de fréquentes réévaluations lors du suivi**

L'objectif du suivi est de diminuer l'intensité de la souffrance et par conséquent la probabilité d'un passage à l'acte suicidaire. Il faut donc réévaluer régulièrement l'urgence et le risque suicidaire en fonction de la présence ou de l'absence de signes de détresse, pour assurer la sécurité de l'utilisateur, tout le long du suivi, et ensuite par les proches ou les partenaires externes mobilisés.

## **6.2. DESCRIPTION DU CONTINUUM D'INTERVENTION POST-EVENEMENT EN CONTEXTE SUICIDAIRE**

Le continuum post-événement en prévention du suicide s'adresse aux usagers et leurs proches, ainsi qu'aux employés, qui ont été exposés ou directement affectés par une situation liée à une tentative de suicide ou à un décès par suicide.

Deux activités sont prévues dans le continuum : des mesures post-événement et des mesures de postvention.

---

<sup>30</sup> WEBINAIRE 15 – Réal Labelle - *Comment élaborer le plan de sécurité pour la crise suicidaire*, CRISE. Raymond, Abadie, Breton, Balan. (2016) Le plan de sécurité. Perspective infirmière. 13 (1) pp. 23-25.

### 6.2.1. INTERVENTION A LA SUITE D'UN EVENEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUE

Un événement potentiellement traumatique peut avoir des effets importants chez les personnes affectées par celui-ci (usagers, intervenants, gestionnaire et autres membres du personnel, ainsi que les familles et personnes significatives). Ces événements peuvent susciter différentes réactions de stress qui se traduisent par des réponses physiologiques, cognitives, comportementales et émotionnelles. Ces réactions varieront en intensité et en durée selon l'événement déclencheur et les personnes affectées. Pour certains, la réaction de stress sera temporaire et le retour à un état d'équilibre s'effectuera à court terme. « Pour une minorité de personnes, la réaction au stress sera envahissante et persistante on parlera alors d'un épisode de stress aigu si les symptômes se résorbent dans le mois suivant l'événement et d'un trouble de stress post-traumatique s'il perdure pour plus d'un mois »<sup>31</sup> (INESS, 2019, p.51)

Dans une visée de prévention, les premières actions à mettre en place sont axées sur les premiers soins psychologiques. Ces actions 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 ;
- À faciliter l'orientation des usagers ou du personnel qui requièrent des services spécialisés vers des professionnels dûment autorisés selon leur champ d'expertise<sup>32</sup>.

Ces actions peuvent être réalisées par des collègues ou autres intervenants. Ces interventions immédiates doivent se faire autant auprès des usagers que des membres du personnel ayant été témoins d'un événement potentiellement traumatique. Les milieux doivent planifier et organiser des trajectoires de service et des procédures pour offrir des interventions axées sur les premiers soins psychologiques à la suite d'un événement potentiellement traumatique.

Il s'avère essentiel que les intervenants demandent du soutien au besoin et ne restent pas seuls pendant ou après l'intervention (coordonnateur, supérieur immédiat, SAC, PAEF).

### 6.2.2. LA POSTVENTION

La postvention a son propre continuum d'intervention qui comprend des fonctions de gestion des réactions de stress, de crise et de deuil que peuvent vivre les usagers et le personnel affectés par un suicide. L'analyse de la situation et des réactions observées permettra d'identifier les usagers ou les groupes auprès desquels on priorisera les interventions adaptées.

La postvention est une série d'activités cliniques qui survient à la suite d'un suicide. Ce type d'intervention vise à freiner l'effet d'entraînement pouvant s'observer dans un milieu de soins ou de vie. Lors d'une postvention, les activités réalisées ont pour objectif de réduire, à court et long terme, les effets négatifs qui découlent d'un suicide chez les personnes affectées

---

<sup>31</sup> INESS (2019, p.51) [La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation.](#)

<sup>32</sup> *Idem*, p. 50.

directement ou indirectement par le suicide. Les étapes de la postvention<sup>33</sup> (voir [annexe 5](#)) doivent être réalisées de façon continue jusqu'au retour à l'équilibre des personnes.

Il faut considérer que certaines personnes peuvent réagir plus tardivement à une situation traumatique. Comme chaque personne réagit différemment, la rapidité de leur réaction face à la situation est variable. Ce délai peut aller de quelques jours à quelques mois. Dans ces conditions, il est important pour l'intervenant de relancer la personne régulièrement, notamment dans les moments critiques de sa vie.

La procédure et les actions à mettre en place doivent être planifiées. Les objectifs de la postvention sont de diminuer le stress créé par l'événement, soutenir les personnes impliquées dans la situation de crise, repérer les usagers vulnérables et offrir du soutien à plus long terme aux usagers selon leurs besoins. Les interventions tiendront compte de l'analyse de la situation et des besoins des usagers. Des stratégies de communication seront à prévoir pour informer les personnes indirectement touchées par l'événement et éviter les rumeurs et la désinformation. Dans ce cas, un état de la situation pour les relations avec les médias peut être complété et acheminé par le gestionnaire responsable.

