

# CADRE DE RÉFÉRENCE

## SUIVI ÉTROIT AUPRÈS DES PERSONNES EN DANGER GRAVE D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE - POUR LA CLIENTÈLE DE 14 ANS ET PLUS

PAR LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE, LE CENTRE DE PRÉVENTION SUICIDE DE LA HAUTE-  
YAMASKA ET JEVI CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE - ESTRIE.

VERSION FINALE ADOPTÉE PAR LE COMITÉ DE DIRECTION LE 9 DÉCEMBRE 2021





## **Production**

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)
- JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie
- Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska

## **Rédaction**

Direction des programmes santé mentale et dépendance

- Marie-Josée Giraud, coordonnatrice
- Richard Vaillancourt, coordonnateur

Direction des services multidisciplinaires – volet qualité et évolution de la pratique

- Andrée Fontaine, conseillère cadre clinique – volet psychosocial
- Catherine Noreau, conseillère cadre clinique – volet psychosocial
- Nathalie Tremblay, agente de planification, de programmation et de recherche

Direction des soins infirmiers – volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

- Anne-Marie Grégoire conseillère cadre clinicienne – volet santé mentale et dépendance

JEVI Centre de Prévention du suicide - Estrie

- Tania Boilar, directrice générale

Centre de prévention du suicide Haute-Yamaska

- Anne Jutras, directrice générale (2021)
- Esther Laframboise, ex-directrice générale (2020)

## **Consultation**

Direction des services multidisciplinaires – volet qualité et évolution de la pratique

- Pier St-Onge, coordonnateur
- Boubacar Bayero Diallo, agent de planification, de programmation et de recherche

Direction des soins infirmiers – volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

- Marie Benoit, coordonnatrice DPSIMUR
- Céline Jodar, coordonnatrice DPSIMUR

Direction des services généraux

- Marie-France Beauregard, coordonnatrice
- Marie-Josée Rivard, coordonnatrice intérimaire
- Geneviève Bernard, chef de service

Direction du programme jeunesse

- Patrick Dussault, chef de service, coordination clinique réadaptation et hébergement
- Annie Glode, chef de service, jeunes 5-18 ans, RLS Sherbrooke
- Catherine Laniel, coordonnatrice, jeunes 5-18 ans, mission CLSC
- Sarah Duford, coordonnatrice par intérim, jeunes 5-18 ans, mission CLSC

Direction de la protection de la jeunesse

- Stéphanie Jetté, adjointe à la directrice

Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

- Julie Pearson, coordonnatrice, continuum DI-TSA

Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

- Nathalie Bolduc, coordonnatrice, services dans le milieu et professionnels SAPA RLS Haut-Saint-François, Granit, des Sources, Val-Saint-François et Sherbrooke

Direction de- santé publique

- Jean-Philippe Goupil, agent de planification, de programmation et de recherche

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

- Samuel Proulx, avocat, spécialiste en procédés administratifs - Service des affaires juridiques

Direction de la coordination de la mission universitaire

- Jeanne Bazinet, courtière de connaissances, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux

### **Révision**

Droit d'auteur © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

*Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.*

# TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITION DES TERMES.....	2
1. MISE EN CONTEXTE.....	6
2. OBJECTIFS .....	7
3. CHAMPS D'APPLICATION .....	8
4. CADRE JURIDIQUE ET NORMATIF .....	8
5. LES PRINCIPES DIRECTEURS .....	9
6. LES BONNES PRATIQUES CLINIQUES.....	9
7. LE CONTEXTE D'APPLICATION DU SUIVI ÉTROIT .....	10
8. MODALITÉS DU SUIVI ÉTROIT .....	11
8.1 CONSENTEMENT .....	11
8.2 LES MODALITÉS D'INTERVENTION.....	12
8.3 MODALITÉS EN CENTRE HOSPITALIER OU CENTRE DE CRISE .....	13
8.4 INFORMATIONS À TRANSMETTRE LORS D'UNE RÉFÉRENCE .....	15
8.5 LES CRITÈRES ET MODALITÉS D'INTERVENTION POUR METTRE FIN AU SUIVI ÉTROIT.....	15
9. RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	16
10. FORMATION ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES .....	19
11. TENUE DE DOSSIER.....	19
12. CONCLUSION.....	19
13. RÉVISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE ET DES PROCÉDURES .....	20
BIBLIOGRAPHIE ET OUVRAGES CONSULTÉS .....	21
HISTORIQUE ET CHEMINEMENT .....	23
VERSION ACTUELLE .....	23
HISTORIQUE DES VERSIONS ANTÉRIEURES ADOPTÉES .....	23
ANNEXE A –FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION ASSOCIÉS AU SUICIDE .....	19
ANNEXE B – LES ACTIONS À PROMOUVOIR .....	20
ANNEXE C – LOGIGRAMME POUR EFFECTUER UNE RÉFÉRENCE POUR UN SUIVI ÉTROIT AUPRÈS DES PERSONNES EN DANGER GRAVE D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE .....	22
ANNEXE D – AIDE-MÉMOIRE - POUR L'INTERVENANT .....	24
ANNEXE E – COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES DES AAOR PAR RLS (LISTE SUJET À CHANGEMENT) .....	26
ANNEXE F – DIRECTIONS CLINIQUES OFFRANT LE SUIVI ÉTROIT AU CIUSSS DE L'ESTRIE-CHUS ( <i>LISTE SUJET À CHANGEMENT</i> ).....	27

# LEXIQUE DES ACRONYMES

<b>AAOR</b>	Accueil, analyse, orientation, référence. Désigne les équipes de l'Accueil psychosocial, Direction des services généraux.
<b>AIC-ASI</b>	Assistante infirmière-chef – Assistante au supérieur immédiat
<b>ACP</b>	Assistant à la coordination professionnelle
<b>CHSLD</b>	Centre hospitalier de soins de longue durée
<b>CIUSSSE-CHUS</b>	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (dans le présent texte, il est question du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, mais l'acronyme CIUSSSE-CHUS est utilisé pour alléger le texte)
<b>CPEJ</b>	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
<b>CPS</b>	Centre de prévention du suicide
<b>GMF</b>	Groupe de médecine familiale
<b>GMF-R</b>	Groupe de médecine familiale - réseau
<b>GMF-U</b>	Groupe de médecine familiale - universitaire
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>RCP</b>	Responsable de la coordination professionnelle
<b>RI-RNI</b>	Ressource intermédiaire – Ressource non institutionnelle
<b>RLS</b>	Réseau local de services
<b>RFI</b>	Réadaptation fonctionnelle intensive
<b>SAC</b>	Spécialiste en activité clinique
<b>UDR</b>	Urgence détresse régionale

# DÉFINITION DES TERMES

## AU NIVEAU DE LA PRATIQUE CLINIQUE :

### *Accompagnement (en contexte de crise suicidaire) :*

Démarche qui consiste à se rendre avec la personne suicidaire (ou désigner quelqu'un pour le faire) à l'urgence hospitalière ou tout autre lieu permettant d'assurer la sécurité de la personne afin qu'elle puisse recevoir les services qu'elle nécessite selon l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire qui a été faite.

### *Centre de crise*

Centre spécialisé en intervention de crise qui a pour but d'offrir un milieu tampon, sécuritaire à une personne en détresse, lorsque celle-ci ne peut rester à la maison, mais n'est pas dans un état de désorganisation nécessitant une hospitalisation. Il offre une gamme de services tels que l'intervention téléphonique 24/7, un service d'intervention face à face 24/7, un hébergement de crise 24/7, un suivi de crise ou post-crise court terme. Ce centre peut aussi permettre de réduire l'affluence dans les urgences psychiatriques<sup>1</sup>.

### *Estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire :*

L'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire consiste à estimer, simultanément, l'urgence suicidaire, la présence de certains facteurs de risque associés au suicide et la présence de certains facteurs de protection (voir annexe A). Cette intervention s'inscrit dans un processus clinique rigoureux. L'utilisation de *l'approche orientée vers les solutions* pour consolider les facteurs de protection fait partie intégrante de l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire.

### *Évaluation :*

Jugement clinique porté sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et communication des conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercices respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités à le faire. (OPQ, 2003).

### *Évaluation du risque suicidaire :*

Pour ce cadre de référence, se traduit aussi par l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire.

### *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire :*

Outil d'aide à la décision en vigueur dans l'établissement qui soutient le jugement clinique des intervenants mandatés et permet d'estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Les résultats de cette grille permettent d'orienter les actions en fonction du niveau de dangerosité. Cet outil contribue aussi à identifier des leviers d'interventions utiles dans l'immédiat ou pour le suivi et précise le niveau de vigilance qu'il faudra maintenir à court terme. Enfin, il permet de vérifier l'impact de l'intervention et de mesurer l'évolution de la condition de la personne.

---

<sup>1</sup> « Centre de crise communautaire en Estrie – Projet d'implantation » présenté par Les partenaires estriens pour un centre de crise communautaire, adopté par le CA du CIUSSSE en avril 2021 et déposé au Ministère le 20 avril 2021.

**Cote finale ROUGE** : Danger grave et imminent d'un passage à l'acte suicidaire

**Cote finale ORANGE** : Danger grave à court terme d'un passage à l'acte suicidaire

**Cote finale JAUNE** : Indice de danger faible d'un passage à l'acte suicidaire

**Cote finale VERTE** : Absence d'indice de danger

#### *Intervenant habilité à assumer le suivi étroit :*

Cet intervenant doit avoir suivi la formation « *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques* » ou toute autre formation reconnue par l'établissement afin de réaliser, entre autres, une appréciation de la dangerosité d'un risque d'un passage à l'acte suicidaire et son suivi (Office des professions, 2013, page 39).

#### *Moment critique :*

Moment susceptible d'engendrer un passage à l'acte suicidaire.

#### *Référence personnalisée :*

**Référer** la personne suicidaire à un service ou à un intervenant en particulier consiste à **joindre le service** ou l'intervenant pour l'aviser qu'une personne nécessite des services. Selon la situation (ou la trajectoire), la personne suicidaire se déplace vers le service, ou encore le service organise une visite dans le milieu de l'utilisateur. La référence est l'occasion de transmettre certaines informations utiles au suivi de la personne suicidaire. De plus, cela consiste à valider si la personne référée a bien donné suite à la démarche (aucun fax, aucune feuille dans un pigeonier, aucun message sur boîte vocale sans un retour du destinataire).

#### *Repérage, détection, dépistage<sup>2</sup>*

Démarche clinique qui consiste à reconnaître les personnes les plus vulnérables au suicide en identifiant les signes de détresse associés au suicide et les moments critiques selon le type de clientèle.

