

Prévention du suicide

Guide de bonnes pratiques à l'intention des
intervenants des centres de santé et de services sociaux



Prévention du suicide

Guide de bonnes pratiques à l'intention des
intervenants des centres de santé et de services sociaux



Le présent document a été coproduit par le Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale du ministère de la Santé et des Services sociaux et le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Coordination

- Marthe Hamel, chef de service, Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
- Julie Lane, chercheuse, Direction de la coordination et des affaires académiques (DCAA)
Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)
- Johanne Archambault, directrice, DCAA, CSSS-IUGS

Recherche et rédaction

- Julie Lane, chercheuse, DCAA, CSSS-IUGS
- Johanne Archambault, directrice, DCAA, CSSS-IUGS
- Marilou Collins-Poulette, professionnelle de recherche, DCAA, CSSS-IUGS
- Raymonde Camirand, professionnelle de recherche, DCAA, CSSS-IUGS

Collaboration ponctuelle à la rédaction de certaines sections

- Christine Pakenham, agente de recherche,
Direction générale de la santé publique, MSSS
- Julie Gauthier, agente de recherche,
Direction générale de la santé publique, MSSS

Collaboration à la rédaction des informations relatives à la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

- Brigitte Lavoie, conseillère clinique, Centre de prévention du suicide (CPS) Suicide Action Montréal
- Marie Lecavalier, adjointe à la Direction des services à la clientèle, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

Approbation des orientations des travaux par le comité de gestion du projet

- Julie Lane, CSSS-IUGS
- Johanne Archambault, CSSS-IUGS
- Marthe Hamel, Direction générale de la santé publique, MSSS
- Christine Pakenham, Direction générale de la santé publique, MSSS
- Julie Gauthier, Direction générale de la santé publique, MSSS
- Josée Lepage, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, MSSS
- Johanne Rhainds, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, MSSS
- Patricia Dumas, Direction générale des services sociaux, MSSS

Les personnes suivantes, du MSSS, qui ont participé aux premiers travaux du comité :

- Caroline De Pokomandy-Morin, Direction générale des services de santé et médecine universitaire
- Pauline Thiboutot, Direction générale de la santé publique
- Louise Latulippe, Direction générale des services de santé et médecine universitaire
- Sylvie Veilleux, Direction générale de la santé publique
- Gaétan Trudeau, Direction générale des services sociaux

Citation suggérée

Lane, J., J. Archambault, M. Collins-Poulette et R Camirand (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 99 p.*

Secrétariat et correction

- Marie-Ève Latulippe, agente administrative, DCAA, CSSS-IUGS
- Lyne Turcotte, agente administrative, DCAA, CSSS-IUGS
- Nancy Hamel, technicienne en administration, DCAA, CSSS-IUGS
- Audrey Descroisselles, stagiaire en secrétariat, Direction générale de la santé publique, MSSS

Graphisme et infographie

- Deschamps Design

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document s'adresse aux intervenants et aux gestionnaires du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui peuvent le consulter sur les sites suivants :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> et www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-59730-8 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-59731-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2010

REMERCIEMENTS

La production du présent document a été rendue possible grâce à l'aide et à l'investissement des personnes suivantes, que nous souhaitons remercier chaleureusement.

- Les membres du comité de suivi en prévention du suicide, qui sont chargés de conseiller les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en prévention du suicide et d'examiner le déroulement de l'ensemble des démarches entreprises par le MSSS à ce sujet – dont l'élaboration de ce document et du *Guide de soutien au rehaussement des services en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*.

Monick Coupal de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, Bernard Deschênes de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Capitale-Nationale, Suzanne Gérin-Lajoie de l'ASSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Louis Lemay de l'Association québécoise de prévention du suicide, Ginette Martel de l'ASSS de Lanaudière, Françoise Roy de l'ASSS de la Montérégie, Alexandre St-Denis de l'ASSS de Laval, Édith Saint-Hilaire de l'ASSS de Chaudière-Appalaches et Gaétan Trudeau de la Direction générale des services sociaux du MSSS.

- Les étudiants en maîtrise en management public de la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke qui ont reçu une partie de leur formation en participant à ce projet.

Mélissa Allard, Jean-Simon Bhérer, Yvan-Carmel Ntahondereye et Marilou Collins-Poulette, qui a ensuite été embauchée pour travailler plus activement au projet, ont contribué à enrichir nos réflexions sur les rôles des différents partenaires engagés dans la prévention du suicide.

- Les personnes consultées pour nourrir la réflexion sur la partie du guide qui présente les services des CSSS et des partenaires régionaux ou locaux en prévention du suicide.

Manon Bélanger du CSSS Saint-Jérôme, Julie Campbell du CPS le Faubourg, Bernard Deschênes de l'ASSS de la Capitale-Nationale, Brian Dickinson du CSSS de Trois-Rivières, Claudette Fournier du CSSS de la Vieille-Capitale, Laurent Garneau du CPS Saguenay-Lac-Saint-Jean, Suzanne Gérin-Lajoie de l'ASSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Claudette Lemaire du CSSS de Trois-Rivières, Louise Lévesque de JÉVI Centre de prévention du suicide – Estrie, Johanne Marcotte du CSSS de Bordeaux-Cartier-ville-Saint-Laurent, Serge Mercier du CSSS Les Eskers de l'Abitibi, Isabelle Plamondon du CSSS de Chicoutimi, Martine Roch du CSSS Les Eskers de l'Abitibi, Françoise Roy de l'ASSS de la Montérégie, Alexandre St-Denis de l'ASSS de Laval ainsi qu'Andrée Verreault du CPS Saguenay-Lac-Saint-Jean.