Les actions de postvention sont de deux types :

- Les interventions auprès des personnes endeuillées (intervenants et proches de l'utilisateur) : dans ce contexte, l'intervention de deuil devient une modalité de la prévention du suicide, car le suicide d'une personne peut constituer un facteur de risque pour l'entourage (intervenants et proches) ;
- Les interventions dans le milieu, auprès des individus et groupes d'individus (familles, équipe de travail, voisinage, etc.). Ceux-ci ont été affectés ou exposés au suicide de l'un de leurs membres. Ils vivent du stress, de la crise ou du deuil.

Un tel groupe affecté n'est pas nécessairement un milieu endeuillé, c'est pourquoi il est important de mettre en place des interventions adaptées aux réactions et aux besoins des différents groupes concernés.

Pour plus d'informations sur les étapes à franchir pour réaliser une postvention de manière adéquate, veuillez-vous référer au continuum d'intervention post-événement à la page suivante.

---

<sup>33</sup> Protocole de postvention, dont notamment l'application de la trajectoire d'intervention à la suite d'un événement traumatisant destiné au personnel.

## Intervention de premiers soins psychologiques (court terme)

### 6.2.3. CONTINUUM D'INTERVENTION POST-EVENEMENT EN CONTEXTE SUICIDAIRE (ALGORITHME DECISIONNEL)

DSM, CIUSSS de la Capitale-Nationale

1. Établir un contact et s'engager auprès de la personne d'une façon non intrusive et aidante, et ce, avec compassion;
2. Assurer une sécurité immédiate et continue tout en procurant un confort physique et émotionnel à la personne;
3. Stabiliser la personne si elle est désorientée et submergée pour l'aider à se calmer;
4. Recueillir l'information pour déterminer les besoins immédiats et les préoccupations de la personne en vue d'ajuster les suites de l'intervention;
5. Fournir une aide immédiate pour répondre aux préoccupations et aux besoins immédiats de la personne;
6. Avec l'accord de l'utilisateur, mettre en place le soutien social en établissant des contacts auprès des personnes significatives ou des ressources de la communauté;
7. Fournir de l'information à la personne, notamment sur les réactions de stress et les stratégies pour réduire la détresse et optimiser les stratégies adaptatives;
8. Établir un lien avec les services appropriés dont la personne peut avoir besoin dans l'immédiat et dans un temps futur et lui offrir de l'accompagnement vers ces services et ressources, le cas échéant.

### En cas de tentative de suicide

Pour mettre en place des stratégies d'intervention post-événement. Le choix des approches qui seront utilisées pour gérer le post-événement dépend du type de situation que traversent les usagers impliqués et leurs proches. Dans ces conditions, il est important d'analyser la situation avant de choisir la bonne approche.



### En cas de suicide : *Postvention* ([annexes 5](#))

- i. Gérer l'urgence et signalement de l'événement;
- ii. Validation des informations et mobilisation du personnel;
- iii. Planification des interventions;
- iv. Réalisation des interventions;
- v. Bilan des interventions réalisées et des suites à donner.

Pour des interventions post-événement dans le milieu de travail auprès du personnel, au besoin, mettre en place la trajectoire prévue par le Service d'intervention de crise du Programme d'aide aux employés et à la famille (PAEF), coordonné par la Direction des ressources humaines et des communications (DRH).

## 7. RESPONSABILITÉS

### 7.1. COMITE STRATEGIQUE DE PREVENTION DU SUICIDE

Le comité stratégique est composé de représentants de chaque direction clinique, des directions de soutien concernées (ex. : DRH, DSPub, DSISP) ainsi que des partenaires régionaux en prévention du suicide (ex. : Centre de prévention du suicide).

Les membres du comité stratégique sont responsables de planifier, mettre en œuvre et suivre les cinq orientations suivantes :

- 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 ;
  - S'assurer de la diffusion et de la mise en œuvre des orientations et des objectifs organisationnels en matière de prévention du suicide auprès des directions ;
  - Suivre les principales recommandations émises aux directions (ex. : POR d'Agrément Canada, gestion de risque de la DQEPE ou autres).
- Optimiser l'offre de services régionale en matière de prévention, intervention et postvention du suicide au CIUSSS de la Capitale-Nationale;
  - 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;
  - 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 pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada ;
  - Actualiser les mesures correctrices recommandées à la suite d'un suicide (analyses en gestion de risque de la DQEPE, 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;
  - Assurer un arrimage régional avec les différents travaux provinciaux en prévention du suicide;
  - Déterminer des objectifs transversaux en matière de formation et de soutien clinique du personnel de l'établissement;
  - Favoriser le déploiement optimal des activités de formation dans chaque direction dans une visée d'harmonisation des pratiques cliniques et organisationnelles.