#### *Période de fidélisation :*

Période où l'utilisateur a terminé son épisode de service, mais au cours de laquelle, si une poursuite de l'intervention en lien avec la demande déjà établie est requise, une réouverture est faite directement par l'intervenant ou un membre de son équipe, sans période d'attente. Pendant cette période, l'utilisateur peut contacter son intervenant (ou l'équipe) afin de réactiver un suivi relié au précédent plan d'intervention.

#### *Proche :*

Le proche est une personne significative et reconnue par l'utilisateur, qui lui apporte un soutien important, continu ou occasionnel, à titre non professionnel. Il peut s'agir par exemple, d'un membre de la famille, d'un ami, d'un voisin, d'un collègue de travail, etc.

---

<sup>2</sup> Dans ce cadre de référence, le terme repérage sera employé afin de désigner les mots repérage, détection ou dépistage dans le but d'alléger le texte. Dans la pratique clinique, la terminologie varie selon la clientèle et le type de professionnel qui effectue la démarche clinique.

### *Soutien clinique :*

Le soutien clinique consiste en un ensemble d'activités structurées ayant pour but le développement des compétences et le perfectionnement des professionnels. Il vise à améliorer les interventions professionnelles et interprofessionnelles ou à innover pour répondre à des situations de santé ou des situations sociales complexes. Il contribue à améliorer la qualité des pratiques.

### *Suivi étroit*

Il s'agit d'un suivi **intensif instauré rapidement** auprès de la personne qui est en danger grave d'un passage à l'acte suicidaire ou qui quitte le service ayant effectué la gestion de sa crise suicidaire. Les services sont adaptés à la condition de la personne dans la perspective de prévenir les comportements suicidaires.

### *Usager :*

La personne requérant des soins ou des services. L'usager est expert de son expérience, de ses besoins, de ses choix et de son mode de vie. En mobilisant son expérience et ses capacités, il joue un rôle actif et complémentaire à celui des intervenants.

## **AU NIVEAU ADMINISTRATIF :**

### *Établissement :*

Constitue le lieu désigné par le MSSS pour offrir à la population des services généraux et spécialisés correspondant aux 5 grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Représente le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) et dont l'ensemble des installations qu'il regroupe sont constitués de tous les centres hospitaliers, les centres d'hébergement, les CLSC, les centres de réadaptation et le centre jeunesse du territoire.

### *Heures régulières :*

Période située entre 8h30 et 16h30 du lundi au vendredi, excluant les journées de congés fériés.

### *Heures défavorables:*

Période située entre 16h30 et 8h30 du lundi au vendredi, les jours de fin de semaine ainsi que les jours congés fériés.

### *Info-Social et crise 24-7:*

Info-Social 811 est un service de consultation téléphonique gratuit et confidentiel. Les intervenants du service Info-Social 811 donnent des conseils, peuvent répondre aux questions d'ordre psychosocial et référer vers une ressource appropriée dans le réseau de la santé et des services sociaux et/ou vers une ressource communautaire.

Le service de crise 24-7 inclut Urgence-Détresse, la garde psychosociale Haute-Yamaska, la Pommeraie et le Granit. Le service vise à permettre aux personnes vivant des situations de crise d'obtenir de l'aide rapidement. Cette intervention psychosociale immédiate se fait toujours en présentiel. Elle vise à désamorcer la crise, offrir du soutien, stabiliser l'état de la personne, évaluer les risques et la dangerosité de la situation, ainsi qu'à orienter la personne vers les services en réponse à son besoin.

### *Organisation :*

Organisation dans le domaine de la gestion est définie comme suit : Entité juridiquement constituée, à but lucratif ou non, à caractère privé ou public, visant la réalisation d'objectifs déterminés. Il a un sens très général. Dans le présent document il englobe les établissements, organismes communautaires et partenaires.

### *Organisme communautaire :*

On entend par organisme communautaire, soit une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux ». (Article 334 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux).

# 1. MISE EN CONTEXTE

Depuis plusieurs années, à travers le monde, et plus près de nous au Québec, de nombreux travaux ont permis d'améliorer notre compréhension du phénomène du suicide. Différentes techniques et approches ont été développées en vue de soutenir les personnes vivant de la détresse ou des idéations suicidaires, dans le but de prévenir un passage à l'acte et, ultimement, le décès par suicide.

Malgré ces travaux, les décès par suicide représentent un enjeu de santé publique majeur puisque d'une part, il s'agit d'une cause de mortalité évitable et, d'autre part, en raison de son incidence importante chaque année. Le Québec compte encore parmi les pays industrialisés où l'incidence du suicide est la plus élevée.

Voici quelques chiffres tirés de banques de données médicales administratives et d'études récentes :

- On observe en moyenne au Québec 3 décès par suicide par jour (1111 par année)<sup>3</sup>
  - En Estrie, c'est environ un décès par suicide tous les 5 jours qui est observé (71 en moyenne par année)<sup>3</sup>.
- Le suicide constitue la deuxième cause de décès chez les 18-24 ans et les 25-44 ans au Québec, phénomène observé également en Estrie<sup>4</sup>.
- En Estrie, une personne est hospitalisée en moyenne à tous les deux jours pour tentative de suicide (180 hospitalisations par année). Le taux d'hospitalisation estrien est significativement plus élevé que ce que nous observons dans le reste du Québec (37,3 vs 33,1 / 100 000)<sup>5</sup>.
- On estime que pour chaque personne décédée par suicide, 20 personnes ont fait une tentative de suicide<sup>6</sup>.

Également, il est reconnu qu'un antécédent de tentative de suicide représente le plus important facteur de prédiction d'un décès par suicide au sein de la population générale<sup>7</sup>. Selon plusieurs études, la période de haut risque d'un passage à l'acte se situe entre 0 et 6 mois après une tentative ou une admission en centre hospitalier en lien avec des comportements suicidaires<sup>8</sup>. Certains auteurs vont jusqu'à parler de 12 mois.<sup>9</sup>

---

<sup>3</sup> Infocentre de santé publique du Québec (2021). *Taux de mortalité par suicide de 2014-2018, fichier des décès du MSSS, Rapport de l'onglet du Plan national de surveillance*, [en ligne] [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 3 août 2021).

<sup>4</sup> Infocentre de santé publique du Québec (2021). *Répartition des causes de décès les plus fréquentes de 2016 à 2018, fichier des décès du MSSS, Rapport de l'onglet du Plan national de surveillance*, [en ligne] [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 03 août 2021).

<sup>5</sup> Infocentre de santé publique du Québec (2021). *Taux moyen d'hospitalisation pour traumatisme intentionnel – suicide de 2017 à 2020, Fichier MED-ECHO des hospitalisations, Rapport de l'onglet du Plan national de surveillance*, [en ligne] [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 3 août 2021).

<sup>6</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2014). *Prévention du suicide – l'état d'urgence mondiale*, Catalogue à la source : Bibliothèque de l'OMS. [en ligne] [[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf)] (Consulté le 3 août 2021).

<sup>7</sup> Laforest, J., P. Maurice et L.M. Bouchard (dir.). (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec

<sup>8</sup> Masatoshi Inagaki, Yoshitaka Kawashima, Naohiro Yonemoto, Mitsuhiro Yamada. (2019) "Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis." *BMC Psychiatry* 19 :44

<sup>9</sup> Shand F, L.Vogl, J.Robinson. (2018) « Improving patient care after a suicide attempt. PMID : 29480013 *Australas Psychiatry*. 2018 Apr ; 26 (2) : 145-148

Ces personnes sont considérées à haut risque de commettre à nouveau un geste suicidaire (Castaigne, Hardy et Mouaffak, 2017). Par ailleurs, il est connu que plusieurs personnes qui se suicident ou qui tentent de le faire « utilisent des services de santé dans les semaines, les jours ou les heures précédant leur passage à l'acte (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006) »<sup>1011</sup>.

L'état des connaissances actuelles sur le suicide nous permet aussi d'affirmer qu'il est possible d'agir collectivement afin de le prévenir par la mise en place d'un ensemble de bonnes pratiques de promotion de la santé mentale, de prévention de la détresse psychologique, de détection et de soutien auprès des personnes à risque qui, réunies, constituent un filet social de protection contre le suicide. Cet ensemble de stratégies tire son efficacité des liens de collaboration solides qui doivent être tissés entre les parties prenantes dans l'organisation du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et dans la communauté. Une des bonnes pratiques pour agir en prévention du suicide consiste à mettre en œuvre un protocole régional de suivi étroit (voir Annexe B).

L'intervention globale en prévention du suicide repose, en grande partie, sur l'existence de passerelles entre les différents services du réseau de la santé et des services sociaux et sur la consolidation des liens entre l'ensemble des organisations du RLS pour offrir à la population des services continus. Dans le cadre de sa responsabilité populationnelle, le CIUSSS-CHUS établit, en collaboration avec les centres de prévention du suicide (CPS) de son territoire, les modalités de collaboration pour garantir une offre de services concertée. Lorsqu'un usager fait une tentative de suicide ou présente un danger grave d'un passage à l'acte suicidaire, les bonnes pratiques recommandent la mise en place rapide de services d'une plus grande intensité et d'une durée significative. C'est ce que l'on appelle le suivi étroit.

Le présent cadre de référence, s'adresse à l'ensemble du personnel clinique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et des organismes partenaires offrant des services de suivi étroit. En cohérence avec les guides ministériels sur les bonnes pratiques en matière de prévention du suicide (MSSS, 2010), il propose une vision rassembleuse et adaptée à la réalité estrienne qui permettra de déployer le suivi étroit dans chacun des RLS. On y définit clairement les concepts liés au suivi étroit, ses modalités générales et spécifiques, ainsi que les pratiques attendues pour chaque partie prenante. Nous avons bon espoir de réussir, ensemble, à créer un impact positif sur la réduction du nombre de suicides en Estrie.

## 2. OBJECTIFS

Les objectifs du cadre de référence sont en cohérence avec la politique en prévention du suicide du CIUSSS de l'Estrie – CHUS notamment pour les éléments suivants :

- Assurer une prestation sécuritaire et de qualité des soins et services aux usagers présentant un danger d'un passage à l'acte suicidaire par chacun des programmes-services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS selon les bonnes pratiques en vigueur.
- Préciser les rôles et responsabilités de chaque intervenant, gestionnaire et directeur à l'égard des usagers à risque suicidaire et de leurs proches afin qu'ils soient en mesure de les exercer.
- Soutenir le personnel lors des interventions en contexte de crise suicidaire.
- Harmoniser les pratiques en prévention du suicide dans un souci de spécificité des missions et dans un contexte d'interdisciplinarité.

<sup>10</sup> Bernet, R.A., Hom, M.A., Roberts, L.W. (2014) *A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and pratique*. [en ligne] [<http://link.springer.com/10.1007/s40596-014-0180-1>] (Consulté le 25 août 2021)

<sup>11</sup> Ryan, K., Tindall, C., Strudwick, G. (2017). *Enhancing key competencies of health professionals in the assessment and care of adults at risk of suicide through education and technology*. *Clinical nurse specialist* 31(5), p 268-275. [en ligne] [<https://journals.lww.com/00002800-201709000-00008>] (Consulté le 25 août 2021).

- Offrir des soins et des services planifiés et coordonnés, tant à l'interne qu'à l'externe, avec les partenaires du milieu. Cela se traduit par des communications entre les différentes parties, un accompagnement fluide et la continuité des services. Pour ce faire, les partenaires auront convenu préalablement de modalités de collaboration permettant de mieux connaître et arrimer leur offre de service et leurs mécanismes d'accès respectifs.
- Encadrer le déploiement de la structure de suivi étroit dans ce contexte de partenariat.

La mise en place du suivi étroit vise à :

- Prévenir un geste suicidaire ou une récurrence;
- Diminuer la détresse psychologique et consolider cette diminution;
- Assurer une intervention rapide, adaptée et modulée en fonction de l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire ;
- Assurer une bonne coordination des différentes actions et interventions en prévention du suicide au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et des partenaires des RLS dont les CPS;
- Mettre à contribution la famille et le réseau de la personne dans un processus de rétablissement optimal.

### 3. CHAMPS D'APPLICATION

Ce cadre de référence ne pourrait s'actualiser sans la collaboration de toutes les organisations qui offrent du suivi étroit. Chaque organisation est responsable de partager aux membres de son personnel les orientations émises dans ce document. Elle doit prendre les mesures pour s'assurer de l'application des modalités du suivi étroit pour les personnes en danger grave d'un passage à l'acte suicidaire.

Ce cadre de référence s'adresse à tous les intervenants psychosociaux, au personnel infirmier et médical œuvrant dans les organisations offrant du suivi étroit auprès des personnes en danger grave d'un passage à l'acte suicidaire (usagers de 14 ans et plus<sup>12</sup>) sur le territoire de l'Estrie, nommément les CPS, les GMF et le CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Étant donné que chacune de ces personnes peut être en contact avec des personnes vulnérables au suicide, leur vigilance et leur capacité à reconnaître les indices et les comportements suicidaires sont nécessaires (logigrammes en annexe C).

### 4. CADRE JURIDIQUE ET NORMATIF

- Politique prévention du suicide, CIUSSS de l'Estrie – CHUS (en attente d'adoption)
- Agrément Canada, 2019
- MSSS, 2010. Prévention du suicide - Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux.
- Plan d'action en santé mentale 2015-2020 «Faire ensemble et autrement», mesure # 29
- Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et services sociaux. MSSS, 2018.

---

<sup>12</sup> Pour la clientèle jeunesse, d'autres documents d'encadrement sont à développer.

- Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- Loi sur la protection de la Jeunesse
- Code civil du Québec (ci-après désigné le « C.c.Q. »)
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001)
- Loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes (Projet de loi n0 180).
- Règlement sur les conditions applicables au recours à certaines mesures d'encadrement (chapitre P-34.1, r. 6, le Règlement)

## 5. LES PRINCIPES DIRECTEURS

Trois grands principes directeurs doivent guider les interventions en suivi étroit :

### Approche d'intervention réseau

L'intervention doit être effectuée dans une perspective globale et systémique de la personne suicidaire tout en favorisant les liens avec son entourage. La famille et les proches significatifs sont des acteurs clés en prévention du suicide.

### Collaboration interdisciplinaire

La co-intervention et la collaboration inter ou intra organisationnelle peuvent être requises selon l'évaluation clinique, pour une personne en détresse qui présente une problématique particulière ou complexe. Elles améliorent la prestation et l'arrimage des services.

### Adhésion à des valeurs communes

Les organisations concernées ou impliquées par le suivi étroit adhèrent à des valeurs d'humanisme, d'engagement, d'adaptabilité, de protection de la vie et de respect de la personne. Ces valeurs s'appliquent au suivi étroit de par notre intention de veiller à la sécurité des personnes suicidaires en partenariat avec leurs proches.

## 6. LES BONNES PRATIQUES CLINIQUES

Les fondements du suivi étroit reposent sur des pratiques probantes. Voici les éléments cliniques qui devraient être intégrés dans le cadre d'un suivi étroit:

- **Favoriser l'engagement** de la personne envers son suivi et son traitement. L'engagement et l'adhésion au traitement et au suivi sont des enjeux généralement admis de l'intervention en contexte suicidaire.
- Développer et maintenir un **lien thérapeutique fort**. Les rencontres doivent être faites par le même professionnel pour l'ensemble de la durée du suivi étroit, sauf exception (départ, maladie, transfert à un point de transition). La relation entre la personne suicidaire et l'intervenant étant au cœur de l'efficacité du suivi étroit, la consolidation du lien de confiance doit être priorisée.
- Définir ou réviser le **plan d'intervention** avec la personne et en faire le suivi. Amener la personne à actualiser son plan d'intervention afin d'en atteindre les **objectifs** cliniques.

- Développer un **plan de sécurité** avec la personne (ex. : quoi faire en situation de crise). Le plan de sécurité est reconnu comme étant plus efficace qu'un contrat de non-suicide. Il peut être intégré au plan d'intervention ou non. Il doit être discuté et validé en continu afin de s'assurer que la personne y adhère toujours. La contribution du réseau social et familial est un élément essentiel à l'adhésion de la personne à son plan de sécurité.
- Soutenir la personne dans la **réintégration** de son milieu de vie, dans la reprise de ses occupations quotidiennes et de ses activités.
- Impliquer le **réseau significatif** (famille, amis, proches, etc...) de la personne afin de faciliter la réintégration dans son milieu. Le soutien à ce réseau est essentiel afin de leur permettre de mieux remplir leur rôle tout en réduisant leur détresse et leur vulnérabilité.
- Inviter la personne à **briser son isolement**.
- Donner une **signification** à la crise suicidaire et soutenir la personne dans la recherche d'un sens à sa vie.
- Travailler l'**ambivalence**, l'**espoir** et un **projet de vie**.
- **Estimer la dangerosité** du passage à l'acte suicidaire régulièrement. Une grille d'estimation doit être complétée à chaque contact pour les facteurs qui pourraient changer, dans la vie de la personne. Une grille d'estimation complète est requise pour moduler l'intensité du suivi ou pour évaluer si l'usager répond aux critères de fin de suivi étroit.
- **Réduire les facteurs de risque** associés au suicide et **consolider (augmenter) les facteurs de protection** présents chez la personne.
- Surtout en début de suivi étroit, mettre l'emphase sur le **traitement spécifique des idées et comportements suicidaires**. Les interventions qui visent à traiter spécifiquement les pensées et les comportements suicidaires sont plus efficaces.
- Favoriser l'utilisation d'approches thérapeutiques **brèves** et **orientées vers les solutions**.
- Installer un **filet de sécurité** efficace.

Il est à noter que ces bonnes pratiques cliniques peuvent s'appliquer dans d'autres contextes qu'en suivi étroit et ne sont pas, conséquemment, uniques au suivi étroit des personnes en danger grave d'un passage à l'acte suicidaire.

## 7. LE CONTEXTE D'APPLICATION DU SUIVI ÉTROIT

Le suivi étroit constitue un suivi intensif instauré rapidement auprès de la personne qui est en danger grave d'un passage à l'acte suicidaire ou qui quitte le service ayant effectué la gestion de sa crise suicidaire. Plus précisément :

- Le suivi étroit s'adresse à toute personne qui a une cote finale d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire **ORANGE** (danger grave à court terme).
- Bien que le suivi étroit ne s'adresse pas à toutes les personnes présentant une cote JAUNE (indice de danger faible), le suivi étroit vise aussi la personne qui présente une cote finale **JAUNE** précédée d'une cote plus élevée et qui sort d'une structure encadrante (centre hospitalier ou centre d'hébergement), peu importe la durée du séjour. Le jugement clinique prédomine dans ces situations.

- Dans le cas d'une cote **ROUGE** (danger grave et imminent), il faut s'assurer de la sécurité de la personne. Cela doit se traduire par un accompagnement dans un milieu tel que l'urgence hospitalière. L'offre de suivi étroit est reportée à la suite de la stabilisation de la crise suicidaire.
- Cette estimation de la dangerosité est réalisée à l'aide de la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire en vigueur dans l'établissement, par un intervenant habilité et formé à cet effet et s'inscrit dans un processus clinique rigoureux.
- Le suivi étroit est dispensé principalement par des intervenants offrant des services dans la communauté. Le suivi étroit n'est pas offert en milieu hospitalier. Toutefois tous les arrimages nécessaires à la continuité des services doivent être assurés par l'ensemble des intervenants gravitant autour des personnes en danger grave d'un passage à l'acte suicidaire.

## 8. MODALITÉS DU SUIVI ÉTROIT

### 8.1 CONSENTEMENT

---

#### 8.1.1 Consentement de la clientèle 18 ans et plus

- La personne, à qui on offre le suivi étroit, doit être **volontaire** à ce service. Elle doit savoir ce que cela implique et être en accord avec les modalités du suivi. Elle conserve en tout temps le droit de refuser ce service. Un consentement libre et éclairé, verbal ou écrit est donc requis.
- Lors d'une cote ROUGE, le consentement de la personne n'est plus requis pour une garde en établissement (application de la loi P-38.001) puisqu'il y a un danger grave et imminent requérant une intervention qui vise à assurer sa sécurité. Il demeure que l'intervenant doit rechercher l'adhésion de la personne. Dans cette situation, les conditions découlant de la loi P-38.001 devront être respectées afin de maintenir la légalité de la garde.
- La personne **en situation d'inaptitude à consentir**, doit bénéficier d'un accompagnement adapté à ses capacités et à sa vulnérabilité pour forger l'alliance thérapeutique nécessaire qui est associé au consentement. L'intervenant doit rechercher la personne qui peut donner le consentement substitué (ex. tuteur, curateur, parents...). Le devoir de non-abandon et l'obligation de respecter l'autodétermination de l'usager doivent être pondérés en fonction de l'ambivalence ou de la vulnérabilité de la personne. Le jugement clinique de l'intervenant et de son équipe doivent primer en tout temps et l'équipe doit rechercher du soutien si requis.
- La personne **qui refuse l'offre de suivi étroit**, doit recevoir une relance téléphonique par un intervenant de l'instance ayant géré la crise suicidaire, par un intervenant du CIUSSS-CHUS en épisode de service ou en période de fidélisation ou par le CPS, dans les **72 heures**. Le cas échéant, l'usager doit avoir consenti à ce que l'on transmette son nom à une autre organisation. Aussi, la personne peut refuser le suivi étroit, mais consentir à une autre offre de service qui pourrait la soutenir. Enfin, des informations sur les services d'aide et les coordonnées des personnes à contacter en cas de besoin doivent lui être transmises (1 866 APPELLE, 811, JEV 819-564-1354, CPS-HY 450-375-4252 ou le 911).

