

PROCÉDURE EN PRÉVENTION DU SUICIDE POUR LES USAGERS VULNÉRABLES

Émetteur Direction des services spécialisés, chirurgicaux et de cancérologie

Direction responsable Direction des services spécialisés, chirurgicaux et de cancérologie

Destinataires Personnel, médecins, pharmaciens, résidents et stagiaires de la direction des services spécialisés, chirurgicaux et de cancérologie du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Entrée en vigueur 2024-05-02

Adopté par Comité de direction

Date 2024-05-02

Signature Original signé par

Manon Larivière directrice, Direction des services spécialisés, chirurgicaux et de cancérologie (DSSCC)

Table des matières

1. Mise en contexte	1
2. Objectifs	2
3. Lexique des acronymes	2
4. Définitions.....	3
5. Champs d'application	5
6. Cadre juridique et normatif.....	6
7. Étapes de la procédure.....	6
8. Postvention	14
9. Déclaration des événements suicidaires et traitement en événement sentinelle.....	15
10. Audit	16
11. Rôles et responsabilités.....	16
12. Références.....	19
13. Dispositions finales	20
ANNEXE A - HISTORIQUE DES VERSIONS	21
ANNEXE B - CLIENTÈLE JEUNESSE	22
ANNEXE C – OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION.....	23
ANNEXE D - PLANIFICATION SÉCURITAIRE D'UN CONGÉ	25
ANNEXE E – MESSAGES CLÉS	30

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. 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. Ce dernier vise à orienter la prise en charge des usagers présentant un danger de passage à l'acte suicidaire.

Déoulant des orientations de ces deux documents, la présente procédure en prévention du suicide pour la Direction des services spécialisés, chirurgicaux et de cancérologie vise à assurer l'actualisation, la mise en place et le respect des bonnes pratiques reconnues en prévention du suicide pour tous ses usagers vulnérables. Elle oriente sur les pratiques cliniques et de gestion pouvant soutenir la prévention du suicide auprès des usagers. Elle 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). Elle précise les rôles et les responsabilités de tous, en complémentarité réseau, tout en tenant compte que l'offre de service spécialisée en cancérologie, chirurgie et cliniques externes spécialisées demeure centrale à la mission de notre direction.

2. Objectifs

Les objectifs de la présente procédure visent à :

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

3. Lexique des acronymes

AAOR	Accueil, analyse, orientation, référence. Désigne les équipes de l'Accueil psychosocial, Direction des services généraux
AIC-ASI	Assistante-infirmière-chef – Assistante au supérieur immédiat
AMM	Aide médicale à mourir
CIUSSSE-CHUS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (dans le présent texte, il est question du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, mais l'acronyme CIUSSSE-CHUS est utilisé pour alléger le texte).
CPS	Centre de prévention du suicide
DMA	Directives médicales anticipées
GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien, contexte aide médicale à mourir et soins de fin de vie
GMF	Groupe de médecine familiale
IPO	Infirmière-pivot en oncologie
LPP	Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001)

MASM	Mécanisme d'accès en santé mentale. Anciennement le GASMA, guichet d'accès en santé mentale adulte. Sous la responsabilité de la DPSMD
ODD	Outil de détection de la détresse en oncologie
PAE	Programme d'aide aux employés
PII	Plan intervention interdisciplinaire
PSI	Plan de soins interdisciplinaire
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RLS	Réseau local de services
UDR	Urgence détresse régionale

4. Définitions

- **Accompagner (en contexte de crise suicidaire) :** Démarche qui consiste à se rendre avec l'utilisateur suicidaire (ou désigner quelqu'un pour le faire) à l'urgence hospitalière, au centre de crise ou tout autre lieu permettant d'assurer la sécurité de l'utilisateur, afin qu'il puisse recevoir les services nécessaires selon l'estimation de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire qui a été identifié (MSSS, 2010). L'accompagnement s'applique également à l'ensemble des moments de transition et de références à un partenaire interne ou externe.
- **Centre de crise :** Centre spécialisé en intervention de crise qui a pour but d'offrir un milieu tampon, sécuritaire à un usager en détresse, lorsque celui-ci ne peut rester à la maison, mais n'est pas dans un état de désorganisation nécessitant une hospitalisation. Il offre une gamme de services tels que l'intervention téléphonique 24/7, un service d'intervention face à face 24/7, un hébergement de crise 24/7, un suivi de crise ou post-crise à court terme. Ce centre 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 chercheurs, les étudiants et les bénévoles, que ce soit à titre permanent, temporaire ou contractuel ;
- **Dangerosité de passage à l'acte :** Niveau de danger du passage à l'acte qu'un usager pose un geste suicidaire. L'estimation de celle-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 grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Représente le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) et dont l'ensemble des installations qu'il regroupe sont constituées de tous les centres hospitaliers, les centres d'hébergement, les CLSC, les centres de réadaptation et le centre jeunesse du territoire.
- **Évaluation :** Jugement clinique porté sur la situation d'un usager à partir des informations dont le professionnel dispose et communication des conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercices respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités à le faire (OPQ, 2003).
- **Évaluation du risque suicidaire :** Certains titres professionnels (ex. : infirmières, psychoéducateurs, etc.) utilisent la terminologie d'évaluation du risque suicidaire en adéquation à leur champ d'exercices 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 doivent être 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 pose 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.
- **Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire** : Outil d'aide à la décision en vigueur dans l'établissement qui soutient le jugement clinique des intervenants mandatés et permet d'estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Les résultats de cette grille permettent d'orienter les actions en fonction du niveau de dangerosité. Cet outil contribue aussi à identifier des leviers d'interventions utiles dans l'immédiat ou pour le suivi et précise le niveau de vigilance qu'il faudra maintenir à court terme. Enfin, il permet de vérifier l'impact de l'intervention et de mesurer l'évolution de la condition de l'utilisateur.
 1. Cote finale **ROUGE** : Danger grave et imminent d'un passage à l'acte suicidaire.
 2. Cote finale **ORANGE** : Danger grave à court terme d'un passage à l'acte suicidaire.
 3. Cote finale **JAUNE** : Indice de danger faible d'un passage à l'acte suicidaire.
 4. 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 fin 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 intervenants du service Info-Social 811 donnent des conseils, peuvent répondre aux questions d'ordre psychosocial et référer vers une ressource appropriée dans le réseau de la santé et des services sociaux et/ou vers une ressource communautaire. Le service de crise 24-7 inclut Urgence-Détresse, la garde psychosociale Haute-Yamaska, la Pommeraie et le Granit. Le service vise à permettre aux 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'utilisateur, évaluer les risques et la dangerosité de la situation, ainsi qu'à orienter l'utilisateur vers les services en réponse à son besoin.
- **Intervenant habilité à assumer le suivi étroit** : Cet intervenant doit avoir suivi la formation « Intervenir auprès de l'utilisateur suicidaire à l'aide de bonnes pratiques » ou toute autre formation reconnue par l'établissement afin de réaliser, entre autres, une appréciation de la dangerosité d'un risque d'un passage à l'acte suicidaire et son suivi (Office des professions, 2013, page 39).
- **Moment critique** : Moment susceptible d'engendrer un passage à l'acte suicidaire.
- **Organisation** : Organisation dans le domaine de la gestion est définie comme suit : Entité juridiquement constituée, à but lucratif ou non, à caractère privé ou public, visant la réalisation d'objectifs déterminés. Il a un sens très général. Dans le présent document, il englobe les établissements, les organismes communautaires et les partenaires.
- **Organisme communautaire** : On entend par organisme communautaire, soit une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux » (Article 334 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux).
- **Période de fidélisation** : Période où l'utilisateur a terminé son épisode de service, mais au cours de laquelle, si une poursuite de l'intervention en lien avec la demande déjà établie est requise, une réouverture est faite directement par l'intervenant ou un membre de son équipe, sans période d'attente. Pendant cette période, l'utilisateur peut contacter son intervenant (ou l'équipe) afin de réactiver un suivi relié au précédent plan d'intervention.