- Soutenir les pratiques innovantes, les projets de recherche et les activités en matière de prévention;
  - Soutenir le réseau de sentinelles en arrimage avec les autres mesures de prévention déployées ;
  - Faire connaître et soutenir les pratiques innovantes dans chaque direction.

Ces orientations sont actualisées dans le cadre d'une collaboration interdirections dans une vision transversale.

## 7.2. COMITES TACTIQUES DE PREVENTION DU SUICIDE

Afin d'assurer la mise en œuvre de la présente politique selon les bonnes pratiques, chaque direction clinique s'assure d'élaborer et de mettre en place :

- Une procédure en prévention du suicide dans les secteurs d'activités concernés ;
- Des trajectoires de suivi étroit, afin d'assurer une offre de service intensifiée et rapide auprès des usagers qui ont été évalués en risque de danger grave à court terme ou en danger grave et imminent ;
- Un soutien clinique et une offre de formation par secteur qui tiennent compte des paramètres de bases présentés dans cette politique, afin de soutenir et maintenir les compétences des intervenants tout au long du continuum de prévention du suicide et en cas de postvention ;
- Des conditions propices pour que :
  - Les différentes interventions effectuées dans le cadre du continuum reposent d'abord sur la création d'une relation thérapeutique (lien de confiance) et sur le jugement clinique de l'intervenant. Des outils d'évaluation du risque suicidaire peuvent être utilisés afin de soutenir la prise de décision.
  - Les intervenants évitent de pratiquer de manière isolée. Ils consultent au besoin des collègues ou les organismes spécialisés (ex. : Centre de prévention du suicide) lorsqu'ils sont dans une impasse ou face à une situation complexe.
  - La réévaluation du risque suicidaire est réalisée à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que des changements importants se produisent dans la vie de la personne (ex. : un moment critique ou un congé après une hospitalisation).
  - Les intervenants notent de façon détaillée au dossier tous les aspects de l'évaluation du risque suicidaire, en conformité avec la procédure de leur direction.
  - L'accès à des mesures d'aide et de soutien soit facilité pour les personnes touchées par un suicide (postvention).

Chaque direction détermine les rôles et responsabilités de leurs intervenants dans le continuum de prévention du suicide. Par exemple : dans une même direction, des intervenants peuvent réaliser des activités de détection, de dépistage et, par la suite, orienter l'utilisateur vers d'autres intervenants de la même direction, ceux-ci étant formés pour évaluer l'urgence suicidaire et le risque de passage à l'acte suicidaire.

Néanmoins, certaines fonctions cliniques et administratives transversales sont attendues de la part des gestionnaires, acteurs de soutien clinique et intervenants.

### **7.3. GESTIONNAIRE**

En prévention du suicide, la principale fonction du gestionnaire de proximité est de s'assurer de la conception et l'actualisation de la trajectoire de services selon les standards d'accessibilité, de qualité et de sécurité. Il veille également à l'utilisation adéquate des ressources qualifiées pour répondre aux besoins des usagers. Chaque gestionnaire contribue par une gestion de proximité à prévenir la détresse psychologique et à promouvoir la santé globale dans son équipe. Ses responsabilités à cet égard sont notamment de :

- Faciliter l'accès des personnes touchées par un suicide à des mesures d'aide et de soutien (postvention) ;
- Assurer une prestation de services selon les standards et processus clinico-administratifs (ex. : continuum en prévention du suicide) ;
- Procéder à l'appréciation de la contribution de ses employés et identifier les zones de développement de compétence pour son équipe, de même que faciliter l'accès aux formations en prévention du suicide en cohérence avec le plan de développement des ressources humaines (PDRH) de sa direction ;
- Assurer les conditions nécessaires au développement des bonnes pratiques en prévention du suicide.

### **7.4. ACTEUR DE SOUTIEN CLINIQUE (ex. : coordonnateur)**

Ce rôle peut avoir différentes appellations telles que coordonnateur professionnel, pivot, professionnel désigné, spécialiste en activités cliniques ou assistant du supérieur immédiat.

Les responsabilités de l'acteur de soutien clinique sont, entre autres, de :

- Soutenir les intervenants dans la réalisation de leurs activités liées à la prévention du suicide ;
- Faciliter la mise en place et l'application de la procédure en prévention du suicide de sa direction en contribuant à sa promotion dans les équipes ;
- Offrir le soutien clinique approprié aux intervenants pour maintenir et améliorer leurs compétences en matière de prévention du suicide ;
- Offrir un accompagnement réflexif aux intervenants dans le traitement de situations complexes en lien avec l'organisation des services en prévention du suicide.

