

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale</p> <p>Québec </p>	POLITIQUE
	Code : PO-49
	Direction responsable : Direction des services multidisciplinaires
	Adoptée au comité de direction le : 24 novembre 2020
Entrée en vigueur le : 24 novembre 2020	
TITRE : Politique relative à la prévention du suicide	

<p>CONSULTATIONS</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Conseil des infirmières et infirmiers :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Conseil multidisciplinaire :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens :</p>	<p><input type="checkbox"/> Cadres :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Directions : DAJI – DSAPA – DITSADP – DSMD – DJ – DPJ – DQEPE – DRHC – DSI-SP – DEAU</p>
--	--

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 usagers 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 MINISTÉRIELLES ET ORDRES PROFESSIONNELS

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 - 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 alinéa 1 et 63.1.

Ordres professionnels - 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 PROCÉDURES DE L'ÉTABLISSEMENT

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).

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) pour 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 organisationnels.

2.1. OBLIGATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT

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

La Loi sur les services de santé et de 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'utilisateur en vue de protéger l'utilisateur, 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- 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 trois 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.

2.3. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 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 cherche le développement de pratiques organisationnelles permettant une bonification de l'offre de services, et une amélioration des arrimages interdirections et intersectoriel avec le 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 événements accidents et d'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, survenu dans les milieux de soins ou à domicile.

2.4. PRINCIPES DE BASE TRANSVERSAUX

Les principes suivants jettent les bases de la philosophie de prévention que tout le personnel (clinique et administratif) réalisant des activités auprès des usagers doit s'approprier pour contribuer à la démarche générale de prévention du suicide. Ces principes sont transversaux aux étapes du

continuum d'intervention (détection, dépistage, évaluation, 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 à réaliser auprès des usagers dont la situation de vie les rend vulnérables au suicide. Ces responsabilités sont liées au rôle que chaque intervenant joue dans la trajectoire de services de son secteur d'activité d'appartenance.

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

L'intervenant accueille les usagers avec professionnalisme : l'alliance et l'entretien clinique sont essentiels afin d'alimenter le jugement clinique de l'intervenant sur la situation à évaluer. Ses décisions cliniques reposent sur son jugement. Il est donc impératif qu'il développe le plus possible un confort clinique en lien avec les situations qui impliquent des idéations suicidaires ou de la détresse psychologique, et développe une maîtrise des processus ou approches suggérées dans son secteur pour prévenir le suicide. Pour cela, par exemple, 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 prévoir un plan de formation continue et une structure d'encadrement clinique dès l'accueil de tout nouvel employé.

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 sont des modalités de soutien et peuvent au besoin guider le jugement clinique. 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 globale¹.

Il s'efforce de créer et maintenir l'alliance thérapeutique tout au long du continuum d'intervention. Il implique l'usager dans les stratégies retenues en lui expliquant les raisons et en l'informant que les mesures s'adapteront à l'évolution de la situation. Il est important que l'intervenant s'assure de connaître les éléments essentiels à vérifier chez l'usager et son environnement, le cas échéant.

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'usager. 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 organisations spécialisées qui sont en mesure de lui offrir du coaching ou un soutien (tel le Centre de prévention du suicide – CPS, de son secteur). Il est recommandé d'impliquer les proches lorsque cela est possible et si nécessaire².

Dans ces situations, le dépistage, l'évaluation ou le suivi peut être coréalisé avec des pairs ou son supérieur pour permettre une gestion du risque *efficace et partagée*. Cette collaboration

¹ Selon la politique PO-22, il est interdit de consigner des données brutes sans notes évolutives dans le dossier central de l'usager. Dans le cas où un intervenant complète un outil d'aide à la décision, il est impératif qu'il dépose aussi ses notes évolutives.

² 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'appropriier la PO-22 *Politique relative à la tenue du dossier de l'usager 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 usager ou le public dans certaines circonstances*.

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 permettra 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.

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 pour assurer la poursuite des interventions afin d'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 VISÉS PAR LA POLITIQUE

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.

Bien que les rôles et les responsabilités des intervenants puissent varier selon la fonction qu'ils jouent dans leur secteur d'activités, 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, et sur des résultats de la littérature scientifique et des recommandations dans les documents provinciaux ministériels et des ordres professionnels.

Cette politique vise trois objectifs :

- I. Optimiser les pratiques cliniques par le partage d'une vision commune et d'un langage commun 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;
- II. Définir les balises concernant les activités à réaliser lors des différentes étapes d'intervention en prévention du suicide (détection de la détresse psychologique, dépistage, évaluation de l'urgence et du risque suicidaire, planification de l'intervention et suivi étroit, d'intensité variable ou régulier) 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). Les directions programmes utilisent les continuums d'intervention et de post-événement pour développer ou bonifier leurs trajectoires de services en prévention du suicide;
- III. Assurer une prestation sécuritaire des soins et services auprès des usagers présentant un risque suicidaire, en s'assurant que le personnel clinique des directions programme 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, administratif 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 ou de la procédure de leur direction. Elle s'applique dans toutes les installations et tous secteurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale dans lesquels des activités sont réalisées.

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

Collaboration interprofessionnelle (CIP)	« Un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et 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 » ³ . Ici, le terme professionnel est défini dans un sens large incluant les techniciens.
Dépistage⁴	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 lesquelles le résultat du dépistage s'avère positif sont orientées afin qu'une investigation complémentaire soit effectuée » ⁵ . Le dépistage permet de référer les usagers identifiés aux services appropriés afin que soit effectuée une évaluation de l'urgence suicidaire ou une évaluation approfondie du risque suicidaire.

³ 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_mznc7Rr8stsEhHxl8XMjgiYWzRln/view; consulté le 06/03/2020.

⁴ Le dépistage est une des composantes du terme « Repérage » utilisé dans la formation offerte par l'Association québécoise en prévention du suicide.

⁵ 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 ; consulté le 11/03/2020.

Détection	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 » ⁶ .
Détresse psychologique	« 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 » ⁷ .
Évaluation	« 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 » ⁸ . Dans le cadre des activités prévues pour prévenir le suicide, un technicien formé selon les bonnes pratiques peut réaliser une évaluation de l'urgence suicidaire et du risque de passage à l'acte.
Facteurs de risque	« 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 » ⁹ .
Facteurs de protection	« 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 » ¹⁰ . 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.

⁶ *Idem*.

⁷ Référence disponible à l'adresse suivante : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/flash-surveillance/detresse-psychologique-en-quelques-chiffres/> ; consulté le 11/03/2020.

⁸ 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 : <http://www.ooaq.qc.ca/ordre/lois-reglements/doc-lois/loi-90.pdf>.

⁹ Organisation mondiale de la Santé. (2014). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Organisation mondiale de la Santé, p. 30. Document disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>.

¹⁰ *Idem*, p. 44.

Idées suicidaires	Ce sont des signaux « d'alarme qui précède 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 » ¹¹ .
Intervenant	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.
Intervention	« Une ou plusieurs actions posées pour un usager (individu, groupe, communautaire), qui exigent une note significative au dossier » ¹² .
Intervention de crise	« L'intervention de crise consiste en une intervention immédiate, brève et directive qui se module selon le type de crise, les caractéristiques de la personne et celles de son entourage. Elle vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement humain en lien avec la situation de crise. Ce type d'intervention peut impliquer l'exploration de la situation et l'estimation des conséquences possibles, par exemple, le potentiel de dangerosité, le risque suicidaire ou le risque de décompensation, le désamorçage, le soutien, l'enseignement de stratégies d'adaptation pour composer avec la situation vécue ainsi que l'orientation vers les services ou les soins les plus appropriés aux besoins. Selon la nature des problèmes présentés, la référence peut être immédiate vers les ressources appropriées ou se faire en fonction de l'application de protocoles existants. Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 peut également assurer l'application de différents protocoles (violence conjugale, agression sexuelle, etc.) » ¹³ .
Jugement clinique	« 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 » ¹⁴ . « 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 » ¹⁵ .
Moments critiques ou facteurs précipitants	On appelle moments critiques ou facteurs précipitants des événements précédant de peu le passage à l'acte ou déterminants dans la crise

¹¹ <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/prevenir-le-suicide/#c1682> ; consulté le 12/03/2020.

¹² CIUSSS de la Capitale-Nationale (2017). *D-PR-22. Directive relative à la tenue et la gestion du dossier de l'usager*, 2017, p.7.