- Les intervenantes et intervenants ainsi que les gestionnaires de CSSS et de CPS qui ont contribué à l'*Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux*, phase préalable à la rédaction du guide. Ces personnes nous ont généreusement fait part de leurs perceptions et de leurs expériences en prévention du suicide.

Micheline Bureau et Diane Deserres du CPS d'Amos.

Marie-Claude Bergeron, Pierre Duchaine, Laurent Garneau, Carol Gravel, Jocelyn Maltais et André Verreault du CPS Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Chantal Brisson, Julie Champagne, Marie-Pier Coulombe, Matthieu Dallaire, Caroline Dionne, Geneviève Gamache, Nathalie Héon et Hélène Roy du CPS les Deux-Rives.

Simon Blais, Tania Boilar, Marie-Andrée Brassat Latulippe, Amélie Dubois, David Goudreault, Magali Héroux, Louise Lévesque, Lucie Pelchat et Sylvie Potvin du CPS JÉVI.

Éric Arseneault, Marie-Claude Bédard, Sylvie Bolduc, Michaël Bouchard, Corinne Baribeau, Jessica Lalancette, Nathalie Matte, Sylvie Nadeau, Dominic Parisé, Julie Roberge, Stéphanie Rousseau, Audrey Simard et Audrey Tardif du CPS de Québec.

Amélie Gauthier et Caroline Martel du CPS le Faubourg.

Isabelle Bélanger, Josée Blanchette, Anne-Marie Codaire, Martine Grondin, André Landry, Vanessa Legault, Joanne Lemay, Mélissa Lutchman, Michel Presseault et Josée Thiffault du CPS Suicide Action Montréal.

Sabrina Côté, Myriam Gravel, Dany Jean, Réjane Lapointe, Isabelle Plamondon et Audrey Tremblay du CSSS de Chicoutimi.

Nicholas Bilodeau, Maryse Castilloux, Michel Couillard, Brian Dickinson, Jocelyne Giroux, Claudette Lemaire, Eloïse Plante et Marie-Claude Routhier du CSSS de Trois-Rivières.

Marc Bouffard, Sophearath Khay, Johanne Marcotte, Caroline Moisan, Sylvie Ladouceur et Monique Sauriol du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent.

Caroline Alain, Sophie Duclos et Thérèse Eustache du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.

Marie-Sophie Bernier, Louis Lambert, Serge Mercier et Martine Roch du CSSS Les Eskers de l'Abitibi.

Louis Bastien, Céline Beaudoin, Denise Bérard, Myriam Boucher-Yelle, Josée Bergeron, Lucie Gagnon, Philippe Gendron, Véronique Nadeau et Diane Thibault du CSSS-IUGS.

François-Olivier Bernard, Claudette Fournier, Lucie Giguère, Suzanne Nadeau, Ginette Lafontaine, Louise Plamondon, Marianne Ross et Micheline Tremblay du CSSS de la Vieille-Capitale.

Michel Bertrand, Manon Boulanger, Manon Des Ruisseaux, Justine Granger, Camylle Laroche, Jules Pruneau, Sophie Rainville et Geneviève Zambo du CSSS de Saint-Jérôme.

- Les intervenantes et intervenants ainsi que les gestionnaires ayant participé à la vérification du contenu des guides.

Réjane Lapointe du CSSS de Chicoutimi, Carol Gravel et Laurent Garneau du CPS Saguenay–Lac-Saint-Jean, Marianne Ross et Karine Plante du CSSS de la Vieille-Capitale, Éric Arseneault et Sylvie Nadeau du CPS de Québec, Brian Dickinson du CSSS de Trois-Rivières, Hélène Roy et Renée Quévillon du CPS les Deux Rives, Douglas Buchanan et Chantal Dupont du CSSS-IUGS, Sylvie Potvin et Louise Lévesque du CPS JEVI, Caroline Moisan et Anne-Marie Gagné du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, André Landry, Brigitte Lavoie et Philippe Angers du CPS Suicide Action Montréal, Lyne Larivière et Martine Roch du CSSS les Eskers de l'Abitibi, Julie K. Campbell et Amélie Gauthier du CPS le Faubourg, Annie Morrissette et Bruno Marchand de l'Association québécoise de prévention du suicide, Françoise Roy, consultante en prévention du suicide et développement des compétences.

- Les personnes qui ont participé à la vérification des sections des guides portant sur le suivi étroit.

Suzanne Gérin-Lajoie de l'ASSS de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Maria Fortin de l'ASSS du Bas-Saint-Laurent, Dr Jean-François Dorval du Bureau du coroner, Geneviève Girard-Tremblay du CSSS de Pékouagami et Dominique Gagnon de l'ASSS de la Montérégie.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	iii
Liste des sigles et des acronymes	vii
Introduction	1
1. Les connaissances sur le suicide	7
1.1. Le portrait du suicide au Québec.....	7
1.2. Les facteurs associés au suicide.....	7
2. Le rôle des CSSS et des partenaires régionaux ou locaux en prévention du suicide	9
2.1. Le rôle des centres de santé et de services sociaux.....	10
2.2. Le rôle des urgences hospitalières.....	12
2.3. