

## PRÉVENTION DU SUICIDE POUR LES USAGERS VULNÉRABLES ET LEURS PROCHES

**Direction responsable** Direction du programme jeunesse

**Date d'entrée en vigueur** 2025-07-16

**Date de révision** 2025-07-10

**Période de validité (48 mois)**

### Table des matières

1. Mise en contexte.....	2
2. Objectifs.....	3
3. Définition des termes .....	4
4. Champs d'application.....	8
5. Cadre juridique et normatif .....	8
6. Étapes de la procédure .....	8
7. Consentement aux services et aux soins en contexte suicidaire .....	33
8. Contextes légaux particuliers en contexte suicidaire .....	35
9. Déclaration des événements suicidaires et traitement en événement sentinelle .....	37
10. Soutien clinique aux intervenants en contexte suicidaire.....	38
11. Rôles et responsabilités .....	40
12. Références .....	43
13. Dispositions finales.....	44
ANNEXE A - HISTORIQUE DES VERSIONS .....	45
ANNEXE B - SCHÉMA RÉSUMANT LES ÉTAPES DE LA PROCÉDURE EN PRÉVENTION DU SUICIDE DPJE .....	46
ANNEXE C - OUTIL D'AIDE À LA PRISE DE DÉCISION DANS LA MISE EN PLACE DE MESURES DE SÉCURITÉ EN MILIEU NATUREL LORS D'UNE PROBLÉMATIQUE EN PRÉVENTION DU SUICIDE .....	47
ANNEXE D - PLANIFICATION DU CONGÉ SÉCURITAIRE D'UN USAGER À RISQUE SUICIDAIRE .....	49
ANNEXE E - ÉLABORATION DU PLAN DE SÉCURITÉ .....	51
ANNEXE F - FACTEURS DE RISQUE, SIGNES AVANT-COUREURS ET MOMENTS CRITIQUES POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE 14 ANS ET PLUS 52	
ANNEXE G - MANIFESTATIONS ASSOCIÉES AU SUICIDE (MAAS) CHEZ UN ENFANT DE 5 À 13 ANS .....	53
ANNEXE H - NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DES SERVICES DE PRÉVENTION OU D'INTERVENTION EN CONTEXTE SUICIDAIRE AINSI QUE DES SERVICES D'URGENCE, PAR RLS EN ESTRIE.....	55

## Acronymes

CPS	Centre de prévention du suicide
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation
DI	Déficiência intellectuelle
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DPJe	Direction du programme jeunesse
HSO	<i>Health standards organization</i>
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
MASM	Mécanisme d'accès en santé mentale
RLS	Réseau local de service
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

### 1. Mise en contexte

Le 10 février 2022, le conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a adopté la [Politique sur la prévention du suicide](#). Celle-ci vise à affirmer l'engagement de l'établissement dans l'actualisation des meilleures pratiques en matière de prévention du suicide auprès des usagers, de leurs proches et de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. De plus, le 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](#) a également été adopté par le comité de direction en décembre 2021 et vise à orienter la prise en charge des usagers présentant un danger de passage à l'acte suicidaire. Finalement, le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#) est le document de référence en ce qui concerne la prise en charge pour les enfants de moins de 14 ans.

Déoulant des orientations de ces documents, la présente procédure en prévention du suicide pour la Direction du programme jeunesse (DPJe) :

- Vise à assurer l'actualisation, la mise en place et le respect des bonnes pratiques reconnues en prévention du suicide pour tous ses usagers;
- S'oriente sur les pratiques cliniques et de gestion pouvant soutenir la prévention du suicide auprès des usagers;
- Vise à structurer le travail en interdisciplinarité et en intersectorialité, en respect du continuum de services (trajectoire) pour la prévention du suicide afin de répondre à la complexité des besoins des usagers, et ce, en collaboration avec ses partenaires internes et externes, dont les Centres de prévention du suicide (CPS);
- Précise les rôles et les responsabilités de tous.

## 2. Objectifs

Les objectifs de la présente procédure sont :

- D'harmoniser les pratiques d'interventions en prévention du suicide au sein de l'établissement, et ce, en considérant les besoins particuliers de clientèles spécifiques;
- D'assurer une prestation sécuritaire et de qualité des soins et services aux usagers présentant un danger d'un passage à l'acte suicidaire;
- D'assurer la coordination, l'accessibilité et la continuité des soins et services dans le continuum de prévention et d'intervention, par la collaboration avec les partenaires internes et externes, dont les CPS;
- D'assurer une intervention rapide, adaptée et modulée en fonction de l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire;
- De favoriser la participation de l'utilisateur, de sa famille et de son réseau dans un processus de rétablissement optimal;
- De préciser les rôles et responsabilités de chacun à l'égard des personnes vulnérables au suicide et de leurs proches.

### 3. Définition des termes

#### **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 dans son milieu de vie, mais qu'elle n'est pas dans un état de désorganisation nécessitant une hospitalisation. Ce type de centre 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 et un suivi de crise ou post-crise à court terme. Il peut aussi permettre de réduire l'affluence dans les urgences psychiatriques (Centre de crise communautaire en Estrie, 2021).

#### **Communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS**

Tous les membres du personnel, les médecins, les médecins résidents, les chercheuses et chercheurs, les étudiantes et étudiants ainsi que les bénévoles, que ce soit à titre permanent, temporaire ou contractuel.

#### **Dangerosité de passage à l'acte**

Niveau de danger qu'une personne pose un geste suicidaire. L'estimation de celui-ci tient compte des paramètres de l'urgence suicidaire, des facteurs associés à la personne et des facteurs de protection (MSSS, 2010).

#### **Établissement**

Constitue le lieu désigné par le MSSS pour offrir à la population des services généraux et spécialisés correspondant aux cinq (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 est constitué de tous les centres hospitaliers, les centres d'hébergement, les CLSC, les centres de réadaptation, incluant les Centres de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA) ainsi que les Maisons de naissances.

#### **Évaluation du risque suicidaire**

Certains titres professionnels (ex. : personnel infirmier, psychoéducatrices et psychoéducateurs, etc.) utilisent la terminologie « évaluation du risque suicidaire » en adéquation à leur champ d'exercice respectif. Dans notre organisation, l'évaluation du risque suicidaire est l'équivalent de l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire.

#### **Événement sentinelle**

Ce terme est utilisé pour désigner un événement qui demande une analyse approfondie parce qu'il révèle des failles dans un processus qui ont entraîné ou auraient pu entraîner des conséquences graves. Les suicides et les tentatives de suicide sont considérés comme des événements sentinelles, car ils répondent aux deux critères suivants : accidents ayant entraîné des conséquences graves ou incidents-accidents qui auraient pu avoir des conséquences graves si la situation n'avait pas été récupérée à temps.

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

Consiste à estimer simultanément l'urgence qu'un usager commette un geste suicidaire, la présence de facteurs associés au suicide et la présence de certains facteurs de protection. 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.

L'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire concerne généralement les personnes de 14 ans et plus, alors que chez les 13 ans et moins, il est davantage question d'analyse du risque suicidaire. Afin de simplifier ce document, l'appellation « estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire » comprend également l'analyse du risque suicidaire pour les enfants de moins de 13 ans.

#### **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 qui 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 l'usager.

- 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

### **Heures régulières**

Période située entre 8 h 30 et 16 h 30, du lundi au vendredi, excluant les jours fériés.

### **Heures défavorables**

Période située entre 16 h 30 et 8 h 30, du lundi au vendredi, les jours de fins de semaine ainsi que les jours fériés.

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

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

Le service de crise 24-7 inclut Urgence-Détresse et la garde psychosociale des RLS Haute-Yamaska, La Pommeraie et Granit. Le service vise à permettre aux usagers 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 l'usager;
- Évaluer les risques et la dangerosité de la situation;
- Orienter l'usager vers les services répondant à ses besoins.

### **Intervenante ou intervenant apte à effectuer le suivi étroit**

Ces intervenants doivent avoir suivi la formation « Intervenir auprès de l'usager 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<sup>1</sup>.

### **Ligne 1-866-APPELLE**

Le service téléphonique 1-866-APPELLE (277-3553) est une ligne d'intervention dont le but est de prévenir le suicide. Il permet d'offrir des interventions, du soutien, des suivis, de l'orientation et des références à toutes les personnes qui vivent de la détresse, de l'anxiété, une dépression, des problèmes de dépendance ou une crise qui les amène à une désorganisation. Le service est également disponible pour les personnes qui ont besoin d'être guidées, accompagnées, informées face à un risque suicidaire ou tous les autres liens touchant la problématique suicidaire, tant la prévention que l'intervention et est en vigueur 24 h/24, 7 jours sur 7.

### **Moment critique**

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

<sup>1</sup> Office des professions, 2013, page 39.

## **Organisation**

L'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, les organismes communautaires et les partenaires.

## **Organisme communautaire**

On entend par organisme communautaire, 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<sup>2</sup>.

## **Période de fidélisation**

Période durant laquelle 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, on peut contacter son intervenant (ou l'équipe) afin de réactiver un suivi relié au précédent plan d'intervention.

## **Plan de sécurité**

Document qui soutient et guide une personne qui fait face à des pensées suicidaires afin de l'aider à traverser une crise suicidaire. Il s'agit d'un ensemble d'instructions écrites, défini avec la personne à risque et auquel cette dernière peut se référer si elle commence à avoir des idées suicidaires.

## **Population estrienne**

L'ensemble des personnes et communautés habitant dans le réseau territorial de services (RTS) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, incluant les réseaux locaux de services (RLS) ou dans le territoire desservi par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

## **Processus « AUDIS »**

Processus visant à soutenir le jugement clinique des personnes qui interviennent dans la prévention du suicide auprès de personne présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et ayant des manifestations associées au suicide.

## **Proche**

Toute personne qui accompagne, soutient ou aide un usager dans un service de santé ou de services sociaux.

## **Référence personnalisée et transfert personnalisé d'information**

Une référence personnalisée consiste à diriger la personne suicidaire vers un service, à une intervenante ou à un intervenant en particulier ainsi qu'à joindre le service ou le professionnel pour l'aviser que quelqu'un nécessite des services. Selon la situation (ou la trajectoire), l'utilisateur suicidaire se déplace vers le service ou encore le service organise une visite dans son milieu. La référence est l'occasion de transmettre certaines informations utiles au suivi de la personne suicidaire. De plus, cela permet de vérifier si l'utilisateur référé a bien donné suite à la démarche (aucune télécopie, aucune feuille dans un pigeonier, aucun message sur boîte vocale sans un retour du destinataire).

Le transfert personnalisé d'information, consiste quant à lui à planifier et à animer une rencontre de transfert d'information, en présence de l'utilisateur, de l'intervenant émetteur et de l'intervenant récepteur lorsqu'un changement d'intervenant ou qu'un ajout de services à la trajectoire de l'utilisateur a lieu. Le transfert personnalisé d'information n'a lieu que dans les cas où les intervenants émetteur et récepteur sont en contexte de prise en charge de l'utilisateur. Le transfert doit être réalisé en contexte interservices,

<sup>2</sup> Article 334 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

interdirections et interorganisations. Consulter la procédure sur le « [Transfert personnalisé de l'information aux points de transition interservices, interdirections et interorganisations, en contexte de services rendus à la clientèle jeunesse du CIUSSS de l'Estrie - CHUS](#) ».

### **Repérage**

Démarche qui consiste à reconnaître les usagers les plus vulnérables au suicide en identifiant les signes de détresse associés au suicide et les moments critiques selon le type de clientèle.<sup>3</sup>

### **Risque suicidaire**

Il s'agit de la probabilité ou de la possibilité qu'une personne pose un geste suicidaire dans les prochaines heures, jours, voire les prochaines semaines (OIIQ, 2007). Pour les moins de 14 ans, le risque suicidaire comprend les idées suicidaires ou les gestes pouvant être associés au suicide (ex. : prise de risques sans intentions suicidaires exprimées, comme jouer à des jeux risqués au bord de la rue, en présence de trafic).

### **Sentinelles**

Adultes susceptibles d'être en contact avec des usagers suicidaires par leur travail, leurs activités bénévoles, la place qu'ils occupent dans leur milieu ou leur communauté ou par leur qualité d'aidant naturel. Les sentinelles peuvent dépister, guider et orienter la personne suicidaire ainsi que son entourage. Le rôle des sentinelles est donc principalement d'établir le contact et d'assurer le lien entre les usagers suicidaires et les ressources d'aide de leur territoire (Gouvernement du Québec, 2006).

### **Soutien clinique**

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. Chaque intervenant a accès à un responsable du soutien clinique.

### **Suivi étroit**

Suivi intensif instauré rapidement auprès de l'utilisateur qui est en danger grave de passage à l'acte suicidaire ou qui quitte le service ayant effectué la gestion de la crise suicidaire. Les services sont adaptés à la condition de l'utilisateur dans la perspective de prévenir les comportements suicidaires (CIUSSS de l'Estrie - CHUS, 2021).

### **Tentative de suicide**

Tout acte intentionnel par lequel une personne s'inflige une blessure ou s'expose à un danger dans le but avoué de mourir; peu importe que cette mort soit entrevue comme certaine ou non<sup>4</sup>.

### **Usager**

Toute personne (incluant les enfants), résidant sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie - CHUS qui a reçu, qui reçoit, ou qui est dans l'attente de services de santé ou des services sociaux de l'établissement.

---

<sup>3</sup> Correspond au test de conformité de la POR « Cerner les usagers vulnérables au suicide ».

<sup>4</sup> Fortinash et Worret, 2013.

## 4. Champs d'application

La présente procédure s'adresse à l'ensemble du personnel (employées et employés, médecins et stagiaires) de la Direction du programme jeunesse (DPJe) et s'applique en tout temps et particulièrement dans toutes situations où un usager ou un proche vit un moment critique ou présente des facteurs de risque ou des manifestations associés au suicide (idées ou comportements suicidaires).

Elle s'applique dans tous les contextes d'intervention de la DPJe et dans tous les milieux de soins ou de vie, auprès de la clientèle desservie ainsi qu'à leurs proches.

## 5. Cadre juridique et normatif

- Norme HSO – Pratique organisationnelle requise par Agrément Canada en prévention du suicide
- 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 nO 180)
- Règlement sur les conditions applicables au recours à certaines mesures d'encadrement (chapitre P-34.1, r. 6, le Règlement)
- Loi sur les soins de fin de vie, AMM, RLRQ chapitre S-32.0001, article 26

## 6. Étapes de la procédure

### 6.1 Assurer une vigie des usagers vulnérables au suicide et de leurs proches

Tout membre du personnel de la Direction du programme jeunesse susceptible d'être en contact avec des personnes à risque suicidaire est considéré comme une vigie en prévention du suicide. Ainsi, tous les membres du personnel, peu importe leur fonction, incluant ceux qui n'ont pas de responsabilité professionnelle face à l'usager quant à la prévention du suicide ainsi que ceux qui ne sont pas formés en prévention du suicide, peuvent prévenir des passages à l'acte suicidaire d'un usager ou de l'un de ses proches en procédant aux étapes suivantes lorsqu'ils croient être en présence d'une personne à risque suicidaire :

- Aller à la rencontre de la personne et assurer une présence auprès d'elle, dans la mesure du possible, le temps que le repérage ou que la prise en charge par une intervenante ou un intervenant s'actualise;
- Diriger ou accompagner personnellement la personne vulnérable vers une ressource en mesure d'effectuer l'étape du repérage. S'informer à son supérieur au besoin afin de cibler la ressource vers qui diriger la personne vulnérable;
- Si une tentative de suicide est en cours ou lors d'un suicide d'un usager, se référer à la section 6.7.

L'ANNEXE F indique les principaux facteurs de risque, moments critiques et signes de détresse liés au suicide chez les 14 ans et plus alors que l'ANNEXE G présente les manifestations associées au suicide chez les enfants de 5 à 13 ans.

## 6.2 Repérer les personnes vulnérables au suicide et déterminer les mesures de sécurité dans l'immédiat

Le repérage est la responsabilité de chaque service de la DPJe et de chaque intervenant clinique qui est en contact direct avec les usagers et ses proches dans le cadre de ses fonctions (voir section 6.2.1).

Le repérage peut être universel ou sélectif, selon les caractéristiques et les besoins de la clientèle desservie. Chaque service est chargé de déterminer les modalités de repérage qui seront mises en place en fonction des caractéristiques, des facteurs de risques et des besoins des usagers desservis. Ces modalités de repérage universel ou sélectif doivent être documentées et approuvées par la direction.

### ***Repérage universel***

- Le repérage universel est réalisé à l'admission ou en début de suivi par l'intervenant responsable de l'accueil ou de l'ouverture du dossier de l'utilisateur. Il permet d'identifier de façon précoce les usagers à risque suicidaire qui ne seraient pas autrement repérés, peu importe les motifs de consultation ou les services demandés.
- Des motifs cliniques pourraient inciter certains services à préférer le repérage sélectif plutôt qu'universel auprès de certains usagers. Chaque service est chargé d'évaluer et de documenter la pertinence de réaliser le repérage universel en lien avec les facteurs de risque de la clientèle desservie.