### **7.5. INTERVENANT/PERSONNEL CLINIQUE**

- Prendre connaissance et s'approprier la présente politique ainsi que la procédure de sa direction en prévention du suicide afin d'agir en cohérence avec les orientations de son secteur ;

- Réaliser les activités requises de prévention du suicide avec professionnalisme et rigueur, notamment en se référant aux bonnes pratiques et outils cliniques reconnus ;
- S’assurer de créer et maintenir une alliance thérapeutique avec les usagers tout au long du processus d’intervention ;
- Assurer la sécurité des usagers en tout temps. Il demeure vigilant lorsqu’un usager est dépisté positivement à la présence d’idées suicidaires ;
- Éviter le plus possible de pratiquer de manière isolée. Il consulte au besoin des collègues, son coordonnateur professionnel ou un organisme spécialisé (Centre de prévention du suicide de sa région) lorsqu’il est dans une impasse ou qu’il est placé dans une situation complexe ;
- Impliquer les proches lorsque l’usager l’autorise ;
- Rédiger au fur et à mesure ses notes d’évolution au dossier de l’usager et s’assurer qu’elles soient accessibles aux autres intervenants ;
- Participer aux activités de postvention lorsque requis.

## **8. ENTRÉE EN VIGUEUR**

La présente politique entre en vigueur le jour de sa révision adoptée par le conseil d’administration.

## **9. ANNEXES**

[\*Annexe 1 – Détection et dépistage\*](#)

[\*Annexe 2 – Continuum d’intervention en prévention du suicide\*](#)

[\*Annexe 3 – Facteurs de protection\*](#)

[\*Annexe 4 – Plan de sécurité\*](#)

[\*Annexe 5 – Les étapes de la postvention\*](#)

## Annexe 1 – Aide-mémoire: détection et dépistage

### Groupes à risque suicidaire (Bazinet et al., 2011p.14; OIIQ p.19) et populations vulnérables

- Hommes
- Personne ayant un trouble mental (notamment troubles de l'humeur, trouble de personnalité, schizophrénie)
- Personne ayant une dépendance (alcool, drogues, jeu)
- Historique de suicide dans la famille
- Antécédent(s) de tentative de suicide (notamment dans l'année précédente)
- Traits d'impulsivité et de violence
- Victime de violence pendant l'enfance (principalement sexuelle)
- Population des Premières Nations
- Appartenance à la communauté LGBTQ2+
- Les personnes victimes d'abus, de violence ou de négligence dans l'enfance
- Enfants, adolescents
- Minorités ethniques
- Personne en situation d'itinérance
- Détenus, ex-détenus
- Personnel militaire
- Personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme
- Personnes âgées
- Agriculteurs
- Premiers répondants
- Professionnels de la santé

#### Nouvelle donnée

- Jeunes filles et jeunes femmes <sup>34 et 35</sup>

<sup>34</sup> Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Portrait des visites aux urgences et des hospitalisations pour des problématiques de santé mentale et psychosociales chez les jeunes de 6 à 25 ans en 2022-2023, en comparaison avec les périodes prépandémique (2016-2020) et pandémique de COVID-19 (2020-2022)*. État des pratiques rédigé par Sybille Saury et Annik Moreau. Québec, Qc : INESSS; 2024.51 pages.

<sup>35</sup> Levesque, P. & Perron, P. A. (2024). *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2024*. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 71 pages.

## Moments critiques - Événements précipitants - Facteurs de risque (Exemples)

- Pertes significatives (ex. : emploi, argent, statut, rupture amoureuse, etc.)
- Échecs touchant les raisons de vivre
- Événements vécus de façon honteuse, humiliante ou stressante
- Traumatismes psychologiques (ex. : agression sexuelle, viol, etc.)
- Démêlés avec la justice
- Perte ou abandon d'une structure encadrante (ex. : congé de l'hôpital, etc.)
- Situation de violence conjugale
- Annonce d'un diagnostic (ex. : diagnostic psychiatrique, cancer, etc.)
- Enjeux de médication (ex. : premier mois d'antidépresseur, dosage, assiduité, etc.)
- Enjeux liés à la dépendance (ex. : rechute, down de stimulants, sevrage, perte significative d'argent liée à la dépendance, etc.)
- Deuil

## Signes avant-coureurs de suicide (Exemples)

| Propos directs                                     | Propos indirects   |
|--|--|
| « J'ai le goût de mourir »<br>« Je veux en finir » | « Vous seriez bien mieux sans moi »<br>« Bientôt, je n'aurai plus de problèmes » |

## Changements dans les comportements (Exemples)

### Toute clientèle

- Intérêt soudain pour le suicide
- Isolement
- Désespoir
- Dévalorisation
- Impuissance
- Sentiment d'impasse
- Manque d'énergie
- Manque d'intérêt
- Anxiété
- Peurs
- Irritabilité, colère
- Pleurs
- Négligence corporelle
- Tristesse
- Confusion
- Rémission spontanée
- Délire de persécution
- Hallucinations auditives dictant de se faire du mal
- Douleur ou malaise sans cause physique (somatisation)
- Changement des habitudes alimentaires et de sommeil