- **Postvention** : La postvention consiste à offrir du soutien et de l'aide aux personnes affectées par un décès attribuable à un suicide. Elle comprend des mesures liées au traitement ainsi qu'au rétablissement de ces personnes (MSSS, 2010).
- **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.
- **Proche** : Toute personne qui accompagne, soutient ou aide un usager dans un service de santé ou de services sociaux.
- **Référence personnalisée** : Référer l'usager suicidaire à un service ou à un intervenant en particulier consiste à joindre le service ou l'intervenant pour l'aviser qu'un usager nécessite des services. Selon la situation (ou la trajectoire), l'usager suicidaire se déplace vers le service, ou encore le service organise une visite dans le milieu de l'usager. La référence est l'occasion de transmettre certaines informations utiles au suivi de l'usager suicidaire. De plus, cela consiste à vérifier si l'usager référé a bien donné suite à la démarche (aucun fax, aucune feuille dans un pigeonier, aucun message sur boîte vocale sans un retour du destinataire).
- **Repérage, détection, dépistage** : 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. (Corresponds au test de conformité de la POR « Cerner les usagers vulnérables au suicide »).
- **Risque suicidaire** : Il s'agit de la probabilité ou de la possibilité qu'un usager pose un geste suicidaire dans les prochaines heures, jours voire prochaines semaines (OIIQ, 2007). Pour les moins de 14 ans, le risque suicidaire comprend les idées suicidaires ou qui posent des gestes pouvant être associés au suicide. On parle de gestes équivalents à des gestes suicidaires ex: prise de risque sans intentions suicidaires exprimées.
- **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 l'usager 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 son territoire (gouvernement du Québec, 2006).
- **Soutien clinique** : Le soutien clinique consiste en un ensemble d'activités structurées ayant pour but le développement des compétences et le perfectionnement des professionnels. Il vise à améliorer les interventions professionnelles et interprofessionnelles ou à innover pour répondre à des situations de santé ou des situations sociales complexes. Il contribue à améliorer la qualité des pratiques.
- **Suivi étroit** : Il s'agit d'un suivi intensif instauré rapidement auprès de l'usager 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'usager 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 (Fortinash et Worret, 2013).
- **Usager** : Toute personne résidant sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui a reçu, reçoit, ne reçoit pas ou est dans l'attente de services de santé ou des services sociaux de l'établissement.

5. Champs d'application

La présente procédure s'adresse à l'ensemble du personnel (employés, médecins et stagiaires) de la Direction des services spécialisés, chirurgicaux et de cancérologie 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 tout type de contexte et dans tous les milieux de soins ou de vie.

6. Cadre juridique et normatif

- Norme HSO – Pratique organisationnelle requise d’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 n0 180).
- Règlement sur les conditions applicables au recours à certaines mesures d’encadrement (chapitre P-34.1, r. 6, le Règlement).
- Plan directeur en cancérologie, « La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins », MSSS, avril 2017.
- Loi sur les soins de fin de vie, AMM, RLRQ chapitre S-32.0001, article 26.

7. Étapes de la procédure

7.1. Lorsque survient une tentative de suicide ou un suicide d’un usager

7.1.1 En communauté, domicile ou en service d’hôtellerie pour les traitements contre le cancer

- Contacter immédiatement le 911.
- Demander de l’aide si des gens se trouvent à proximité pour assurer l’arrivée des secours.
- Demeurer en ligne auprès de la personne jusqu’à l’arrivée des secours ou jusqu’à la prise en charge médicale de la personne par le service ambulancier.
- Comme intervenant, si vous êtes appelés par la famille lors d’un événement en communauté :
 - Si nous savons dans quel centre hospitalier sera dirigé le patient, se mettre à disposition des équipes qui vont accueillir l’usager afin de résumer les faits saillants de la trajectoire de soins et si connus, les éléments déclencheurs de la crise (selon la méthode SBAR).
 - Aviser le médecin traitant de l’usager.
 - Rédiger une note au dossier faisant état de la situation afin de le déposer au dossier clinique du centre hospitalier.
 - Si le patient oncologique en traitement actif et connu de l’équipe interdisciplinaire en oncologie, informer l’intervenant au dossier de la situation ou sinon, contacter l’ASI des équipes interdisciplinaires en oncologie (poste 13673) pour assurer la continuité des services oncologiques suivant la crise.

7.1.2 Si en milieu hospitalier

- Administrer les soins d’urgence.
- Évaluer la personne et lancer les codes d’urgence interne requis.
- Demander l’assistance médicale.

- Si la personne reçoit des soins en fonction d'une trajectoire spécialisée, le personnel doit aviser le médecin traitant de l'utilisateur et les professionnels impliqués qui contribueront aux soins appropriés et à la coordination requise interservices.
- L'autorisation écrite de l'utilisateur n'est pas requise si les intervenants concernés sont des employés du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, peu importe leur lieu d'exercice puisqu'il s'agit du même établissement.

7.1.3 Aviser les proches de l'utilisateur

Contactez les proches connus ou personnes contacts au dossier de l'utilisateur afin de les informer de la situation, leur offrir du soutien et les référer à des services pertinents, selon les besoins.

- Si en communauté et que vous êtes interpellés (équipe interdisciplinaire en oncologie), demander l'intervention de l'Accueil psychosocial (AAOR) ou d'Info-Social (811), afin que les proches soient rejoints et que des services leur soient dispensés.
- Si en milieu hospitalier, demander à l'équipe psychosociale dédiée au service (Urgence), de l'unité de soins (professionnels DSM) ou ceux au dossier de la trajectoire oncologique (DSSCC) dans l'installation, d'assurer les interventions auprès des personnes qui se présenteront au chevet de leur proche.
- Les interventions requises sont à convenir selon les situations et besoins exprimés, incluant des mesures de soutien auprès des proches.

7.1.4 Déclarer l'événement et obtenir du soutien

Une tentative de suicide ou le suicide d'un usager sont des événements tragiques qui risquent d'affecter toutes les personnes gravitant autour de ce dernier. En ce sens et afin de recevoir le soutien nécessaire, tout membre de notre personnel confronté à ces situations doit :

- Informer son supérieur immédiat dans les heures favorables ou le coordonnateur d'activités de l'installation, en heures défavorables.
- Enclencher le processus de prise en charge des événements avec conséquences majeures, remplir obligatoirement un rapport de déclaration d'incident-accident (AH-223).

Le gestionnaire du secteur ou le coordonnateur d'activités doit :

1. Enclencher le processus d'alerte et de coordination organisationnelle, si requis (Intranet > Boîte à outils > Mesures d'urgence) (voir section 9).
2. Traiter promptement le rapport de déclaration d'incident-accident (AH-223) et aviser le conseiller-cadre Gestion de risque de la Direction adjointe à la qualité et à la sécurité des soins et services, car l'événement sera traité en événement sentinelle.
3. Planifier une postvention, partager l'offre de service du PAE à ses équipes (voir section 8).