### ***Repérage sélectif***

- Le repérage sélectif est réalisé ponctuellement, en cours de suivi ou d'hébergement, à tout moment jugé pertinent par l'intervenant présent auprès de l'utilisateur ou de l'un de ses proches, en fonction des facteurs de risque, des signes de détresse et moments critiques liés au suicide.
- Les facteurs de risque, les signes avant-coureurs et les moments critiques associés au suicide doivent servir à identifier les situations où le repérage sélectif doit être réalisé. Ces derniers sont présentés dans les listes des ANNEXES F et G. Les listes ne sont toutefois pas exhaustives et d'autres éléments pourraient s'ajouter selon la clientèle desservie. Il est important de considérer l'impact de ces facteurs sur la personne vulnérable en fonction des caractéristiques et des besoins de celle-ci (ex. : âge, diagnostic, etc.)
- Chaque service doit s'assurer que les facteurs de risque, les signes avant-coureurs et les moments critiques pour lesquels un repérage sélectif doit être réalisé sont connus des intervenants.

### 6.2.1 Intervenants formés et autorisés à réaliser le repérage des personnes à risque suicidaire

À la DPJe, la responsabilité professionnelle relative à la prévention du suicide ne s'applique pas uniquement aux intervenants pour qui le mandat prévoit des interventions en contexte suicidaire; elle s'applique à tout intervenant clinique en contact direct avec les usagers et ses proches. Ainsi, chaque intervenant doit être en mesure de réaliser le repérage auprès de la clientèle desservie ou de ses proches. Il appartient aux chefs de service et aux coordonnateurs de déterminer les intervenants concernés par le repérage et de s'assurer qu'ils ont suivi l'une des formations sur le repérage reconnues et approuvées par l'établissement en fonction des groupes d'âge et des problématiques rencontrées chez la clientèle desservie par leur service.

Certains professionnels exerçant un rôle clinique, mais dont le champ d'expertise n'est pas de nature psychosociale — tels que les orthophonistes, les ergothérapeutes ou les nutritionnistes — peuvent, dans certains cas, ne pas être tenus de réaliser l'ensemble du processus de repérage des idées suicidaires.

Ces intervenants doivent néanmoins connaître les facteurs de risque, les signes de détresse et les moments critiques associés au suicide puisqu'en présence de l'un de ces éléments chez un usager ou un proche, ils sont systématiquement tenus de valider la présence d'idées suicidaires en posant les trois questions initiales du repérage :

- Avez-vous des idées suicidaires actuellement?
- Avez-vous pensé au suicide dernièrement?
- Avez-vous fait une tentative de suicide dans la dernière année?

Si une réponse positive est donnée à l'une de ces questions, l'intervenant doit :

- Valider si un intervenant sur place est formé afin de réaliser le repérage;
- Si aucun intervenant sur place ne peut réaliser le repérage, contacter le 1-866-APPELLE avec la personne à risque, afin qu'un premier contact soit réalisé et que cette personne soit référée vers l'équipe de l'accueil psychosocial ou le mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) du RLS concerné. La personne à risque sera alors prise en charge de façon sécuritaire et sera référée vers les services appropriés.

Il est de la responsabilité des chefs de services et des coordonnateurs d'approuver la décision d'exempter certains professionnels ou intervenants de réaliser le repérage complet. Ils doivent toutefois s'assurer que ces intervenants connaissent les facteurs de risque, signes de détresses et moments critiques liés au suicide de même que les questions à poser afin de valider la présence d'idées suicidaires. Pour ce faire, les intervenants qui sont autorisés à ne réaliser que partiellement le repérage doivent également avoir suivi l'une des formations reconnues et approuvées par l'établissement portant sur le repérage.

L'information concernant les formations offertes par l'établissement se retrouve dans l'intranet du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, dans la section [Outils cliniques > Prévention du suicide](#).

### **6.2.2 Repérage auprès des usagers âgés de 5 à 13 ans**

Un outil est produit et rendu disponible par le MSSS afin de réaliser le repérage chez les enfants de 5 à 13 ans. Cet outil nommé « [Repérer pour prévenir le suicide chez les enfants de 5 à 13 ans : c'est l'affaire de tous!](#) » est disponible dans l'intranet sous la section [Outils cliniques > Prévention du suicide > Outils cliniques et guides disponibles > 5 à 13 ans \(repérage et estimation\)](#).

### **6.2.3 Repérage auprès d'un usager ayant un diagnostic de déficience intellectuelle (DI) ou de trouble du spectre de l'autisme (TSA)**

Lorsque l'usager présente un diagnostic de DI ou de TSA, ou qu'une investigation est en cours pour déterminer la présence d'une DI ou d'un TSA, l'intervenant de la DPJe peut réaliser le repérage de ce dernier à l'aide des outils autorisés et reconnus par la DPJe.

Toutefois, si les comportements ou les verbalisations de l'usager soulèvent des questionnements ou des inquiétudes chez l'intervenant DPJe qui réalise le repérage, il peut demander le soutien d'un intervenant de la Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme (DSAD-SSG-DTSA) afin de préciser le repérage.

En ce sens, des intervenants de la DSAD-SSG-DTSA peuvent offrir du soutien aux intervenants de la DPJe. Pour obtenir du soutien de leur part, l'intervenant de la DPJe doit d'abord valider son questionnement auprès de son responsable au soutien clinique en contexte suicidaire à la DPJe. Lorsque ce dernier ne peut y répondre, il doit alors contacter le chef des services spécifiques de la DSAD-SSG-DTSA pour le RLS concerné. Ce chef de service sera en mesure de fournir les coordonnées de l'intervenant DSAD-SSG-DTSA désigné pour offrir du soutien clinique à l'intervenant de la DPJe.

#### **6.2.4 À la suite du repérage, statuer sur la présence ou non d'un risque suicidaire chez l'utilisateur ou ses proches**

##### **A. En cas de repérage négatif (absence de risque suicidaire)**

- Informer l'utilisateur et ses proches des services à contacter en cas de besoin et leur remettre les coordonnées de ceux-ci :
  - 1-866-APPELLE
  - 811
- La situation de l'utilisateur pourra faire l'objet de repérage universel ou sélectif à nouveau en cours de suivi en cas de besoin ou lors d'une réouverture de dossier ultérieure.
- Si la personne présente d'autres conditions psychosociales ou médicales, elle peut être référée au 811.

##### **B. En cas de repérage positif (présence de risque suicidaire)**

- Se référer à la section 6.3 afin de planifier et de réaliser l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, de même qu'aux sections 6.4 et 6.5 afin de coordonner les actions à mettre en place auprès de la personne à risque.
- L'intervenant doit déterminer les mesures de protection requises dans l'immédiat. Les formations portant sur le repérage indiquent les démarches à réaliser en ce sens. Au besoin, l'intervenant peut se référer à son responsable au soutien clinique en contexte suicidaire :
  - Déterminer s'il est nécessaire de mettre en place une surveillance adaptée auprès de la personne à risque, en fonction de ses besoins, de l'urgence de la situation ainsi que du jugement clinique de l'intervenant.
    - Différents indicateurs chez la personne à risque permettent de déterminer si une surveillance particulière doit être mise en place auprès d'elle: le niveau d'élaboration du scénario suicidaire, son niveau d'intoxication, son impulsivité, la présence ou non d'un filet de sécurité (réseau mobilisé), son ouverture à recevoir de l'aide, etc. En installation du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, l'équipe traitante assure la surveillance alors qu'en externe, les proches de la personne à risque peuvent être mobilisés afin de participer à la mise en place de mesures de protection adaptées. L'annexe I présente les différents niveaux de surveillance qu'il est possible de mettre en place en contexte suicidaire.
    - Clarifier les rôles, tâches et responsabilités de chaque personne chargée d'assurer la surveillance de la personne à risque.
    - S'assurer que les personnes mises à contribution (ex : proches) sont disposées à le faire, qu'elles ont la capacité d'assurer la surveillance et la sécurité de la personne à risque et qu'elles ne contribuent pas à augmenter la détresse de cette dernière.
  - Mobiliser un proche afin de soutenir la personne à risque.

- Orienter ou diriger vers les services appropriés.
  - Au besoin sécuriser l'environnement, par exemple en retirant l'accès au moyen identifié par la personne à risque ou retirer l'accès à une arme à feu en contactant le service de police du RLS (voir Annexe H).
  - Mettre en place un filet de sécurité (voir section 6.5.3 - E).
  - Discuter avec l'utilisateur des stratégies à mettre en place à court terme.
  - Ajuster les mesures de protection au besoin.
  - Documenter au dossier de l'utilisateur les stratégies identifiées et les partager aux différents intervenants impliqués auprès de l'utilisateur, selon les modalités de communication prévues.
- Se référer à la section 6.7 si une tentative est en cours ou a eu lieu.

### **6.3 Estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire**

L'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire permet d'examiner les facteurs prédictifs d'un passage à l'acte suicidaire, d'identifier les facteurs qui accentuent ou diminuent les risques d'un passage à l'acte, de susciter l'espoir et d'amorcer la réflexion afin de convenir d'un plan d'action avec la personne à risque.

L'estimation initiale de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire est réalisée à la suite du repérage positif d'une personne à risque, bien qu'elle pourrait également être réalisée sans qu'il y ait eu de repérage distinctif préalable, tel que précisé à la section 6.2. Cette étape permet de statuer sur le risque ou l'urgence suicidaire, de même que sur les services et les interventions à déployer auprès de la personne à risque. L'estimation initiale doit être réalisée dans un délai maximal de 48 h suivant le repérage, en s'assurant de mettre en place les mesures de sécurité requises (voir section 6.2.4 - B).

L'estimation de la dangerosité doit également être réalisée de manière récurrente en cours de suivi (voir section 6.5.4 sur les modalités d'application du suivi étroit).

### 6.3.1 Intervenants formés et autorisés à réaliser l'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire à la DPJe

#### Intervenants autorisés à estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire à la DPJe

- Médecins
- Psychoéducatrices et psychoéducateurs
- Travailleuses et travailleurs sociaux
- Psychologues
- Criminologues
- Sexologues
- Infirmières et infirmiers
- Infirmières praticiennes et infirmiers praticiens spécialisés en santé mentale
- Techniciennes et techniciens en éducation spécialisée
- Techniciennes et techniciens en travail social

D'autres titres d'emploi pourraient être autorisés à estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, mais il est à noter que l'estimation et l'intervention en contexte suicidaire sont généralement réservées aux intervenants psychosociaux de même qu'aux infirmières et infirmiers.

#### A. Identifier les intervenants responsables de réaliser l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire pour chaque service

##### 1) Estimation initiale de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire

- Suite à un repérage positif ou lorsque des facteurs de risque, des moments critiques ou des signes de détresses sont détectés chez une personne à risque, l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire doit être réalisée auprès de cette dernière. Si l'intervenant ayant réalisé le repérage n'est pas en mesure d'estimer le risque suicidaire, il doit effectuer les démarches décrites ci-dessous afin de s'assurer qu'un intervenant réalise l'estimation initiale auprès de la personne à risque.
  - En premier lieu, il doit vérifier si un intervenant qui assure actuellement un suivi actif auprès de la personne à risque est formé et autorisé afin de réaliser l'estimation dans les délais requis. Si c'est le cas, cet intervenant doit être contacté afin de réaliser l'estimation initiale. Si aucun intervenant ne répond à ces critères, ou qu'il est impossible de le savoir au moment des faits, il faut passer à l'option suivante.
  - Si l'option ci-dessus n'est pas possible ou si la situation survient lors des heures défavorables, l'intervenant ayant réalisé le repérage devra contacter le 1-866-APPELLE, en présence de l'utilisateur, afin qu'un premier contact soit établi et que l'utilisateur à risque puisse être référé vers l'équipe de l'accueil psychosocial ou le mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) de son RLS d'appartenance. L'estimation de la dangerosité ainsi qu'une prise en charge sécuritaire de l'utilisateur seront organisées et mises en place.
- Lorsque la personne à risque est un proche d'un usager, l'intervenant ayant effectué le repérage doit réaliser les démarches décrites ci-dessous afin de

s'assurer qu'un intervenant réalise l'estimation initiale auprès de du proche à risque.

- En premier lieu, il doit vérifier si un intervenant assure actuellement un suivi actif auprès du proche au sein de l'établissement, et s'il est formé et autorisé afin de réaliser l'estimation. Si c'est le cas, cet intervenant doit être contacté afin de réaliser l'estimation initiale. Si aucun intervenant ne répond à ces critères, ou qu'il est impossible de le savoir au moment des faits, il faut passer à l'option suivante.
- Si l'option ci-dessus n'est pas possible ou si la situation survient lors des heures défavorables, l'intervenant ayant réalisé le repérage devra contacter le 1-866-APPELLE, en présence de la personne à risque, afin qu'un premier contact soit établi et que cette personne puisse être référée vers l'équipe de l'accueil psychosocial ou le mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) de son RLS d'appartenance. L'estimation de la dangerosité ainsi qu'une prise en charge sécuritaire de la personne seront organisées et mises en place.

## **2) L'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire en cours de suivi**

Lorsque les services d'intervention en lien avec la situation suicidaire sont mis en place auprès de la personne à risque (à la suite de l'estimation initiale), l'intervenant principal chargé du suivi en contexte suicidaire sera la personne responsable de réaliser l'estimation de la dangerosité selon les résultats de l'estimation et les modalités qui s'appliquent (suivi étroit ou autres).

## **3) L'estimation de la dangerosité en contexte de prise en charge en installation du CIUSSS de l'Estrie - CHUS**

Lors d'un séjour ou d'un hébergement dans une installation du CIUSSS de l'Estrie - CHUS (ex. : unité de soins à l'hôpital ou en CRJDA), l'équipe traitante assure l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.

## **4) L'estimation de la dangerosité lorsque l'usager présente un diagnostic de déficience intellectuelle ou de trouble du spectre de l'autisme**

En contexte suicidaire, lorsqu'un usager pris en charge à la DPJe présente un diagnostic de DI ou de TSA, ou qu'une investigation est en cours pour déterminer la présence d'une DI ou d'un TSA, l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire peut, selon les besoins de l'usager, être réalisée en collaboration avec un intervenant de la DSAD-SSG-DTSA. Dans ce cas, le processus AUDIS s'applique afin d'assurer l'utilisation des outils les mieux adaptés en fonction des besoins et des caractéristiques des usagers.

Afin d'obtenir du soutien d'un intervenant de la DSAD-SSG-DTSA, l'intervenant DPJe doit d'abord valider le besoin de collaboration auprès de son responsable au soutien clinique en contexte suicidaire à la DPJe. Selon le besoin, ce dernier pourra alors contacter le chef des services spécifiques de la DSAD-SSG-DTSA pour le RLS concerné et ensemble, ils détermineront la nature du soutien à offrir. Ce chef de service sera ensuite en mesure de fournir les coordonnées de l'intervenant DSAD-SSG-DTSA désigné afin de collaborer avec l'intervenant de la DPJe.

La demande doit préciser la gravité du contexte suicidaire (selon le repérage) de même que le type de collaboration à mettre en place avec l'intervenant DSAD-SSG-DTSA (ex. : collaboration pour réaliser l'estimation ou soutien au processus clinique lors de l'estimation). La demande doit également préciser clairement la date où le repérage a été réalisé ainsi que le délai en fonction duquel l'estimation doit être réalisée.

## 5) L'estimation de la dangerosité à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir

Les usagers qui formulent une demande d'aide médicale à mourir doivent être rencontrés par un intervenant, dans un délai de 48 h, afin de réaliser l'estimation de la dangerosité. Selon leurs besoins et les résultats de l'estimation, des services et des interventions appropriés doivent être mis en place auprès d'eux (comme décrit à la section 6.5). Ces démarches sont d'autant plus importantes dans les cas où la demande d'aide médicale à mourir serait refusée.

### 6.3.2 Outils utilisés pour réaliser l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire

Seuls les outils reconnus et autorisés par l'établissement pour la clientèle jeunesse et ses proches doivent être utilisés afin de réaliser l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.

- Clientèle 14 ans et plus :
  - Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS). Seules les personnes ayant reçu la formation « [Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger](#) » sont habilitées à utiliser la grille d'estimation GEDPAS.
  - Les infirmières et les médecins, dans leur champ d'exercice, peuvent faire l'évaluation du risque suicidaire sans cet outil.
- Analyse du risque suicidaire chez la clientèle 13 ans et moins : Référer au [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#).
- Clientèle présentant un diagnostic de DI ou de TSA : selon les besoins de l'usager, l'estimation peut être réalisée dans le cadre du [Processus AUDIS](#), en collaboration avec un intervenant de la DSAD-SSG-DTSA (voir section précédente).

L'outil est choisi selon les critères liés à l'âge ou aux diagnostics de la personne à risque. Les outils ne doivent pas être utilisés pour une clientèle autre que celle pour laquelle ils ont été conçus. Ces outils sont développés pour la population spécifique qu'ils ciblent et une utilisation erronée pourrait mener à une estimation fautive, voire dangereuse, du risque de passage à l'acte suicidaire.