¹³ MSSS (2013). *Services sociaux généraux : offre de service*. p. 32. Document disponible à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf> ; consulté le 09/03/2020.

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

¹⁵ 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.

	suicidaire : des 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. Il s'agit parfois d'événements anodins pour l'intervenant, mais qui revêtent une importance affective pour la personne.
Parasuicide ou Automutilation	Ces expressions « désignent un ensemble de comportements par lesquels un individu cause volontairement des blessures à son corps ou met sa santé en péril » ¹⁶ . Trois catégories : 1° avec intention suicidaire; 2° sans intention suicidaire et 3° conduites à risques.
Plan de sécurité	C'est 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 ¹⁷ .
Postvention	« Le geste de la personne qui se suicide affecte l'ensemble de son cercle familial ainsi que ses amis. Il importe donc de veiller à faciliter l'accès des personnes ébranlées par un suicide à des mesures d'aide et de soutien [...] ». Cette activité « comprend des mesures liées au traitement ainsi qu'au rétablissement des personnes affectées par un suicide. Ce type d'intervention vise à freiner l'effet d'entraînement pouvant s'observer dans un milieu [...] face à l'acte suicidaire » ¹⁸ .
Risque suicidaire	<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 ou l'absence, et de la force, 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> <p><u>Risque élevé</u> : l'usager est en danger grave à court terme, mais sans danger grave et immédiat (voir définition Urgence suicidaire). L'usager a choisi un moyen pour se suicider; il est accessible; un lieu a été choisi; et il prévoit se suicider à court terme (c'est-à-dire dans les jours à venir).</p> <p><u>Risque modéré</u> : l'usager a l'intention de passer à l'acte, mais n'a pas décidé de façon précise sa planification.</p> <p><u>Risque faible</u> : lorsque l'usager exprime des idées suicidaires, sans planification ni intention de passage à l'acte.</p>

Urgence suicidaire	La notion d'urgence doit être comprise dans le sens de l'article 13 du Code civil du Québec qui la définit comme suit : « lorsque la vie de la personne
---------------------------	---

¹⁶ Nock et al., (2006). « Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. » *Psychiatry Research*, Sep 30;144(1):65-72.

¹⁷ 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.

¹⁸ MSSS (2010). *Guide de soutien au rehaussement des services en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires des CSSS*, p. 33 et 34. Document disponible à l'adresse suivante :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-03F.pdf> ; consulté le 28/07/2020

	est en danger ou son intégrité menacée ». L'évaluation de l'urgence suicidaire permet d'assurer immédiatement la sécurité de la personne. Elle « nécessite une intervention rapide afin de soustraire la personne à un danger pour sa vie ou son intégrité ou pour protéger la vie ou l'intégrité d'autrui » ¹⁹ .
Usager	Toute personne inscrite qui a reçu, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert des services de l'établissement.

6. MODALITÉS

Cette partie présente les paramètres de base communs qui composent le continuum d'intervention et le continuum post-événement en prévention du suicide du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ces paramètres permettent de présenter une vision d'ensemble clarifiée, un langage commun, afin que tous les gestionnaires et intervenants 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. Ils décrivent les différentes étapes recommandées à implanter dans ces trajectoires. Puisqu'il s'agit de schémas, quelques exemples ou questions sont proposés à chacune des étapes²⁰.

Les continuums d'intervention et de post-événement ne sont pas nécessairement des processus linéaires. Les activités ne sont pas systématiquement réalisées l'une après l'autre, par la même personne. La séquence de leur réalisation dépend du contexte, de l'organisation de service du secteur, et du rôle que chacun des intervenants joue dans ce secteur. 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 qu'ils couvrent 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 va réaliser, et cela afin d'assurer la sécurité et d'accompagner l'utilisateur vers des 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.

¹⁹ MSSS (2009). *Guide pratique sur les droits en santé mentale*, p. 114. Document disponible à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-914-05F.pdf> ; consulté le 12/03/2020.

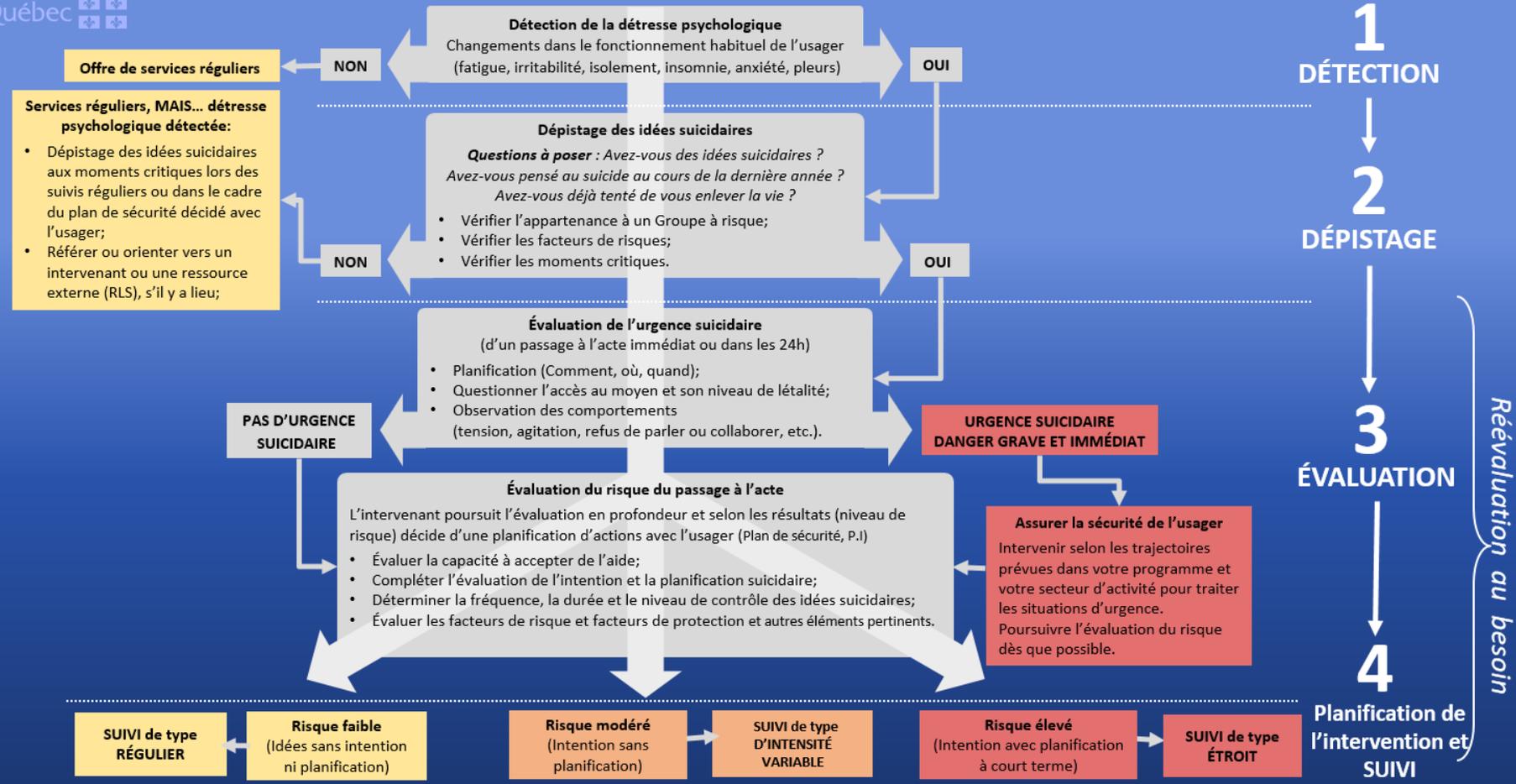
²⁰ Toutefois, il ne s'agit pas de l'ensemble des éléments ou questions à considérer pour réaliser les activités. L'intervenant doit questionner l'utilisateur sur plusieurs aspects, y compris les facteurs de risques et les signes suicidaires. Ainsi, outre la communication verbale, l'intervenant est attentif aux comportements non-verbaux de l'utilisateur (réponses évasives, incomplètes, hésitations, fermeture, etc.).