### Chez les enfants et les adolescents

- Diminution du rendement scolaire ou absentéisme scolaire
- Hyperactivité
- Conflits avec l'autorité
- Blessures répétitives
- Prise de risques inconsidérés
- Isolement
- Changement dans les habitudes de consommation
- Conflits interpersonnels (harcèlement, intimidation, homophobie)
- Comportements à risque

### Chez les hommes

- Perte d'investissement ou surinvestissement au travail
- Augmentation de la consommation ou autres dépendances
- 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
- Faible expression des émotions

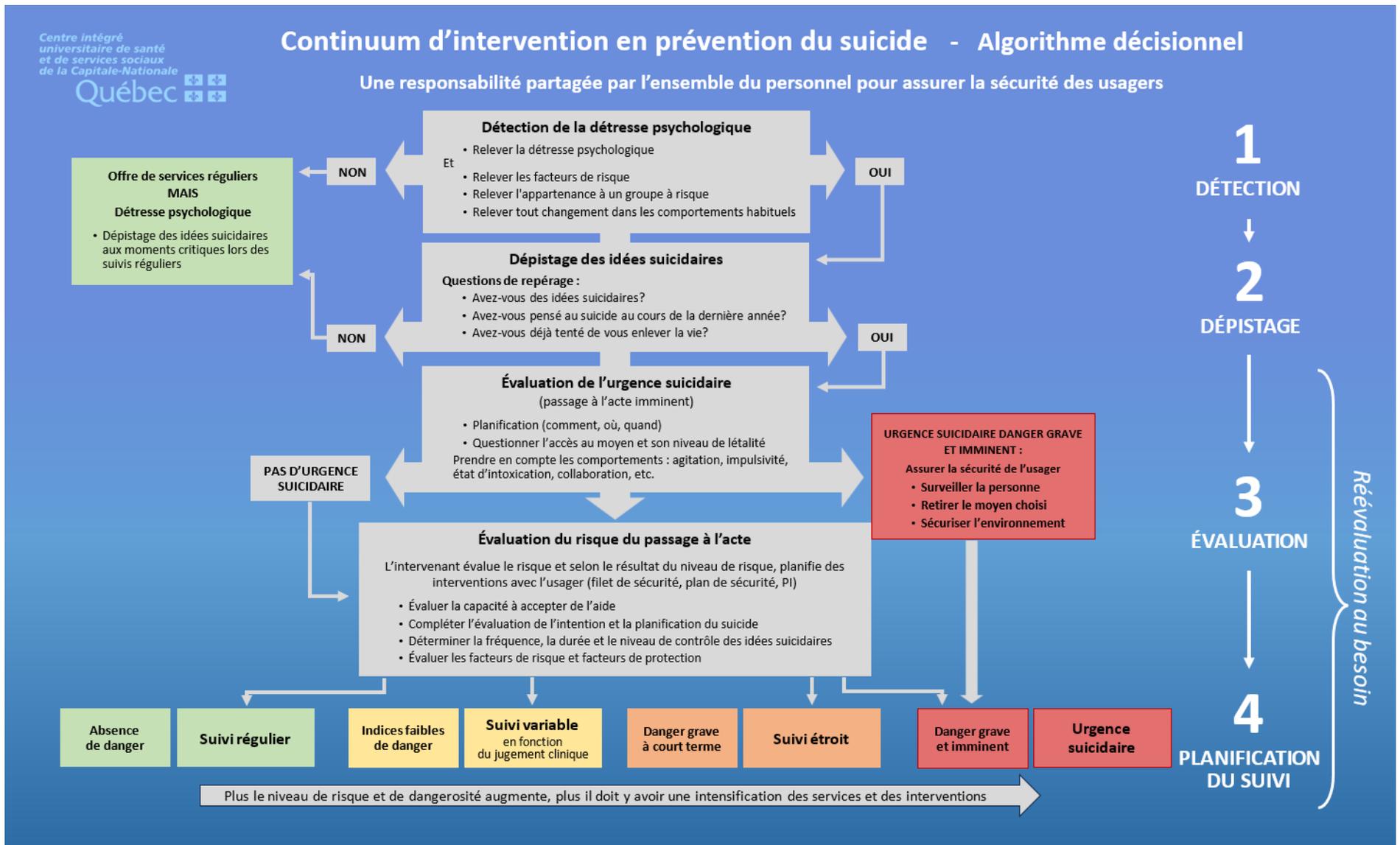
### Chez les personnes âgées

- Repli sur soi
- Refus de s'alimenter
- Refus de soins
- Communique peu
- Perte d'intérêt pour les activités
- Manque d'adhésion au traitement

Adapté de : Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale.