### 6.3.3 Réaliser et conclure l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire

De manière générale, lorsque le repérage indique qu'une personne est à risque suicidaire, il est convenu que l'estimation initiale de la dangerosité du passage à l'acte soit réalisée dans un délai maximal de 48 heures. Les informations documentées lors du repérage peuvent faire en sorte que ce délai soit plus court, notamment en fonction de l'urgence de la situation ou du jugement clinique de l'intervenant ayant effectué le repérage ou ayant été appelé à réaliser l'estimation.

En cours de suivi et selon les modalités du [Suivi étroit auprès des personnes en danger grave d'un passage à l'acte suicidaire - pour la clientèle de 14 ans et plus](#), l'estimation doit être réalisée selon une fréquence qui répond aux besoins de l'usager et à l'urgence de la situation. De plus, elle doit être réalisée dès que l'usager présente des manifestations comportementales associées au suicide. L'estimation de la dangerosité représente une lecture actuelle du risque suicidaire, ce qui signifie que le risque peut changer très rapidement selon la personne et les circonstances. Il est donc essentiel que l'intervenant détermine rigoureusement la fréquence et les moments lors desquels l'estimation de la dangerosité doit être réalisée. Il est à noter que certains types de suivis prescrivent d'emblée la fréquence à laquelle l'estimation doit être réalisée (par exemple, à toutes les rencontres lors d'un suivi étroit).

L'estimation de la dangerosité permet de statuer sur la présence ou l'absence de risque suicidaire chez l'utilisateur, mais permet également de susciter l'espoir et travailler l'ambivalence de la personne face à son intention suicidaire. Ainsi, l'estimation de la dangerosité ne sert pas uniquement à déterminer le risque du passage à l'acte suicidaire, mais elle constitue également un moyen d'intervention visant à faire diminuer le risque de passage à l'acte.

Lorsque l'intervenant conclut qu'il y a un risque suicidaire chez l'utilisateur (cotes **JAUNE** – **ORANGE** – **ROUGE**), il doit se référer à la section 6.5 afin de mettre en place les interventions adaptées aux besoins et aux caractéristiques de ce dernier.

Si l'intervenant conclut qu'il n'y a pas de risque suicidaire (cote **VERTE**), certaines interventions peuvent malgré tout être mises en place, selon les besoins de l'utilisateur.

- Chez la clientèle de 14 ans et plus :
  - Aider l'utilisateur à prévoir les moments de fragilité et à élaborer des moyens pour y faire face;
  - Évaluer la pertinence de mettre en place un plan de sécurité (section 6.5.3);
  - Évaluer la pertinence de mettre en place un filet de sécurité (section 6.5.3-E).
  - Renseigner la personne sur les ressources disponibles en cas de besoin (Info-social 811, Centres de prévention du suicide, 1-866-APPELLE, etc.);
  - Mobiliser un parent ou un proche afin de soutenir la personne (selon les règles de confidentialité);
  - Orienter l'utilisateur vers les services médicaux ou psychosociaux requis par sa situation.
- Chez la clientèle de 13 ans et moins
  - S'assurer de toujours prendre en charge la détresse de l'enfant et mettre en place les services nécessaires à cet effet;
  - S'assurer que l'entourage est en mesure de soutenir l'enfant et d'assurer sa sécurité;
  - S'assurer que l'entourage est mobilisé afin de diminuer la détresse de l'enfant.

## 6.4 Coordonner l'intervention en contexte suicidaire lorsque plusieurs intervenants sont concernés (interservices ou interdirections)

### 6.4.1 Déterminer l'intervenant principal chargé de l'intervention auprès de la personne à risque

Lorsqu'un usager est à risque suicidaire, un intervenant doit être attiré spécifiquement à l'intervention en contexte suicidaire. Il peut s'agir d'un intervenant déjà engagé auprès de l'utilisateur ou d'un intervenant appelé à contribuer dans le cadre d'un nouveau service.

Toutefois, en cohérence avec les meilleures pratiques en matière de prévention du suicide de même que pour faire suite aux consultations réalisées auprès d'utilisateurs de la DPJe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, les critères suivants doivent être considérés afin d'identifier l'intervenant principal qui sera chargé d'intervenir en contexte suicidaire auprès de la personne à risque :

- L'intervenant est employé par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- L'intervenant est formé et autorisé par l'établissement pour réaliser l'estimation et intervenir en contexte suicidaire auprès de la clientèle spécifique avec laquelle il travaille;

- L'intervenant est identifié comme étant celui qui connaît le mieux l'utilisateur et ses proches, au besoin;
- L'intervenant est identifié comme étant celui qui a un lien significatif avec l'utilisateur et ses proches, au besoin;
- Lorsque plusieurs intervenants peuvent jouer le rôle d'intervenant principal en contexte suicidaire, la décision doit être fondée sur le jugement clinique et prise de manière concertée avec l'ensemble des intervenants et services concernés, ainsi qu'en collaboration avec l'utilisateur.
  - ➔ Au besoin et pour le bien-être de l'utilisateur, une co-intervention avec un intervenant possédant une expertise accrue en prévention du suicide peut être réalisée afin de travailler les objectifs liés au suicide en complémentarité. À la suite de l'établissement d'un lien significatif avec l'utilisateur, le suivi pourrait être transféré vers l'intervenant le mieux qualifié en matière de prévention du suicide.
- Si la personne à risque n'a pas de suivi actif au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, comme dans le cas d'un proche d'un usager, l'intervenant ayant réalisé le repérage doit contacter le 1-866-APPELLE en présence de l'utilisateur, s'assurer qu'elle est entrée en contact avec un intervenant et qu'une référence vers l'accueil psychosocial a été réalisée.

#### 6.4.2 Coordonner les actions à poser lorsque plusieurs intervenants ou personnes sont concernés

À la DPJe, il est fréquent qu'un usager bénéficie simultanément de suivis issus de différents services ou de différentes directions. Lorsque plusieurs intervenants ou personnes sont appelés à collaborer auprès de l'utilisateur à risque suicidaire, les actions à poser doivent être rigoureusement coordonnées.

L'intervenant pivot de l'utilisateur est responsable de coordonner les actions posées par les différents partenaires en lien avec la problématique suicidaire.

En ce sens, l'intervenant pivot doit :

- Identifier les personnes et les intervenants devant être visés dans les actions à mettre en place auprès de l'utilisateur à risque (incluant les proches);
- Définir le rôle de chaque personne et coordonner les actions à mettre en place auprès de la personne à risque;
- S'assurer que des mécanismes de communication efficaces sont mis en place entre les différentes personnes concernées;
- S'assurer que les informations pertinentes sont transmises aux personnes concernées n'ayant pas participé aux rencontres de coordination des actions (ex. : dans le cas d'une famille d'accueil ou d'un proche significatif);
- Lorsque l'utilisateur est hébergé en institution et qu'une équipe complète intervient auprès de lui, cibler les principaux acteurs de ce milieu qui participeront à l'intervention et qui devront communiquer les informations au reste de l'équipe.
- Être informé par l'équipe traitante lorsqu'une sortie d'installation interne est prévue pour l'utilisateur. La communication doit se faire avant la sortie de l'utilisateur afin de permettre à l'intervenant pivot la coordination des actions à mettre en place. Cela s'applique également aux congés et sorties temporaires accordés à un usager hébergé. Des outils sont disponibles pour prévoir un congé le plus sécuritaire possible (Annexes D et E)
- S'assurer de la mise en place et de la réévaluation des actions auprès de l'utilisateur, selon le plan établi.

La situation d'un usager à risque suicidaire devient la priorité des intervenants qui œuvrent auprès de ce dernier et qui sont ciblés afin de contribuer aux actions à mettre en place, peu importe leurs mandats et objectifs initiaux.

Certains secteurs de la DPJe ont mis en place des protocoles d'intervention spécialisés en prévention du suicide permettant de favoriser la coordination des actions à poser<sup>5</sup>. Lorsque de tels protocoles ou programmes sont mis en place dans un service, le chef de service est responsable d'en promouvoir l'utilisation auprès des intervenants de son équipe.

### 6.4.3 Communication et transfert personnalisé de l'information aux points de transition en contexte suicidaire

L'échange d'information entre les personnes concernées par l'intervention en contexte suicidaire doit être réalisé selon un fonctionnement préétabli entre les membres de l'équipe d'intervention et les proches de l'usager. Chacun doit posséder l'information nécessaire afin de soutenir l'usager et d'assurer sa sécurité.

- Les modalités de communication et d'échange d'information doivent être coordonnées par l'intervenant pivot, au même titre que les actions à mettre en place auprès de l'usager.
- En contexte suicidaire, l'information communiquée entre les différents intervenants de la DPJe concernant le niveau de dangerosité du passage à l'acte suicidaire doit être basée sur l'utilisation d'outils standardisés et reconnus par l'établissement (voir section 6.3.3).
- Le consentement de l'usager à risque ou de son responsable légal doit être obtenu pour procéder à l'échange d'informations (lorsque requis, voir section 8.1\_Divulgaration de renseignements confidentiels).

Un transfert personnalisé d'information est requis lors d'un point de transition interservices, interdirections et interorganisations, soit lors du transfert de dossier vers un nouveau service ou de l'ajout d'un nouveau service à la trajectoire de l'usager. Ces transferts doivent être réalisés selon la procédure [Transfert personnalisé de l'information aux points de transition interservices, interdirections et interorganisations, en contexte de services rendus à la clientèle jeunesse du CIUSSS de l'Estrie – CHUS](#). L'intervenant émetteur, l'intervenant récepteur de même que l'usager doivent participer à cet échange d'information.

Lorsque l'usager obtient un congé d'une installation du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et que le suivi est transféré vers un service externe, ou lorsqu'une équipe ne peut assumer le suivi étroit d'un usager et que cette responsabilité est transférée à un autre service, le transfert personnalisé doit être effectué avant l'amorce du nouveau suivi.

## 6.5 Actions à mettre en place selon la clientèle

Les interventions appropriées doivent être mises en place selon les besoins de la personne à risque, les résultats de l'estimation de la dangerosité, ainsi que le jugement clinique et la responsabilité professionnelle de l'intervenant.

Pour la clientèle prise en charge par la DPJe, différents milieux de vie peuvent être mis à contribution (ex. : famille d'accueil, centre de réadaptation). Les intervenants responsables des actions à poser doivent alors s'assurer que les outils d'interventions utilisés tiennent compte de chacun de ces milieux.

<sup>5</sup> C'est le cas notamment du protocole « Concerto » déployé en CRJDA pour les jeunes suivis en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, qui soutient la coordination des interventions, qui structure la communication entre les personnes touchées et qui s'assure du soutien clinique adapté au contexte suicidaire.

Les sections suivantes décrivent les services à mettre en place auprès de la personne à risque. L'intervenant pivot doit valider la pertinence de mettre en place chacune des interventions suivantes auprès de la personne à risque.

### 6.5.1 Réaliser ou réviser le plan d'intervention, le plan de soins ainsi que le plan de service individualisé de l'utilisateur

Lors de la prise en charge ou de l'admission d'un usager à risque suicidaire, le plan d'intervention ou de soins de ce dernier doit être réalisé ou révisé afin d'y inclure les objectifs et les moyens liés à la situation suicidaire. Il en est de même lorsque le risque suicidaire représente un changement significatif à la situation d'un usager qui reçoit déjà des services de la DPJe.

- Chaque intervenant qui travaille des objectifs liés au risque suicidaire de l'utilisateur doit réaliser ou mettre à jour les objectifs sous sa responsabilité dans le plan d'intervention ou de soins de l'utilisateur.
- Lorsque des intervenants de différents services ou directions œuvrent auprès de l'utilisateur, un plan de service individualisé (PSI) doit être réalisé dans les meilleurs délais afin de soutenir la coordination des actions à mettre en place. Il est possible de se référer au [Cadre de référence sur les plans d'intervention interdisciplinaires et les plans de services individualisés](#).
- Un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) peut également être mis en place en contexte suicidaire pour toute situation complexe nécessitant une concertation interdisciplinaire, lorsque des intervenants de titres d'emploi ou de secteurs différents de la DPJe contribuent au suivi de l'utilisateur.
- L'intervenant pivot est responsable d'organiser la rencontre de PSI ou de PII si nécessaire.
- Le plan d'intervention d'un usager réalisé dans le cadre d'un suivi en externe doit être transmis à l'équipe médicale en cas d'admission en centre hospitalier en contexte suicidaire. Chaque intervenant dont le plan d'intervention inclut des objectifs liés au risque suicidaire doit le faire parvenir au service du centre hospitalier qui prend l'utilisateur en charge. À l'inverse, au moment de sa sortie du centre hospitalier, le plan d'intervention doit être réalisé ou révisé afin de tenir compte du suivi et des recommandations médicales.

### 6.5.2 Faciliter l'accès vers les bons services

- Selon la conclusion de l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, l'intervenant chargé de cibler les services répondant aux besoins de l'utilisateur doit :
  - Cote **VERTE** : orienter l'utilisateur vers les bons services
  - Cote **JAUNE** : diriger personnellement l'utilisateur vers les bons services
  - Cote **ORANGE** : accompagner l'utilisateur vers les bons services
  - Cote **ROUGE** : assurer la sécurité immédiate de l'utilisateur

Les services vers lesquels l'accès doit être facilité pour l'utilisateur peuvent être à la fois des services internes au CIUSSS de l'Estrie – CHUS ou des services offerts par un partenaire de la communauté (ex. : organisme communautaire). Ces services peuvent viser directement la problématique suicidaire de l'utilisateur ou chercher à traiter une problématique connexe, permettant ainsi de réduire la détresse de la personne à risque.

Lors de références effectuées à l'interne au CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour la clientèle jeunesse, il est nécessaire d'utiliser le [Formulaire de référence interservices/](#)

[interdirections](#) disponible sur l'intranet, ou tout autre formulaire en vigueur dans le service concerné.

### ***Critères de référence de la personne à risque vers un centre hospitalier***

Avant de diriger une personne en détresse vers les services d'urgence d'un centre hospitalier, des interventions visant à diminuer le risque suicidaire doivent d'abord être tentées, lorsque la situation le permet.

Il est important de noter qu'un usager ne doit pas être dirigé en milieu hospitalier dans le seul but de réaliser l'estimation du risque de passage à l'acte suicidaire. Les services d'urgence en milieu hospitalier de même que les services de pédopsychiatrie ne doivent pas être considérés comme les premiers services vers lesquels se tourner afin de réaliser l'estimation de la dangerosité pour les usagers de la DPJe à risque suicidaire. La section 6.3 précise la façon dont l'estimation de la dangerosité doit être réalisée.

La référence d'une personne à risque suicidaire vers un centre hospitalier ne doit être réalisée que dans les situations suivantes :

- Le passage à l'acte a eu lieu ou est en cours et la personne nécessite des soins médicaux (voir section 6.7).
- La personne à risque présente une cote finale d'estimation **ROUGE**, les services psychosociaux et les interventions en place ne permettent pas de diminuer le risque de passage à l'acte.
- La personne en détresse semble à risque imminent de passer à l'acte et ne collabore aucunement à la mise en place d'interventions ou de services permettant de diminuer le risque suicidaire.

Lorsqu'une personne est admise en centre hospitalier ou se présente à l'urgence en raison d'un risque suicidaire ou d'une tentative de suicide, le personnel du centre hospitalier avisera les intervenants concernés au dossier de l'usager, selon les mécanismes de communication préétablis entre les différents partenaires. L'autorisation écrite de l'usager n'est pas requise si l'hôpital et le lieu d'exercice des intervenants concernés font partie du même établissement.

### **6.5.3 Plan de sécurité**

L'ANNEXE E présente le modèle de plan de sécurité à utiliser auprès de la clientèle de la DPJe.

#### **A. Critères de mise en place du plan de sécurité**

La mise en place du plan de sécurité est déterminée selon l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.

- Indices faibles de danger de passage à l'acte suicidaire (cote finale **JAUNE**) :
  - La pertinence de mettre en place un plan de sécurité doit être évaluée selon les besoins de l'usager. Par exemple, lors d'une situation laissant croire que le risque pourrait s'accroître éventuellement, il serait avisé de produire un plan de sécurité avec la personne, à titre préventif.
- Danger grave à court terme de passage à l'acte (cote finale **ORANGE**) :
  - Le plan de sécurité fait partie des outils à privilégier en contexte de danger grave à court terme de passage à l'acte (cote finale **ORANGE**) lorsque l'usager a la capacité de le réaliser. L'intervenant doit rechercher la collaboration et l'adhésion de l'usager à ce moyen d'intervention.

- Il est préférable de reporter la rédaction du plan de sécurité en cas de risque imminent de passage à l'acte ou d'une cote finale **ROUGE**, selon l'estimation de la dangerosité (voir section suivante).