Continuum d'intervention en prévention du suicide une responsabilité partagée par l'ensemble du personnel

– Algorithme décisionnel

4 activités pour assurer la sécurité des usagers

Tout au long du continuum : transfert d'information & tenue de dossier



6.1. DESCRIPTION DU CONTINUUM D'INTERVENTION EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Dans le but de réduire le nombre de suicides au Québec, pour cette raison 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 intentions 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 interdisciplinaire (la co-intervention ou la coévaluation, 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 contenue dans la D-PR-22- 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, et ce, jusqu'à la phase de suivi prévu dans le plan d'intervention.

Il existe quatre grandes activités à réaliser : la détection, le dépistage, l'évaluation et la planification de l'intervention/suivi²¹.

A. Activité 1 : Détection de la détresse 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 des intervenants à la détection des signes ou indices de détresse psychologique, notamment auprès des groupes à risque ou des populations vulnérables.

i. 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 nationale d'écoute téléphonique (1 866 APPELLE). 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 démystification 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 favorisent la prévention du suicide en diminuant certains facteurs de risque et en augmentant les facteurs de protection. 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.

²¹ 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.

- ii. Pour les services de santé, 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 indices laissent penser qu'une personne vit de la détresse et que des idées suicidaires pourraient exister, l'intervention prend la forme d'un contact bienveillant, d'une écoute active de la situation vécue par l'utilisateur²². Il s'agit de prendre le temps d'écouter et de reconnaître sa détresse, de questionner s'il vit des changements dans ses habitudes ou dans son fonctionnement habituel. L'intervenant peut poursuivre par un dépistage ou orienter la personne vers des ressources d'aide, le cas échéant. Cette détresse se reconnaît par des mots, des comportements, des émotions ou des indices cognitifs : irritabilité, pleurs, fatigue, anxiété, insomnie, sentiment d'isolement, comportements inhabituels. La personne peut également avoir de la difficulté à se concentrer, parler de façon confuse et incohérente, manquer de motivation, avoir des pertes de mémoire ou encore être indécise, etc.²³⁻²⁴.

La détection de la détresse psychologique est réalisée par tous les membres du personnel et est destinée à tous les usagers des services de l'établissement. Puisqu'elle repose sur la sensibilité clinique des intervenants, une vigilance est donc de mise en tout temps et tout au long de la trajectoire des services.

Les membres du personnel sont invités à porter une attention particulière aux usagers et aux groupes vulnérables, selon les facteurs de risque et de protection individuels et relationnels ou communautaires.

B. Activité 2 : Dépistage des idées suicidaires²⁵

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'utilisateur 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'utilisateur 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? ». Les bonnes pratiques en prévention du suicide recommandent de poser la question de façon claire et sans ambiguïté.

²² Institut national en santé publique du Québec (2018). *Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec*, p. 24. Document disponible à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2469_capacite_agir_sentinelles_prevention_suicide.pdf ; consulté le 12/03/2020.

²³ Pour en savoir plus concernant les facteurs de risque et de protection dans la région : CIUSSS de la Capitale-Nationale. *Le suicide dans la Capitale-Nationale-Mieux comprendre pour mieux prévenir*. Québec, Direction de santé publique, 2018, p.6. Document disponible sur la ZoneCIUSSS.

²⁴ <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/prevenir-le-suicide/#c1682> ; consulté le 12/03/2020.

²⁵ Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2018). *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux de recherche ultérieurs* : « À l'heure actuelle, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour déterminer les avantages du dépistage dans les milieux de soins primaires; des outils peuvent aider à identifier certains adultes, mais ils sont moins efficaces chez les jeunes et les adultes âgés ». p. 44. Document disponible à l'adresse suivante :

https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2018-12/Research_on_suicide_prevention_dec_2018_fr.pdf ; consulté le 12/03/2020.

Afin de favoriser un dépistage efficace des usagers, les intervenants doivent connaître les groupes de population les plus vulnérables au suicide. Ils doivent aussi connaître les facteurs de risque, les facteurs de protection et les moments critiques ou événements précipitants, propres à la population auprès de laquelle ils travaillent²⁶.

- Si l'usager confirme avoir des idées suicidaires (dépistage positif), l'intervenant passe à l'étape de *l'évaluation de l'urgence suicidaire*, autrement dit l'évaluation de l'existence d'une planification d'un passage à l'acte suicidaire immédiat (avant 24 heures), afin d'évaluer s'il y a un danger immédiat²⁷.
- Si au contraire l'usager n'a pas d'idée suicidaire (dépistage négatif) mais que la détresse psychologique est 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 restera sensible aux facteurs de risques liés au profil de l'usager, par exemple s'il fait partie d'un groupe à risque (Annexe 1), et au besoin impliquera le réseau social de l'usager pour assurer un filet de sécurité et qu'il soit cerné adéquatement.

C. Activité 3 : Évaluation de l'urgence et du risque de passage à l'acte suicidaire

Dans le continuum d'intervention, deux activités suivent un dépistage positif. Elles prévoient une évaluation de la situation de l'usager en lien avec le suicide. Dans un premier temps, une évaluation de l'urgence suicidaire (le passage à l'acte est prévu dans les 24 h) est réalisée par l'intervenant pour s'assurer de la sécurité immédiate de l'usager. Si cette évaluation démontre qu'il n'y a pas d'urgence, une évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire est ensuite réalisée.

Ces deux évaluations consistent à émettre un jugement clinique sur l'urgence ou le niveau de risque d'un passage à l'acte. Elles permettent également de mettre en place un plan d'action (plan d'intervention et plan de sécurité) afin d'assurer la sécurité de l'usager et de décider d'une intervention adéquate dès que possible selon le niveau de risque.

a) Évaluation de l'urgence suicidaire (intention et planification, moins de 24 h)²⁸

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 immédiat ou si son intégrité est menacée, autrement dit s'il existe une planification d'un *passage à l'acte à court terme*. Pour réaliser cette évaluation, l'intervenant lui pose trois types de questions :

- C : comment? A-t-il pensé à un moyen et ce moyen est-il accessible et légal?
- O : où? Un lieu a-t-il été choisi?
- Q : quand? A-t-il pensé à quel moment il veut se suicider²⁹?

Si les résultats de l'investigation réalisée par l'intervenant lui laisse croire que l'usager veut passer à l'acte immédiatement ou d'ici 24 h, et que malgré un travail sur l'ambivalence l'intervenant ne

²⁶ À l'étape du dépistage, la présence de pensées *homicidaires* peut aussi être vérifiée, d'autant plus lorsque la personne vit des difficultés familiales importantes, telles une séparation difficile, la perte de la garde de ses enfants, etc.

²⁷ Au-delà des questions posées, lorsque les inquiétudes liées au risque suicidaire persistent, on poursuit l'évaluation pour assurer la sécurité de la personne. Le jugement clinique est important à chacune des activités (prendre en considération le niveau de compréhension et de langage ainsi que la crédibilité des propos).

²⁸ 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, notamment, aux intervenants non formés de poser des actions pour assurer la sécurité immédiate des usagers, si le contexte l'exige.

²⁹ La question du *Quand* ne doit pas être seulement considérée comme la volonté d'être informée d'une date déterminée du passage à l'acte suicidaire. Cette question interroge plus largement le moment ou la période pendant laquelle l'acte est planifié. Il est important de garder à l'esprit que la réponse à cette question peut être réévaluée au cours de l'intervention selon le niveau d'impulsivité de l'usager.

parvient pas ébranler l'intention de l'utilisateur et le faire changer d'avis³⁰, alors il y a une **urgence suicidaire** et l'utilisateur est en danger grave et immédiat. Pour répondre à cette urgence, une intervention immédiate doit être réalisée afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur.

Attention :

Parfois, même si la planification n'est pas clairement verbalisée par l'utilisateur, il est important de poursuivre l'évaluation de l'urgence suicidaire pour s'assurer qu'il n'y a pas de volonté de passer à l'acte dans les 24 h et ainsi assurer la sécurité immédiate de l'utilisateur³¹. Ici la fiabilité du discours ou du comportement de l'utilisateur est remise en question.

Lorsqu'un intervenant a un doute concernant la présence d'une urgence suicidaire, il doit faire appel à un collègue ou son coordonnateur ou un partenaire externe pour valider les résultats de l'évaluation de l'urgence suicidaire. Il doit mettre en œuvre toutes les approches ou utiliser les outils qu'il a à sa disposition, pour réaliser une intervention sécuritaire et adéquate.