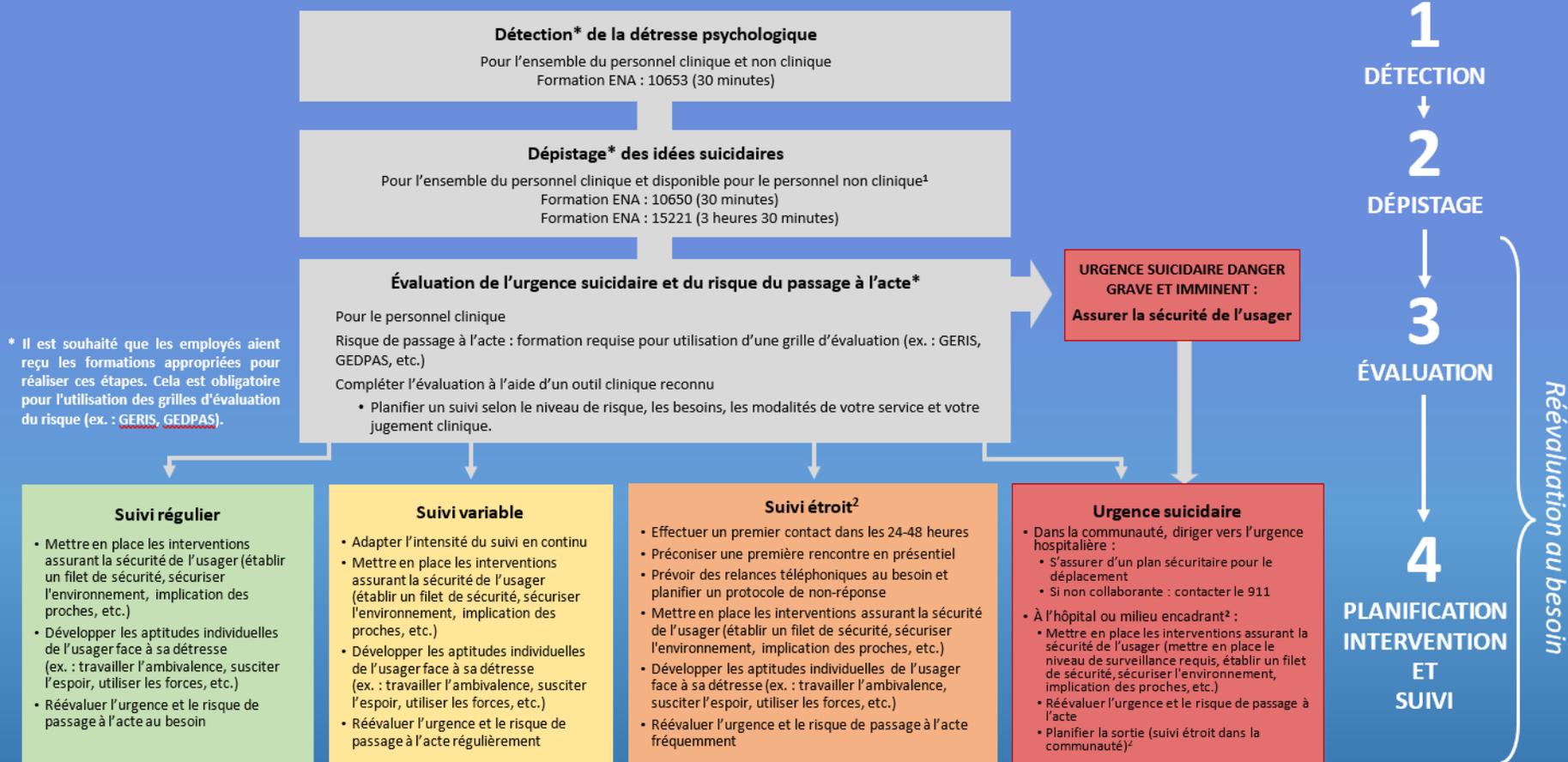
<https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/>

## Annexe 2 – Continuum d'intervention en prévention du suicide



## Complément à l'algorithme

Des formations\* et types de suivis à mettre en place



<sup>1</sup> Étant donné le contexte de chevauchement de certaines formations en prévention du suicide, le lecteur est invité à consulter la procédure spécifique de sa direction qui balise la priorisation et le déploiement des différentes formations.

<sup>2</sup> Se référer au document : *Bonnes pratiques mise en place du suivi étroit*.

### Annexe 3 – Facteurs de protection<sup>36</sup>

#### Facteurs de protection (Exemples)

À l'inverse des facteurs de risques, les facteurs de protection prémunissent les individus contre les risques de suicide. De nombreuses interventions en prévention du suicide sont axées sur la réduction des facteurs de risque, mais il est tout aussi important de connaître et renforcer les facteurs qui intensifient la résilience<sup>37</sup> et les liens sociaux et qui protègent contre les conduites suicidaires.