## B. Élaboration du plan de sécurité

- L'intervenant chargé de l'intervention en contexte suicidaire rédige le plan de sécurité avec l'utilisateur.
- Le plan de sécurité doit être rédigé, dans la mesure du possible, lorsque la personne à risque se sent bien, qu'elle est calme et que ses idées suicidaires sont peu présentes ou absentes.
- Le plan de sécurité doit être discuté, validé et révisé en continu lors de chaque rencontre auprès de la personne à risque afin de s'assurer qu'elle y adhère toujours.
- La contribution du réseau social et familial est essentielle pour favoriser l'adhésion de la personne à risque à son plan de sécurité, d'autant plus que leur soutien pourrait être sollicité à différentes étapes de son plan. Cette démarche doit respecter le consentement de l'utilisateur. Les proches identifiés doivent connaître leur rôle et savoir à quel intervenant se référer en cas de besoin.
- Le plan de sécurité doit inclure des professionnels de la santé ou des services sociaux, de même que les dispositifs d'urgence à utiliser au besoin (ex. : numéros d'urgence à contacter comme le 911 ou le 1-866-APPELLE).

## C. Contenu du plan de sécurité

Le plan de sécurité contient la série d'étapes progressives que l'utilisateur doit suivre, jusqu'à ce qu'il soit en sécurité, lorsque les pensées suicidaires surviennent. Les informations utiles sont ainsi rassemblées dans un même document qui soutient la personne lorsque son raisonnement ou sa capacité de recherche de solutions sont affectés par la présence de pensées suicidaires.

L'intervenant mandaté à l'élaboration du plan de sécurité doit s'assurer d'inscrire les informations utiles à la personne vulnérable pour chacune des catégories suivantes :

- Signes avant-coureurs de détresse, d'idéations suicidaires ou de crise potentielle;
- Stratégies d'adaptation internes (ce que la personne peut faire pour se calmer et se changer les idées);
- Personnes et situations sociales qui aident la personne à se calmer et à se changer les idées;
- Personnes à qui l'utilisateur peut demander de l'aide, ainsi que leurs coordonnées;
- Professionnels et organismes avec qui l'utilisateur peut communiquer;
- Étapes pour rendre l'environnement sécuritaire;
- Énumération des raisons de vivre de l'utilisateur.

## D. Utilisation du plan de sécurité

Lorsque cela est pertinent dans le cadre du suivi, le plan de sécurité peut être intégré au plan d'intervention de l'utilisateur à risque.

Dans tous les cas, l'utilisateur et l'intervenant déterminent ensemble la façon dont le plan de sécurité doit être utilisé. Par exemple :

- Déterminer les moments où l'utilisateur doit l'utiliser;

- Déterminer les moments où il doit passer d'une étape à la suivante;
- Déterminer les moments où il doit volontairement sauter des étapes pour faire appel aux ressources spécialisées plus rapidement;
- Adapter le plan de sécurité aux différents milieux de vie de l'utilisateur, s'il y a lieu.

L'intervenant chargé d'élaborer le plan de sécurité avec l'utilisateur doit s'assurer que toutes les personnes inscrites dans celui-ci connaissent leur rôle et les actions requises. Il doit également s'assurer que ces personnes ont les capacités de jouer le rôle qui leur est assigné. Ceci inclut les membres d'une équipe traitante ayant en charge l'utilisateur en milieu institutionnel et les personnes qui n'auraient pas participé aux rencontres d'élaboration de ce plan (ex. : un membre d'une famille d'accueil ou un proche significatif qui ne fait pas partie de la famille immédiate). Le consentement de l'utilisateur afin de communiquer de l'information à une autre personne doit être obtenu. Toutefois, l'utilisateur à risque doit comprendre que si une personne figure au plan de sécurité, elle doit être au courant de son rôle et donc, être informée de la situation ou du moins, des éléments essentiels à sa compréhension.

### E. Filet de sécurité

Le filet de sécurité est mis en place conjointement avec le plan de sécurité, afin de structurer et de séquencer le rôle des personnes concernées par l'intervention.

Afin d'organiser le filet de sécurité autour de la personne à risque, l'intervenant sollicite la participation des personnes de l'entourage de l'utilisateur qui :

- Acceptent et sont en mesure d'assurer une surveillance ou de jouer un rôle en prévention du suicide auprès de ce dernier;
- Sont sensibles à la situation de l'utilisateur;
- Prennent au sérieux les idéations suicidaires de l'utilisateur.

Le rôle de chaque personne visée doit être clair et l'information doit être communiquée à toutes les personnes concernées n'ayant pas participé aux rencontres d'élaboration du plan et du filet de sécurité (ex. : un membre d'une famille d'accueil ou un proche significatif qui ne fait pas partie de la famille immédiate). Il faut néanmoins s'assurer de respecter le consentement de la personne à risque à communiquer l'information (voir section 8.1).

Le filet de sécurité doit être adapté aux différents milieux de vie de l'utilisateur, s'il y a lieu.

#### 6.5.4 Suivi étroit (chez la clientèle 14 ans et plus uniquement)

Il est essentiel de se référer au [Cadre de référence sur le suivi étroit](#) afin d'en appliquer les modalités adéquatement auprès de l'utilisateur à risque suicidaire. Le cadre de référence est disponible dans la section « Prévention du suicide » de l'intranet du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

##### A. Mise en place du suivi étroit

Le suivi étroit s'adresse à toute personne de 14 ans et plus qui :

- Présente une cote finale d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire **ORANGE** (danger grave à court terme).
- 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 afin de statuer sur la mise en place du suivi étroit dans ces situations.

Dans le cas d'une cote **ROUGE** (danger grave et imminent), les intervenants doivent assurer la sécurité de la personne en détresse. L'offre de suivi étroit est reportée à la suite de la stabilisation de la crise suicidaire.

La première rencontre pour amorcer le suivi étroit doit avoir lieu dans les 24 à 48 heures suivant l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.

La section 7 présente les informations relatives au consentement de la personne à risque lors de la mise en place de services liés à la prévention du suicide, notamment le suivi étroit.

## B. Intervenant responsable et personnes concernées

Le suivi étroit fait partie des actions qui doivent être coordonnées par l'intervenant pivot.

- Le suivi étroit doit être assuré par une personne ayant reçu la formation [Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus – susciter l'espoir et estimer le danger](#), en raison de la nécessité de réaliser l'estimation de la dangerosité lors des rencontres avec l'utilisateur, tout en incluant l'intervention et le travail sur son ambivalence.
- Bien qu'il soit préférable que le suivi étroit soit effectué en continu par un seul intervenant significatif pour l'utilisateur, il peut également être assumé en contexte de collaboration par plus d'un intervenant ou plus d'une instance (ex. : CIUSSS de l'Estrie – CHUS et CPS). Ce partage de responsabilités entre les intervenants et les organisations a pour but d'élargir le filet de sécurité. Dans de tels cas, un intervenant doit être nommé responsable de la coordination et de l'application du suivi étroit de même que de la communication des informations.
- L'intervenant attribué au suivi étroit doit demeurer le même tout au long du processus lorsque les actions sont réalisées conjointement par différents services ou organisations, sauf en cas de circonstances exceptionnelles (ex. : maladie, départ).

## C. Modalités d'intervention

Le cadre de référence sur le suivi étroit décrit en détail les modalités d'intervention à mettre en place pour l'utilisateur à risque.

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 du suivi étroit.

## D. Particularités en centre hospitalier

Lorsque la personne est dans un état stable après avoir été admise à l'hôpital à la suite d'une intervention en contexte de risque suicidaire, le service qui a réalisé l'intervention doit s'assurer des éléments suivants :

- Que l'intervenant pivot ou l'intervenant en externe de l'utilisateur soit avisé et mobilisé afin de coordonner les actions à mettre en place pour la sortie d'hébergement et le suivi en externe, dont la mise en place du suivi étroit. S'il est impossible de savoir si un intervenant est impliqué auprès de l'utilisateur, l'accueil psychosocial peut être contacté afin d'obtenir l'information.
- Que le suivi étroit soit amorcé par un intervenant du CIUSSS de l'Estrie – CHUS offrant des services en externe afin de faciliter une prise en charge sans délai et de favoriser la continuité de l'intervention. S'il est impossible de savoir si un service de suivi étroit est enclenché, l'équipe d'accueil psychosocial du RLS d'origine de l'utilisateur doit être contactée avant son départ de l'hôpital afin de valider l'information.

- S'il n'y a pas de suivi étroit enclenché, en faire la demande à l'équipe de l'accueil psychosocial du RLS ciblé qui fera parvenir la demande au service approprié en fonction des besoins de l'utilisateur.
- Qu'une rencontre de transfert personnalisée de l'information (section 6.4.3) avec le service récepteur ait été réalisée avant la sortie de l'hôpital de l'utilisateur à risque. Toutefois, si la sortie a lieu pendant des heures défavorables rendant l'intervenant du service récepteur indisponible, l'information essentielle doit alors être transmise à la personne de garde, s'il y a lieu.

La décision de donner le congé hospitalier à l'utilisateur doit être une décision concertée en interdisciplinarité. Toutefois, le médecin demeure imputable de la décision finale de donner ou non le congé à un usager.

Lors d'une cote **ROUGE**, l'intervenant doit tout de même s'assurer de rechercher l'adhésion et le consentement de l'utilisateur. S'il y a un danger grave et imminent requérant une intervention visant à assurer sa sécurité et que le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal n'est pas obtenu, il est possible d'appliquer une garde préventive en établissement (application de la loi P-38.001). Dans cette situation, le consentement n'est plus requis et les conditions découlant de la loi P38.001 devront être respectées afin de maintenir la légalité de la garde<sup>6</sup> (voir section 8.3).

## E. Particularités en CRJDA

Comme dans toute autre situation, le suivi étroit d'un jeune hébergé en CRJDA doit être assuré par une personne ayant reçu la formation [Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus – susciter l'espoir et estimer le danger](#).

L'intervenant chargé d'offrir le suivi étroit doit s'assurer que les modalités d'intervention sont connues et appliquées par tous les intervenants de l'équipe éducative (si nécessaire) et dans chacun des milieux fréquentés par le jeune (ex. : si des sorties sont prévues dans la famille naturelle du jeune ou dans sa famille d'accueil). Ainsi, un plan de sécurité doit être réalisé et remis à l'utilisateur et aux proches concernés de son milieu pour les sorties temporaires du jeune à risque et l'outil de planification d'un congé sécuritaire (Annexes D et E) doit avoir été dûment rempli.

Dans le cas où un jeune ne présente plus de besoins de réadaptation nécessitant un hébergement en CRJDA, mais que le suivi étroit doit se poursuivre en communauté, l'intervenant qui coordonne le suivi étroit doit s'assurer que le service soit poursuivi en externe dans le milieu de vie du jeune. Si cela n'est pas déjà planifié, il doit effectuer une référence à l'accueil psychosocial du RLS ciblé afin que le service soit transféré à un intervenant en mesure d'assurer ce mandat en externe. Dans le cas où le suivi est assuré par un nouvel intervenant en externe, il est important de prévoir un transfert personnalisé d'information; en collaboration avec l'utilisateur.

### 6.5.5 Plan d'action et autres interventions liées à la problématique suicidaire chez la clientèle de moins de 13 ans

Pour les enfants de 13 ans et moins, le suivi étroit ne s'applique pas. Il est plutôt remplacé par un ensemble d'interventions qui doivent être coordonnées, de la même manière que celles prévues pour les adolescents ou les adultes. Le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#) décrit les interventions générales et spécifiques à mettre en place, ainsi que leurs modalités d'application. Ce guide est

<sup>6</sup> Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001)

disponible dans la section « Prévention du suicide » de l'intranet du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Les informations ci-dessous sont tirées de ce guide et il est essentiel de s'y référer afin de planifier et de réaliser les interventions adaptées aux besoins des enfants à risque suicidaire.

## A. Interventions générales

L'intervenant pivot de l'usager doit s'assurer de la mise en place d'interventions de base pour l'enfant et sa famille. Il s'assure que chaque intervenant concerné est engagé dans la mise en place de ces interventions. Il doit également :

- Assurer la cohérence et la continuité des services entre les intervenants concernés.
- Veiller à ce qu'une collaboration étroite soit mise en place entre les partenaires concernés par l'état de l'enfant :
  - Famille/proches/milieu de vie;
  - Intervenants et partenaires de la communauté du réseau de la santé et des services sociaux;
  - Intervenants et enseignants du milieu d'enseignement scolaire.
- Mobiliser l'entourage et soutenir son pouvoir d'agir :
  - Reconnaître que l'entourage de l'enfant constitue un facteur déterminant de l'intervention en contexte suicidaire. L'enfant est en situation de grande dépendance par rapport à ses parents, il est donc essentiel de les mobiliser et de les soutenir tout au long de l'intervention.
  - Cibler tous les facteurs qui peuvent faire obstacle à la mobilisation et à la collaboration de l'entourage (ex. : langue parlée, limites fonctionnelles ou intellectuelles, problèmes de santé mentale). Savoir composer avec ces éléments est un incontournable pour offrir à l'enfant le soutien dont il a besoin.
- Utiliser des stratégies de communication adaptées à l'enfant et à son entourage :
  - Reconnaître que l'enfant vit une situation très éprouvante par rapport à laquelle il peut se sentir particulièrement démuni ou intimidé de prendre la parole. Il est essentiel de lui offrir des moyens de communication et d'utiliser un vocabulaire qui tient compte de son état, de ses capacités cognitives, affectives et sociales et de tous les éléments qui peuvent influencer son mode de communication. Il est par exemple recommandé :
    - D'utiliser un vocabulaire simple, sans ambiguïté et accessible à tous;
    - De proposer différentes stratégies adaptées à l'âge et aux préférences de l'enfant pour l'amener à raconter sa souffrance;
    - De respecter le rythme de l'enfant;
    - De vérifier régulièrement la compréhension de l'intervenant et celle de l'enfant sur les propos échangés;
    - De chercher à avoir accès à la perception et aux ressentis de l'enfant;
    - De soutenir l'entourage dans ses communications avec l'enfant.

## B. Intervention spécifique : convenir et effectuer le suivi d'un plan d'action en collaboration avec l'entourage de l'enfant

Le plan d'action est une intervention spécifique, adaptée aux enfants et qui s'inspire d'autres types d'interventions telles que le plan de sécurité et le filet de sécurité. L'intervenant pivot ou l'intervenant qu'il désigne est chargé d'élaborer le plan d'action avec l'enfant et son entourage. Certaines tâches du plan d'action peuvent être confiées

à d'autres intervenants qui prennent part au suivi de l'enfant, selon leur champ d'expertise.

La démarche d'élaboration et de suivi du plan d'action est décrite en détail à la section 4 du [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#) et doit comporter les étapes décrites ci-dessous.

- L'intervenant en contexte suicidaire doit convenir d'un plan d'action avec l'entourage de l'enfant. Pour ce faire, il doit :
  - Déterminer avec l'enfant et son entourage des mesures concrètes pour apaiser la souffrance, susciter l'espoir et consolider les forces de l'enfant.
  - Déterminer avec l'enfant et son entourage des mesures concrètes pour assurer la sécurité de l'enfant pour les heures et jours à venir, selon les enjeux de sécurité relevés lors de l'analyse du risque.
  - Convenir des mesures concrètes, selon la nature des moments critiques anticipés, et en suggérer au besoin.
  - Prévoir des mesures concrètes pour outiller et soutenir l'entourage, selon ses besoins et ses capacités;
  - S'assurer que le plan d'action est accessible et simple à comprendre pour l'enfant et son entourage.
  - Susciter l'adhésion de l'enfant et de son entourage au plan d'action ainsi que leur engagement à sa mise en œuvre.
  - Convenir des prochaines étapes avec l'enfant et son entourage.
  - Faciliter l'implication de différents partenaires pouvant contribuer à accompagner l'enfant et son entourage.
  - Clore la rencontre en explorant les impressions et l'appréciation de l'enfant et de son entourage.
- L'intervenant doit effectuer le suivi du plan d'action en respectant les étapes suivantes :
  - Analyser, en collaboration avec l'enfant et l'entourage, l'évolution du risque suicidaire.
  - Ajuster le plan d'action avec l'enfant et son entourage selon les besoins et l'évolution du risque suicidaire.
  - Aider l'enfant et son entourage à reconnaître les succès et les changements qui contribuent au mieux-être de l'enfant.
  - Mettre en place le plan d'intervention et assurer son suivi selon les modalités de son milieu de pratique.
  - Soutenir la motivation de l'enfant et de son entourage à mettre en œuvre les moyens trouvés.
  - Favoriser l'arrimage et la continuité des services.

### 6.5.6 Intervention auprès de la clientèle DI-TSA à risque suicidaire

Lorsque l'utilisateur desservi à la DPJe en contexte suicidaire présente un diagnostic de DI ou de TSA, ou qu'une investigation est en cours afin de déterminer la présence d'une DI ou d'un TSA, l'intervenant de la DPJe peut, selon les besoins de l'utilisateur, demander qu'un intervenant de la DSAD-SSG-DTSA s'ajoute comme collaborateur en soutien à l'intervention.

Pour ce faire, l'intervenant DPJe doit valider le besoin de collaboration auprès de son responsable au soutien clinique. Ce dernier pourra alors contacter le chef des services spécifiques de la DSAD-SSG-DTSA pour le RLS concerné et ensemble, ils identifieront la nature du soutien à offrir. Selon les besoins de l'utilisateur, un intervenant DSAD-SSG-DTSA pourra alors être désigné afin de collaborer avec l'intervenant de la DPJe.