- iii. **Planification de l'intervention lors d'une urgence suicidaire :** un danger grave et immédiat a été évalué. Une tentative est en cours ou un passage à l'acte est prévu dans les prochaines heures. Le moyen et lieu ont été choisis et sont accessibles pour l'utilisateur.

Lorsqu'un usager présente un danger grave et immédiat d'un passage à l'acte suicidaire, il est impératif d'assurer sa sécurité immédiate. Pour prendre en charge la situation, il est important d'interpeller un collègue ou un gestionnaire et de mettre en place les mesures de sécurité prévues dans le cadre des trajectoires de services propres à votre programme ou votre secteur d'activités (services de crise ou hospitalisation immédiate, par exemple).

b) Évaluation du risque de passage à l'acte

Si après l'évaluation de l'urgence suicidaire, l'intervenant constate que l'utilisateur ne veut pas passer à l'acte dans les prochaines heures et qu'il se montre ouvert à parler de sa souffrance, une évaluation complète du risque de passage à l'acte suicidaire sera effectuée.

Pour la réalisation de cette évaluation, l'intervenant tient compte de critères supplémentaires autres que la planification du suicide. Ces critères réfèrent à des facteurs de risque qui peuvent augmenter le risque de passage à l'acte et à des facteurs de protection qui, à l'inverse, peuvent diminuer le risque de passage à l'acte (Annexes 1 et 4).

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. Comme précédemment présenté, pour réaliser cette évaluation, des outils d'aide à la décision sont disponibles et peuvent être utilisés afin de soutenir le jugement clinique de l'intervenant. Il peut les utiliser pour développer son confort clinique et ses aptitudes à réaliser ce type d'évaluation.

Selon les résultats de l'évaluation globale, un 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 trois niveaux de risque suivants :

- Le risque élevé 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;

³⁰ Dans un premier temps, l'intervenant qui se sent à l'aise de le faire tentera d'ébranler la décision de l'utilisateur de passer à l'acte dans les prochaines heures et qu'il collabore pour accepter de l'aide.

³¹ « Une étude révèle que 44 % des gens à qui l'on demande pour la première fois si elles ont des idées suicidaires répondent 'non' à la question. » (GÉRIS, 2018, p.29).

- Le risque modéré 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;
- Le risque faible 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.

c) Planification de l'intervention lors d'un risque élevé, modéré ou faible

Après l'évaluation, l'intervention peut être planifiée et s'inscrire dans un suivi, qui prendra une forme et une intensité selon le niveau de risque évalué, le contexte et les 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 prévus³².

De façon régulière, et en concertation avec l'utilisateur, l'intervenant doit procéder à la réévaluation du risque de passage à l'acte, en tenant compte des notes au dossier, à tous les moments critiques (congé d'hôpital, conflits familiaux, changement de milieux de vie, etc.). Un plan de sécurité doit être rédigé en concertation dès la première rencontre.

i. Adaptation de l'intensité des services

Lorsqu'un utilisateur présente un risque élevé, modéré ou faible, la fréquence des rencontres varie selon l'intensité des besoins et l'évolution de la situation.

a) **Risque élevé : suivi étroit de type intensif**³³

Tout utilisateur qui est (ou a été) dans une situation d'urgence suicidaire ou évaluée à risque élevé de passage à l'acte suicidaire doit avoir accès à un suivi étroit³⁴. « Le suivi étroit est une mesure visant à s'assurer que la personne qui est ou qui a été en danger grave de passage à l'acte et [qu'un intervenant ait] effectué la gestion de sa crise suicidaire, puisse avoir accès à un suivi rapidement et de façon intensive »³⁵. Ce suivi est réalisé pendant une période déterminée afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur par un accompagnement intensif (par un intervenant du CIUSSS de la Capitale-Nationale, avec l'aide de son gestionnaire, des proches ou un partenaire externe, ou par la collaboration entre ces acteurs si possible), pour empêcher ou prévenir une nouvelle tentative. Il peut prendre plusieurs formes selon les services offerts et les besoins de l'utilisateur. Une relance régulière et systématique à court terme doit être effectuée (déplacement à domicile au besoin ou restriction de déplacement pour une personne hospitalisée). Dans ce contexte, le suivi étroit constitue un moyen favorisant la sécurité de la personne à l'aide d'une continuité informationnelle et de services, sous la forme d'un suivi interdisciplinaire³⁶.

Selon les circonstances et le jugement clinique, l'intervenant, avec l'aide de son gestionnaire, peut considérer que le suivi étroit cesse lorsque l'utilisateur ne présente plus de risque de passage à l'acte à court terme après quelques rencontres consécutives. Dès lors le suivi étroit cesse, l'utilisateur se verra offert un suivi d'intensité variable ou régulier ou sera référé/orienté vers des services répondant aux difficultés qui ont provoqué la situation menant au risque suicidaire.

b) **Risque modéré : suivi de type « intensité variable »**

³² Pour plus d'information, veuillez consulter la procédure du CIUSSS de la Capitale-Nationale : PR-000-03-*Procédure relative au recours à la surveillance des usagers*. Le document est disponible sur la Zone CIUSSS.

³³ L'expression *Suivi étroit* est utilisée pour décrire le suivi prévu dans le cadre de l'intervention de crise. Pour en savoir plus, consulter MSSS (2013). *Offre de service- Services sociaux généraux*. Fiche 2 Intervention de crise dans le milieu 24/7. p. 32.

³⁴ PASM 2015-2020, mesure 29, p. 52

³⁵ Guide intervenants MSSS, p. 46.

³⁶ Pour vous permettre de mieux comprendre les paramètres de base d'un suivi étroit, vous pouvez vous référer au *Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*, du MSSS.

Le soutien de type intensité variable est prévu lorsque le risque de passage à l'acte suicidaire est modéré. Dans ce cas, l'intensité de l'intervention doit s'adapter en continu, selon les situations que vit l'utilisateur et s'assurer que les moyens sont mis en place pour assurer une réponse adéquate 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'utilisateur suivi reste stable et d'intervenir rapidement en cas de besoin »³⁷.

c) Risque faible : suivi de type régulier

Le suivi de type régulier est prévu lorsque le risque de passage à l'acte suicidaire est faible, mais que l'utilisateur a des idées suicidaires sans intention ni planification et qu'il fait partie de groupes à risque et présente des facteurs de risque. L'utilisateur doit avoir accès à un suivi durant lequel l'intervenant se montrera vigilant quant aux changements significatifs (moments critiques) vécus par l'utilisateur, et réévaluera ponctuellement l'urgence et le risque de passage à l'acte suicidaire.

ii. Réalisation d'un plan de sécurité³⁸

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 symptômes suicidaires, entre les rencontres prévues avec son intervenant. Il 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, complété avec l'utilisateur, qui permet d'identifier des moyens pour composer avec la souffrance (voir un exemple en annexe 5).

De façon générale, on retrouve dans un plan de sécurité les éléments suivants : a) sécuriser mon milieu (ne pas avoir accès à une arme, à des médicaments en grande quantité, etc.); b) Signes précurseurs (angoisse intense, sentiment d'abandon, de rejet); c) Stratégies d'adaptation (briser mon isolement, faire une activité que j'aime); d) Soutien personnel (appeler amis, membres de la famille si consentement de l'utilisateur); e) Soutien par un professionnel (prendre rendez-vous avec intervenant, médecin de famille); f) Numéros d'urgence (du Centre de prévention du suicide de votre territoire ou du Centre de crise de Québec ou autres organismes reconnus).

iii. 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-ÉVÉNEMENT EN CONTEXTE SUICIDAIRE

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

³⁷ MSSS, Cahier 2 – Transformation des services de santé mentale p. 9.

³⁸ 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

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

6.2.1. Intervention à la suite d'un événement potentiellement traumatique.

Un événement potentiellement traumatique peut avoir des effets importants chez les personnes affectées par celui-ci (usagers, intervenants, gestionnaires 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 d'autres, un état de stress aigu pourrait se développer. Cet état, considéré comme un trouble selon l'Association psychiatrique américaine (APA), survient lorsqu'une personne a été exposée, de façon directe ou indirecte à un événement traumatique, comme une mort, une menace de mort, de la violence³⁹.

Un événement potentiellement traumatique peut avoir des effets physiques et psychologiques, tels « des symptômes envahissants, d'évitement, une altération négative des cognitions et de l'humeur et une altération marquée de l'éveil et de la réactivité »⁴⁰, ce qui nécessite la mise en place d'actions immédiates 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'expertise⁴¹.