7.2 Assurer une vigie des usagers vulnérables au suicide

Toute personne de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS est susceptible d'être en contact avec des usagers ou proches suicidaires. Elle est donc considérée comme une vigie en prévention du suicide. Elle peut prévenir des passages à l'acte suicidaire d'un usager ou un de ses proches. Peu importe ses fonctions, les personnes non formées au repérage ou à l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire doivent procéder aux étapes suivantes :

- Aller à la rencontre de l'utilisateur afin d'ouvrir le dialogue, assurer une présence bienveillante et sécurisante auprès de lui, dans la mesure du possible.

- Référer et accompagner personnellement, l'utilisateur vulnérable au suicide vers un intervenant formé et en mesure de procéder à l'estimation du risque de passage à l'acte suicidaire (IPO, ASI, md, travailleur social de l'urgence ou oncologie).
- Au besoin, dans les heures régulières, contacter le chef de service pour du soutien et une guidance vers un collègue habilité de son service ou à l'urgence pour le repérage et l'évaluation du risque suicidaire selon la disponibilité des ressources psychosociales sur place. Le coordonnateur d'activité sera la personne à rejoindre pour ce soutien dans les heures défavorables.
- Si personne n'est accessible, communiquer sans délai avec l'équipe du **1-866-APPELLE** ou du service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) du RLS de l'utilisateur pour qu'une intervention soit réalisée.
- Si une tentative de suicide est en cours ou lors d'un suicide d'un usager, se référer à la section 7.1.

7.3 Repérer les usagers vulnérables au suicide et déterminer les mesures de sécurité dans l'immédiat

Le processus de repérage des usagers qui présentent des signes de détresse comporte différentes étapes et doit impliquer les proches des usagers vulnérables au suicide¹.

En oncologie, le risque de suicide est doublé par rapport à la population normale. La détection de la détresse comme 6^e signe vital est une bonne pratique clinique.

Chacun peut faire une différence par des gestes clés et préventifs. Accueillir la personne suicidaire dans un climat de respect et d'empathie est primordial pour créer une alliance qui lui permettra de se sentir écoutée, comprise et appuyée dans sa demande d'aide et de diminuer sa perception d'isolement. Ce processus doit s'effectuer à tous moments, notamment :

Prétrajectoire de soins et services spécialisés :

- Lors de la consultation médicale et l'annonce de la mauvaise nouvelle.
- Lors de la confirmation d'un diagnostic avec une maladie grave ou incurable.

1. Le médecin doit repérer les signes de détresse des usagers, évaluer le réseau personnel de soutien à proximité et l'autonomie personnelle à chercher du soutien. En cas de doute suivant la consultation, le lien avec le référent ou le médecin de famille doit être fait ou encore, les liens avec AAOR du RLS de résidence de l'utilisateur pour un suivi en communauté. La ligne 1-866-APPELLE est toujours une ressource indiquée dans ce contexte, principalement dans les heures défavorables.

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

¹ Avec le consentement de l'utilisateur.

2. Si les soins aigus s'initient rapidement en centre hospitalier, une consultation en service social urgente doit aussi être envoyée en simultanée. Assurer le lien avec l'équipe traitante à l'unité d'hospitalisation qui devra assurer l'évaluation et la continuité des soins (ex. : ASI du service ou de l'unité de soins).
3. En contexte de demande d'aide médicale à mourir spontanée de l'utilisateur, interpellé le GIS au besoin, (810) 346-1110, poste 23817 ou l'intervenant psychosocial déjà au dossier, s'il y a lieu.
4. Si le risque est imminent, le médecin doit orienter l'utilisateur vers l'urgence selon les modalités de la Loi (P38) sur la Protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

En cours de trajectoires de soins et services spécialisés :

- Lors des premiers traitements ou changements de lignes de traitements.
 - Lors d'échec thérapeutique, annonce de récurrence ou transition vers des soins de confort.
 - Lorsque les stressés autres que la santé physique sont prédominants : financiers, fonctionnels, perte d'autonomie, isolement, etc.
 - Lorsque le patient parle d'une éventuelle demande d'AMM ou s'il vit un refus de sa demande.
1. Le médecin doit repérer les signes de détresse des utilisateurs lors de ces suivis médicaux.
 2. Le personnel infirmier utilise des outils de cueillette d'informations qui incluent des questions de repérage de base de la détresse ou de la santé globale.

En cours d'hospitalisation :

Les intervenants qui repèrent la présence d'idées suicidaires se réfèrent aux directives infirmières inscrites au PTI ou PII et aux stratégies particulières identifiées au dossier pour chacun des utilisateurs :

- Selon les informations significatives de la détresse recueillie, référer et accompagner personnellement, l'utilisateur vulnérable au suicide vers un intervenant formé et en mesure de procéder à l'estimation du risque de passage à l'acte suicidaire à l'aide de la grille GEDPAS, tel que IPO ASI, md, travailleur social Urgence ou oncologie.
- Au besoin, dans les heures régulières, contacter le chef de service pour du soutien et une guidance vers un collègue habileté de son service ou à l'urgence pour le repérage et l'évaluation du risque suicidaire selon la disponibilité des ressources psychosociales sur place. Le coordonnateur d'activité sera la personne à rejoindre pour ce soutien dans les heures défavorables.
- Si personne n'est accessible, communiquer sans délai avec l'équipe du 1-866-APPELLE ou de l'Accueil psychosocial (AAOR) du RLS de l'utilisateur pour qu'une intervention soit réalisée.
- En cas de repérage positif (présence de risque suicidaire), se référer à la section 7.4 et déterminer les mesures de sécurité requises dans l'immédiat. Une estimation complète du risque de passage à l'acte suicidaire devra être complétée. L'intervenant formé à l'utilisation de la grille peut toujours demander de l'aide pour exécuter ce travail s'il en ressent le besoin (collègues, ou ligne JEVI-partenaires-CPS Haute-Yamaska-La Pommeraie).
- Absence de risque suicidaire : informer l'utilisateur et ses proches sur les services d'aide et de soutien disponibles selon la trajectoire. (Intervenant pivot ou s'assurer de remettre les coordonnées des services ou intervenants disponibles en cas de besoin à l'utilisateur et/ou les proches (ex. : 1 866 APPELLE, 811, JEVI 819-564-1354, CPS-HY 450-375-4252 ou le 911).

- Les activités en lien avec le processus de repérage doivent être notées au dossier de l'utilisateur (se référer au cadre de référence ou guides de bonnes pratiques sur la tenue de dossier en vigueur).

7.4 Estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire et mettre en place le suivi étroit si requis.

N.B Un usager qui verbalise souhaiter recevoir l'aide médicale à mourir, qui fait une demande d'aide médicale à mourir, ou qui reçoit un refus suite à une demande d'aide médicale à mourir doit recevoir, dans les plus brefs délais, une évaluation de sa détresse ou une estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire selon les modalités qui s'appliquent et du soutien psychologique doit être déployé pour cet usager.

L'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire consiste à estimer, simultanément, l'urgence suicidaire, la présence de certains facteurs de risque associés au suicide et la présence de certains facteurs de protection. Cette intervention s'inscrit dans un processus clinique rigoureux. Elle vise également à susciter l'espoir.

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

- Travailleurs sociaux
- Psychologues
- Sexologues
- Infirmières*
- Médecins *

*Dans son champ d'exercices, l'infirmière, tout comme le médecin, peut faire l'évaluation de la condition mentale de l'utilisateur et prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité de celui-ci, et ce, sans utiliser la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS). Pour utiliser spécifiquement la GEDPAS, la formation est requise.

7.4.1 Procéder à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire de l'utilisateur.

Des outils pouvant soutenir l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire sont disponibles selon la clientèle.