### 6.5.7 Soutien aux parents et aux proches

Lors de la mise en place d'interventions en contexte suicidaire, une attention particulière doit être portée au soutien à offrir aux parents et aux proches de l'utilisateur à risque.

Des consultations réalisées auprès d'utilisateurs de la DPJe ont permis de mettre en lumière certaines difficultés vécues par les parents et les proches de jeunes à risque suicidaire, entre autres :

- Le sentiment de manque de connaissances ou d'impuissance face aux problématiques suicidaires chez leurs enfants;
- Le désir des parents et des proches de prendre part au processus d'intervention;
- Le besoin des parents et des proches d'être soutenus et validés dans leur rôle auprès de la personne à risque.

Selon les recommandations des utilisateurs consultés, les intervenants de la DPJe sont appelés à explorer différentes pistes de solutions afin de permettre aux parents et aux proches d'augmenter leur pouvoir d'agir et leur sentiment d'auto-efficacité par rapport à la personne à risque, telles que :

- Établir une séquence d'intervention graduée pour le parent, incluant les actions à poser de même que les personnes, services ou numéros d'urgence à contacter en cas de besoin.
- Enseigner aux parents des techniques d'intervention visant la communication, la gestion émotionnelle, la résolution de problèmes, etc.
- Soutenir le parent dans sa compréhension de la situation et le décodage des besoins de la personne à risque.
- Diriger le parent vers les bons services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ou des partenaires de la communauté, tels que le 1-866- APPELLE.

Toutefois, avant d'informer ou de soutenir le parent ou un proche en contexte suicidaire, le consentement de l'utilisateur doit être obtenu si ce dernier est âgé de 14 et plus (voir section 8.1). Si tel n'est pas le cas et que le parent exprime le besoin d'être soutenu face à la détresse perçue de son enfant, l'intervenant peut malgré tout explorer d'autres pistes de solutions afin de le soutenir; sans toutefois mentionner la problématique suicidaire. L'utilisateur peut être amené à préciser la nature des renseignements qu'il souhaite ou ne souhaite pas communiquer à ses proches. L'intervenant peut également chercher à lui faire prendre conscience des avantages possibles à inclure ses proches, selon la situation.

## 6.6 Fin des interventions en contexte suicidaire

### 6.6.1 Fin du suivi étroit chez les 14 ans et plus

La décision de mettre fin au suivi étroit doit :

- Être discutée avec l'utilisateur (et ses proches au besoin), dans le cadre des rencontres de suivi étroit.
- Être prise de manière concertée par l'intervenant chargé d'assurer le suivi étroit, l'intervenant pivot, l'utilisateur et les autres intervenants concernés par la problématique suicidaire de ce dernier.
- Être validée auprès du responsable au soutien clinique de l'intervenant pivot ou de l'intervenant chargé d'assurer le suivi étroit.
- Être prise en fonction des critères et des modalités énumérés ci-dessous. Il faut se référer au [Cadre de référence sur le suivi étroit](#) afin d'appliquer les modalités de fin de service adéquatement :

- L'utilisateur ne présente plus d'idées suicidaires ou présente une cote finale de dangerosité faible (JAUNE) ou nulle (VERTE) lors de trois (3) rencontres consécutives. Ces rencontres ont eu lieu sur une période minimale de trois (3) semaines.
- La personne se sent prête à cesser le suivi étroit.
- Un plan de sécurité clair est établi avec la personne et celle-ci y adhère.
- Aucun moment critique n'est anticipé à court ou moyen terme.
- Une grille d'estimation complète est remplie pour confirmer la fin du suivi étroit et pour orienter les interventions de suivi (pour usager de 14 ans et plus).
- Les enjeux associés à l'épisode suicidaire (situations, émotions, cognitions, interactions sociales) sont résorbés. Toutefois, ce critère peut parfois être perçu comme difficilement réalisable pour certains usagers de la DPJe, en fonction de leur situation. Il peut alors être pertinent d'accompagner ces usagers vers la mise en place de moyens permettant une gestion adéquate des facteurs de risque, sans pour autant viser qu'ils soient entièrement résorbés (ex. : plan de sécurité).

Lors de la fermeture du suivi étroit, l'intervenant pivot ou en charge du suivi étroit doit s'assurer que :

- Les autres professionnels de la santé en contact avec l'utilisateur sont informés de la fin du suivi étroit (ex. : médecin traitant, psychiatre). L'autorisation de l'utilisateur n'est pas requise pour la transmission de ces informations lorsque les professionnels font partie du même établissement que l'intervenant.
- Un autre type de suivi adapté à la situation de l'utilisateur est prévu, si pertinent et souhaité par l'utilisateur (ex. : suivi dépendance, santé mentale). Ce suivi débutera dans un délai cohérent avec le niveau de priorité clinique établi.
- Dans la mesure du possible, le dossier de la personne soit maintenu actif durant une certaine période lorsqu'aucun autre suivi n'est offert. Cette période de fidélisation est recommandée afin de faciliter la reprise du suivi étroit advenant le cas où la situation de l'utilisateur le requerrait. La durée de la période de fidélisation doit être établie selon les besoins de la personne à risque, en considération des moments critiques à venir, de même que des services et des personnes disponibles autour d'elle.
- Des indications ont été transmises à l'utilisateur par le plan de sécurité afin d'indiquer les étapes à réaliser et les personnes à contacter en cas de besoin. Les mêmes informations doivent être transmises à son parent ou à son représentant légal si requis.

### **6.6.2 Fin des interventions liées à la problématique suicidaire pour la clientèle de moins de 13 ans**

L'intervenant pivot de l'utilisateur peut envisager de mettre fin aux interventions liées à la problématique suicidaire lorsque :

- L'enfant ne présente plus d'idées suicidaires ou de manifestations associées au suicide depuis quelques semaines.
- Les enjeux associés à l'épisode suicidaire (situation, émotions, cognitions, interactions sociales) sont résorbés.
- L'enfant utilise les stratégies d'adaptation identifiées lorsqu'il vit des situations difficiles.

- L'entourage démontre sa capacité à accompagner l'enfant face aux difficultés vécues et à assurer son intégrité physique et son bien-être psychologique.
- Les adultes significatifs qui gravitent autour de l'enfant, et plus particulièrement les parents ou les proches et le milieu scolaire, sont invités à maintenir une certaine vigilance par rapport au risque suicidaire.
- L'enfant ainsi que son parent ou son représentant légal savent ce qu'ils doivent faire et connaissent les personnes à interpeler en cas de besoin.
- Le dossier de l'enfant est maintenu actif durant une certaine période lorsqu'aucun autre suivi n'est offert. Cette période de fidélisation est recommandée afin de faciliter la reprise du suivi advenant le cas où la situation de l'enfant le requerrait. La durée de la période de fidélisation doit être établie selon les besoins de la personne à risque, en considération des moments critiques à venir ainsi que des services et des personnes disponibles autour d'elle.

### 6.6.3 Fin des interventions en contexte suicidaire pour la clientèle DI-TSA

L'intervention en contexte suicidaire auprès d'un usager présentant un diagnostic de déficience intellectuelle ou de trouble du spectre de l'autisme étant réalisée de manière conjointe entre un intervenant de la DPJe et un intervenant de la DSAD-SSG-DTSA, chacun d'eux, de façon concertée, doit valider les critères permettant de statuer sur le faible risque de passage à l'acte et ainsi mettre fin à l'intervention.

Si un autre type de suivi adapté à la situation et à la santé de l'usager est indiqué dans le contexte, ce suivi débutera dans un délai cohérent avec le niveau de priorité clinique établi et avec le consentement de l'usager.

## 6.7 Lorsque survient une tentative de suicide ou le suicide d'un usager

Cette section aborde les actions à poser lorsque la personne en détresse est passée à l'acte et que le geste suicidaire a été posé.

L'intervenant présent lors de la situation doit assurer sa propre sécurité immédiate, celle des proches, puis celle de la personne en détresse.

### 6.7.1 Particularités en mission hospitalière

Lorsque la tentative ou le suicide d'un usager survient dans une institution en mission hospitalière, l'intervenant qui constate les faits doit :

- Annoncer un code « **BLANC** » si le passage à l'acte est sur le point de survenir et que la personne présente un risque imminent pour sa sécurité;
- Annoncer un code « **BLEU** » afin d'aviser le personnel médical approprié (équipe de réanimation) et de demander leur soutien si la personne en détresse est inconsciente ou si l'intervenant évalue qu'il pourrait y avoir un besoin de procéder à sa réanimation.
- Amorcer les manœuvres de réanimation et les soins d'urgence en attendant l'équipe du code « **BLEU** ».
- Contacter le médecin de garde de l'unité par sa pagette afin de l'informer de la situation.
- Rester au chevet de la personne en détresse, maintenir une surveillance visuelle constante et assurer la surveillance des signes vitaux et de l'état général (physique et mental) en attendant l'arrivée du médecin.

### 6.7.2 Particularités en CRJDA

Si le passage à l'acte est sur le point de survenir et que la personne à risque représente un risque imminent pour sa sécurité, annoncer un code « **1** » en appuyant sur le bouton *PANIQUE* (bouton orangé) sur les émetteurs portatifs (*walkie-talkie*) en indiquant clairement votre position exacte et celle de l'utilisateur à risque (nom de l'unité, nom du local) de même que la nature de la situation.

Lorsque la tentative ou le suicide d'un usager survient en CRJDA, l'intervenant qui constate les faits doit :

- Annoncer un code « **BLEU** » à l'aide du bouton d'urgence sur les émetteurs portatifs (*walkie-talkie*) afin de demander le soutien immédiat des agents d'intervention et de l'infirmière du service de santé.
- Composer le 911 et demander les services d'urgences.

Les intervenants spécialisés en pacification et en sécurité (ISPS) et l'infirmière du service de santé sont responsables de donner les premiers soins à l'utilisateur.

Les éducateurs en présence doivent soutenir l'intervention à l'utilisateur en détresse, selon les directives données par l'infirmière ou les ISPS, de même que s'assurer que le reste du groupe d'utilisateurs est à l'écart et en sécurité.

Lors des heures favorables, les intervenants en présence doivent aviser le chef de service de l'unité ou la personne qu'il désigne. Lors des heures défavorables, ils doivent aviser le cadre de garde en fonction.

### 6.7.3 Offrir les soins d'urgence et faciliter l'accès aux services pertinents

#### A. Pour l'utilisateur en détresse

L'intervenant en présence de l'utilisateur en détresse au moment de la tentative de suicide doit :

- Contacter immédiatement les services d'urgence (911) si :
  - La personne est blessée sérieusement ou le geste suicidaire représente un risque sérieux pour sa santé;
  - La personne ne collabore pas ou est inapte à collaborer.

Selon la situation, un proche peut être mandaté pour accompagner la personne vulnérable vers les services hospitaliers. Toutefois, l'intervenant doit s'assurer que :

- L'accompagnement peut être réalisé de manière sécuritaire, tant pour la personne vulnérable que pour l'accompagnateur;
- L'accompagnateur est un proche de confiance;
- L'accompagnateur est en contrôle de ses émotions et qu'il est disposé à réaliser l'accompagnement.

L'intervenant peut se rendre par ses propres moyens à l'hôpital pour y rejoindre la personne en détresse ou encore l'accompagner en ambulance si la situation le permet.

Un intervenant ne doit pas effectuer par lui-même l'accompagnement ou le transport de la personne à risque vers l'hôpital.

Toute situation dans laquelle l'intervenant est incertain des décisions à prendre devrait faire l'objet d'un appel au 911.

**B. Pour les proches de la personne en détresse**

Selon leurs besoins, les proches de la personne en détresse doivent être dirigés vers :

- Des services de soutien psychologique et psychosocial adaptés à leurs besoins;
- Des services d'intervention en contexte suicidaire (ex. : 1 866-APPELLE, Centre de prévention du suicide).

**C. Pour les intervenants concernés ou qui peuvent en subir les impacts**

En l'absence d'une équipe de postvention dédiée, la DPJe prévoit que le coordonnateur et le gestionnaire du service concerné portent les actions de soutien à mettre en place auprès des intervenants touchés par une situation suicidaire :

- Le chef de service de l'intervenant, ou le chef de garde au moment des faits, doit contacter le ou les intervenants concernés afin de les informer des services qui s'offrent à eux.
- Dans les cas où l'usager qui a commis une tentative de suicide est hébergé dans une installation du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, l'intervenant ou son chef de service doit suivre le processus d'alerte et coordination organisationnelle ([Intranet > Boîte à outils > Mesures d'urgence](#)). Ce processus du service des mesures d'urgence et de la sécurité civile permettra de cibler le soutien à offrir aux intervenants qui auraient subi les impacts de ce geste.

Ces actions liées à la postvention auprès des intervenants peuvent être soutenues par les pairs aidants en premiers soins psychologiques ou avec la collaboration de partenaires externes tels que les Centres de prévention du suicide (CPS) :

- Par la ligne partenaire de JEVI au 819 564-5475
- Par le CPS de la Haute-Yamaska Brome-Missisquoi en communiquant au 450 375-4252 durant les heures ouvrables.

**6.7.4 Informer les personnes concernées**

L'intervenant en présence de la personne vulnérable au moment de la tentative de suicide doit :

- Divulguer l'information aux parents et aux proches selon les règlements et la procédure sur la divulgation de l'information en vigueur dans l'établissement (section 8.1).
- Informer rapidement l'intervenant pivot de la personne en détresse ou l'intervenant responsable au dossier. L'intervenant peut mandater son responsable au soutien clinique ou un membre de son équipe pour faire cette démarche en cas de besoin.
  - L'intervenant pivot doit être informé et mobilisé rapidement. En cas d'absence ou d'indisponibilité immédiate, la personne de garde de ce service doit être informée.
  - Si la personne en détresse n'a pas de suivi actif au CIUSSS de l'Estrie – CHUS et qu'aucun intervenant pivot ou responsable du dossier n'est assigné, le service qui prend en charge la personne vulnérable à la suite de la tentative (ex. : unité de soins en mission hospitalière) devra effectuer une référence vers le service approprié.

**6.7.5 Enclencher les démarches requises par l'établissement**

Dans les cas de suicide ou de tentative de suicide d'un usager dans l'une des installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, l'intervenant présent au moment de la tentative, ou son gestionnaire, enclenche le processus d'alerte et coordination organisationnelles ([Intranet > Boîte à outils > Mesures d'urgence](#)).

L'intervenant présent au moment de la tentative doit également remplir un [rapport de déclaration d'incident-accident \(AH-223\)](#) afin d'enclencher le processus de prise en charge des événements avec conséquences majeures.

- Le gestionnaire de l'intervenant qui a rempli le formulaire avise le conseiller-cadre Gestion de risques de la Direction adjointe qualité et sécurité des soins et services (DAQSSS), car l'événement sera traité en événement sentinelle.

L'intervenant présent lors de la tentative, son responsable au soutien clinique, son gestionnaire ou le gestionnaire de garde doit valider la pertinence d'effectuer un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (voir section 8.2).

- Le fait de communiquer avec les services d'urgence ne décharge pas de la responsabilité de faire un signalement à la DPJ.

Si l'utilisateur est hébergé en CRJDA, le gestionnaire de garde doit aviser son homologue de garde à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

## 7. Consentement aux services et aux soins en contexte suicidaire

### 7.1 Application des lois et règlements

Les lois et règlements concernant le consentement aux soins de santé et aux services s'appliquent en cas de risque suicidaire, ce qui signifie que, selon le cas, les usagers de 14 et plus, de même que le parent ou le responsable légal chez les 13 ans et moins, doivent consentir à la mise en place des interventions liées à la problématique suicidaire (Code civil du Québec, RLRQ, c. C-64, art. 14).

Si le consentement n'est pas obtenu, seuls les soins urgents peuvent être prodigués (Code civil du Québec, RLRQ, c. C-64, art. 13 et 33).

Si le jeune est pris en charge sous la Loi de la protection de la jeunesse, il faut se référer à la section 8.2.

### 7.2 Refus d'intervention en contexte suicidaire

Si l'usager refuse l'intervention, l'intervenant concerné prendra en charge la situation en mettant en œuvre diverses stratégies qui viseront sa mobilisation. Les différents services disponibles selon la situation devront être présentés à l'usager afin de valider son adhésion à l'un de ceux-ci. Advenant la non-adhésion du jeune, du parent ou du responsable légal, l'intervenant ou son équipe devra envisager l'application de mesures légales (ex. : mesure de protection immédiate, signalement à la Protection de la jeunesse) afin d'assurer la sécurité de l'usager.

Lors d'une cote **ROUGE** ou 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 du jeune est la priorité. Des mesures de protection immédiate peuvent être prises sans le consentement des parents afin d'assurer la sécurité du jeune. En cas d'urgence durant la période où des mesures de protection immédiate sont appliquées, des soins et services médicaux peuvent être prodigués sans le consentement des parents (Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P-34.1, art. 46 et 48).

#### 7.2.1 Refus du suivi étroit

La personne mineure peut refuser un suivi étroit. Dans ce cas, l'intervenant ou son équipe prendra en charge la situation, tout en faisant participer les parents ou leur substitut et en mettant en œuvre diverses stratégies qui viseront la mobilisation du jeune. Advenant la non-adhésion du jeune, du parent ou de son substitut, l'intervenant ou son équipe devra envisager l'application de mesures légales (ex. : mesures de protection immédiate, signalement). 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 au substitut.