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 (coordonnateurs, 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.

³⁹ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2019). Guide et normes : la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation - Cadre de référence clinique. Québec. p.53

⁴⁰ *Idem*, p. 51

⁴¹ *Idem*, p. 50.

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 directement ou indirectement par le suicide. Les étapes de la postvention⁴² 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, 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, une fiche média peut être complétée et diffusée par le gestionnaire responsable.

Les actions de postvention sont de deux types :

1. 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);
2. 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 schéma de post-événement.

⁴² 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-événement en contexte suicidaire (algorithme décisionnel) - *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 (annexe 8)

Pour mettre en place des stratégies d'intervention post-événement, veuillez-vous référer à l'annexe 8 de la politique. 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.



Pour des interventions post-événements 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 (DRHC).

En cas de suicide : *Postvention* (annexe 7)

- i. Gérer l'urgence et signalement de l'évènement;
- 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.

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Comité stratégique de prévention du suicide :

Les membres du comité stratégique sont responsables de mettre en œuvre cinq orientations :

- a) 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;
- b) Dresser le profil actuel des services en matière de prévention, intervention et postvention du suicide au CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- c) Déterminer les mesures visant la consolidation et l'amélioration des services en prévention, intervention et postvention du suicide au CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- d) Favoriser le développement et le maintien des compétences professionnelles et médicales;
- e) Soutenir les pratiques innovantes, les projets de recherche et les activités en matière de prévention.

Comités tactiques de prévention du suicide/ou Comité de gestion des risques des directions programme :

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

- a) Une procédure en prévention du suicide dans les secteurs d'activités qui la concernent;
- b) Une trajectoire de transmission et de partage des informations relatives aux interventions auprès des usagers présentant un risque suicidaire, notamment dans le cas de transfert du dossier dans une autre direction ou une autre équipe de la même direction;
- c) Une structure de soutien clinique qui tient compte des paramètres de bases présentés dans cette politique, afin de soutenir et maintenir les compétences des intervenants tout au long des continuums de prévention du suicide et de post-événement en contexte suicidaire;
- d) Des conditions propices pour que :
 - Les différentes interventions effectuées dans le cadre des continuums 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 faciliter la prise de décisions éclairées. Il reste que la détermination du risque suicidaire relève d'une décision.
 - Les intervenants évitent de pratiquer de manière isolée. Ils n'hésitent pas à consulter au besoin des collègues ou les organismes spécialisés (Centre de prévention du suicide) lorsqu'ils sont dans une impasse ou qu'ils sont placés dans une situation complexe.
 - La réévaluation du risque suicidaire soit réalisée à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que des changements importants (par exemple, un congé après une hospitalisation) se produisent dans la vie de la personne.
 - Une documentation détaillée de tous les aspects de l'évaluation du risque suicidaire se retrouve dans les notes cliniques des intervenants et est versée au dossier central de la personne.
 - L'accès des personnes touchées par un suicide à des mesures d'aide et de soutien soit facilité, lesquelles sont désignées par le vocable *Postvention*.

Comité interdirections de prévention du suicide :

Le comité interdirections en prévention du suicide du CIUSSS de la Capitale-Nationale relève du Comité stratégique éponyme. Ses actions s'inscrivent dans une vision d'amélioration continue des services et des pratiques en prévention, intervention et postvention auprès des usagers, de leurs proches et du personnel. Il travaille à l'amélioration de l'accès et de la continuité des services en matière de prévention du suicide pour la région de la Capitale-Nationale. Pour se faire, il soutient l'actualisation du développement et du maintien des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles en la matière et facilite le déploiement de pratiques innovantes. Il s'assure aussi de la mise à jour continue du portrait régional et des usagers vulnérables sur son territoire. Il réalise enfin des suivis auprès du Comité stratégique afin que ce dernier puisse prendre des décisions justes et éclairées.

Le comité interdirections en prévention du suicide actualise les orientations stratégiques dans le cadre d'une collaboration interdirections. Ainsi, selon les besoins, les travaux soutiennent le comité stratégique dans la réalisation de ses objectifs transversaux, avec une vision transversale.

- I. Réaliser les travaux transversaux du CIUSSS de la Capitale-Nationale en matière de prévention du suicide dans une perspective collaborative.
 - a) Mettre en œuvre les orientations et les objectifs organisationnels transversaux et structurants du comité stratégique.
 - b) S'assurer de la diffusion des orientations et des objectifs organisationnels en matière du dossier suicide auprès des directions.
 - c) Favoriser une communication efficace entre les directions cliniques et de soutien, et avec les partenaires qui détiennent l'expertise en prévention du suicide.
- II. Identifier, favoriser et réaliser toutes activités transversales visant l'amélioration des services.
 - a) Déterminer un mécanisme de mesure et d'évaluation de l'état des pratiques actuelles en matière de détection, dépistage, évaluation, intervention et postvention pour chaque direction clinique, et réaliser des suivis au comité stratégique.
 - b) Assurer le suivi des recommandations de nature transversale et effectuer le relevé des mesures correctrices réalisées suite à un suicide (approche de l'autopsie psychologique : analyses en gestion de risque de la DQÉPÉ, du coroner, protecteur du citoyen, ordres professionnels ou autres instances en autorité), pour réaliser des suivis au comité stratégique.
- III. Soutenir l'harmonisation des pratiques.
 - a) S'assurer de l'harmonisation des pratiques cliniques et organisationnelles dans les directions.
 - b) Favoriser le développement de pratiques innovantes pour des interventions adaptées selon les besoins particuliers des usagers et des membres du personnel de l'établissement.

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 sont attendues de la part des personnes qui jouent un rôle dans le continuum :

Gestionnaire :

En prévention du suicide, la 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 des services. Sa fonction est aussi de s'assurer de 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 de son personnel.

Plus particulièrement, ses responsabilités sont de :

- a) Faciliter l'accès des personnes touchées par un suicide à des mesures d'aide et de soutien, lesquelles sont désignées par le vocable postvention;
- b) Accompagner les équipes et gérer le changement;
- c) Assurer une gestion de proximité;
- d) Assurer une prestation de services selon les standards et processus clinico-administratifs;
- e) Assurer la saisie de statistiques dans les délais prescrits;
- f) Assurer le suivi selon les indicateurs de performance;
- g) Procéder à l'appréciation de la contribution et identifier les zones de développement de compétence pour les intervenants et l'équipe;
- h) Assurer les conditions nécessaires au développement des bonnes pratiques;
- i) Assurer l'intégration et la probation du nouveau personnel.

Coordonnateur :

Ce rôle peut avoir différents noms selon la direction qui met en place une fonction de soutien clinique et professionnel en prévention du suicide. Il pourrait s'appeler par exemple coordonnateur professionnel, pivot, professionnel désigné, assistant-supérieur immédiat.

Les responsabilités du coordonnateur sont les suivantes :

- a) Soutient les intervenants dans la réalisation de leurs activités liées à la prévention du suicide;
- b) Soutient à la mise en place et à l'application de la procédure en prévention du suicide de sa direction;
- c) Soutient les intervenants pour maintenir et améliorer leurs compétences en matière de prévention du suicide;
- d) Soutient les intervenants dans le traitement de situations complexes en lien avec l'organisation de service en prévention du suicide;
- e) Soutient les intervenants pour des situations complexes à risque;
- f) Peut soutenir exceptionnellement un intervenant pour l'animation de PSI.

Intervenant/personnel clinique :

- a) Réalise son ou ses activités liées à la prévention du suicide avec professionnalisme;
- b) S'assure de créer et maintenir une alliance thérapeutique tout au long du processus d'intervention;
- c) Assure la sécurité des usagers en tout temps. Il reste vigilant lorsqu'un usager est dépisté positivement à la présence d'idées suicidaires;
- d) Évite le plus possible de pratiquer de manière isolée. Il consulte au besoin des collègues, son coordonnateur clinique ou les organismes spécialisés (Centre de prévention du suicide) lorsqu'il est dans une impasse ou qu'il est placé dans une situation complexe;
- e) Implique les proches lorsque cela est possible;
- f) Rédige au fur et à mesure des notes d'évolution au dossier de l'utilisateur et s'assure qu'elles sont accessibles aux autres intervenants;
- g) Participe activement dans les activités requises lorsque l'un de ses usagers ou l'un de ses proches, ou encore l'un de ses collègues fait une tentative ou commet un suicide.