### 8.1.2 Consentement de la clientèle 14-17 ans<sup>13</sup>:

- Lors d'une cote ROUGE ou lors d'une cote ORANGE (si celle-ci inspire une menace pour la sécurité du jeune sans toutefois être imminente, Article 72.8 de la LPJ), l'obligation légale d'assurer la sécurité physique et psychologique des jeunes est la priorité. La personne mineure peut refuser le suivi étroit. Dans ce cas, l'intervenant ou son équipe prendra en charge la situation tout en impliquant les parents ou le substitut et en mettant en œuvre diverses stratégies qui viseront la mobilisation du jeune. Advenant la non-adhésion du jeune, du parent ou du substitut, l'intervenant ou son équipe, devra envisager des mesures légales (mesure de protection immédiate) si requis.
- Lors d'une cote jaune, l'intervenant a l'obligation de rechercher le consentement du jeune, tant pour la mise en place d'un suivi étroit que pour la divulgation d'informations aux parents ou le substitut.

## 8.2 LES MODALITÉS D'INTERVENTION

---

Le suivi étroit se caractérise par un mode d'intervention intensif centré sur la prévention d'un passage à l'acte suicidaire et la résorption de la crise suicidaire. C'est une intervention proactive dont l'intensité et la modalité des contacts se modulent en fonction de la personne, de ses besoins et de ses difficultés, de l'intensité de la crise et de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire.

Le suivi étroit peut être assumé en collaboration par plus d'un intervenant et plus d'une instance (ex. CIUSSS de l'Estrie – CHUS et CPS) dans un partage de responsabilités entre les intervenants et les organisations en vue d'élargir le filet de sécurité. L'intervenant attribué au suivi étroit réalisé conjointement dans chacune des organisations impliquées doit demeurer le même tout au long du processus, sauf si circonstances exceptionnelles (maladie, départ, etc.).

Des logigrammes et un aide-mémoire sont disponibles en annexe afin de bien comprendre la trajectoire du suivi étroit (Annexe C et D).

### 8.2.1 Modalité d'intervention pour l'ensemble de la clientèle

- Le suivi étroit est d'une durée variable en fonction des besoins de l'utilisateur.
- La personne doit bénéficier d'au moins **une intervention par semaine lors des 6 à 8 premières semaines**. Le service qui amorce le suivi étroit doit mettre en place les conditions permettant le contact personnalisé, avec la fréquence et la durée cliniquement requise.
- Les rencontres en présentiel doivent être favorisées, selon les meilleures pratiques. Par ailleurs, dans des cas d'exception, une intervention téléphonique ou téléconsultation peut être considérée. Les interventions auprès de la personne suicidaire et de son entourage peuvent se réaliser lors de rencontres en face à face dans son milieu de vie, si possible, ou à tout autre endroit jugé opportun selon les objectifs de l'intervention et les besoins de la personne. Des interventions téléphoniques ou en mode virtuel peuvent s'ajouter aux rencontres en présentiel, pour compléter ou augmenter la fréquence.
- Si la personne ne se présente pas à son rendez-vous, l'intervenant du suivi étroit doit effectuer immédiatement une relance téléphonique auprès d'elle ou auprès d'une personne significative. Dans l'objectif de s'assurer que la personne est en sécurité, plusieurs tentatives doivent être faites pour joindre la personne au moment du rendez-vous, au cours de la journée même et dans

---

<sup>13</sup> Pour la direction jeunesse, l'offre de suivi étroit vise les usagers de 14 ans et plus. Pour les usagers âgés de moins de 14 ans, d'autres documents d'encadrement sont à développer.

les jours suivants, avec divers moyens, allant de la communication avec les proches ou les partenaires tel Info-Social 811 jusqu'à la visite à domicile ou en dernier recours, l'envoi des secours 911 si nécessaire.

- Si l'intervenant du suivi étroit est dans l'impossibilité de joindre la personne après plusieurs essais, il doit lorsque possible et pertinent, aussi en informer le référent. Ce dernier portera action en fonction de ses obligations professionnelles.

### 8.2.2 Modalité d'intervention pour les parents d'enfants desservis

- Pour les directions jeunesse, l'offre de suivi étroit pour les adultes s'adresse également aux parents d'un enfant qui reçoit les services du CIUSSSE-CHUS. En ce sens, si un parent requiert un suivi étroit et qu'il n'est pas desservi par un programme-service d'une autre Direction clinique, il pourra être référé vers le CPS.

## 8.3 MODALITÉS EN CENTRE HOSPITALIER OU CENTRE DE CRISE

---

### 8.3.1 Lors de séjour en centre hospitalier ou en centre de crise

- Lorsque l'intervenant accompagne la personne vers le milieu hospitalier (ex. cote rouge), il est privilégié que l'intervenant avise le milieu de son arrivée avec un usager présentant un risque suicidaire grave et imminent;
- Lorsqu'une personne, en épisode de service ou en période de fidélisation, est admise en centre hospitalier (urgence, unité ou centre de crise) pour idéations suicidaires ou tentative de suicide, le personnel doit en aviser les intervenants concernés au dossier, selon les mécanismes de communication préétablis entre les différentes parties. L'autorisation écrite n'est pas requise si l'hôpital et le lieu d'exercice des intervenants concernés font partie du même établissement<sup>14</sup>.

### 8.3.2 Avant la fin du séjour en centre hospitalier ou en centre de crise

- Une fois que la personne est dans un état stable, le service qui a géré la crise suicidaire d'une cote ROUGE s'assure que le suivi étroit est amorcé en externe (CPS, Info-Social et Crise 24-7 ou un intervenant du CIUSSSE-CHUS) par une référence personnalisée, **avant son départ du service, pour assurer une prise en charge sans délai et la continuité de l'intervention** (voir logigrammes en annexe C).
  - Si l'équipe est en mesure de savoir si un intervenant du CIUSSSE-CHUS ou d'un GMF est en cours d'un épisode de services ou en période de fidélisation et parvient à le joindre, un arrimage doit être fait avec cet intervenant, par une **référence personnalisée (voir section définition), avant la sortie de l'hôpital**. L'équipe hospitalière peut d'abord demander à l'usager et aussi consulter son dossier informatisé.
  - Si l'équipe n'est pas en mesure de savoir si un intervenant du CIUSSSE – CHUS ou d'un GMF suit déjà l'usager ou n'est pas en mesure de le joindre, un appel doit être fait à **l'équipe de l'accueil psychosocial (AAOR) du RLS d'origine** (Annexe E) de l'usager, avant son départ du milieu hospitalier.

---

<sup>14</sup> Directive clinico-administrative. Échange interinstallation d'informations contenues aux dossiers des usagers du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (K210-DIR-01).

- L'équipe de l'AAOR informe l'équipe hospitalière si l'utilisateur a un suivi ou est en attente de services en CLSC. L'équipe de l'AAOR communique avec l'intervenant assigné au dossier de l'utilisateur ou le responsable de la gestion de la clientèle en attente dans ce service afin de l'informer de la demande de suivi étroit.
- S'il n'y a pas d'intervenant au dossier ou si l'information n'est pas accessible, l'équipe hospitalière doit faire une référence personnalisée au CPS avant le congé/départ de l'utilisateur du milieu hospitalier.
  - Si l'utilisateur refuse le service du CPS, la référence devra être envoyée à l'accueil psychosocial (AAOR) du RLS d'origine.
  - En cas de refus de référence à l'AAOR, ceci signifie que l'utilisateur refuse l'offre de suivi étroit. L'intervenant doit s'assurer que l'utilisateur comprend l'offre de service et ce qu'implique son refus.
- Remettre les coordonnées des services ou intervenants disponibles en cas de besoin à l'utilisateur et/ou les proches avant le congé (ex. : 1 866 APPELLE, 811, JEVI 819-564-1354, CPS-HY 450-375-4252 ou le 911)
- La décision de donner le congé hospitalier à l'utilisateur doit être une décision concertée en interdisciplinarité, bien que le médecin demeure imputable de la décision finale de donner ou non le congé à un usager.
- Un intervenant formé en intervention en contexte suicidaire (Info-Social et Crise 24-7, CIUSSS-CHUS, CPS ou GMF) doit faire un premier contact avec la personne suicidaire **avant** sa sortie du centre hospitalier (urgences, unités) ou de l'hébergement temporaire. Ce contact vise à créer un lien avec la personne suicidaire, faciliter la transition entre les services et bien positionner l'offre de suivi étroit. L'objectif est de susciter l'adhésion au suivi étroit, et non pas à refaire une estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Pour la clientèle jeunesse, un contact en présentiel est attendu.

Si l'intervenant attribué au dossier de l'utilisateur et habilité à assumer le suivi étroit n'est pas disponible (en heures défavorables) l'équipe Info-social 811/ Crise 24-7 fera le premier contact ainsi qu'une référence vers l'équipe de l'Accueil psychosocial du RLS d'appartenance ou au CPS de celui-ci afin d'assurer la suite de la prise en charge de façon sécuritaire par l'équipe traitante.

- Tous doivent contribuer à mettre en place un filet de sécurité adéquat auprès de l'utilisateur avant son départ, en fonction des moments critiques à prévoir. Impliquer l'accompagnateur ou le proche dans le filet de sécurité (informations à transmettre). Pour un usager mineur, s'assurer que l'adulte accompagnateur est apte.
- Afin de susciter l'adhésion de la personne suicidaire au suivi étroit, une collaboration étroite et très structurée entre l'organisation qui a hospitalisé ou hébergé la personne suicidaire et celle qui assurera le suivi étroit est nécessaire.

### 8.3.3 À la suite de la sortie du centre hospitalier ou de l'hébergement temporaire

- Un deuxième contact avec la personne, téléphonique ou face à face, doit être fait par l'intervenant habilité qui assumera le suivi étroit, dans les **24 à 48 heures** suivantes. Il est important de suivre de près l'évolution de la situation.
- La contribution des partenaires comme le CPS, les équipes déjà en épisode de service, l'équipe Info-Social /crise 24-7 est incontournable.
- Il est recommandé d'impliquer le **réseau significatif** (famille, amis, proches, etc.) de la personne, avec son consentement, afin de faciliter sa réintégration dans son milieu. Le soutien offert à ce

réseau est essentiel afin de leur permettre de mieux remplir leur rôle tout en réduisant leur détresse et leur vulnérabilité.