La personne qui refuse l'offre de suivi étroit doit recevoir une relance téléphonique dans les 72 heures de la part d'un intervenant du service du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ayant géré la crise suicidaire. La personne peut refuser le suivi étroit, mais consentir à une autre offre de services qui pourrait répondre à ses besoins. Des informations sur les services d'aide et les coordonnées des personnes à contacter en cas de besoin doivent être transmises à la personne à risque (1-866-APPELLE, 811, JEVI 819-564-1354, CPS-HY 450 375-4252 ou le 911).

Les personnes de 18 ans et plus doivent être volontaires au suivi étroit. Leur consentement libre et éclairé, verbal ou écrit, est donc requis.

### **7.3 Consentement en situation d'inaptitude**

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 associée au consentement. L'intervenant doit rechercher la personne qui peut donner le consentement substitué (ex. : tuteur, curateur, parents).

### **7.4 Réévaluation de l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire**

Il est à noter que, lorsqu'un usager refuse les services, l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire pourrait nécessiter une réévaluation, car certains critères pourraient être ajustés en fonction de la situation, tels que l'ouverture à recevoir de l'aide. Face à un refus de services, l'intervenant responsable de l'estimation doit évaluer si l'usager est malgré tout en mesure de se contrôler, de retrouver l'espoir, de poser des actions pour prendre soin d'elle (ex. : prendre sa médication) ou de contacter une personne-ressource en cas de besoin. Ces indications pourraient avoir un impact sur la cote finale de l'estimation de même que sur les actions à poser.

## 8. Contextes légaux particuliers en contexte suicidaire

### 8.1 Divulgence de renseignements confidentiels

Lorsqu'un enfant a moins de 14 ans, les parents ou les responsables légaux doivent autoriser la divulgation de renseignements. Ces derniers peuvent également avoir accès aux informations concernant leur enfant. Lorsqu'un enfant a 14 et plus, il doit donner son consentement afin que l'information le concernant soit divulguée. Certaines conditions exceptionnelles s'appliquent néanmoins en situation de risque suicidaire.

En cas de danger, un professionnel peut dévoiler une information qui serait normalement protégée par le secret professionnel afin de prévenir un acte de violence (dont un suicide).

- Le professionnel doit croire qu'il y a un risque sérieux et urgent de mort ou de blessures graves pour une personne ou un groupe de personnes identifiables. Dans ce cas, le professionnel peut dévoiler l'information nécessaire pour la prévention de l'acte aux personnes concernées, à leurs représentants ou à ceux qui pourraient porter secours aux personnes en danger (par exemple, à la police).
- Afin de permettre aux parents d'assumer leur devoir de surveillance, il importe de les aviser de la présence d'un danger imminent de mort (dont le suicide) ou de blessures graves pouvant menacer la sécurité de leur jeune, que celui-ci ait plus de 14 ans ou non (art. 72.8 de la LPJ).
- Tout professionnel qui s'occupe d'un enfant ou d'un adolescent **doit faire un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse s'il croit que le développement ou la sécurité de l'enfant est menacé**. Dans ce cas, l'intérêt de l'enfant est plus important que le secret professionnel.

Dans le cas d'un usager qui refuse de donner son consentement à communiquer l'information en lien avec le risque suicidaire à ses proches, l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire pourrait nécessiter une réévaluation, car certains critères pourraient être ajustés en fonction de la situation, tels que l'ouverture à recevoir de l'aide.

#### 8.1.1 Divulgence de renseignements confidentiels en contexte de protection de la jeunesse

En contexte de protection de la jeunesse, les articles 72.5 à 72.6 de la LPJ précisent que les renseignements recueillis dans le cadre de l'application de la LPJ sont confidentiels et ne peuvent être divulgués qu'avec l'autorisation du tribunal, ou encore :

- D'un des parents, si le renseignement concerne leur enfant âgé de moins de 14 ans;
- De l'adolescent de 14 ans et plus si le renseignement le concerne;
- Du parent si le renseignement le concerne.

Toutefois, si la divulgation vise à prévenir un acte de violence, dont un suicide, et qu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiables et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence, les renseignements peuvent être communiqués aux personnes exposées par ce danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours.

### 8.2 Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

Chaque intervenant doit valider la nécessité d'effectuer un signalement à la protection de la jeunesse lors de toute intervention liée à un risque suicidaire chez un jeune de moins de 18 ans ou chez une personne qui en a la charge. Pour ce faire, lorsqu'un intervenant se trouve en présence d'un jeune pour qui le repérage ou l'estimation de la dangerosité indique un risque suicidaire, il peut contacter le service d'info-consultation de la Direction de la protection de la jeunesse au 1-800-463-1029, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Si un jeune de moins de 18 ans pris en charge sous la Loi sur la protection de la jeunesse est considéré comme en danger et que ses parents ne sont pas en mesure d'assurer sa sécurité,

l'article 46 peut être appliqué, même si le jeune est âgé de 14 ans et plus et qu'il s'oppose à la mesure. L'article permet, pour une période maximale de 48 heures :

- De retirer le jeune du milieu où il se trouve;
- De le confier sans délai à un milieu substitut;
- De restreindre les contacts parent-enfant;
- D'interdire les contacts entre l'enfant et toute autre personne;
- D'appliquer toute autre mesure.

Lorsqu'un intervenant de la DPJe est autorisé à appliquer un article 33 de la LPJ auprès d'un jeune auquel il offre des services, ses responsabilités en matière de prévention du suicide sont les mêmes que celles décrites dans cette procédure. Il faut se référer au document intitulé « *Document de référence pour le projet pilote : Autorisation en vertu de l'article 33 de la DPJ dans différentes directions* » afin de connaître les responsabilités de l'intervenant de la DPJe autorisé à appliquer l'article 33 de la LPJ.

Il est toutefois important de mentionner que, dans les cas plus complexes où la situation suicidaire amènerait un besoin de judiciarisation du dossier ou encore d'application de l'une des mesures légales mentionnées ci-dessus, l'autorisation d'appliquer l'article 33 devrait se faire en collaboration avec un intervenant de la Direction de la protection de la jeunesse. L'intervenant de la DPJe concerné doit alors informer son chef de service de la situation afin d'être jumelé avec un intervenant de la DPJ pour l'intervention.

### **8.3 Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P38)**

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui est une mesure exceptionnelle qui permet de passer outre le consentement de la personne à risque pour assurer sa sécurité, seulement lorsqu'il n'existe aucune autre intervention possible.

Seuls les intervenants rattachés à un service d'aide en situation de crise ont l'autorisation d'appliquer cette loi. Pour ce faire, ils peuvent demander le soutien des policiers. La personne en danger grave pourra ainsi être conduite dans un centre hospitalier où un médecin pourra conclure ou non à la nécessité de procéder à une garde préventive d'un maximum de 72 heures en vue d'assurer sa sécurité dans l'immédiat.

En Estrie, les intervenants rattachés aux services suivants ont l'autorisation d'appliquer cette loi :

- Info-Social
- Urgence détresse
- Les accueils psychosociaux
- L'équipe mobile d'intervention psychosociale
- Les Centres de prévention du suicide

Ainsi, si un intervenant de la DPJe croit que la loi doit être appliquée auprès d'une personne à risque suicidaire auprès de laquelle il se trouve, il doit contacter l'un de ses services afin d'obtenir le soutien d'un intervenant autorisé.

## 9. Déclaration des événements suicidaires et traitement en événement sentinelle

La déclaration d'un suicide ou d'une tentative de suicide au formulaire AH-223-1 doit être faite :

- Lorsque l'événement survient alors que l'utilisateur est en contexte de prestation de soins ou de services;
- Lorsque l'événement survient une fois le congé donné d'une hospitalisation (délai 30 jours);
- Lors d'un congé temporaire;
- Lorsque la prestation de soins ou de services est interrompue.

Tous les suicides et tentatives de suicide déclarés selon les spécifications nommées ci-dessus sont traités en événement sentinelle selon la procédure établie pour la gestion des événements sentinelles.

En cas de doute quant à la nécessité de déclarer un tel événement par le formulaire AH-223-1, il faut consulter la gestion des risques du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Les directions cliniques se réfèrent à la procédure [Gestion des événements sentinelles](#) ainsi qu'à la procédure [Déclaration et analyse des événements survenus lors de la prestation de soins et de services aux usagers](#).

## 10. Soutien clinique aux intervenants en contexte suicidaire

En contexte suicidaire, il est essentiel que les intervenants puissent être soutenus lorsqu'ils en ont besoin, et ce, lors de toute opération professionnelle réalisée auprès de la personne vulnérable au suicide.

### 10.1 Identifier le responsable du soutien clinique

Chaque service doit identifier le responsable du soutien clinique (SAC, PEASC, etc.) qui doit être interpellé par les intervenants appelés à agir en contexte suicidaire. Ce responsable au soutien clinique doit être formé à l'intervention en contexte suicidaire, et ce, pour les différents groupes d'âge ou problématiques des usagers pris en charge par le service dont il est responsable. De plus, les compétences de cette personne doivent être à jour quant aux différentes étapes de la prévention du suicide décrites dans cette procédure afin d'être en mesure d'offrir du soutien sur-le-champ aux intervenants.

Il est possible que certains services ne soient pas en mesure de cibler un responsable du soutien clinique répondant à ces conditions à même leur équipe. Dans de tels cas, une entente de collaboration avec un service partenaire doit être réalisée, de manière à ce qu'un responsable du soutien clinique soit nommé comme répondant pour l'équipe qui n'en a pas à même son personnel. Ainsi, les intervenants de ce service pourront interpeler le responsable du soutien clinique ciblé par cette collaboration afin d'obtenir le soutien clinique nécessaire.

Chaque service doit s'assurer que le responsable au soutien clinique identifié est connu des intervenants et facilement joignable en cas de besoin.

Chaque service doit s'assurer qu'un responsable au soutien clinique est disponible durant les heures favorables et défavorables (si nécessaire), soit à même leur service ou grâce à un partenariat avec un autre service.

### 10.2 Offrir du soutien clinique aux intervenants en contexte suicidaire

Toute intervention ou action planifiée ou posée par un intervenant en contexte suicidaire, peu importe l'étape en cours de la présente procédure, doit pouvoir être validée auprès d'un responsable du soutien clinique répondant pour le service de l'intervenant (ex. : SAC, PEASC).

Le soutien clinique offert doit être modulé en fonction de la complexité de la situation suicidaire ainsi que des besoins de l'intervenant. Par exemple, un intervenant peu expérimenté en contexte suicidaire doit se voir offrir du soutien clinique plus soutenu, structuré et fréquent. Tant l'intervenant que le responsable au soutien clinique sont chargés de déterminer la nature et la fréquence du soutien clinique qui doit être offert.

Il en est de même pour les intervenants ne faisant pas partie d'un ordre professionnel encadrant leur pratique; du soutien clinique doit leur être offert systématiquement en contexte suicidaire et la fréquence et la nature du soutien doivent être ajustées en fonction de leurs besoins.

Il est également important de noter que le soutien clinique est essentiel afin de s'assurer qu'un intervenant ne demeure pas seul face à une situation suicidaire.

## 11. Évaluation et amélioration

La prévention du suicide doit faire l'objet d'un processus d'évaluation de manière à s'assurer d'une application rigoureuse et continue de la présente procédure, de même que de la mise en place d'un processus d'amélioration structuré. Ainsi, tous les chefs de service de la DPJe dont les intervenants posent des actions en prévention du suicide sont tenus de réaliser des audits annuels visant à évaluer la conformité des pratiques, à identifier les axes d'amélioration et à garantir un suivi efficace des actions mises en place.

Les chefs de service sont responsables de l'intégration de l'audit sur la prévention du suicide dans le cycle et le calendrier des audits annuels de leurs secteurs. Ils peuvent déléguer partiellement ou en totalité cette activité à un membre qualifié de leur équipe, mais ils demeurent responsables de l'analyse des résultats et de la mise en œuvre des actions d'amélioration requises.

Une grille d'audit est disponible sur l'intranet dans la section « [Prévention du suicide/démarche qualité](#) ». Les directives quant la complétion et l'analyse de l'outil sont incluses à même le document.

## 12. Rôles et responsabilités

### 12.1 Comité d'amélioration continue – Suicide du CIUSSSE de l'Estrie – CHUS (CAC – Suicide)

- Recevoir les procédures des directions cliniques du CIUSSSE de l'Estrie – CHUS et en valider la conformité.
- Suivre les indicateurs ciblés et en faire l'analyse, notamment en lien avec les audits.

### 12.2 Direction du programme jeunesse du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

- Connaître le 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.](#)
- Assurer l'élaboration et la diffusion de la présente procédure auprès de l'ensemble des employés sous sa gouverne.
- Assurer l'application et la révision de la procédure dans sa direction.
- Assurer la mise en place de mécanismes de coordination et de partenariat dans les trajectoires de services pour le repérage, l'estimation du risque suicidaire, la mise en place d'interventions et de mesures de protection ainsi que le suivi étroit.
- Identifier les besoins de formation en prévention du suicide et les inclure au plan de développement des ressources humaines (PDRH) de sa direction.
- Assurer la responsabilité du développement des connaissances au sein de sa direction en inscrivant aux formations, en fonction des orientations organisationnelles, les intervenants tenus d'appliquer la présente procédure.
- 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.
- Soumettre la procédure de sa direction au CAC-Suicide pour validation et l'informer des actions et des résultats mis en place pour favoriser une application conforme.
- Implanter la pratique organisationnelle requise (POR) en prévention du suicide et s'assurer de sa conformité au sein de sa direction, notamment par la mise en place d'audits.

### 12.3 Coordonnateurs de la Direction du programme jeunesse

- Connaître le 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.](#)
- Connaître le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire.](#)
- Assurer la diffusion de la procédure à l'ensemble des employés sous leur gouverne.
- Assurer l'application de la présente procédure par l'ensemble des employés sous leur gouverne.
- Approuver les modalités de repérage (universel ou sélectif) de ses services.
- Assurer le soutien des chefs de service concernant l'identification des intervenants exemptés de la réalisation complète du repérage et approuver la décision, conformément à la section 6.2.1.
- Soutenir les chefs de service dans l'identification des intervenants responsables de réaliser l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire pour leurs secteurs de même que d'offrir du soutien clinique aux intervenants de leurs secteurs. Ces intervenants peuvent appartenir à un autre secteur avec lequel un partenariat a été créé s'il est impossible de les identifier à même leur service.

- Soutenir les chefs de service dans l'identification des besoins de formation en prévention du suicide pour ses secteurs.

#### 12.4 Chefs de service ou la personne qu'ils désignent (ex. : PEASC, AIC-ASI, ACP, RCP, SAC, etc.)

- Connaître le 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](#) (selon la clientèle desservie).
- Connaître le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#) (selon la clientèle desservie).
- Soutenir l'appropriation et l'application de la présente procédure dans leur secteur d'activités.
- Identifier les intervenants de leur service qui pourraient exceptionnellement ne pas avoir à réaliser le repérage dans son entièreté et s'assurer que ces derniers connaissent les facteurs de risque liés au suicide, les questions initiales du repérage qui doivent être posées afin de valider la présence d'idées suicidaires chez la personne à risque ainsi que les actions à poser en cas de réponse positive à l'une des questions, conformément à la section 6.2.1.
- Informer son coordonnateur des intervenants de son service qui n'ont pas à réaliser le repérage dans son entièreté.
- Identifier les intervenants responsables de réaliser l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire pour son secteur. Ces intervenants peuvent appartenir à un autre secteur avec lequel un partenariat a été créé s'il est impossible de les identifier à même leur service.
- Identifier les responsables du soutien clinique en contexte suicidaire pour son secteur et les faire connaître de leurs équipes. Ces responsables au soutien clinique peuvent appartenir à un autre secteur avec lequel un partenariat a été créé s'il est impossible de les identifier à même leur service.
- Assurer la mise en place de mécanismes de remplacement des intervenants responsables de l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, du suivi étroit et du soutien clinique en contexte suicidaire en tout temps.
- Identifier les besoins de formation en prévention du suicide de leur secteur.
- Inscrire les intervenants concernés aux activités de formation pertinentes.
- Prévoir la mise en place d'une structure de soutien clinique au sein de leur secteur d'activités.
- S'assurer que les rapports AH-223-1 sont remplis et transmis pour tous les événements de tentatives de suicide ou de suicide.
- Assurer un suivi immédiat avec le conseiller-cadre de la DAQSSS de la DQEPP pour la gestion des événements sentinelles (pour les tentatives de suicide ou suicides).
- Contacter les mesures d'urgence lors d'une tentative de suicide ou d'un suicide dans son service en respect du [Processus d'alerte et coordination organisationnelle](#) (section Mesures d'urgence dans l'intranet).
- Contacter le directeur de la protection de la jeunesse ou le gestionnaire de garde à la DPJ lors d'une tentative de suicide ou un suicide dans son service.
- Assurer la divulgation de l'événement aux proches ou au représentant légal en respect de la procédure [Divulgation de l'information aux usagers à la suite d'un accident survenu lors de la prestation de soins et de services](#).
- Assurer une vigie opérationnelle quant à l'application de la présente procédure et transmettre les actions et les résultats à son coordonnateur.
- Assurer le soutien aux intervenants présents auprès d'un usager ayant tenté de se suicider ou étant passé à l'acte.