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

La politique relative à la prévention du suicide entre en vigueur à la date du 24 novembre 2020.

9. ANNEXES

ANNEXE 1 – Synthèse des facteurs de risque et de protection, des moments critiques et des groupes à risque

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

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

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

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

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

ANNEXE 2 – Groupes à risque⁴⁷

Il existe une relation étroite entre les communautés au sein desquelles les personnes vivent et les facteurs de risque du suicide. Au niveau mondial, divers facteurs culturels, religieux, juridiques et historiques ont façonné le statut et la compréhension du suicide, permettant ainsi d'identifier un large éventail de facteurs communautaires qui influent sur le risque de suicide. Les relations directes qu'entretient une personne avec sa famille, ses amis proches et d'autres personnes peuvent également avoir un impact sur les comportements suicidaires. Certains des principaux facteurs liés à ces catégories sont décrits ci-après.

1. Les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits

En raison des impacts destructeurs qu'ils ont sur le bien-être, la santé, le logement, l'emploi et la sécurité financière, les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits civils peuvent accroître le risque de suicide. Paradoxalement, les taux de suicide peuvent diminuer pendant ou immédiatement après une catastrophe naturelle ou un conflit, mais ce phénomène varie entre les différents groupes de personnes. Le besoin émergent de renforcer la cohésion sociale peut expliquer cette baisse subite. Dans l'ensemble, il ne semble y avoir aucune tendance claire en matière de mortalité associée au suicide suite aux catastrophes naturelles, les différentes études mettant en lumière différents schémas.

2. Les difficultés liées à l'acculturation et au déplacement

Les tensions liées à l'acculturation et au déplacement des populations constituent un important facteur de risque du suicide qui touche certains groupes vulnérables comme les peuples autochtones, les demandeurs d'asile, les réfugiés, les personnes incarcérées, les personnes déplacées dans leur pays et les immigrants. Le suicide est prévalent chez les peuples autochtones. Les taux de suicide sont bien plus élevés chez les Amérindiens des États-Unis, les Premières nations et les Inuits du Canada, les Aborigènes d'Australie et les Maoris de Nouvelle-Zélande que dans le reste de la population. Cela est particulièrement vrai chez les jeunes et, en particulier, les jeunes hommes, qui figurent parmi les groupes les plus vulnérables au monde. Les conduites suicidaires sont également élevées dans les communautés autochtones et aborigènes en pleine transition. L'autonomie politique, économique et territoriale des populations autochtones est souvent bafouée, et leur culture et leurs langues ignorées. Ces circonstances peuvent créer un sentiment de dépression, d'isolement et de discrimination doublé de ressentiment et de méfiance vis-à-vis des services sanitaires et sociaux publics, à fortiori si ces services ne tiennent pas compte du contexte culturel.

3. La discrimination

La discrimination à l'égard de certains sous-groupes au sein d'une population peut être permanente, endémique et systémique. La privation de liberté, le rejet, la stigmatisation et la violence sont autant d'événements stressants vécus par les sous-groupes concernés et pouvant susciter une conduite suicidaire. Parmi les exemples des liens existant entre la discrimination et le suicide, citons :

- les personnes emprisonnées ou détenues;
- les personnes qui se déclarent lesbiennes, gais, bisexuelles, transgenres et intersexuées;
- les personnes victimes de harcèlement, y compris par Internet, et de victimisation par les pairs;
- les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants.

4. Les traumatismes ou les abus

Les traumatismes ou les abus augmentent les facteurs de stress émotionnels et peuvent entraîner la dépression et des comportements suicidaires chez les personnes déjà vulnérables. Les facteurs de stress psychosociaux associés au suicide sont attribuables à différents types de traumatismes (notamment la torture, en particulier chez les demandeurs d'asile et les réfugiés), aux problèmes d'ordre juridique ou disciplinaire, aux difficultés financières, aux problèmes

⁴⁷ Organisation mondiale de la Santé. (2014). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Organisation mondiale de la Santé, p. 36 et 37. Document disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801> ; consulté le 12/03/2020.

liés aux études ou au travail et au harcèlement. En outre, les jeunes ayant été confrontés à des difficultés dans leur enfance et au sein de leur famille (violence physique, abus sexuels ou psychologiques, négligence, mauvais traitements, violence familiale, séparation ou divorce des parents, placement en institution ou auprès des services de protection de l'enfance) présentent un risque bien plus élevé de suicide que les autres. Les effets des facteurs négatifs liés à l'enfance tendent à être étroitement liés et corrélés. Leur interaction augmente les risques de troubles mentaux et de suicide.

5. Le sentiment d'isolement et le manque de soutien social

On parle d'isolement lorsqu'une personne se sent déconnectée de son cercle social le plus près, à savoir son/sa partenaire, les membres de sa famille, ses pairs, ses amis et d'autres proches. L'isolement va souvent de pair avec la dépression et un sentiment de solitude et de désespoir. Dans de nombreux cas, l'isolement survient lorsqu'une personne traverse des épreuves ou est soumise à un stress psychologique et ne parvient pas à en discuter avec un proche. Combiné à d'autres facteurs, l'isolement peut accroître le risque de comportement suicidaire, en particulier chez les personnes plus âgées qui vivent seules, l'isolement social et la solitude étant d'importants facteurs contribuant au suicide. Les conduites suicidaires se manifestent généralement en réponse à un stress psychologique personnel dans un contexte social où les sources de soutien manquent et peuvent être le signe d'une absence, plus large, de bien-être et de cohésion. La cohésion sociale est le tissu qui unit les gens à différents niveaux de la société, à savoir les individus, les familles, les écoles, les quartiers, les communautés locales, les groupes culturels et la société dans son ensemble. Entretenir des relations étroites, personnelles et durables et partager des valeurs permettent de donner un sens à sa vie et de se sentir en sécurité et en phase avec son entourage.

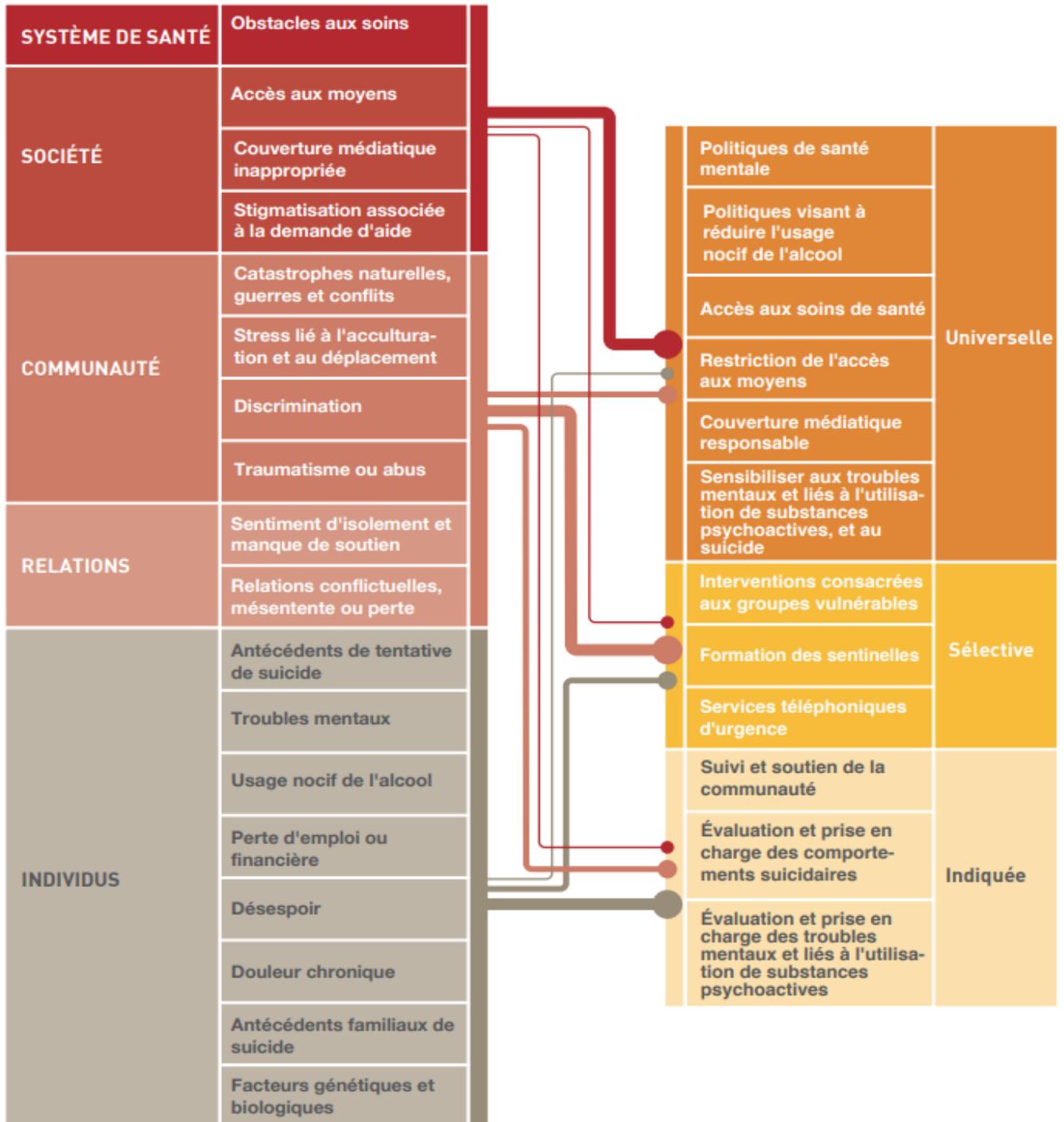
6. Le conflit relationnel, la mésentente et la perte