- **Clientèle de 14 ans et plus** : Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS).

Grille d'estimation et charte des couleurs :

- Dans le cas d'une cote **VERTE** : Absence d'indice de danger.
 - Remettre les coordonnées des services d'aide Info-Social 811 et 1 866 APPELLE.
 - Assurer l'arrimage vers les services cliniques pertinents et requis pour l'utilisateur (à l'interne (1^{re} à 3^e ligne) ou communautaire.
 - Orienter et accompagner l'utilisateur vers les services que requiert sa situation.
- Dans le cas d'une cote **ROUGE** (danger grave et imminent), il faut s'assurer de la sécurité de l'utilisateur. Cela doit se traduire par un accompagnement vers l'urgence hospitalière.

- Lors d'une cote rouge, l'intervenant doit rechercher le consentement et l'adhésion de la personne. S'il y a un danger grave et imminent requérant une intervention qui vise à assurer sa sécurité, son consentement n'est plus requis pour une garde en établissement (application de la Loi P38.001). Dans cette situation, les conditions découlant de la loi P38.001 devront être respectées afin de maintenir la légalité de la garde.
 - Une fois l'état mental de l'utilisateur stabilisé, la crise suicidaire résorbée et que ce dernier peut obtenir son congé du CH, le personnel impliqué dans la gestion de la crise s'assure qu'un suivi étroit est amorcé en communauté via une référence personnalisée (un intervenant du CIUSSS-CHUS, Info-Social 811, CPS).
 - Consigner **sans délai** au dossier de l'utilisateur les informations reçues (se référer au cadre de référence ou guides de bonnes pratiques sur la tenue de dossier en vigueur au sein de l'établissement)
- Dans le cas d'une cote **ORANGE** : Danger grave à court terme d'un passage à l'acte suicidaire.
- Une cote orange implique une intervention immédiate et un suivi étroit.
 - Se référer à la section 7.4.3 pour les consignes de suivi étroit.
- Dans le cas d'une cote **JAUNE** : Indice de danger faible d'un passage à l'acte suicidaire
- Une cote jaune représente un indice faible de passage à l'acte.
 - Lorsqu'une cote jaune est précédée d'une cote rouge ou orange, il est possible que le suivi étroit soit tout à fait indiqué. (Référence : section 7.4.3)

RAPPEL : Le jugement clinique a toujours préséance. L'estimation du risque de passage à l'acte doit faire partie d'une évaluation des besoins de l'utilisateur et de ses services requis.

7.4.2 Identifier et mettre en place des interventions appropriées en fonction de la clientèle

L'identification des interventions appropriées doit être faite en fonction du jugement clinique et de la responsabilité professionnelle. L'identification des acteurs avec qui l'utilisateur a développé un lien de confiance significatif, s'il y a lieu, est aussi au cœur des discussions et décisions interdisciplinaires pour la mise en place de plan d'intervention efficace.

En communauté, c'est-à-dire lorsque le patient est suivi en externe ou en services ambulatoires :

- **En cours d'épisode de soins et services excluant** un séjour en installation du CIUSSS et lorsque l'équipe traitante ne peut prendre en charge elle-même le suivi étroit de l'utilisateur si requis, un filet de sécurité en collaboration avec la ligne partenaire des CPS ou la ligne 1-866-APPELLE est instauré.
- Préalablement, un **intervenant apte à utiliser la grille GEDPAS procède à l'estimation du risque** de passage et assure des arrimages par référence personnalisée avec les services de proximité en communauté (CLSC, GMF ou CPS).
- Un intervenant formé en intervention en contexte suicidaire fera un premier contact avec l'utilisateur.
- Ce contact vise à créer un lien avec la personne suicidaire, faciliter la transition entre les services et bien positionner l'offre de suivi étroit.
- Un deuxième contact avec l'utilisateur, téléphonique ou face à face, doit être fait par l'intervenant qui assurera le suivi étroit, dans les 24 à 48 heures suivantes.

- Si l'utilisateur y consent, il pourra aussi être référé vers JEVI via sa ligne partenaire (819 564-5475) ou vers le CPS Haute-Yamaska (450 375-4252).
- L'intervenant ayant procédé à l'estimation du risque suicidaire avec l'outil GEDPAS contacte également les autres intervenants ou professionnels de la santé et services sociaux impliqués dans la trajectoire de soins active de l'utilisateur pour les informer de la mise en place du suivi étroit (ex. : médecin traitant, psychiatre, IPO, t.s).

RAPPEL : En tout temps il faut favoriser la collaboration étroite et la mobilisation des membres de l'entourage de l'utilisateur. Le soutien à ces personnes est également indispensable afin de leur permettre de mieux remplir leur rôle.

- Le suivi étroit est un service volontaire offert par des intervenants des services externes. Toutefois, considérant la vulnérabilité des usagers visés, ces derniers doivent faire l'objet d'une attention particulière de tous.
- L'autorisation de communication de l'information n'est pas requise lorsque ces professionnels font partie du même établissement².
- Advenant un refus des services proposés, le personnel s'assure de la compréhension de l'utilisateur et l'informe des ressources d'aide disponibles en cas de besoin. Une relance téléphonique par un intervenant du CIUSSS-CHUS significatif au dossier de l'utilisateur est indiquée dans les 72 heures.
- En heures favorables, les intervenants se contactent directement entre eux en s'échangeant leurs coordonnées téléphoniques ou en passant par la téléphonie pour assurer la continuité du suivi et transfert d'informations.
- En heures défavorables (soirs, weekends et jours fériés), ce sont les équipes d'urgence de première ligne à mobiliser soit l'équipe d'Info-Social 811 ou AAOR du RLS d'appartenance de l'utilisateur afin d'assurer la suite de la prise en charge de façon sécuritaire.

En cours d'hospitalisation :

- Durant le séjour dans une installation du CIUSSS, l'équipe traitante assure l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire et assure la prise en charge de l'utilisateur par les professionnels compétents et formés à ce type de soutien. Le tout est inscrit au PTI ou PII du dossier de l'utilisateur.
- Le plan thérapeutique infirmier (PTI) précise les interventions et mesures de sécurité requises (ex. : sécuriser la chambre, utiliser des ustensiles en plastique, etc.)
- Impliquer les intervenants médicaux et psychosociaux nécessaires au plan de soins et à l'accompagnement de l'utilisateur.

Avant un transfert ou un congé d'une installation du CIUSSS :

- Il est nécessaire de développer **un plan de sécurité** avec l'utilisateur (ex. : quoi faire en situation de crise- en heures favorables et défavorables). Le plan de sécurité est reconnu comme étant plus efficace qu'un contrat de non-suicide. Il peut être intégré au plan d'intervention ou non. Il doit être discuté et validé en continu afin de s'assurer que l'utilisateur

² Directive clinico-administrative. Échange inter-installation d'informations contenues aux dossiers des usagers du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (K210–DIR-01).

y adhère toujours. La contribution du réseau social et familial est un élément essentiel à l'adhésion de l'utilisateur à son plan de sécurité. (Voir Annexe C).

- La décision de donner le congé hospitalier à l'utilisateur doit être une décision concertée en interdisciplinarité et avec la collaboration de l'intervenant des services externes qui assureront la continuité.
- Le médecin demeure imputable de la décision finale de donner ou non le congé à un utilisateur.
- Une référence personnalisée (voir section définition) est effectuée et un contact de l'utilisateur avec l'intervenant qui prendra en charge le suivi étroit dans la communauté est effectué avant le congé.
- La référence est l'occasion de transmettre certaines informations utiles au suivi de l'utilisateur suicidaire. La fiche de liaison ou le formulaire de référence interservices/interdirections du CIUSSS de l'Estrie-CHUS doit être rempli.