- Intégrer l'audit sur la prévention du suicide dans le cycle et le calendrier des audits annuels de son secteur, réaliser les audits, analyser et mettre en œuvre les actions d'amélioration requises. Il peut déléguer partiellement ou en totalité cette activité à un membre qualifié de son équipe, mais il demeure responsable de l'analyse des résultats et de la mise en œuvre des actions d'amélioration nécessaires.

## 12.5 Intervenants

- Connaître le 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](#) (selon la clientèle desservie).
- Connaître le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#) (selon la clientèle desservie).
- Comprendre et appliquer la présente procédure dans leur secteur d'activités.
- Informer leur chef de service, leur responsable au soutien clinique ou la personne qu'il désigne lorsqu'ils :
  - Effectuent un repérage indiquant un risque suicidaire, alors qu'ils ne peuvent procéder eux-mêmes à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire;
  - Effectuent une estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire;
  - Assurent un suivi étroit auprès d'un usager;
  - Assurent l'intervention auprès d'un enfant de moins de 13 ans en contexte suicidaire, selon le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#).
- Valider les interventions à mettre en place ou les actions à poser en contexte suicidaire en fonction des besoins de l'utilisateur auprès de leur responsable au soutien clinique lorsque requis.
- Faire contribuer les proches et les soutenir dans leur rôle dans la mise en place du filet de sécurité.
- Partager leurs besoins de développement de compétences à leur 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'information à un autre intervenant avec un contact direct, par une référence personnalisée et selon la procédure [Transferts personnalisés de l'information aux points de transition interservices, interdirections et interorganisations en contexte de services rendus à la clientèle jeunesse du CIUSSS de l'Estrie – CHUS](#).
- Déclarer les accidents-incidents AH-223-1 en lien avec une tentative de suicide ou un suicide et aviser leur chef de service;
- Assurer la prise en charge de l'utilisateur en attente de services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, car il est alors considéré sous la responsabilité de l'établissement ou convenir, en concertation avec le partenaire CPS, d'une prestation de services pour un usager qui est en attente de services si une situation clinique le prescrit.

### 13. Références

- BEDWANI, N. C. (2015). L'adolescent suicidaire. Le reconnaître, le comprendre et l'aider, Québec, Édition du CHU Sainte-Justine.
- 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
- CIUSSS de l'Estrie – CHUS (2019). Cadre de référence sur l'application de mesures de contrôle.
- CIUSSS de l'Estrie – CHUS (2021). Cadre de référence suivi étroit auprès des personnes en danger grave de passage à l'acte suicidaire – pour la clientèle de 14 ans et plus
- CIUSSS-CHUS (2022) Politique prévention du suicide – E000-POL-07. Repéré à : [https://intranet.ciusss-estrie-chus.reg05.rtss.qc.ca/clients/CIUSSS-CHUS/05\\_CIUSSS-CHUS/Reglement-politique-directive-procedure/Politiques/E000\\_POL\\_07\\_Prevention\\_du\\_suicide.pdf](https://intranet.ciusss-estrie-chus.reg05.rtss.qc.ca/clients/CIUSSS-CHUS/05_CIUSSS-CHUS/Reglement-politique-directive-procedure/Politiques/E000_POL_07_Prevention_du_suicide.pdf)
- FORTINASH, K.° & HOLODAY WORRET, P. (2013). Santé mentale et psychiatrie, 1re édition, Chenelière éducation, Montréal
- Gouvernement du Québec (2006). Cadre de référence - L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide.
- INAGAKI, Masatoshi, Yoshitaka KAWASHIMA, Naohiro YONEMOTO, Mitsuhiko 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
- 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
- MSSS (2010). Prévention du suicide - Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux.
- 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.
- MSSS (2018) Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et services sociaux. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>
- MSSS (2021) Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-825-03W.pdf>
- MSSS (2022) Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 « S'unir pour un mieux-être collectif ». Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Office des professions (2013). Guide explicatif sur le projet de Loi 21
- OIIQ (2007). Prévenir le suicide pour préserver la vie - Prise de position et guide de pratique clinique
- OPQ (2003). Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (sanctionnée le 14 juin 2002). Loi 90 (2002, chapitre 33).
- Partenaires estriens pour un centre de crise communautaire, « Centre de crise communautaire en Estrie – Projet d'implantation », adopté par le CA du CIUSSS en avril 2021 et déposé au Ministère le 20 avril 2021
- Séguin, M., Roy, F. et Boilar, T. (2020). Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide. Québec, Association québécoise de prévention du suicide. [https://www.aqps.info/postvention/pdf/Programme\\_Postvention\\_FR\\_2020\\_AQPS.pdf](https://www.aqps.info/postvention/pdf/Programme_Postvention_FR_2020_AQPS.pdf)
- VOGL, Shand F., J. ROBINSON. (2018) « Improving patient care after a suicide attempt. PMID : 29480013 *Australas Psychiatry*. 2018 Apr ; 26 (2) : 145-148

**14. Approbation**

- Comité pharmacologique (si l'ordonnance implique l'utilisation de médicament)
- Comité des documents d'encadrement clinique et des formulaires
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

**15. Processus d'adoption**

Nom/Prénom	Signature	Titre/Fonction	Date
Chabot, Geneviève	Document original signé	Directrice du programme jeunesse	2025-07-16

**16. Dispositions finales****16.1 Version antérieure**

La présente procédure remplace celle des établissements fusionnés du CIUSSS de l'Estrie – CHUS portant sur le même sujet.

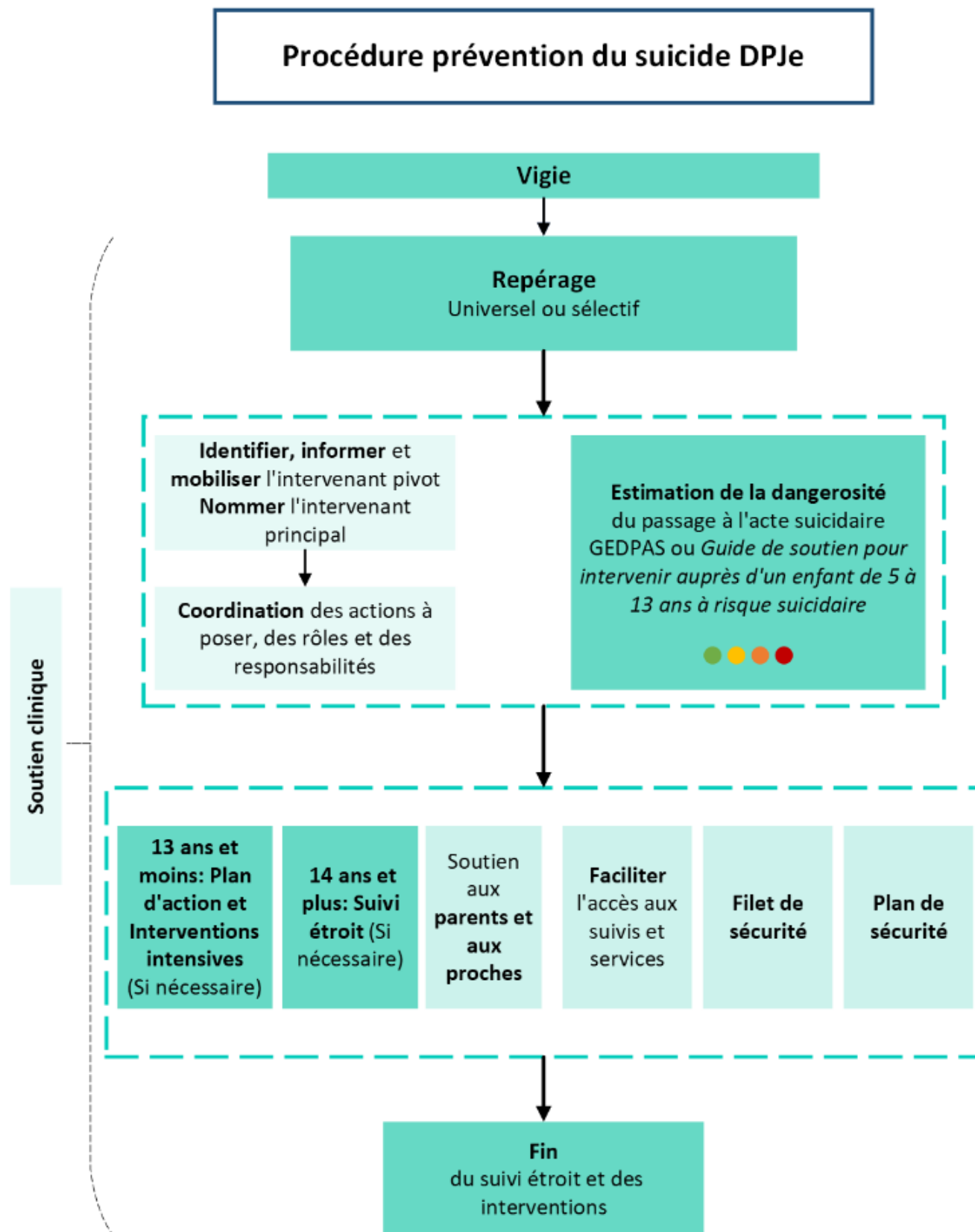
**16.2 Prochaine révision**

La présente procédure doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les quatre (4) années suivant son entrée en vigueur.

## Annexe A - Historique des versions

Description	Auteur/Responsable	Date / Période
Création du gabarit de procédure	Catherine Barbeau, conseillère-cadre, DQEPP Catherine Noreau, conseillère-cadre clinique volet psychosocial, DSM-QEP Anne-Marie Grégoire, conseillère-cadre clinicienne santé mentale et dépendance, DSI Anne-Marie Lebrun, spécialiste en activités cliniques, DPJe Jessica Beauchesne, travailleuse sociale, DSAD-SSG-DTSA Jessica Richard A., travailleuse sociale, DSM Pascale Bergeron, spécialiste en activités cliniques, DSAD-SSG-DTSA Ariane Paul-Roy, spécialiste en activités cliniques, DSAD-SSG-DTSA Caroline Hamel, agente de planification, de programmation et de recherche, DSAD-SSG-DTSA	2022-2023
Rédaction	Marc-Olivier Proulx, APPR, DPJe	2022-07-04 à 2024-04-03
Révision avec modifications	Anne-Marie Lebrun Annie Glode Mélanie Anctil Kim Rouillard	Automne 2022 à Automne 2023
Révision avec modifications	Annie Michaud Marjolaine Gascon-Dépatie Mireille Fortin Sarah Duford Kim Houle Éric Valois Maxime Dubé	Automne 2023
Révision avec modifications	Catherine Noreau Geneviève Paquette Nellie Fortin Jean-Sébastien Tremblay-Roy Geneviève Chabot	Décembre 2023 à été 2024
Révision avec modifications	Maryse Lalancette Marc-Olivier Proulx Marie-Cristine Pachès	Été 2024 à février 2025
Révision avec modifications	Catherine Noreau Catherine Barbeau Jessica Héту-Cloutier Marc-Olivier Proulx	Juin 2025

Annexe B - Schéma résumant les étapes de la procédure en prévention du suicide DPJe





### Outil d'aide à la prise de décision dans la mise en place des mesures de sécurité en MILIEU NATUREL lors d'une problématique en prévention du suicide

Se guider d'abord à l'aide des 3 questions suivantes :

- 1) L'adulte responsable est-il informé de la situation?
- 2) L'adulte responsable est-il disponible au jeune et ce, tant physiquement qu'affectivement?
- 3) L'adulte responsable est-il capable d'assurer un filet de sécurité et mettre en place les mesures nécessaires pour diminuer l'accessibilité aux moyens?

D'autres critères peuvent être explorés dans la prise de décision :

- **Le motif de signalement** : Est-ce que le motif du signalement peut mettre en doute la capacité de l'adulte responsable à assurer la mise en place du filet de sécurité (ex. négligence)? Est-ce que le jeune a tendance à fuguer? À sortir en plein milieu de la nuit?
- **Le niveau de collaboration et d'ouverture du jeune** : Le jeune est-il collaborant pendant l'intervention avec l'ARH? Le jeune a-t-il tendance à répondre ce que l'adulte veut entendre pour ne pas avoir de mesures de sécurité? Est-il dans la pensée magique que tout ira bien maintenant? Quel est l'impact possible d'un niveau de dangerosité élevé (ex. placement en CR? Orientation à l'hôpital)? Le jeune s'engage-t-il dans un plan d'action pour se protéger lui-même?
- **La santé mentale du jeune** : Le jeune présente-t-il des diagnostics de santé mentale (ex. trouble d'opposition ou TDAH)? Prend-t-il de la médication? Est-ce le jeune qui gère sa médication?
- **La présence imminente d'un moment critique** : Est-ce que le jeune vit actuellement un moment critique? Est-ce qu'un moment critique pourrait se produire dans les prochaines 24 à 48 heures?
- **La nature du lien entre le jeune et l'adulte responsable** : Est-ce que le jeune a l'habitude de se référer à l'adulte en cas de besoin? Ont-ils tendance à être souvent en conflit? Est-ce que l'adulte a une autorité sur le jeune? Ont-ils l'habitude de faire des activités ou passer des moments ensemble?
- **L'état et le niveau de fonctionnement de l'adulte ou de la famille assurant les soins** : Quel est l'horaire de travail de l'adulte responsable? Est-il en état de consommation? A-t-il une problématique de santé mentale? Vit-il actuellement une période empreinte d'adversité (ex. séparation amoureuse, perte d'emploi, arrêt de travail)? Le climat familial peut-il fragiliser davantage le jeune (tension, conflit, violence, etc.)?

Document créé par l'équipe 2<sup>ème</sup> niveau santé mentale et prévention suicide du Centre Jeunesse de la Montérégie  
2018-09-24

- **Les alternatives prévues en cas de détérioration du fonctionnement du jeune** : Comment l'adulte est en mesure de gérer une crise? Quels moyens disposent-ils pour apaiser le jeune? Quel est le plan de match envisagé devant une détérioration du fonctionnement ou de l'état du jeune? L'adulte est-il en mesure de mettre en place des moyens si la situation se dégrade rapidement?
- **L'organisation physique des lieux** : Où se trouve la chambre de l'enfant? Sur le même étage? Au sous-sol ? La chambre est-elle à proximité de celle de l'adulte responsable? Y'a-t-il des pièces qui se barrent sous clés? Où la salle de bain? Contient-elle de la médication accessible?
- **L'accessibilité du moyen** : La maison se situe-t-elle proche d'un pont? D'une autoroute? D'une voie ferrée? D'un fleuve? Où sont rangés les médicaments? Qu'est-ce qui est facilement accessible dans la chambre de bain (endroit où le jeune est isolé) et qui peut être léthal? Le jeune a-t-il accès à une arme à feu? A-t-il accès à des boissons alcoolisées ou encore aux clés d'une voiture?
- **Le niveau de connaissance du dossier par l'ARH** : Est-ce un milieu bien connu ou est-ce un nouveau dossier pour lequel nous n'avons que peu d'informations?
- **La nature du lien entre le parent et le milieu scolaire / particularités du milieu scolaire** : Sommes-nous dans un lien de partenariat entre l'école et les parents? À l'inverse, ces milieux se caractérisent-ils par un lien emprunt de tensions, de conflits? le milieu scolaire es-il sensible et conscient de la précarité de la situation du jeune et donc de la nécessité de mettre en place un filet de sécurité? Le milieu scolaire se sent-il en mesure d'assurer la mise en place du filet de sécurité? Est-il suivi par un professionnel de l'école? Existe-t-il un risque quelconque pour le jeune lors de son déplacement vers le milieu scolaire? Le jeune doit-il être accompagné lors de ce déplacement? Quels moyens peuvent être mis en place pour assurer la sécurité du jeune pendant le déplacement?
- **La planification de l'horaire autour du jeune** : Est-ce que le jeune demeure seul souvent? L'adulte a-t-il prévu qu'un autre adulte soit présent si celui-ci doit quitter? Y a-t-il des activités planifiées avec le jeune? Est-ce durant une période scolaire ou pendant un congé où les choses sont moins structurées? Qui sera présent dans la maison durant la fin de semaine? Comment se déroule habituellement la fin de semaine avec le jeune?
- **Le réseau social de la famille** : Y a-t-il un autre adulte qui puisse venir en soutien à l'adulte pour assurer la sécurité du jeune pendant cette période où le niveau de dangerosité est plus élevé? Est-ce que le jeune peut aller pendant un temps chez un membre de sa famille ou un adulte significatif?
- **Les ressources dans la communauté** : Quelles sont les ressources disponibles dans la communauté pour soutenir le jeune et sa famille? ARH peut-il impliquer d'autres ressources pour faire des contacts avec le jeune et sa famille durant la fin de semaine ? Centre de prévention suicide (CPS) de la région? UDPJ? CAFE?