## 8.4 INFORMATIONS À TRANSMETTRE LORS D'UNE RÉFÉRENCE

---

Le receveur de la référence confirme la prise en charge de l'utilisateur à l'intervenant ayant fait la demande.

Voici des exemples d'information à documenter et à transmettre lors d'une référence:

- Coordonnées de l'utilisateur et données nominatives;
- Contexte clinique de la crise et intervention réalisée;
- Information sur le niveau de dangerosité suicidaire selon un outil standardisé et avec l'information clinique corroborant le niveau de risque ou la dangerosité;
- Autorisation de communiquer de l'information (si nécessaire)<sup>15</sup>;
- Informations sur le référent : nom, titre, coordonnées et service qui sera rendu au client par le référent en dehors du suivi étroit, le cas échéant.

Cette liste est non exhaustive.

## 8.5 LES CRITÈRES ET MODALITÉS D'INTERVENTION POUR METTRE FIN AU SUIVI ÉTROIT

---

### 8.5.1 Critères de fin du suivi étroit

- La personne présente une cote finale de dangerosité faible (JAUNE) ou nulle (VERTE) lors de 3 rencontres consécutives. Ces rencontres ont eu lieu sur une période minimale de 3 semaines.
- La personne se sent prête à cesser le suivi étroit.
- Un plan de sécurité clair est établi avec la personne. Celle-ci y adhère.
- Aucun moment critique n'est anticipé à court ou moyen terme.
- Une grille d'estimation complète est requise pour confirmer la fin de suivi étroit.

### 8.5.2 Modalités d'intervention pour mettre fin au suivi étroit

- Un autre type de suivi adapté à la situation de la personne (ex. : suivi dépendance, santé mentale) est prévu, si pertinent et souhaité par la personne. Ce suivi débutera dans un délai cohérent avec le niveau de priorité clinique établi. Avec l'accord de l'utilisateur, l'intervenant qui amorce le nouveau suivi est informé des éléments importants liés au cheminement clinique de celui-ci. Un transfert personnalisé est à privilégier.

---

<sup>15</sup> Directive clinico-administrative. Échange inter-installation d'informations contenues aux dossiers des usagers du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (K210-DIR-01).

- Les autres professionnels de la santé en contact avec la personne sont informés de la fin du suivi étroit (ex. : médecin traitant, psychiatre). L'autorisation n'est pas requise lorsque ces professionnels font partie du même établissement <sup>15</sup>.
- Si c'est cliniquement requis, un suivi est effectué auprès du professionnel ou du secteur qui avait fait la requête initiale afin de l'informer de la fin du suivi étroit.
- Le dossier de la personne est maintenu «ouvert» durant une certaine période, si aucun autre suivi n'est offert. Cette période de fidélisation est recommandée afin de faciliter la reprise du suivi étroit advenant que la situation de l'utilisateur le requiert.
- La durée de la période de fidélisation devra être établie au sein de chaque Direction clinique du CIUSSSE-CHUS et des Centres de prévention du suicide (CPS).

## 9. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

### Centres de prévention du suicide (CPS)

Les Centres de prévention du suicide (CPS), de par leur mission de prévention du suicide, sont l'une des principales instances qui dispensent du suivi étroit. Les CPS doivent :

- Offrir une gamme de services en regard de la problématique du suicide : intervention téléphonique, intervention d'urgence, suivi court terme, suivi étroit, services de postvention et services de soutien clinique;
- Assurer la continuité des services et le transfert d'informations à un autre intervenant avec un contact direct par une référence personnalisée;
- Lors d'une crise suicidaire, si un usager ou un de ses proches contactent directement le CPS, prendre en charge l'intervention et en assurer la continuité;
- Assurer les arrimages avec les équipes du CIUSSSE-CHUS, avec le consentement de l'utilisateur, lorsque requis;
- Confirmer la prise en charge de l'utilisateur à l'équipe référente si cette dernière qui connaît l'utilisateur n'est pas habilitée à faire le suivi étroit ou si son offre de service n'est pas compatible avec celui-ci, et qu'il reçoit une référence.

### Comité d'amélioration continue – Suicide du CIUSSSE-CHUS (CAC – Suicide)

- Recevoir et valider la conformité des procédures des directions cliniques du CIUSSSE-CHUS;
- Définir des indicateurs utiles au suivi de la mise en application du présent cadre de référence, en faire l'analyse et le suivi périodique au sein du CIUSSSE-CHUS;
- Assurer la vigie du déploiement des formations pertinentes au sein du CIUSSSE-CHUS.

### Directions cliniques du CIUSSSE-CHUS

Chacune des directions cliniques a la responsabilité d'élaborer une procédure en prévention du suicide en incluant le suivi étroit adapté à ses différentes clientèles et contextes d'intervention. Plus spécifiquement, chaque direction clinique a pour mandat :

- D'assurer la diffusion du présent cadre de référence en suivi étroit ainsi que des procédures spécifiques à leur secteur auprès de l'ensemble des employés sous leur gouverne;

- D'élaborer les procédures de leur direction en conformité avec les orientations du présent cadre de référence et la directive sur l'élaboration des documents d'encadrement clinique<sup>16</sup>. Les éléments suivants doivent être inclus: les rôles et responsabilités de chacun, les mécanismes de communications pertinents, les portes d'entrée aux services pour le suivi étroit de sa direction et la définition de la période de fidélisation;
- D'assurer l'application et la révision des procédures dans sa direction;
- D'informer la clientèle et les partenaires sur la durée de sa période de fidélisation;
- D'assurer la responsabilité du développement des connaissances au sein de sa direction;
- De soumettre les procédures de sa direction au CAC-Suicide pour validation;
- Assurer le suivi de l'application du cadre de référence et informer le CAC-Suicide des actions et des résultats mis en place pour favoriser une application conforme.
- D'identifier les besoins de formation en prévention du suicide et les inclure au plan de développement des ressources humaines (PDRH) de sa direction.

### **Coordonnateurs des directions cliniques**

Les gestionnaires sont imputables de la mise en place des modalités de suivi étroit, en fonction de leur offre de service. Ils doivent :

- Assurer la diffusion du présent cadre de référence en suivi étroit ainsi que des procédures spécifiques à leur secteur auprès de l'ensemble des employés sous leur gouverne;
- Assurer l'application du présent cadre de référence en suivi étroit ainsi que des procédures spécifiques à leur secteur auprès de l'ensemble des employés sous leur gouverne;
- Assurer que, dans tous les RLS, des personnes sont formées en prévention du suicide et que ces personnes bénéficient de l'encadrement et du soutien clinique requis pour cette fonction;
- Assurer le suivi de l'application du cadre de référence et transmettre les actions et les résultats à leur direction ainsi qu'au gestionnaire représentant la direction au CAC-Suicide.

### **Chefs de services ou la personne qu'il désigne (Ex. AIC-ASI, ACP, RCP, SAC...)**

- Soutenir l'appropriation et l'application du présent cadre de référence et des procédures portant sur le suivi étroit du secteur d'activité concerné;
- Prioriser l'assignation à un intervenant toutes les crises suicidaires. Le traitement de ces situations doit faire l'objet d'une attention particulière et d'une prise en charge immédiate;
- Désigner un intervenant responsable du suivi étroit;
- Convenir de l'orientation clinique et d'une référence vers le CPS si requis;
- Effectuer une référence au partenaire CPS si l'équipe qui connaît l'utilisateur n'est pas habilitée à offrir le suivi étroit ou si son offre de service n'est pas compatible avec celui-ci (liste en annexe F);
- Assurer la mise en place de mécanisme de remplacement des intervenants responsables du suivi étroit en tout temps;
- Identifier les besoins de formation en prévention du suicide de son secteur;
- Inscrire les intervenants concernés aux activités de formation pertinentes;
- Prévoir la mise en place d'une structure de soutien clinique au sein de son secteur d'activité;
- Assurer une vigie opérationnelle quant à l'application du cadre de référence et transmettre les actions et les résultats à son coordonnateur.

<sup>16</sup> Directive clinico-administrative sur l'élaboration des documents d'encadrement clinique ([https://intranet.ciusss-estrie-chus.reg05.rtss.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/05\\_CIUSSSE\\_CHUS/Reglement-politique-directive-procedure/Directives/B200-DIR-04\\_Elaboration\\_doc\\_encadrement\\_clin\\_et\\_formulaires.pdf](https://intranet.ciusss-estrie-chus.reg05.rtss.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/05_CIUSSSE_CHUS/Reglement-politique-directive-procedure/Directives/B200-DIR-04_Elaboration_doc_encadrement_clin_et_formulaires.pdf))

## Intervenants

- Connaître, comprendre et appliquer le présent cadre de référence et les procédures portant sur le suivi étroit du secteur d'activité concerné;
- Partager ses besoins de développement de compétence à son chef de service;
- Participer à des activités de formation proposées en prévention du suicide;
- Connaître les modalités de soutien clinique et y participer activement;
- Assurer la continuité des services et le transfert d'informations à un autre intervenant avec un contact direct par une référence personnalisée;
- Assurer la mise en place du suivi étroit pour tout usager déjà en suivi avec lui (obligation);
- Convenir des modalités de collaboration et de partage d'information avec l'utilisateur et le partenaire CPS dans le cadre d'un suivi conjoint;
- S'assurer que le suivi étroit est offert à l'utilisateur qui le requiert lorsqu'il n'est pas en mesure d'assurer le service lui-même. L'intervenant doit valider auprès de son supérieur immédiat la capacité d'offre de service par un autre membre de l'équipe, ou demander la collaboration du CPS via une référence personnalisée;
- Assure la prise en charge de l'utilisateur en attente de service du CIUSSSE-CHUS, car il est considéré sous la responsabilité de l'établissement;
- Convenir en concertation avec le partenaire CPS la prise en charge d'un usager en attente de service si une situation clinique le prescrit.

## Équipes Info-social 811/ Crise 24-7

- Procéder à l'intervention et la mise en place d'un filet de sécurité lors d'une crise suicidaire en heures défavorables (soir, nuit, fin de semaine, férié);
- Vérifier auprès de l'utilisateur s'il est en épisode de service ou en période de fidélisation avec un intervenant du CIUSSS de l'Estrie-CHUS ou un professionnel GMF afin d'assurer la continuité de l'intervention;
- Faire une demande de prise en charge vers le CPS ou vers l'intervenant offrant un épisode de services, avec la collaboration des équipes d'Accueil psychosocial des RLS;
- Assurer la continuité des services et le transfert d'informations à un autre intervenant de l'équipe d'Accueil psychosocial des RLS.