7.4.3 Présence de risque suicidaire chez la clientèle 14 ans et plus : Mise en place du suivi étroit

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

En présence de risque suicidaire, des modalités de suivi étroit sont prévues pour tout utilisateur qui a **une cote finale d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire ORANGE (danger grave à court terme)**.

Le jugement clinique prédomine dans ces situations. Cette mesure doit être adaptée aux besoins et particularités de l'utilisateur.

Pour les services de la DSSCC, l'assurance de la mise en place d'un suivi étroit se réalise avec les partenaires internes et externes, soit à l'interne avec l'équipe de la santé mentale ou de l'urgence, ou encore la coordination du suivi étroit requis avec un intervenant CPS ou les services AAOR du RLS de l'utilisateur. Nos professionnels en soins de la DSSCC assurent la responsabilité de mettre en place le filet de sécurité, dans un premier 24 heures ou jusqu'à la transition avec ces intervenants dédiés et experts en gestion de crise suicidaire. **Nos professionnels de la DSSCC et médecins ne sont pas ceux qui prendront en charge les interventions requises d'un suivi étroit sur plusieurs semaines.**

Le filet de sécurité à mettre en place pour passer le relais vers un intervenant qui prendra en charge le suivi étroit nécessite qu'un **intervenant apte à utiliser la grille GEDPAS procède à l'estimation du risque** de passage au préalable aux arrimages requis, suivis par une référence personnalisée avec les services internes ou CPS.

Les autres intervenants psychosociaux et professionnels de la santé en contact avec l'utilisateur sont informés de la mise en place du suivi étroit et de la suspension des soins spécialisés temporaires offerts par la DSSCC.

L'autorisation de communiquer de l'information n'est pas requise lorsque ces professionnels font partie du même établissement³.

Lors d'une cote ROUGE, le consentement de l'utilisateur ou du représentant légal n'est plus requis pour une garde en **établissement (application de la loi P-38.001) puisqu'il y a un danger grave et imminent**

³ Directive clinico-administrative. Échange inter-installation d'informations contenues aux dossiers des utilisateurs du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (K210- DIR-01).

7.4.4 Fin du suivi étroit (section applicable pour les 14 ans et plus)

Pour la DSSCC, la fin du suivi étroit est assurée par le partenaire qui le met en place et qui le gère. La fin du suivi étroit répond alors à des critères précis de dangerosité faible de passage à l'acte suicidaire.

L'intervenant attiré au suivi étroit informe les intervenants ou professionnels de la santé DSSCC en contact avec l'utilisateur de la fin du suivi étroit.

Si un autre type de suivi adapté à la situation et la santé de l'utilisateur est indiqué dans le contexte (ex. repris de traitement oncologique), ce suivi débutera dans un délai cohérent avec le niveau de priorité clinique établi et le consentement de l'utilisateur (ère).

8. Postvention

Le suicide ou les tentatives de suicide amènent souvent un sentiment d'urgence d'agir. La postvention correspond à l'ensemble des interventions qui se déploient après un suicide dans le milieu où le suicide a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée. Elle a pour objectifs de diminuer la souffrance individuelle, de renforcer la capacité des individus à faire face à l'adversité, de diminuer les risques d'effet d'entraînement (contagion), d'augmenter le sentiment de sécurité du milieu et de favoriser un retour au fonctionnement habituel pour le milieu touché (école, travail, milieu de vie, communauté, etc.) (Séguin, Roy et Boilar, 2020).

Il est primordial de bien planifier les actions à déployer à la suite d'une situation comme celle-ci. La postvention devient essentielle. Celle-ci permet d'abord de faire l'analyse de l'événement qui guidera la priorisation des mesures à déployer. Une bonne gestion clinique s'impose afin de faire une analyse complète de la situation nécessitant une postvention. Pour ce faire, une équipe doit être mobilisée rapidement afin d'offrir d'abord le soutien nécessaire aux personnes touchées et/ou endeuillées de même que procéder à un bilan. En heures défavorables, les coordonnateurs d'activités lancent le processus d'alerte et de coordination organisationnelle (Intranet > Boîte à outils > Mesures d'urgence).

En heures favorables, pour la DSSCC, les responsables de l'équipe postvention sont le coordonnateur et le chef de service du secteur concerné, soutenu par leur partenaire de proximité des ressources humaines. Les directeurs et directeurs adjoints sont inclus au processus de planification de la cellule de postvention et la coordination des communications interne et externe leur est confiée dans un tel événement.

Le partenaire JEVl offre également des services de soutien à la postvention via la ligne partenaire (819 564-5475). Le CPS de la Haute-Yamaska offre également ce service en communiquant au 450-375-4252 du lundi au vendredi.

La période qui suit un suicide est propice à l'émergence de tensions et conflits en partie liés à la recherche de responsable. Cette période est susceptible d'entraver la capacité des personnes à faire face à la situation et peut contribuer à augmenter leur détresse.

En ce sens, l'équipe dédiée à la postvention identifiera :

- Les usagers touchés et les impacts que l'événement a eus ou pourrait avoir sur chacun d'eux.
- Le personnel touché et les impacts de l'événement sur eux.
- Les interventions à privilégier et comment les réaliser.
- Les personnes ou les ressources qui seront responsables d'effectuer les différentes interventions.

Modalités d'intervention suivant la mise sur pied de la cellule postvention :

- Planifier rapidement l'annonce de l'événement si requis (informer et recadrer l'information).
- Repérer les personnes directement touchées (endeuillées et témoins) qui sont à risque de développer des complications de deuil, des troubles de stress aigu ou des troubles de stress post-traumatique.
- Offrir immédiatement du soutien et demeurer attentif aux réactions engendrées par l'événement.
- Porter un regard continu sur l'état de ces personnes afin de repérer les complications qui pourraient survenir à distance de l'événement (moyen et long terme).
- Porter une attention particulière aux personnes vulnérables (soit celles qui ont une vulnérabilité préalable), même si elles ne sont pas directement touchées par l'événement.
- Favoriser le sentiment de compétence et de sécurité auprès du personnel touché.
- Contacter le représentant de la gestion des risques pour l'informer de l'événement grave et débiter la déclaration et divulgation requise.
- Communiquer avec le service des communications afin de les sensibiliser sur le potentiel médiatique de la situation.

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 pour les patients en suivi de services ainsi que lorsque l'événement survient une fois le congé donné d'une hospitalisation (délai 30 jours), lors d'un congé temporaire pour les patients suivis par les équipes interdisciplinaires en oncologie. Ces événements devraient être considérés comme des événements sentinelles, car ils répondent aux deux critères suivants : accidents ayant entraîné des conséquences graves ou encore incidents ou accidents qui auraient pu avoir des conséquences graves si la situation n'avait pas été récupérée à temps.

Des représentants de la DQEPP (gestion des risques) sont responsables de coordonner un processus d'analyse d'événement sentinelle, et ce, dans un souci d'amélioration continue de nos pratiques. Le gestionnaire de l'équipe concernée ainsi que son coordonnateur sont invités à participer activement à l'analyse qui devraient se conclure par un plan d'amélioration.

Le gestionnaire du secteur où est survenu l'événement est responsable d'en assurer le suivi, il doit :

- S'assurer de l'actualisation des recommandations dont il est responsable.
- Respecter l'échéancier déterminé.
- Compléter et mettre à jour la requête SAFIR liée à l'événement sentinelle.

En cas de doute quant à la nécessité de déclarer un tel événement via le formulaire AH-223-1, référer à la gestion des risques.

Les directions cliniques se réfèrent à la *Procédure gestion des événements sentinelles E000-PROCD-01* ainsi qu'à la *Procédure de déclaration et analyse des événements survenus lors de la prestation de soins et services aux usagers E000-PROCD-02*.

10. Audit

Il est fortement suggéré de réaliser, sur une base régulière (ex. : une fois par année), des audits pour valider l'application adéquate par les intervenants des bonnes pratiques en prévention du suicide et d'assurer un suivi des améliorations à apporter suite aux résultats des audits.

Les chefs de service en collaboration avec leurs ASI sont indiqués pour réaliser ces audits internes et les intégrer au cycle et le calendrier annuel des audits à réaliser pour son secteur. Le chef de service peut déléguer en partie ou en totalité cette activité d'audit à un membre de confiance de son équipe, mais il demeure responsable d'analyser les résultats de son secteur et d'agir en conséquence.

11. Rôles et responsabilités

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

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

Direction clinique de la DSSCC -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 procédure auprès de l'ensemble des employés sous leur 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 de mesures de protection, le suivi étroit et la postvention.
- 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.

Coordonnateurs de la DSSCC :

- 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 la diffusion de la présente procédure de leur coordination auprès de l'ensemble des employés sous leur gouverne.
- Assurer l'application de la présente procédure par l'ensemble des employés sous leur gouverne.

Chefs de service ou la personne qu'il désigne (Ex. 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.
- Soutenir l'appropriation et l'application de la présente procédure dans son secteur d'activité.
- Favoriser par des audits ou des exercices annuels l'aisance dans l'action de ces intervenants en prévention du suicide ; repérage et estimation de la dangerosité et tenue de dossier associée, discussions de cas en discussion multidisciplinaire.
- Identifier les besoins de formation en prévention du suicide de son secteur.
- Inscrire les intervenants concernés aux activités de formation pertinentes.
- Prévoir la mise en place d'une structure de soutien clinique au sein de son secteur d'activité.
- S'assurer que les rapports AH-223-1 sont complétés et transmis pour tous les événements de tentatives de suicide ou de suicide.
- Assure un suivi immédiat avec le conseiller-cadre de la DAQSSS de la DQEPP pour la gestion des événements sentinelles (tentatives de suicide ou suicide).
- Contacter les mesures d'urgence lors d'une tentative de suicide ou un suicide dans son service en respect du processus d'alerte et coordination organisationnelle (section mesures d'urgence dans intranet).
- Assure la divulgation de l'événement aux proches ou représentant légal en respect de la Procédure de divulgation de l'information aux usagers à la suite d'un accident survenu lors de la prestation de soins et de services E000-PROCD-03.
- Assurer une vigie opérationnelle quant à l'application de la présente procédure et transmettre les actions et les résultats à son coordonnateur.

Intervenants (soins infirmiers ou professionnels DSSCC) :

- 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.
- Comprendre et appliquer la présente procédure dans son secteur d'activité.
- Informe son chef de service ou la personne qu'il désigne lorsqu'il :
 - Effectue un repérage indiquant un risque suicidaire, alors qu'il ne peut procéder lui-même à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.
 - Effectue une estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.
 - Assure un filet de sécurité vers la mise en place du suivi étroit auprès d'un usager.
- Implique les proches et les soutient dans leur rôle dans la mise en place du filet de sécurité.
- Partage ses besoins de développement de compétence à son chef de service.
- Participe à des activités de formation proposées en prévention du suicide.
- Connaître les modalités de soutien clinique pour exécuter son travail et ses responsabilités et participer activement aux mises à niveau requises.
- Assure la continuité des services et le transfert d'informations à un autre intervenant avec un contact direct par une référence personnalisée.
- Déclare les accidents-incidents AH-223-1 en lien avec une tentative de suicide ou un suicide et avise son chef de service.

- Assure la prise en charge de l'utilisateur en attente de service du CIUSSSE-CHUS, car il est considéré sous la responsabilité de l'établissement ou convenir en concertation avec le partenaire CPS d'une prestation de service pour un usager qui est en attente de services si une situation clinique le prescrit.

Direction des services généraux (DSG) :

- Équipe Info-social 811/ Crise 24-7.
- Procéder à l'intervention et la mise en place d'un filet de sécurité lors d'une crise suicidaire en heures défavorables (soir, nuit, fin de semaine, férié).
- Vérifier auprès de l'utilisateur s'il est en épisode de service ou en période de fidélisation avec un intervenant du CIUSSS de l'Estrie-CHUS ou un professionnel GMF afin d'assurer la continuité de l'intervention.
- Faire une demande de prise en charge vers le CPS ou vers l'intervenant offrant un épisode de services, avec la collaboration des équipes d'Accueil psychosocial des RLS.
- Assurer la continuité des services et le transfert d'informations à un autre intervenant de l'équipe d'Accueil psychosocial des RLS.
- Équipes accueil psychosocial (AAOR).
- Procéder à l'intervention auprès des usagers qui ne sont pas desservis au sein d'un programme-service du CIUSSSE-CHUS, lors d'une crise suicidaire en heures favorables (jour de semaine 8h30-16h30).
- Assurer l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire et la mise en place d'un filet de sécurité.
- Acheminer une demande au CPS, selon sa disponibilité à prendre en charge, pour les usagers qui ne sont pas desservis au sein d'un programme-service du CIUSSSE-CHUS, pour amorcer le suivi étroit en fonction des besoins de l'utilisateur et après en avoir convenu avec lui.
- Assurer la continuité des services et le transfert d'informations à un autre intervenant avec un contact direct par une référence personnalisée.
- Collaborer avec l'intervenant (ou l'équipe traitante) connu de l'utilisateur dans un contexte de dangerosité grave et imminente (rouge) ou grave à court terme (orange), afin de faciliter l'intervention et en assurer la continuité.
- Contacter le responsable de la gestion de la liste d'attente si l'utilisateur est en attente de services, afin que la priorisation de la demande soit revue et que celui-ci soit pris en charge à court terme par des intervenants offrant des services adaptés à ses besoins.

12. Références

- 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 (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
- CIUSSSE-CHUS (2022) Politique prévention du suicide – E000-POL-07. Repéré à : https://intranet.ciusss-estrie-chus.reg05.rtss.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/05_CIUSSSE_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, Mitsuhiro YAMADA. (2019) "Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis." BMC Psychiatry 19 :44
- 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 CIUSSSE 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
- VOGL, Shand F., J. ROBINSON. (2018) « Improving patient care after a suicide attempt. PMID : 29480013 Australas Psychiatry. 2018 Apr ; 26 (2) : 145-148

13. Dispositions finales

Version antérieure

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

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
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Catherine Bardeau, 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 	Date ou période
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	- Nathalie Fortin, coordonnatrice réseau cancérologie, DSSCC-revu avec Valérie Perron, chef de service et Marika Bertrand, travailleuse sociale en oncologie.	Mars 2024
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)		Date ou période
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Date ou période
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Date ou période

Annexe B - Clientèle jeunesse

Les usagers mineurs qui sont desservis par la DSSCC sont concernés par une trajectoire de soins précise et spécialisée de santé physique. Pour tous les soins requis en santé psychologique face à une estimation du risque suicidaire ou une prise en charge suicidaire, les partenaires de l'urgence, de la pédopsychiatrie ou les professionnels psychosociaux en jeunesse sont les maîtres d'œuvre avec qui arrimer les soins pour ce type de clientèle. Le rôle des intervenants tels que les médecins, infirmières ou professionnels de la santé de la DSSCC est d'assurer le filtre de sécurité et les arrimages vers ces partenaires nommés pour une estimation et une prise en charge sécuritaire du risque suicidaire.

Stratégies d'interventions suggérées pour mettre en place le filtre de sécurité auprès des jeunes à risque :

- S'assurer d'avoir la collaboration et l'implication de l'utilisateur enfant (pouvoir d'agir) ainsi que celle des parents, des proches ou du représentant légal.
- Pour les jeunes sous la Loi de la protection de la jeunesse, s'ils sont en danger et que les parents ne sont pas en mesure de protéger leur jeune, l'application de la LPJ, article 46 pourrait être appliqué. (Voir ci-bas).
- S'assurer de répondre aux besoins de sécurité immédiats et en assurer le suivi ; compléter une requête Urgence... ? Urgence, pédopsychiatrie, requête en service social selon le jugement médical du médecin au dossier du jeune usager.
- Des indications à l'utilisateur enfant concernant quoi faire et qui interpelle en cas de besoin lui sont été transmises, ainsi qu'à son parent ou représentant légal si requis.
 - 1-866-APPELLE / CPS / AAOR / 811 ou 911

Lorsqu'un intervenant se trouve en présence d'un usager enfant 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.

Présence de risque suicidaire chez la clientèle jeune de moins de 13 ans

- Analyser le risque suicidaire tout en suscitant l'espoir, comme recommandé dans le *Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-825-03W.pdf>

Pour les jeunes de 14 ans et plus qui reçoivent des services en vertu de la LPJ.

- S'assurer de répondre aux besoins de sécurité immédiats du jeune et en assurer le suivi.
- Contacter sans délai l'intervenant en protection de la Jeunesse afin que des mesures de protection soient déployées.

LPJ-Article 46

Pour les jeunes sous la loi de la protection de la jeunesse, s'ils sont en danger et que les parents ne sont pas en mesure de protéger leur jeune, l'application de la LPJ, article 46 pourrait être appliqué. Cet article permet pour une période maximale de 48 heures :

- De retirer le jeune du milieu où il se trouve ;
- De le confier sans délai ;
- De restreindre les contacts parent-jeune ;
- D'interdire les contacts entre le jeune et toute autre personne ;
- D'appliquer toute autre mesure.
- Consigner **sans délai** au dossier de l'utilisateur les informations reçues (se référer au Cadre de référence ou guides de bonnes pratiques sur la tenue de dossier en vigueur au sein de l'établissement).



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 :

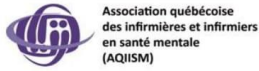
- 1) L'adulte responsable est-il informé de la situation?
- 2) L'adulte responsable est-il disponible au jeune et ce, tant physiquement qu'affectivement?
- 3) L'adulte responsable est-il capable d'assurer un filet de sécurité et mettre en place les mesures nécessaires pour diminuer l'accessibilité aux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

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

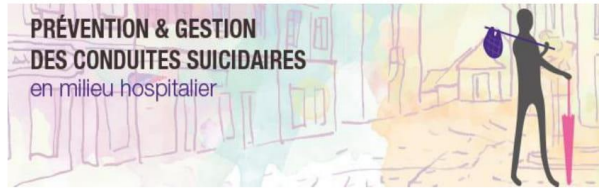
- **Le motif de signalement** : Est-ce que le motif du signalement peut mettre en doute la capacité de l'adulte responsable à assurer la mise en place du filet de sécurité (ex. négligence)? Est-ce que le jeune a tendance à fuguer? À sortir en plein milieu de la nuit?
- **Le niveau de collaboration et 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-il 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^{ème} 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?



Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en santé mentale
(AQISM)



GUIDE D'ÉLABORATION DU PLAN DE SÉCURITÉ

Nom de la personne : _____

Nom de l'intervenant : _____

Date d'élaboration : _____ Date de révision : _____

Étape 1 : Mes signaux d'alarme

Pour procéder à cette première étape et soutenir la personne dans la reconnaissance d'un risque suicidaire, le professionnel doit explorer avec la personne ses signaux propres et significatifs indiquant l'annonce potentielle d'une crise suicidaire. Il doit amener la personne à dépister ses signaux d'alarme et à les décrire de la façon la plus précise possible :

- Ses pensées et émotions comme de la tension, irritabilité, tristesse, sensation de vide, perte d'espoir, impuissance, images mentales négatives, etc. ;
- Des changements dans son comportement ou des événements tels qu'un échec, de l'isolement, de l'insomnie, etc.

Étape 2 : Mes stratégies d'adaptation en solo

Pour cette étape, la personne identifie ses stratégies adaptatives auxquelles elle pourra avoir recours de façon autonome afin d'exercer un plus grand contrôle sur ses idées suicidaires. Ces stratégies peuvent être de promener le chien, de courir, d'écouter de la musique ou un film, d'effectuer des sudokus, du ménage, etc.

Références : <https://www.aqism.org/prevention-du-suicide/generalites/references/>

Reproduction autorisée avec mention de la source : *Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale.*

Étapes 3 : Mes stratégies sociales

La personne sélectionne des activités ainsi que des personnes de son entourage susceptibles de la distraire pour la détourner de ses idées suicidaires. Par exemple, téléphoner à un ami, retourner au club de marche, suivre un cours d'équitation de groupe, etc.

Étapes 4 : Mes personnes ressources

Pour cette étape, la personne désigne les gens de son entourage susceptibles de la soutenir concrètement à la détourner de ses pensées suicidaires envahissantes. Les personnes en mesure d'offrir ce type de soutien sont idéalement au fait du plan de sécurité, du type de soutien attendu et sont consentantes à intervenir en ce sens. Le passage à cette étape par la personne signifie généralement que les stratégies précédentes se sont avérées insuffisantes.

Nom : _____ ☎ _____

Nom : _____ ☎ _____

Nom : _____ ☎ _____

Étapes 5 : Mes ressources spécialisées et professionnelles à contacter lors d'une crise

Nom du professionnel : _____ ☎ _____

Hôpital : _____ ☎ _____

Centre de prévention du suicide : _____ ☎ _____

Centre de crise : _____ ☎ _____

Étape 6 : Mes moyens à prendre pour sécuriser mon environnement

Dans le cas où la personne à risque a fait état d'un plan suicidaire, dont on connaît les moyens, il est impératif d'obtenir de sa part un engagement pour limiter l'accès aux moyens dans un délai convenu. Cette étape consiste à aider la personne à identifier ces moyens ainsi que ceux permettant de rendre globalement son environnement plus sécuritaire. Par exemple : Ma conjointe maintiendra les médicaments disponibles à la maison sous clé ; j'ai convenu avec un ami qu'il viendra dormir avec moi à la maison durant le voyage de deux jours de ma conjointe.

Références : <https://www.aqiism.org/prevention-du-suicide/generalites/references/>



Reproduction autorisée avec mention de la source : *Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale.*



Mes ressources

4. Mes personnes ressources :

Si la souffrance devient trop grande
Si des idées suicidaires vous envahissent
Si vous pensez perdre le contrôle

5. Mes ressources spécialisées et professionnelles :

Ligne Infosocial	8-1-1
Ligne de prévention suicide	1-866 APPELLE (277-3553)
Centre jeunesse	_____
Médecin de famille	_____
Centre de crise	_____
Centre antipoison	1-800-463-5060
Organisme de soutien	_____
Police et ambulance	9-1-1
_____	_____
_____	_____



Planification du congé

6. Moyens pour sécuriser mon environnement :

Congé temporaire :

Si retard ou au besoin, contactez l'unité/
service : _____

Tél.: _____

Congé définitif :

Équipe assurant votre suivi en externe :

Date rendez-vous : _____

Nom: _____

Autres rendez-vous

PRENDRE CONGÉ EN TOUTE SÉCURITÉ



**PRÉVENTION & GESTION
DES CONDUITES SUICIDAIRES**
en milieu hospitalier



Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en santé mentale
(AQISM)



Mon plan de sécurité

Vous avez été hospitalisé suite à des idées suicidaires et maintenant vous retournez dans votre milieu.