# Annexe D - Planification du congé sécuritaire d'un usager à risque suicidaire



BC040

Date de naissance Année   Mois   Jour			N° de dossier	N° de chambre
N° d'assurance maladie				
Nom à la naissance			Prénom	
Adresse				
Ville		Code postal	N° de téléphone	
Nom de la mère			Prénom de la mère	
Nom du père			Prénom du père	
Médecin traitant				

INSTALLATION : \_\_\_\_\_

## PLANIFICATION DU CONGÉ SÉCURITAIRE USAGERS À RISQUE SUICIDAIRE

DATE | Année | Mois | Jour

Type de congé :	<input type="checkbox"/> Congé temporaire	<input type="checkbox"/> Congé définitif
L'utilisateur consent à l'implication d'un ou des proche(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom (lien) : _____ Nom (lien) : _____	Coordonnées : _____ Coordonnées : _____
<b>AVANT TOUS LES DÉPARTS</b>		
Informez l'utilisateur (et le proche s'il y a lieu) du moment du congé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Informations supplémentaires, justification clinique et résultats : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Compléter le formulaire « Plan de sécurité » (FDCU-SM-015) avec l'utilisateur de manière collaborative et lui remettre une copie	<input type="checkbox"/> Plan rédigé <input type="checkbox"/> Copie remise à l'utilisateur	
Transmettre, avec l'accord de l'utilisateur, les informations du Plan de Sécurité à ses proches pour qu'ils puissent l'accompagner et le soutenir efficacement concernant le risque suicidaire actuel	<input type="checkbox"/> Proche impliqué <input type="checkbox"/> Plan transmis au proche <input type="checkbox"/> Refus de l'utilisateur (à documenter)	
Réévaluer le risque suicidaire de la personne (documenter la GEDPAS et la déposer au dossier s'il y a lieu)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>LORS D'UN CONGÉ TEMPORAIRE</b>		
FDCUSM-014 Préciser avec l'utilisateur et ses proches le moment prévu pour le retour à l'unité et le personnel à contacter pour aviser de tout changement	<input type="checkbox"/> Retour prévu à l'unité le (jour et heure) : _____	Informations supplémentaires, justification clinique et résultats : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
	<input type="checkbox"/> Personnel de l'unité à rejoindre en cas de retard : _____ <input type="checkbox"/> Coordonnées de l'unité remises et jointes au « Plan de sécurité »	

2024-04

PLANIFICATION DU CONGÉ SÉCURITAIRE  
USAGERS À RISQUE SUICIDAIRE

Page 1 de 2  
DOSSIER DE L'USAGER





BC040

Double identité vérifiée

Date de naissance			N° de dossier		
Année	Mois	Jour			
N° d'assurance maladie					
Nom à la naissance			Prénom		
Adresse					
Ville		Code postal		N° de téléphone	
Nom de la mère			Prénom de la mère		
Nom du père			Prénom du père		

INSTALLATION : \_\_\_\_\_

**MON PLAN DE SÉCURITÉ**

(À COMPLÉTER AVEC L'USAGER ET LUI REMETTRE UNE COPIE)

DATE

Année	Mois	Jour

**Étape 1 : Reconnaître mes signes de détresse**  
 Les indices qui démontrent que la détresse commence à prendre plus de place (pensées, émotions, sensations physiques, comportements qui indiquent que je vais moins bien).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Étape 2 : Utiliser mes stratégies d'adaptation**  
 Ce que je peux faire par moi-même pour diminuer l'intensité de la détresse et reprendre du contrôle.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En tout temps, me rappeler ma raison de vivre, ma source d'espoir ou phrase aidante :

\_\_\_\_\_

**Étape 3 : Me distraire**  
 Les activités sociales (endroits ou personnes) qui m'aident à me distraire lorsque je vis de la détresse.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Étape 4 : Demander de l'aide à mes proches**  
 Les personnes de mon entourage à qui je peux parler de mes idées suicidaires afin d'être soutenu.

Nom : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

**Étape 5 : Contacter un professionnel/intervenant**  
 Ressources d'aide avec lesquelles je peux communiquer pour parler de mes idées suicidaires et me protéger.  
 (811, 911, 1-866-APPELLE, Tel-Jeunes, mon intervenant, unité de soins lors d'un congé temporaire etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Étape 6 : Sécuriser mon environnement**  
 Ce qu'il faut faire pour m'assurer d'être en sécurité et m'éloigner du moyen envisagé pour me suicider.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature de l'utilisateur	Nom en caractère d'imprimerie	Date
Signature de l'intervenant	Nom en caractère d'imprimerie	Date

Source : modèle transmis par le MSSS (2024)

2024-04

MON PLAN DE SÉCURITÉ

DOSSIER DE L'USAGER

## Annexe F - Facteurs de risque, signes avant-coureurs et moments critiques pour les personnes âgées de 14 ans et plus

### Facteurs prédisposant, contribuant et précipitant

Informations tirées du site internet de l'INSPQ de même que « suicide.ca »

<https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-auto-infligee-le-suicide-et-les-tentatives-de-suicide/facteurs-de-risque-et-facteurs-de-protection>

<https://suicide.ca/fr/parlons-suicide/sinformer-sur-le-suicide/les-facteurs-de-risque-du-suicide>

- Pertes ou échecs récents :
  - Emploi, finances, perte d'habiletés physiques, deuil, séparation, etc.
  - L'anniversaire d'un deuil important
- Tentatives de suicide antérieures
- Jeunes hébergés en centre jeunesse
- Accès direct à des moyens létaux
- Troubles mentaux, trouble de l'humeur, trouble de la personnalité
- Expériences traumatiques, violence interpersonnelle et abus
- Croyances erronées à propos du suicide et de la mort
- Hommes en situation de vulnérabilité
- Attitudes, croyances ou valeurs pessimistes face à la recherche d'aide ou à la santé mentale
- Impulsivité
- Rejet et intimidation
- Isolement social
- Relations familiales stressantes ou conflictuelles
- Psychopathologie d'un parent
- Négligence
- Suicide d'un proche
- Usage de drogues ou d'alcool

### Signes avant-coureurs d'un passage à l'acte suicidaire

Informations tirées du site internet « suicide.ca »

<https://suicide.ca/fr/parlons-suicide/sinformer-sur-le-suicide/signes-avant-coureur-du-suicide>

Messages verbaux directs ou indirects	Indices émotionnels	Indices comportementaux	Indices cognitifs
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Direct : « je veux mourir »</li> <li>■ Indirect : « Vous seriez mieux sans moi... »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Symptômes de dépression</li> <li>■ Irritabilité</li> <li>■ Changements d'humeur</li> <li>■ Manifestations de colère</li> <li>■ Anxiété</li> <li>■ Fausses croyances (ex. : la personne croit que les gens lui en veulent)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Changements de comportement</li> <li>■ Changements dans la consommation</li> <li>■ Dons d'objets</li> <li>■ Rédaction d'une lettre indiquant le désir de mourir</li> <li>■ Intérêt soudain pour la question du suicide et les moyens de se suicider</li> <li>■ Isolement</li> <li>■ Retour au calme ou regain d'enthousiasme après quelques jours de détresse</li> <li>■ Apparence négligée</li> <li>■ Automutilation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Difficulté à se concentrer</li> <li>■ Incohérence et confusion soudaine dans le langage</li> <li>■ Rumination de ses difficultés</li> <li>■ Absence de motivation</li> <li>■ Perte de mémoire</li> </ul>

### Moments critiques ou de vulnérabilité

BEDWANI, N. C. (2015). *L'adolescent suicidaire. Le reconnaître, le comprendre et l'aider*, Québec, Édition du CHU Sainte-Justine.

- À la suite d'un traumatisme (agression sexuelle, viol, violence, etc.)
- Problèmes disciplinaires (suspension scolaire, mesures judiciaires, perte de privilèges)
- Événement vécu avec de la honte (rejet, intimidation, harcèlement, conséquence de l'homophobie, etc.)
- Annonce d'un diagnostic de santé mentale
- Passage à la cour ou attente d'une décision judiciaire
- Placement ou prolongement du placement
- Échec ou perception d'échec
- Changement de vie ou transition (ex. : début d'école, déménagement, changement d'intervenant, etc.)
- Enjeux de médication (premier mois de prise d'antidépresseurs, dosage, assiduité, etc.)
- Sortie d'hébergement ou d'une structure encadrante
- Rechute
- Sevrage ou épisode dépressif à la suite de la prise d'un stimulant (« down »).
- Situation de violence conjugale
- Rupture (amoureuse, amitié, séparation des parents)

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

Les informations ci-dessous sont tirées du guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire :

<p><b>Pensées</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Penser à sa propre mort lorsqu'on est triste</li> <li>■ Penser à cacher un couteau dans sa chambre</li> <li>■ Avoir des images ou des pensées récurrentes concernant la mort ou le suicide</li> <li>■ Penser à la réaction des proches si on était mort ou disparu</li> </ul>
<p><b>Communications verbales directes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ « Je veux mourir »</li> <li>■ « Je veux me suicider »</li> <li>■ « J'ai des pensées noires »</li> <li>■ « Ce serait mieux si j'étais mort »</li> </ul>
<p><b>Communications verbales indirectes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ « Je veux rejoindre ma grand-mère au cimetière »</li> <li>■ « Vous seriez mieux sans moi ;</li> <li>■ « Je veux partir loin et ne pas revenir »</li> <li>■ « Je veux aller avec les oiseaux »</li> <li>■ « Je veux faire comme... (une personne qui s'est suicidée) »</li> </ul>
<p><b>Communications directes ou indirectes par texto ou sur les médias sociaux</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sous forme de phrases (affirmations, questions), d'images, de J'aime (Like) sur des publications parlant de la mort ou du suicide sur les réseaux sociaux, etc.</li> </ul>
<p><b>Communications non verbales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dessins représentant un acte violent ou un geste suicidaire, des cercueils, la souffrance, des objets pour se suicider</li> <li>■ Mimes : s'étrangler, se couper</li> </ul>
<p><b>Comportements autoagressifs sans blessures</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Essayer de s'enfoncer un objet non coupant (ex. : une branche) à travers la peau (ex. : dans le ventre, le bras ou la jambe)</li> <li>■ Avaler des pilules ou des substances non toxiques (sans connaître le niveau de danger.</li> <li>■ Essayer de s'étrangler avec ses mains ou de retenir sa respiration</li> </ul>
<p><b>Comportements autoagressifs avec risque de blessures ou de décès</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Avaler des pilules ou des substances ayant un potentiel toxique (drogues)</li> <li>■ Se blesser avec un objet coupant</li> <li>■ S'étrangler ou se pendre avec une ceinture, une serviette ou une corde</li> <li>■ Sauter d'une fenêtre ou d'un endroit élevé</li> <li>■ Se jeter devant un véhicule</li> <li>■ Sauter à l'eau (sans savoir nager)</li> <li>■ Traverser la rue à un feu rouge</li> </ul>
<p><b>Indices associés au MAAS</b></p> <p>Ces indices peuvent aider à repérer un enfant à risque qui n'exprime pas verbalement sa détresse et ses idéations suicidaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Comportementaux</b> : changements de comportement (pire ou mieux), agitation, consommation de substances, augmentation des comportements compulsifs, isolement, demande d'aide accrue, absentéisme.</li> <li>■ <b>Émotionnels</b> : humeur changeante, manifestations de tristesse, de colère ou d'irritabilité, inquiétude accrue face à des événements à venir, anxiété, agressivité accrue, insatisfaction, déception, peurs ou insécurité face à une situation, sentiment d'incompétence.</li> <li>■ <b>Indiquant des signes de désespoir</b> : discours négatif face à l'avenir, découragement, dévalorisation de soi, refus de prendre sa médication, refus</li> </ul>

	<p>du suivi ou absence aux rendez-vous de suivi, refus de l'aide offerte.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Sur le plan neuro-végétatif</b> : dégradation du sommeil, de l'appétit ou du niveau d'énergie.</li><li>■ <b>Somatiques</b> : apparition ou aggravation de troubles physiques, maux de dos, maux de tête, maux de ventre, etc.</li><li>■ <b>Cognitifs</b> : confusion, difficultés de concentration, indécision.</li><li>■ <b>Psychiatriques</b> : augmentation des symptômes.</li><li>■ <b>Relatifs à des pertes d'acquis et à des difficultés d'adaptation dans la situation actuelle</b> : stagnation ou régression.</li></ul>
--	---

## Annexe H - Numéro de téléphone des services de prévention ou d'intervention en contexte suicidaire ainsi que des services d'urgence, par RLS en Estrie

### Contacts universels :

Services d'urgences	911 ou 310-4141 pour les municipalités non desservies par la 911
Prévention du suicide	1 866-APPELLE (277-3553)

### Par RLS :

	Service de police	Sureté du Québec	Centre de la prévention du suicide (régionaux)
Coaticook	N/A	819 849-4813	819 564-1354
Granit	N/A	819 583-1710	819 564-1354
Haut Saint-François	N/A	819 875-3331	819 564-1354
Haute-Yamaska	N/A	450 539-3252	450 375-4252
La Pommeraie	N/A	450 266-1122	450 375-4252
Memphrémagog	N/A	819 868-3666	819 564-1354
Sherbrooke	819 821-5555	N/A	819 564-1354
Val des Sources	N/A	819 828-1313	819 564-1354
Val Saint-François	N/A	819 826-3755	819 564-1354

Surveillance régulière	Surveillance étroite	Surveillance constante
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ressemble à la surveillance habituelle, jour, soir et nuit, auprès des jeunes.</li> <li>■ Attention visuelle ou auditive toutes les heures. Surveiller les indices physiques, psychologiques et comportementaux pouvant dénoter un problème particulier lié à la santé physique ou mentale du jeune.</li> <li>■ Aucun contrôle particulier des objets personnels, du mobilier ou des lieux physiques.</li> <li>■ Joindre un intervenant formé afin de discuter de la situation et des suites à donner :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estimation de la dangerosité dans un délai de 72 heures;</li> <li>○ S'assurer qu'il y aura transmission de l'information au responsable du PI et au chef de service.</li> </ul> </li> <li>■ Informer le chef de service ou le cadre à la permanence des orientations discutées avec l'intervenant formé.</li> <li>■ En ressource de type familial : s'assurer de retirer l'accès aux armes à feu et aux médicaments.</li> <li>■ Donner les coordonnées de la ligne intervention suicide : 1 866 APPELLE (1 866-277-3553)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informer le chef de service ou le cadre de la permanence de la décision d'exercer une surveillance étroite.</li> <li>■ Avoir un contact visuel et auditif avec le jeune <b>toutes les 15 minutes</b>.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si le jeune se trouve à un endroit plus difficile d'accès (salle de bain, douche):                 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Avoir un contact verbal avec le jeune;</li> <li>■ Avoir accès au jeune en tout temps (ex. : si la porte de la salle de bain est fermée, elle ne doit pas être barrée);</li> <li>■ Quand il dort, vérifier son état de santé physique (notamment sa respiration).</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>■ Retirer les objets personnels et tout mobiliers pouvant être utilisés pour un passage à l'acte.</li> <li>■ Joindre un intervenant formé pour qu'il estime le danger de passage à l'acte suicidaire dans un délai maximum de 24 à 48 heures.</li> <li>■ Apporter des modifications pour rendre l'environnement sécuritaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Assurer une présence continue, un accompagnement « 1 pour 1 » en tout temps (faire autoriser par la personne en autorité).</li> <li>■ Garder un contact visuel et auditif continu et de tous les instants avec le jeune :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si le jeune se trouve à un endroit plus difficile d'accès (salle de bain, douche) :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entretenir un contact verbal avec le jeune;</li> <li>■ Avoir accès au jeune en tout temps (ex. : si la porte de la salle de bain est fermée, elle ne doit pas être barrée);</li> <li>■ Quand il dort, vérifier son état de santé physique (notamment sa respiration);</li> </ul> </li> <li>○ Si le jeune est dans sa chambre, la porte doit demeurer ouverte;</li> <li>○ Si le jeune est en salle de retrait et que la porte doit être fermée, les contacts visuels et auditifs doivent demeurer continus.</li> </ul> </li> <li>■ Ne jamais assumer d'autres tâches simultanément ou même quitter les lieux quelques secondes.</li> <li>■ Retirer les objets personnels et tout le mobilier pouvant être utilisés pour un passage à l'acte.</li> <li>■ Joindre un intervenant formé pour estimer le danger de passage à l'acte suicidaire dans un délai minimum.</li> </ul>

**Important :**

La **surveillance constante** est un type de **mesure de contrôle** utilisée dans un contexte de risque imminent, et ne doit être envisagée qu'en dernier recours. Son utilisation doit faire l'objet d'une évaluation et d'une réévaluation quotidienne par l'équipe professionnelle autorisée. Au même titre que les autres mesures de contrôle, l'usager, son représentant légal/famille/proche sont impliqués dans la recherche de solution. Il est de la responsabilité de l'équipe de professionnels de s'assurer que le consentement a été obtenu (Cadre de référence sur l'application de mesures de contrôle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2019).