## Équipes accueil psychosocial (AAOR)

- Procéder à l'intervention auprès des usagers qui ne sont pas desservis au sein d'un programme-service du CIUSSSE-CHUS, lors d'une crise suicidaire en **heures favorables** (jour de semaine 8h30-16h30);
- Assurer l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire et la mise en place d'un filet de sécurité;
- Acheminer une demande au CPS pour les usagers qui ne sont pas desservis au sein d'un programme-service du CIUSSSE-CHUS, pour amorcer le suivi étroit en fonction des besoins de l'utilisateur et après en avoir convenu avec lui;
- Assurer la continuité des services et le transfert d'informations à un autre intervenant avec un contact direct par une référence personnalisée;
- Collaborer avec l'intervenant (ou l'équipe traitante) connu de l'utilisateur dans un contexte de dangerosité grave et imminente (rouge) ou grave à court terme (orange), afin de faciliter l'intervention et en assurer la continuité;
- Contacter le responsable de la gestion de la liste d'attente si l'utilisateur est en attente de services, afin que la priorisation de la demande soit revue et que celui-ci ait accès à court terme à des services adaptés à ses besoins.

## 10. FORMATION ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS s'engage, par le biais de son PDRH annuel, à rendre disponibles, à l'ensemble des professionnels qui seront amenés à effectuer du suivi étroit auprès de sa clientèle, les formations associées à la pratique clinique du suivi étroit.

À ce titre, il s'assure que des membres de son personnel clinique soient en mesure d'effectuer :

- L'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire des personnes à risque;
- Un suivi adéquat de la personne suicidaire;
- L'application des modalités de références aux bons services.

Tous les intervenants appelés à faire du suivi étroit auprès de leurs clientèles doivent obligatoirement avoir participé, préalablement, à la formation reconnue par leur organisation. Des mises à niveau de cette formation sont souhaitables selon la mise en pratique des interventions et les recommandations des formateurs.

De plus, chaque intervenant doit conjuguer ses connaissances et son expérience de travail pour développer sa compétence en prévention du suicide. Lorsque l'intervenant ne possède pas la compétence requise permettant d'assurer avec qualité et sécurité la prestation de service, des modalités de co-intervention devront être offertes.

L'intervenant doit être en mesure de facilement s'ajuster aux particularités de l'utilisateur. Tout au long du suivi étroit, celui-ci doit être en mesure de se mobiliser rapidement et offrir un suivi adapté aux besoins de l'utilisateur, et selon l'évolution de sa situation. Flexibilité et disponibilité sont donc requises.

Un soutien clinique de proximité doit aussi être prévu et actualisé pour ces intervenants offrant du suivi étroit tel que défini dans le Cadre de référence du CIUSSSE-CHUS « Encadrement et soutien clinique »<sup>17</sup>.

## 11. TENUE DE DOSSIER

Les intervenants doivent se référer aux cadres de référence ou guide de bonnes pratiques, en vigueur dans leur établissement, afin de compléter la documentation relative à l'utilisateur et ce en fonction de son champ d'exercice ainsi que ses responsabilités déontologiques.

## 12. CONCLUSION

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est engagé à offrir à la population de son territoire des soins et services de qualité, qui répondent aux besoins de ses usagers et de leurs proches. Nous vivons une époque où les problèmes de santé physique et mentale se complexifient. La détresse est grandissante dans notre communauté. L'historique récent des dernières années est assombri par un certain nombre de suicides complétés.

---

17 Pour les intervenants du CIUSSS : voir le cadre de référence « Encadrement et soutien clinique ». ([https://intranet.ciuss-estrie-chus.reg05.rtss.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/05\\_CIUSSSE\\_CHUS/Reglement-politique-directive-procedure/Cadres\\_reference/B200-DIR-03\\_CREF\\_Encadrement\\_soutien\\_clinique.pdf](https://intranet.ciuss-estrie-chus.reg05.rtss.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/05_CIUSSSE_CHUS/Reglement-politique-directive-procedure/Cadres_reference/B200-DIR-03_CREF_Encadrement_soutien_clinique.pdf))

Dans un tel contexte, des représentants du CIUSSS-CHUS et des Centres de prévention du suicide ont souhaité élaborer ce cadre de référence harmonisé et fondé sur les meilleures pratiques actuelles.

Par ce cadre de référence, nous réitérons l'importance de travailler ensemble pour offrir une réponse aux besoins de sécurité immédiats de la personne chez qui on a détecté un risque de suicide et établir des stratégies d'intervention et de suivi afin d'assurer sa sécurité.

Nous espérons que ce cadre de référence constituera un levier déterminant pour la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes qui présentent un risque suicidaire et afin qu'elles reçoivent les soins et services que requiert leur condition. Il se veut porteur d'espoir et s'inscrit dans la conviction partagée que nous pouvons ensemble contribuer à la promotion du mieux-être et à la prévention du suicide dans notre communauté.

## **13. RÉVISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE ET DES PROCÉDURES**

Le présent cadre de référence ainsi que les procédures afférentes font l'objet d'une révision minimale aux cinq ans.

## BIBLIOGRAPHIE ET OUVRAGES CONSULTÉS

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (2015). *Cadre de référence, suivi étroit auprès des personnes en danger grave d'un passage à l'acte suicidaire, pour la clientèle adulte.*

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006). *Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole MARCO.* Montréal. Direction de santé publique.

Bernet, R.A., Hom, M.A., Roberts, L.W. (2014). *A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and pratique.* [en ligne] [<http://link.springer.com/10.1007/s40596-014-0180-1>] (Consulté le 25 août 2021).

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

Centre de santé et de services sociaux de la Haute Yamaska et Centre de prévention suicide de la Haute Yamaska (2012). *Service de suivi étroit dans la communauté pour personnes à potentiel suicidaire élevé – clientèle jeune et adulte – Cadre de référence et protocole.* 23p.

CIUSSS de l'Estrie – CHUS (2019). *Directive sur le transfert de l'information aux points de transition*, B200-DIR-01.

CIUSSS de l'Estrie – CHUS (2021) « Centre de crise communautaire en Estrie – Projet d'implantation » présenté par Les partenaires estriens pour un centre de crise communautaire.

Gregory, K., Brown, K.L. et Green, L. (2015). *A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention: where do we go from here?. Am J Prev Med* 47(3S2): S209-S2015

Infocentre de santé publique du Québec (2021). *Taux de mortalité par suicide de 2014-2018, fichier des décès du MSSS, Rapport de l'onglet du Plan national de surveillance*, [en ligne] [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 3 août 2021).

Infocentre de santé publique du Québec (2021). *Taux moyen d'hospitalisation pour traumatisme intentionnel – suicide de 2017 à 2020, Fichier MED-ECHO des hospitalisations, Rapport de l'onglet du Plan national de surveillance*, [en ligne] [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 3 août 2021).

Infocentre de santé publique du Québec (2021). *Répartition des causes de décès les plus fréquentes de 2016 à 2018, fichier des décès du MSSS, Rapport de l'onglet du Plan national de surveillance*, [en ligne] [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 03 août 2021).

JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie (2015). *Le suivi étroit, Aide-mémoire.* 3p.

JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie (s.d.). *Le suivi étroit auprès des personnes en danger grave d'un passage à l'acte.* Document synthèse, 2p.

Institut national de santé publique du Québec (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé.* [en ligne] [[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380\\_rapport\\_quebecois\\_violence\\_sante.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf)] ]

Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L.M. (dir.). (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé.* Montréal : Institut national de santé publique du Québec

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

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

MSSS (2010). *Guide de soutien au rehaussement des services en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux du Québec*.

Office des professions (2013). *Guide explicatif sur le projet de Loi 21*.

OIIQ (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie – Guide de pratique clinique*.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2014). *Prévention du suicide – l'état d'urgence mondiale*. Catalogue à la source : Bibliothèque de l'OMS. [En ligne] [[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf)] (Consulté le 3 août 2021).

Shand F., Vogl, L. et Robinson, J. (2018). *Improving patient care after a suicide attempt*. PMID: 29480013 Australas Psychiatry. 26 (2).145-148.

Ryan, K., Tindall, C. et Strudwick, G. (2017). *Enhancing key competencies of health professionals in the assessment and care of adults at risk of suicide through education and technology*. Clinical nurse specialist 31(5), p 268-275. [En ligne] [<https://journals.lww.com/00002800-201709000-00008>] (Consulté le 25 août 2021).

# HISTORIQUE ET CHEMINEMENT

## VERSION ACTUELLE

---

NOM, FONCTION, SERVICE OU DIRECTION OU INSTANCE IMPLIQUÉE	DESCRIPTION DES ACTIVITÉS DE RÉVISIONS MAJEURES, DE CONSULTATION, D'ADOPTION, DE PUBLICATION ET DE DIFFUSION <i>(PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE, LA PLUS RÉCENTE À LA FIN DU TABLEAU)</i>	DATE OU PÉRIODE

## HISTORIQUE DES VERSIONS ANTÉRIEURES ADOPTÉES

---

DATE D'ADOPTION	INSTANCE QUI A PROCÉDÉ À L'ADOPTION
2015-02-05	Comité directeur Santé mentale
2021-12-09	Comité de direction



**ANNEXES**

# ANNEXE A –FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION ASSOCIÉS AU SUICIDE

GUIDE DE BONNES PRATIQUES EN PRÉVENTION DU SUICIDE À L'INTENTION DES INTERVENANTS DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

## 1.2 LES FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE

Il est difficile de comprendre pourquoi certaines personnes se suicident. Les recherches sur le sujet ciblent quatre types de facteurs qui peuvent influencer à la hausse ou à la baisse le taux de suicide<sup>10, 14</sup>. Le premier type correspond aux **facteurs prédisposants**; ce sont des éléments issus du passé qui contribuent à fragiliser la personne<sup>10</sup>, tels que les antécédents suicidaires de sa famille, l'isolement social et les problèmes psychiatriques. Viennent ensuite les **facteurs contributifs**, qui accentuent la vulnérabilité de la personne<sup>10</sup>: une consommation excessive de drogue ou d'alcool et l'instabilité familiale, notamment. Les **facteurs précipitants** agissent quant à eux comme des déclencheurs du comportement ou de l'idée suicidaire<sup>10</sup>; ce sont, par exemple, une rupture amoureuse ou la mortalité d'un proche. En plus des facteurs individuels, les dimensions sociales associées à la communauté, à la culture et à l'environnement contribuent à expliquer le suicide dans une société. On pense ici aux conditions de vie, aux croyances, aux normes et attitudes sociales au regard du suicide, à l'accessibilité des moyens ainsi qu'à la disponibilité des ressources d'aide dans le milieu<sup>15, 16</sup>. Le quatrième type de facteurs, les **facteurs de protection**, s'opposent aux précédents en réduisant leurs effets<sup>10</sup>; en font partie le fait d'avoir un réseau social soutenant, d'avoir une bonne santé globale, d'être optimiste et d'utiliser de bonnes stratégies d'adaptation. La connaissance de ces différents facteurs permet de constater qu'il est possible d'intervenir en optimisant les effets des facteurs de protection et en tentant de faire diminuer ceux des facteurs associés au suicide.