- Les relations personnelles solides
- Les liens familiaux et des responsabilités familiales, avoir des enfants à sa charge
- Les saines habitudes de vie
- Être dans une relation conjugale stable spécialement chez les hommes
- Avoir un emploi, l'implication au travail
- La capacité de voir la vie du bon côté
- Accorder un sens à la vie
- L'espoir quant aux perspectives d'un futur prometteur
- L'investissement dans la poursuite d'un objectif de vie
- L'implication dans la communauté, sentiment d'appartenance à la communauté
- L'investissement dans un passe-temps
- Les valeurs morales désapprouvant le suicide
- La crainte de désapprobation sociale
- La peur de la mort
- Les croyances religieuses ou spirituelles
- L'identité bien établie
- L'estime de soi consolidée
- Les habiletés de résolution de problèmes
- Les capacités d'adaptation et la résilience
- L'accès restreint à des moyens de se suicider, notamment aux armes à feu
- L'accès à des soins de santé mentale, accès à des soins pour l'abus de substances

<sup>36</sup> 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.

<sup>37</sup> La résilience se définit comme l'« aptitude d'un individu à se construire et à vivre de manière satisfaisante en dépit de circonstances traumatiques » (Larousse, 2024).

## Annexe 4 – Plan de sécurité

|   |   |
|---|---|
|    | N° dossier _____<br>Nom _____<br>Prénom _____<br>Date de naissance _____<br>NAM _____<br>Nom de la mère _____<br>Prénom de la mère _____<br>Nom du père _____<br>Prénom du père _____ |
| <b>MON PLAN DE SÉCURITÉ LORS D'IDÉES SUICIDAIRES</b>  |   |
| Direction clinique _____ Programme _____ Site _____<br>Vous avez vécu de la détresse ou vous avez eu des idées suicidaires. Il est important de mettre en place des moyens que vous avez identifiés pour assurer votre sécurité.  |   |
| <b>Conseils de base</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire ou éviter, autant que possible, la consommation d'alcool ou d'autres substances.</li> <li>• Se préserver, autant que possible, face aux situations conflictuelles et stressantes.</li> <li>• Accordez-vous des moments pour vous détendre et vous divertir.</li> <li>• Entourez-vous de personnes de confiance.</li> <li>• Demander de l'aide dès que nécessaire.</li> <li>• Utiliser le plan de sécurité que vous avez élaboré en collaboration avec votre proche aidant ou votre intervenant.</li> </ul> |   |
| <b>Étape 1 - Mes signaux d'alarme (pensées, émotions et comportements) qui indiquent que je vais moins bien.</b>  |   |
|   |   |
| <b>Étape 2 – Mes raisons de vivre ou ce qui me donne espoir que ma situation pourrait s'améliorer.</b>  |   |
|   |   |
| <b>Étape 3 - Mes stratégies individuelles ou avec mes proches que je peux faire pour me distraire et me changer les idées.</b>  |   |
|   |   |
| <b>Étape 4 - Mes proches ou mes personnes ressources.</b>   |   |
| Nom _____   | Téléphone _____   |
| <b>Étape 5 - Mes ressources spécialisées et professionnelles à contacter lors d'une crise.</b>  |   |
| Nom du professionnel _____  | Téléphone _____   |
| Centre de crise _____   | Téléphone _____   |
| Centre de prévention du suicide 1 866-APPELLE _____   | Téléphone _____   |
| Ligne Info-Social (811) _____   | Téléphone _____   |
| Autre _____   | Téléphone _____   |
| CN00396 (2023-10-31)  | <b>MON PLAN DE SÉCURITÉ LORS D'IDÉES SUICIDAIRES</b><br>Dossier usager<br>D.I.C.: 3-4-4<br>Page 1 de 2  |

Nom :

N° dossier :

Étape 6 - Mes moyens à prendre pour sécuriser mon environnement ou mes lieux de confiance.

Étape 7 - Si la détresse ou les idées suicidaires s'intensifient, je me rends à l'urgence ou je contacte le 911 en dernier recours.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj Usager

Autorisation verbale de l'usager ou de son représentant légal en guise de sa signature. Date \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

Section réservée pour la signature électronique

## **Annexe 5 – Les étapes de la postvention**

**Les cinq étapes de la postvention sont :**

### **1. Gestion de l’urgence et signalement de l’événement**

La première étape concerne les actions d’urgence à poser : appel au 911, vérifier l’identité de la personne qui s’est suicidée, contacter les proches (dans le respect des règles de confidentialité imposées par la [PO-22- Politique relative à la tenue de dossier 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’usager en vue de protéger l’usager, une autre personne ou le public dans certaines circonstances](#)), etc. Pour le personnel, il faut appliquer la trajectoire post-événement en vigueur ou le service d’intervention de crise du Programme d’aide aux employés et à la famille (PAEF), si nécessaire.