Le conflit relationnel (par ex. : la séparation), la mésentente (par exemple : les litiges relatifs à la garde des enfants) et la perte (par ex. : le décès d'un/une partenaire) peuvent susciter des souffrances et un stress psychologique propre à la situation. En outre, ces phénomènes sont associés à un risque accru de suicide. Des relations malsaines peuvent également constituer un facteur de risque. La violence, y compris sexuelle, à l'encontre des femmes est monnaie courante et est souvent le fait d'un partenaire intime. Les personnes exposées à des violences de la part de leur partenaire intime présentent un risque accru de tentative de suicide et de suicide. À l'échelle mondiale, 35 % des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime, ou des violences sexuelles exercées par d'autres que leur partenaire.

ANNEXE 3 – Les facteurs de risque et interventions pertinentes⁴⁸

Figure 7. Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux interventions pertinentes.

(L'épaisseur des traits reflète l'importance relative des interventions à différents niveaux pour différentes catégories de facteurs de risque.)



⁴⁸ Organisation mondiale de la Santé. (2014). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Organisation mondiale de la Santé, p. 31. Document disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801> ; consulté le 12/03/2020.

ANNEXE 4 – Facteurs de protection⁴⁹

À l'inverse des facteurs de risques, 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. Chez les personnes très résilientes, l'association entre le risque de suicide et les comportements suicidaires est moindre. 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.

Des relations personnelles solides

Le risque de comportement suicidaire augmente en cas de conflit relationnel, de perte ou de mésentente. Inversement, cultiver et entretenir des relations étroites et saines peuvent renforcer la résilience individuelle et agir en tant que facteur de protection contre le risque de suicide. Le cercle social le plus proche d'une personne, à savoir les partenaires, les membres de la famille, les pairs, les amis et d'autres proches, a la plus grande influence et peut soutenir la personne concernée en période de crise.

Les amis et la famille constituent une importante source de soutien social, émotionnel et financier et peuvent amortir l'impact des facteurs de stress extérieurs. En particulier, la résilience engendrée par ce soutien atténue le risque de suicide associé aux traumatismes vécus pendant l'enfance. Les relations jouent un rôle particulièrement important dans la protection des adolescents et des personnes âgées, deux groupes davantage dépendants.

Les croyances religieuses ou spirituelles

Les capacités potentielles de protection contre le suicide des croyances religieuses et spirituelles sont un sujet à aborder avec prudence. La foi peut en effet constituer un facteur de protection car elle crée un système de croyance structuré et encourage à des comportements pouvant être considérés comme bénéfiques tant sur le plan physique que mental. Cependant, en raison de leurs prises de position morale sur le sujet, qui peuvent décourager la demande d'aide, de nombreuses croyances et pratiques religieuses et culturelles ont également contribué à la stigmatisation associée au suicide.

La valeur protectrice de la religion et de la spiritualité pourrait s'expliquer par l'accès à une communauté qui assure une cohésion et un soutien sociaux et partage des valeurs communes. Bon nombre de groupes religieux interdisent également des facteurs de risque du suicide comme la consommation d'alcool. En parallèle, les pratiques sociales de certaines religions encouragent l'auto-immolation par le feu chez des groupes spécifiques tels que les femmes ayant perdu leur mari en Asie du Sud. Par conséquent, la protection contre le suicide que peuvent offrir les croyances religieuses et spirituelles dépend des pratiques et des interprétations culturelles et contextuelles.

Un état d'esprit axé sur les stratégies d'adaptation positives et le bien-être

Le bien-être personnel subjectif et les stratégies d'adaptation positives efficaces offrent une protection contre le suicide. Le bien-être dépend en partie des traits de la personnalité qui déterminent la vulnérabilité et la résistance d'une personne au stress et aux traumatismes. Un solide équilibre émotionnel, une vision optimiste et une forte identité personnelle aident à faire face aux difficultés de la vie.

L'impact des facteurs de stress et des épreuves vécues dans l'enfance peut être atténué par une bonne estime de soi, un sentiment d'efficacité personnelle et des compétences efficaces en résolution de problèmes, qui incluent la capacité à demander de l'aide si le besoin s'en fait sentir. La volonté de se faire aider en cas de problèmes de santé mentale peut notamment être influencée par les attitudes personnelles. Les troubles mentaux étant largement stigmatisés, les personnes qui en sont atteintes (et surtout les hommes) peuvent hésiter à se tourner vers les services dédiés.

Cela accentue les problèmes de santé mentale et augmente le risque de suicide qui pourrait, en d'autres circonstances, être efficacement évité au moyen d'une intervention précoce. Pratiquer une activité physique régulière, avoir une alimentation et un sommeil appropriés, connaître l'impact de la consommation d'alcool et de drogues sur la santé, entretenir de bonnes relations et des liens sociaux, et gérer efficacement le stress sont autant de choix de style de vie sain qui favorisent le bien-être mental et physique. L'utilisation d'« approches en amont », comme la prise en charge précoce des facteurs de risque et de protection au cours de la vie, peut, au fil du temps, « renverser la tendance en faveur d'une meilleure adaptation ». Par ailleurs, ce type d'approches pourrait avoir un impact simultané sur plusieurs résultats sanitaires et sociétaux tels que le suicide, l'abus de substances psychoactives, la violence et la criminalité.

⁴⁹ Organisation mondiale de la Santé. (2014). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Organisation mondiale de la Santé, p. 44. Document disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801> ; consulté le 12/03/2020.

ANNEXE 5 – Plan de sécurité

Exemple de Plan de sécurité lors d'un dépistage positif.

<p><u>1. Sécuriser mon milieu (mettre à l'écart les moyens disponibles).</u></p> <p>Ma conjointe mettra sous clé mes médicaments. Mon ami gardera chez lui mon fusil de chasse et le mettra sous clé.</p>
<p><u>2. Moments critiques-Signes précurseurs de la détresse de la personne (« je me sens rejeté par ma conjointe suite à une dispute. »; « Je ressens de l'angoisse et de l'impuissance à m'en sortir. »).</u></p> <p>Liste des signes avant-coureurs susceptibles d'augmenter le risque de passage à l'acte :</p> <ul style="list-style-type: none">• ...• ...
<p><u>3. Stratégies d'adaptation (« Suis-je en mesure de faire quelque chose par moi-même? » - « Je vais marcher dans le bois pour me détendre; je vais courir; j'écoute ma musique préférée; etc... »).</u></p> <p>Liste des stratégies d'adaptation pour endiguer le risque de passage à l'acte :</p> <ul style="list-style-type: none">• ...• ...
<p><u>4. Soutien personnel : dans les cas où la personne ne peut agir seule sur sa détresse, elle demande un soutien à quelqu'un de proche.</u></p> <p>Je contacte par téléphone (verbalisation) :</p> <p>Ami(e)(s) _____ tél. : _____</p> <p>Membres de ma famille _____ tél. : _____</p> <p>Collègues de travail _____ tél. : _____</p>
<p><u>5. Soutien professionnel : la personne interpelle son intervenant dans les situations où elle ne parvient pas à gérer par elle-même la détresse.</u></p> <p>Je prends rendez-vous avec :</p> <p>Intervenant : _____ tél. : _____</p> <p>Médecin de famille : _____ tél. : _____</p> <p>Psychiatre : _____ tél. : _____</p>

ANNEXE 6 – Les étapes de la postvention

Les cinq étapes de la postvention sont :

i. Gérer 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'utilisateur en vue de protéger l'utilisateur, 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.

ii. 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 (Annexe 7 -Tableau Réactions postvention). 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 postvention⁵⁰ 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.

iii. Planification des d'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 :

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

iv. Réalisation des interventions :

La réalisation des interventions nécessite plusieurs activités.