*Il est difficile de comprendre pourquoi certaines personnes se suicident. Les recherches sur le sujet permettent tout de même de cibler quatre types de facteurs qui sont associés au suicide :*

- les facteurs prédisposants ;*
- les facteurs contributifs ;*
- les facteurs précipitants ;*
- les facteurs de protection.*

### Quelques pistes de réflexion pour vous

- Connaissez-vous bien les facteurs qui peuvent rendre une personne davantage vulnérable au suicide?
- Connaissez-vous les facteurs qui peuvent contribuer à protéger une personne contre le risque suicidaire?
- Lorsque vous intervenez auprès d'une personne suicidaire, cherchez-vous à renforcer les effets des facteurs de protection ?

## ANNEXE B – LES ACTIONS À PROMOUVOIR

(TIRÉES DU GUIDE DE SOUTIEN AU REHAUSSEMENT DES SERVICES EN PRÉVENTION DU SUICIDE À L'INTENTION DES GESTIONNAIRES DES CSSS, 2010)

GUIDE DE SOUTIEN AU REHAUSSEMENT DES SERVICES EN PRÉVENTION DU SUICIDE À L'INTENTION DES GESTIONNAIRES DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

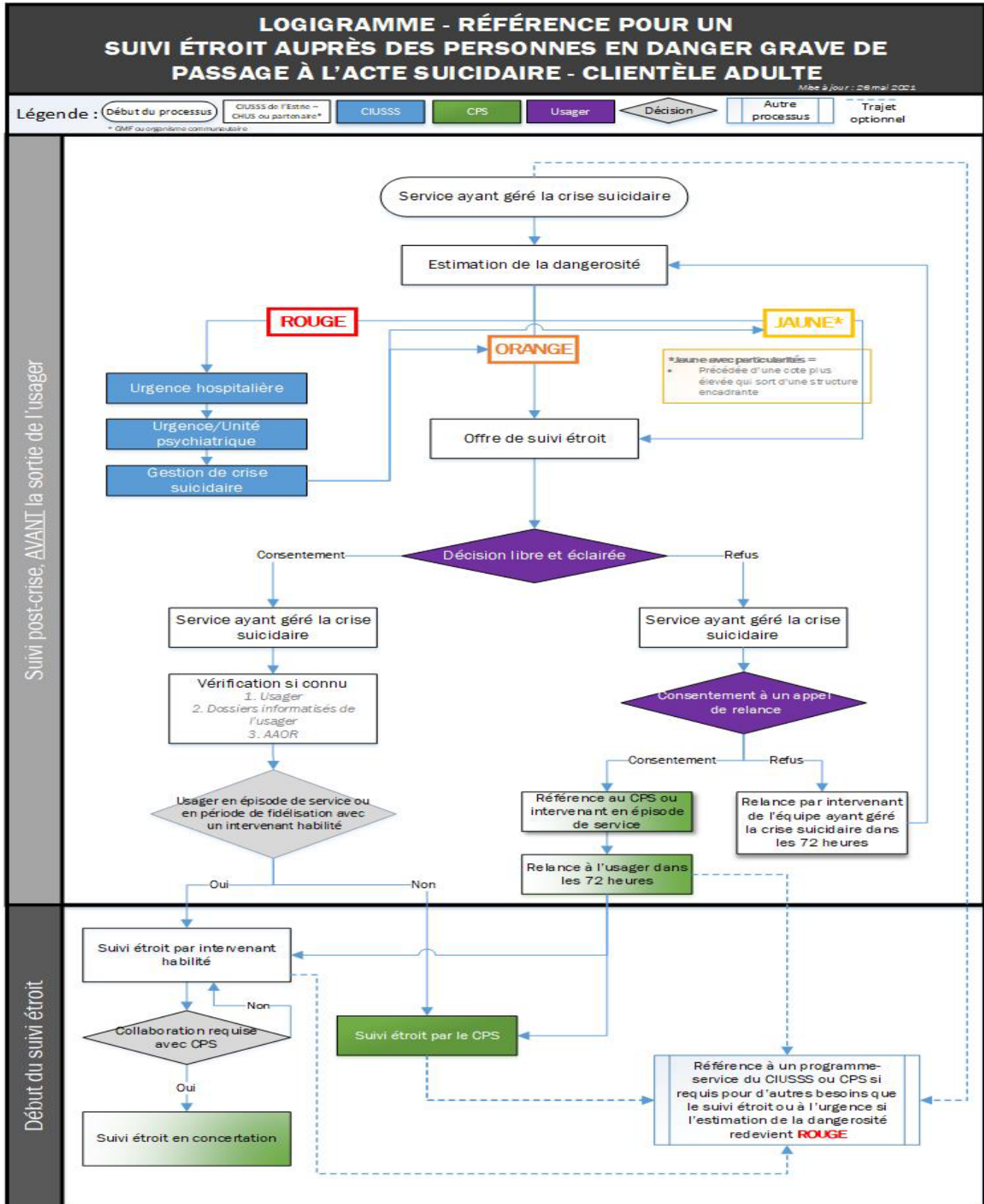
### LES ACTIONS À PROMOUVOIR

#### POUR ASSURER L'ACCÈS À UN SUIVI ÉTROIT POUR LES PERSONNES QUI SONT OU QUI ONT ÉTÉ EN DANGER GRAVE DE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

- Recenser les organisations qui offrent le suivi étroit (ex. : CSSS, centres de prévention du suicide, centres de crise) et déterminer quelles sont les autres qui devraient l'offrir pour répondre aux besoins de la population locale. Ces organisations devront s'engager :
  - à définir ensemble une procédure visant à faciliter les demandes d'accès au suivi étroit (ex. : confier toutes ces demandes aux services d'AEOR du CSSS);
  - à désigner, parmi leurs intervenants, ceux qui effectueront ce suivi.
- Mettre en place les conditions pour que les intervenants qui effectueront le suivi étroit adoptent de bonnes pratiques, soit :
  - offrir le suivi étroit à toute personne suicidaire qui est ou qui a été en danger grave de passage à l'acte ;
  - prendre contact avec la personne suicidaire avant sa sortie de l'hôpital, du centre d'hébergement ou du centre de crise<sup>45, 54, 59, 60</sup> ;
  - organiser la première rencontre dans les 24 à 48 heures suivant cette sortie<sup>15, 62, 63</sup> ;
  - relancer sans délai chaque personne qui ne se présente pas à son rendez-vous, en ayant recours aux stratégies réputées efficaces (voir la section 4.2.8), et ce, dans l'optique de s'assurer qu'elle est en sécurité et qu'elle viendra à ses rencontres de suivi ;
  - rencontrer et évaluer la personne suicidaire au moins chaque semaine dans les premiers temps après sa sortie<sup>15</sup> ;
  - si cette personne ne donne aucun indice de passage à l'acte pendant trois rencontres consécutives, l'intervenant peut, en fonction de son jugement clinique, envisager alors la fin du suivi étroit. Il est possible que l'intervenant et la personne décident de continuer à se rencontrer, dans le cadre d'un suivi moins intensif, pour poursuivre leur travail.

- S'assurer que les intervenants qui effectueront le suivi étroit ont ou acquerront les compétences requises pour :
  - accueillir la personne suicidaire et créer une alliance thérapeutique avec elle ;
  - effectuer une première et brève exploration de la situation ;
  - estimer la dangerosité du passage à l'acte ;
  - amener la personne suicidaire à se fixer un but à atteindre ;
  - amener la personne suicidaire à trouver des solutions pour atteindre son but ;
  - définir et suivre un plan d'action avec la personne suicidaire ;
  - conclure en sécurité l'entretien avec la personne suicidaire ;
  - orienter, référer ou accompagner la personne suicidaire ;
  - adapter l'intervention en fonction des caractéristiques particulières de la personne suicidaire (ex. : un problème de santé mentale).
- Faire savoir aux partenaires du RLS quelles organisations offrent le suivi étroit et quelles sont les modalités d'accès à ce type de suivi.
- Vous assurer que chaque organisation qui offre des services d'hospitalisation et d'hébergement aux personnes suicidaires mais qui n'effectue pas de suivi étroit désigne un membre de son personnel à titre d'agent de liaison, dont les fonctions consistent :
  - à établir le lien avec les différents intervenants engagés dans la prise en charge de la personne suicidaire ;
  - à planifier le suivi étroit avec les intervenants des organisations qui l'effectueront<sup>54</sup> ;
  - à être présent lorsque le suivi étroit sera proposé à la personne suicidaire ;
  - à communiquer avec l'organisation responsable d'offrir le suivi étroit pour organiser la prise de contact entre l'intervenant qui effectuera ce suivi et la personne suicidaire, et ce, avant que cette dernière ne sorte de l'hôpital<sup>45, 54, 59, 60</sup> ou du milieu d'hébergement ;
  - à mettre en place des conditions pouvant faciliter le suivi étroit ;
  - à transmettre les informations pertinentes, en utilisant la fiche prévue à cet effet, à l'organisation qui offrira le suivi étroit ;
  - à relancer régulièrement la personne qui refuse le suivi étroit, et ce, en ayant recours aux stratégies réputées efficaces (voir la section 4.2.8), dans l'optique de s'assurer que cette personne est en sécurité et de l'inciter à demander un tel suivi.