Lors de ces étapes, les rôles et responsabilités de chaque membre de l’équipe de postvention doivent être clairement définis dans le protocole de postvention, préalablement structuré et implanté par votre direction dans chaque secteur d’activité.

### **2. Validation des informations et mobilisation du personnel**

La deuxième étape consiste à analyser la situation à l’aide d’une cueillette de données et selon les quatre types de réactions possibles suite à un suicide. Il faut se rappeler qu’une même personne peut cumuler plusieurs types de réactions (de stress, de crise et de deuil). La cueillette de données portera donc sur ce que les usagers verbalisent et manifestent dans le moment présent. Elle sera menée par des intervenants qualifiés.

Les données recueillies lors de cette étape permettent à l’équipe de postvention d’élaborer son plan de postvention. Les besoins des personnes touchées par le suicide seront identifiés en fonction de leurs réactions de crise, de stress ou de deuil. Une analyse continue des besoins des personnes s’avère nécessaire en raison de l’évolution des réactions qui peuvent se produire à retardement.

### **3. Planification des interventions**

La troisième étape consiste en la mise en place d’une collaboration entre les intervenants d’une même équipe. Elle a pour objectif la réalisation de trois activités :

- La transmission des renseignements liés à la situation par la personne qui a pris en charge la situation (intervenant au dossier, coordonnateur, gestionnaire, etc.);
- La priorisation des interventions à réaliser par les différents membres de l’équipe désignée;
- Le partage des rôles et des responsabilités entre les différents membres, afin de s’assurer que les activités sont réalisées selon la planification.

#### 4. Réalisation des interventions

La réalisation des interventions nécessite plusieurs activités.

- L’analyse de la situation (compréhension de l’événement) et la détection des usagers et des proches touchés directement ou indirectement par le suicide;
- La phase d’analyse individuelle (dépistage des indices et des signes avant-coureurs) pour mieux comprendre les besoins et les impacts sur les usagers et les proches;
- La mise en place d’un plan d’intervention, avec une référence vers les programmes services adaptés ou une orientation vers des services dans la communauté, le cas échéant;

Les évaluations (stress/stress aigu, état de stress post-traumatique, deuil, crise; dépistage de l’urgence et du risque suicidaire) sont réalisées par un ou plusieurs intervenants. Ceux-ci n’hésitent pas à consulter ou à collaborer avec leurs collègues ou leur coordonnateur clinique (ou professionnel) lorsque la situation est complexe et nécessite une démarche globale.

Les activités de communication et de tenue de dossier sont transversales à l’ensemble des étapes. Les intervenants doivent s’assurer de transmettre ces informations au bon intervenant pour assurer en continu la sécurité des usagers et des proches, tout le long du continuum de postvention.

#### 5. Bilan des interventions réalisées et des suites à donner<sup>38</sup>

La personne qui prend en charge la gestion de la situation rencontre l’équipe des intervenants afin d’effectuer un bilan de l’ensemble des actions posées. Un bilan des activités réalisées et une planification des prochaines étapes sont discutés, rédigés et partagés. Ces informations doivent être déposées au dossier de l’usager qui a commis un suicide ou dans le dossier des proches de cet usager, le cas échéant.

Pour assurer la continuité informationnelle et une prise de décision partagée efficace, les intervenants doivent favoriser des stratégies adaptées à leur milieu pour que l’information soit accessible. Cet accès doit être offert dans les limites posées par la [PR-000-56](#).

La personne coordonne l’actualisation des activités prévues dans la planification, en s’assurant d’offrir des services adaptés aux besoins des usagers et des proches.

Parallèlement à l’actualisation des activités prévues dans la planification, une analyse approfondie de l’événement de suicide (autopsie psychologique) débute, avec le concours du comité *ad hoc* mené par la DQEPE. Pour cela, la personne qui prend en charge les interventions doit interpeller la DQEPE pour s’assurer que l’analyse est réalisée.

Pour une présentation exhaustive des étapes et des mesures à appliquer en situation de postvention, veuillez-vous référer au [Guide de référence en Postvention CIUSSS Capitale-Nationale](#) et au Programme de postvention conçu notamment par le Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec (RCPS), à l’adresse suivante :

[https://www.rcpsq.org/wp-content/uploads/2020/02/Programme\\_Postvention\\_FR\\_2020.pdf](https://www.rcpsq.org/wp-content/uploads/2020/02/Programme_Postvention_FR_2020.pdf)<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Adapté de CISSS de la Chaudière-Appalaches (2008). *La postvention en Chaudière-Appalaches, une approche globale. Intervenir dès la phase de choc à la suite d’un suicide*, p. 25. Document disponible à l’adresse suivante : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1762643>; consulté le 18/03/2024.

<sup>39</sup> Document consulté le 12/03/2020.