⁵⁰ Il n'est pas nécessaire que les personnes affectées par un suicide soient prises par une équipe dédiées. Les activités de postvention peuvent être prises en charge par une équipe ou un intervenant de crise déjà intervenu lors de la prise en charge de la situation d'urgence suicidaire.

- 1 L'analyse de la situation (compréhension de l'événement) et la détection des usagers et des proches touchés directement ou indirectement par le suicide;
- 2 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;
- 3 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;
- 4 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.

v. Bilan des interventions réalisées et des suites à donner⁵¹.

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 discutées, rédigées et partagées. Ces informations doivent être déposées au dossier de l'utilisateur 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 DQÉPÉ. Pour cela, la personne qui prend en charge les interventions doit interpeller la DQÉPÉ 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 Programme de postvention conçu notamment par le Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec (RCPS), à l'adresse suivante :

[https://www.aqps.info/postvention/pdf/Programme Postvention FR 2020.pdf](https://www.aqps.info/postvention/pdf/Programme_Postvention_FR_2020.pdf)⁵²

⁵¹ 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 : <http://www.cps02.org/media/upload/Guidepratique-Phasedechoc1.pdf> ; consulté le 12/03/2020.

⁵² Document consulté le 12/03/2020.

ANNEXE 7 – Les réactions en situation de postvention

Réactions POSTVENTION ⁵³		
Réaction possible au suicide	Personnes ciblées	Stratégie d'intervention
Associée au stress aigu	Témoins du suicide ou qui ont trouvé le corps.	Débriefing (stratégie d'intervention à ne pas utiliser systématiquement et sans l'avoir intégrée dans une stratégie clinique complète) ⁵⁴ .
Associée au stress temporaire	Autres usagers touchés par le suicide (ex. : collègues).	Ventilation
Associée à la crise/crise suicidaire	Usagers vulnérables dans le milieu et dans l'entourage de la personne suicidée.	Intervention de crise/crise suicidaire.
Associée au deuil	Parents, enfants, fratrie, conjoints, amis (lien d'attachement).	-Support et référence/orientation -Thérapie individuelle -Groupe de soutien pour usagers endeuillés suite à un suicide

⁵³Tiré du site internet du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE)

⁵⁴ Le terme débriefing n'est plus utilisé systématiquement. Le manque de données probantes en faveur du débriefing a amené plusieurs guides de pratique à déconseiller le recours à cette intervention comme unique activité. Elle doit s'inscrire dans une planification structurée qui implique plusieurs approches, à plus long terme, le cas échéant (Phoenix Australia, 2013; Foa, 2009a; Foa2009b; NICE, 2005). Selon le Guide et normes : la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, les premiers soins psychologiques est l'approche à privilégier dans ce genre de situation (voir page 53-54).

ANNEXE 8 – Approches pour l'intervention post-événement critique⁵⁵

Interventions POSTIMMÉDIATES (intervention secondaire ¹)					
Approches	Efficacité/innocuité	Recommandations des auteurs	Par qui ?	Quand/fréquence ?	Provenance des évidences
Premiers soins psychologiques (<i>Psychological First Aid/PFA</i>).	Utile (manque d'évidence scientifique).	<ul style="list-style-type: none"> Offrir du soutien de façon non interventionniste et, si possible, évaluer brièvement les facteurs de risque dans un but de dépistage. La personne n'est pas apte à bénéficier d'une intervention psychologique. 	Différentes personnes (ex. : premiers répondants) dont plusieurs ne sont pas des professionnels de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> Immédiatement après l'événement. Dès que la personne se sent en sécurité (jusqu'à 2 jours après l'événement). 	Guides de pratique (recommandations formulées à partir de consensus d'experts).
« Veille attentive » (<i>Watchful waiting</i>).	Utile (manque d'évidence scientifique).	<ul style="list-style-type: none"> Offrir un soutien social, pratique et émotionnel (soutien non interventionniste). Lorsque les symptômes sont de faible intensité et présents < que 4 semaines. Suivi à réaliser (dépistage rapide et continu). 	Différentes personnes (ex. : premiers répondants) dont plusieurs ne sont pas des professionnels de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> Postimmédiat (entre 2 jours et 1 mois suivant l'événement). Faire un de suivi avec la victime à l'intérieur d'un mois. 	Guides de pratique (recommandations formulées à partir de consensus d'experts).
Interventions PRÉCOCES pour traiter l'état de stress aigu ou prévenir l'ESPT (intervention tertiaire)					
Débriefing psychologique (<i>single session</i>)	Inefficace. Risque d'effets indésirables.	<ul style="list-style-type: none"> Cesser le <i>Débriefing</i> obligatoire. Ne pas l'appliquer systématiquement. Inclure un modèle de dépistage (NICE). 	Praticiens ayant les formations, les qualifications et l'expérience requises.	Postimmédiat (entre 2 jours et 1 mois).	<ul style="list-style-type: none"> Méta-analyse. Guides de pratique (recommandations formulées à partir de résultats de recherche).
Thérapie cognitive-comportementale brève et précoce (TCC-T) (TF-CBT) (≈5 séances) (<i>multiple session</i>)	Efficace.	<ul style="list-style-type: none"> Comporte des limites si appliquée de façon inappropriée (personnes non spécialisées ou si le niveau de formation ou de soutien à son application n'est pas offert). Deviendrait être fourni sur une base individuelle, à l'externe. 	Thérapeute compétent (formation et supervision appropriées).	Dès l'apparition de symptômes associés à l'ESPT (peut être mis en place < 4 semaines suivant l'événement).	<ul style="list-style-type: none"> Méta-analyse. Guides de pratique (recommandations formulées à partir de résultats de recherche).
Pharmacothérapie	Efficacité non confirmée (évidences scientifiques faibles).	<ul style="list-style-type: none"> Ne devrait pas être utilisée comme une intervention préventive et ne doit pas être privilégiée aux TCC - T. L'utilisation régulière et précoce de la pharmacothérapie (< 4 sem.) n'est pas recommandée. 	Médecin.	À considérer dans la phase aiguë d'un ESPT (entre 1 et 3 mois) pour les troubles du sommeil : Hypnotique (à court terme). Antidépresseur (à long terme).	Guides de pratique (recommandations reposant sur l'opinion d'experts et sur quelques études empiriques de faible qualité).
Autres interventions non axées sur le trauma (ex. relaxation ou thérapie non-directive).	Évidences faibles (évidences B - NICE).	Interventions ne faisant pas appel à la mémoire du trauma ne devraient pas être offertes sur une base régulière aux individus présentant des symptômes d'ESPT.		< 3 mois suivant l'événement traumatique.	Guide de pratique (recommandations formulées à partir de résultats de recherche).
Interventions THÉRAPEUTIQUES pour traiter l'état de stress post-traumatique (intervention tertiaire)					
- Thérapie cognitive-comportementale axée sur le trauma (TCC-T) - Désensibilisation et reprogrammation par mouvements oculaires (EMDR).	Efficace.	Deviendrait être fourni sur une base individuelle, à l'externe.	Thérapeute compétent (formation et supervision appropriées).	<ul style="list-style-type: none"> Peu importe l'intervalle de temps écoulé depuis l'événement traumatique. Offrir entre 8 et 12 séances. 	Guide de pratique (recommandations formulées à partir de résultats de recherche).

¹ Pour prévenir un ESPT ou d'un problème de santé mentale associé, Guay et Marchand (2011) suggèrent le recours à un programme de gestion globale des actes de violence (Annexe H).

⁵⁵ Bussièrès È-L et Bouchard P. (2014). *Intervention à la suite d'un traumatisme ou d'une agression en milieu de travail : efficacité et innocuité de différentes approches d'intervention*, p. 20.