# ANNEXE C – LOGIGRAMME POUR EFFECTUER UNE RÉFÉRENCE POUR UN SUIVI ÉTROIT AUPRÈS DES PERSONNES EN DANGER GRAVE DE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE



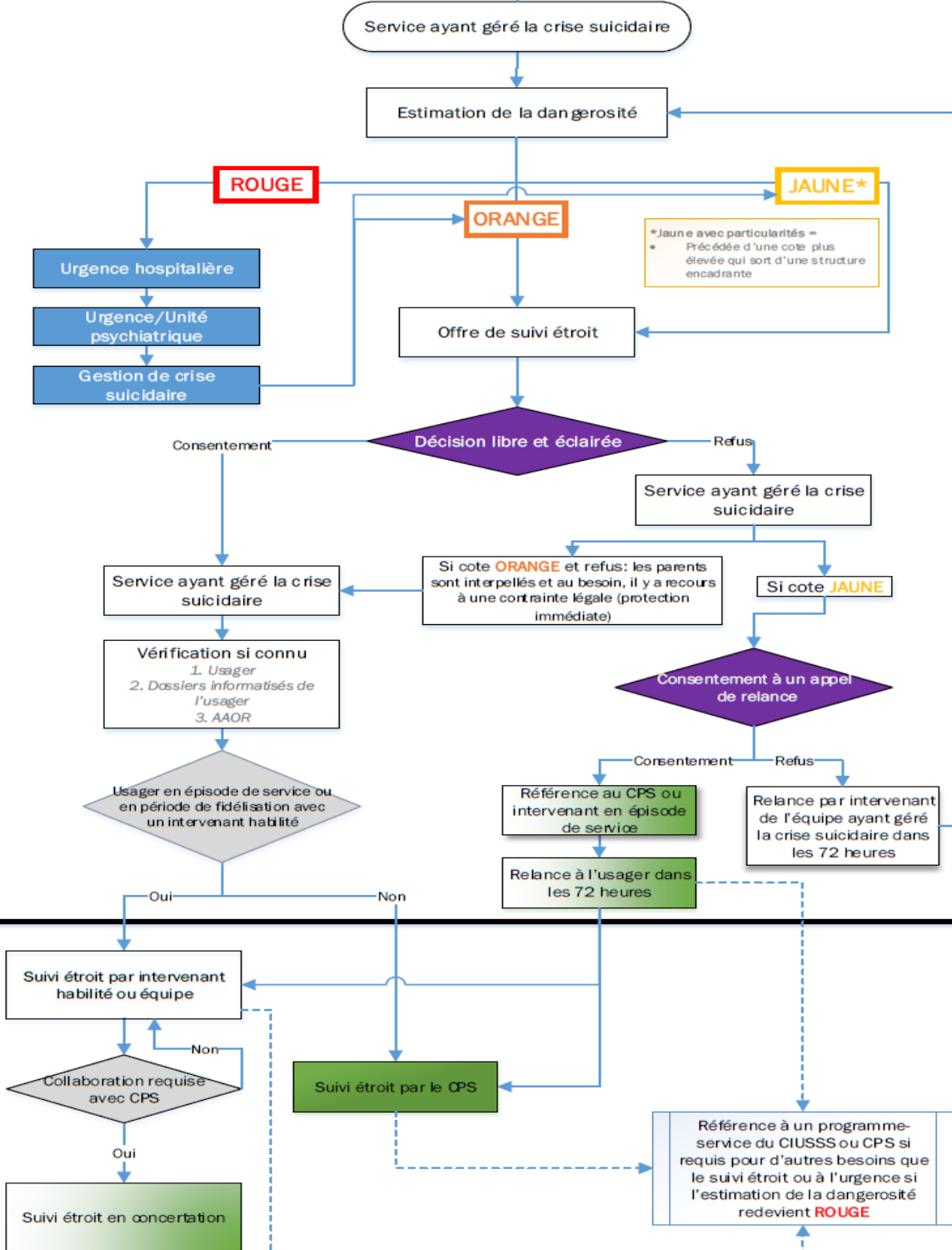
# LOGIGRAMME - RÉFÉRENCE POUR UN SUIVI ÉTROIT AUPRÈS DES PERSONNES EN DANGER GRAVE DE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE - CLIENTÈLE JEUNE 14-17 ANS

Mise à jour : 12 octobre 2021



Suivi post-crise, AVANT la sortie de l'utilisateur

Début du suivi étroit



# ANNEXE D – AIDE-MÉMOIRE - POUR L'INTERVENANT

## AIDE-MÉMOIRE SUIVI ÉTROIT – POUR L'INTERVENANT

La mise en place du suivi étroit auprès des personnes qui ont une cote finale d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire ORANGE ou JAUNE AVEC PARTICULARITÉS vise à :

- ❖ Prévenir un geste suicidaire ou une récurrence;
- ❖ Diminuer la détresse psychologique et consolider cette diminution;
- ❖ Assurer une intervention rapide, adaptée et modulée en fonction de l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire;
- ❖ Assurer une bonne coordination des différentes actions et interventions en prévention du suicide au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et des partenaires des RLS dont les CPS;
- ❖ Mettre à contribution la famille et le réseau de la personne dans un processus de rétablissement optimal.

### LES INCONTOURNABLES DU SUIVI ÉTROIT

- Le suivi étroit doit être modulé en fonction de la personne et de ses besoins, de l'intensité de la crise et de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire.
  - Le suivi étroit est d'une durée variable en fonction des besoins de la personne.
- 
- La personne doit être volontaire au suivi étroit. Le consentement est important
  - Si la personne refuse le suivi étroit, une relance téléphonique doit être faite dans les 72 h par l'intervenant de l'équipe ayant géré la crise suicidaire.
  - Tout au long du suivi étroit, l'intervenant attribué doit rester le même, sauf lors de circonstances exceptionnelles (ex. congé maladie, maternité). Il doit être en mesure de se mobiliser rapidement pour intervenir auprès de la personne.
- 
- Un intervenant formé en intervention en contexte suicidaire doit faire un premier contact avec la personne suicidaire avant sa sortie du centre hospitalier ou du centre de crise. Ce contact vise à créer un lien avec la personne suicidaire, faciliter la transition entre les services, bien positionner l'offre de suivi étroit.
  - Pour la clientèle jeunesse, un contact en présentiel est attendu.
  - Un filet de sécurité doit être mis en place avant la sortie du centre hospitalier ou en centre de crise.
- 
- Un 2<sup>e</sup> contact, téléphonique ou face à face doit être fait auprès de la personne par l'intervenant qui assure le suivi étroit dans les 24 à 48 heures suivant la demande initiale de suivi étroit.
  - La personne doit être rencontrée au moins une fois par semaine dans les 6 à 8 premières semaines.
  - Les rencontres en présentiel doivent être favorisées.
  - Une grille d'estimation doit être complétée à chaque contact.
  - L'implication de membres du réseau significatif de la personne doit être recherchée.
  - Si la personne ne se présente pas à son rendez-vous, l'intervenant du suivi étroit doit effectuer immédiatement une relance téléphonique auprès d'elle ou auprès d'une personne significative.
  - Dans l'objectif de s'assurer que la personne est en sécurité, plusieurs tentatives doivent être faites pour joindre la personne au moment du rendez-vous, au cours de la journée même et dans les jours suivants, avec divers moyens, allant de la communication avec les proches ou les partenaires tel Info-Social 811 jusqu'à la visite à domicile ou en dernier recours, l'envoi des secours 911 si nécessaire.

- L'intervenant doit avec la personne :
  - Définir et suivre un plan d'action permettant de réduire les facteurs de risque et de consolider les facteurs de protection;
  - L'amener à se fixer un but à atteindre et des solutions pour atteindre ce but;
  - Travailler l'espoir et son projet de vie en la soutenant dans la réintégration de son milieu, dans la reprise de ses occupations quotidiennes et de ses activités;
  - Impliquer le réseau significatif (famille, amis, proches, etc...);
  - Inviter la personne à briser son isolement;
  - Conclure en sécurité chaque entretien en installant un filet de sécurité efficace
  
- Le suivi étroit peut cesser lorsque :
  - La personne présente une cote finale de dangerosité faible (JAUNE) ou nulle (VERTE) lors de 3 rencontres consécutives. Ces rencontres ont eu lieu sur une période minimale de 3 semaines.
  - La personne se sent prête à cesser le suivi étroit.
  - Un plan de sécurité clair est établi avec la personne. Celle-ci y adhère.
  - Aucun moment critique n'est anticipé à court ou moyen terme.
- Une grille d'estimation complète est requise pour confirmer la fin de suivi étroit.
- Un autre type de suivi adapté à la situation de la personne peut être proposé si pertinent.
- Les autres professionnels impliqués au dossier sont avisés de la fin du suivi étroit.
- Une période de fidélisation doit être prévue.
- Le dossier de la personne est maintenu «ouvert» durant une certaine période, si aucun autre suivi n'est offert. Cette période de fidélisation est recommandée afin de faciliter la reprise du suivi étroit advenant que la situation de l'utilisateur le requiert.

- *Note : Le jugement clinique de l'intervenant doit s'exercer en toute circonstance. –*

# ANNEXE E – COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES DES AAOR PAR RLS

(LISTE SUJET À CHANGEMENT)

Coordonnées téléphoniques des AAOR par RLS	
Sherbrooke	819 780-2220, poste 48415
Des Sources	819 879-7158, poste 39400
Coaticook	819 849-4876, poste 57344
Memphrémagog	819 843-2572 ou sans frais 1 800 268-2572
Granit	819 583-2572, poste 2512
Haut-Saint-François	819 821-4000
Val-Saint-François	819 542-2777
La Pommeraie	450 266-4342, option 4, poste 34608
Haute-Yamaska	450 375-8000, poste 65325

# ANNEXE F – DIRECTIONS CLINIQUES OFFRANT LE SUIVI ÉTROIT AU CIUSSS DE L'ESTRIE-CHUS (LISTE SUJET À CHANGEMENT)

DIRECTION	COORDINATION / SERVICE
Direction des services généraux (DSG)	Coordination du réseau territorial de services spécialisés
Direction des services généraux (DSG)	Coordination du réseau territorial de services psychosociaux généraux et professionnels GMF
Direction des programmes jeunesse (DPJe)*	Coordination périnatalité, petite enfance et pédopsychiatrie
Direction des programmes jeunesse (DPJe)*	Coordination des programmes jeunes 5-18 ans, première ligne
Direction des programmes jeunesse (DPJe)*	Villa Marie Claire Service de réadaptation externe Centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation
Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)*	Service d'Évaluation-orientation Service d'Application des mesures (Mission CPEJ) Service en vertu de la LSJPA
Direction des soins infirmiers (DSI)	Services de cancérologie
Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD)	Services de proximité en santé mentale et dépendance excluant l'intra hospitalier et le Centre Jean Patrice Chiasson (Services spécialisés)
Direction de l'hébergement en soins de longue durée (DHSLD)	Hébergement CHSLD – Loisirs
Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme (DSAD-SSG-DTSA)	Coordination continuum DP Coordination continuum DI-TSA <b>Services dans le milieu</b> <b>Partenariat RPA-RI-RNI-OC</b>
Direction des services professionnels (DSP)	Direction adjointe partenariat médical (GMF, GMF-U, GMF-R)

\*

Pour la direction jeunesse, l'offre de suivi étroit vise les usagers de 14 ans et plus. Pour les usagers âgés de moins de 14 ans, d'autres documents d'encadrement sont à venir.