Il est important de préparer votre congé et de mettre en place des moyens pour assurer votre sécurité.

Quelques conseils de base :

- Évitez la consommation de drogues et d'alcool.
- Évitez, autant que possible, les situations conflictuelles et stressantes.
- Accordez-vous des moments pour vous détendre et vous divertir.
- Entourez-vous de personnes de confiance.
- Demandez de l'aider dès que nécessaire
- Utilisez le plan de sécurité que vous avez élaboré en collaboration avec votre intervenant.



Mes signaux d'alarme

1. Pensées, émotions et changements qui indiquent je vais moins bien :

Quand : _____

Quand : _____

Quand : _____

Quand : _____

Quand : _____

Quand : _____



Mes stratégies

2. Pour me distraire et me changer les idées, je peux commencer par :









3. Activités sociales que je peux faire avec d'autres personnes :

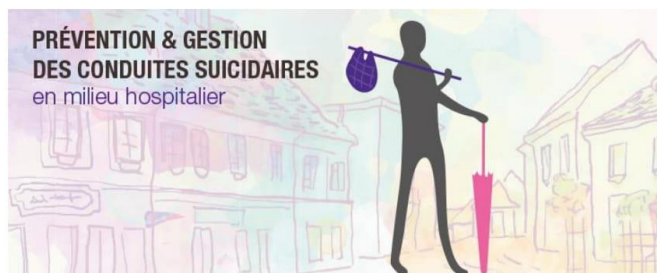








Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en santé mentale
(AQISM)



AIDE-MÉMOIRE POUR LA PLANIFICATION DU CONGÉ DES PERSONNES À RISQUE SUICIDAIRE

- Déterminer de manière collaborative avec la personne à risque et un membre de son entourage, si cela est possible, son plan de sécurité qui lui servira notamment de rappel si elle se trouve en situation à risque, ou procéder à son ajustement. Utiliser le dépliant *Prendre congé en toute sécurité*.
- Transmettre, avec l'accord de la personne, des informations à ses **proches** sur le risque suicidaire actuel et sur les moyens potentiels pour l'accompagner et la soutenir efficacement.
- Lors d'un **congé temporaire**, préciser avec la personne et ses proches le moment prévu pour le retour à l'unité de même que les coordonnées de l'intervenant à rejoindre en cas de retard.
- Lors d'un **congé définitif** ;
 - Identifier une personne ressource responsable du suivi externe ;
 - Faire parvenir à la personne ressource toute l'information pertinente sur la situation clinique de l'usager incluant la présence d'un risque suicidaire ;
 - Déterminer une date de rendez-vous de suivi avant le départ ;
 - Transmettre ces informations à l'usager et à ses proches s'il y a lieu.
- Avant le départ, réévaluer le risque suicidaire de la personne ;
- Documenter au dossier les activités de planification du congé réalisées, les résultats de la réévaluation du risque suicidaire, ainsi que les réactions de la personne.

Références : <https://www.aqism.org/prevention-du-suicide/generalites/references/>



Reproduction autorisée avec mention de la source : Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale.

Annexe E – Messages clés

Messages clés en prévention du suicide pour la DSSCC et contacts utiles

Peu importe ses fonctions, toutes les personnes œuvrant au CIUSSS de l'Estrie-CHUS et la DSSCC sont concernées par la vigie de la prévention du suicide auprès des collègues et des usagers. Tous peuvent prévenir des passages à l'acte suicidaire par des actes **bienveillants et sécurisants de présence attentive face à l'autre**.

En cas de doute ou de message nécessitant une estimation et une prise en charge sécuritaire :

Référer et accompagner personnellement, l'usager vulnérable au suicide vers un intervenant formé et en mesure de procéder à l'estimation du risque de passage à l'acte suicidaire :

Intervenants DSSCC autorisés à estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire	Cote de couleur face à l'estimation du risque suicidaire et interventions
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailleurs sociaux ▪ Psychologues ▪ Sexologues ▪ Infirmières* ▪ Médecins * <p>*Dans son champ d'exercices, l'infirmière, tout comme le médecin, peuvent faire l'évaluation de la condition mentale de l'usager et prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité de celui-ci, et ce, sans utiliser la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS). Pour utiliser spécifiquement la GEDPAS, la formation est requise.</p>	<p>Cote Vert : Absence d'indice de danger.</p> <p>Remettre les coordonnées des services CPS 1-866 APPELLE, par exemple.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'arrimage vers les services cliniques pertinents et requis pour l'usager. • Orienter et accompagner l'usager vers les services que requiert sa situation.
	<p>Cote jaune : Indice de danger faible d'un passage à l'acte suicidaire</p> <p>Remettre les coordonnées des services CPS-1-866-APPELLE, par exemple.</p> <p>* Lorsqu'une cote jaune est précédée d'une cote rouge ou orange, il est possible que le suivi étroit soit tout à fait indiqué.</p>
	<p>Cote orange : Danger grave à court terme d'un passage à l'acte suicidaire.</p> <p>Intervention immédiate et suivi étroit requis.</p>
	<p>Cote rouge : danger grave et imminent</p> <p>911-urgence- Loi P-38.001</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors d'une cote ROUGE, le consentement de l'usager ou du représentant légal n'est plus requis pour l'application de la LPP (P38.001) puisqu'il y a un danger grave et imminent requérant une intervention qui vise à assurer sa sécurité. • Il demeure que l'intervenant doit rechercher l'adhésion de l'usager. Dans cette situation, les conditions découlant de la LPP (P38.001) devront être respectées. • Une fois l'état mental de l'usager stabilisé, la crise suicidaire résorbée et que ce dernier peut obtenir son congé du CH, le personnel s'assure qu'un suivi étroit est amorcé en communauté (CPS, Info-Social 811 ou un intervenant du CIUSSS-CHUS).

Si personne n'est accessible, communiquer sans délai avec l'équipe du **1-866-APPELLE** ou de l'Accueil psychosocial (AAOR) du RLS de l'utilisateur pour qu'une intervention soit réalisée :

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

Ultimement, Info-social 811 ou même le 911 sont aussi des contacts faciles à remémorer aux usagers manifestant des signes de détresse ou de référence pour les proches, en plus du **1-866-APPELLE** (réponse assurée sans délai).

En cas de dangerosité de passage à l'acte (cote **orange-rouge**), nos intervenants DSSCC doivent assurer une référence personnalisée, c'est-à-dire d'établir le filtre de sécurité et les arrimages requis vers l'urgence, un intervenant du CIUSSS-CHUS ou le partenaire CPS qui proposeront le suivi étroit à l'utilisateur et assureront les soins requis.

En cas de refus d'AMM ou d'une demande d'AMM spontané, **le GIS** peut être contacté au besoin, **(819) 346-1110, poste 23817**. L'évaluation de la détresse et l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire sont requises.

En tout temps, impliquer les proches de la personne suicidaire à la résolution de la crise suicidaire ou aux manifestations de détresse s'avère judicieux. En même temps que viser l'estimation du risque, les interventions doivent aussi susciter l'espoir.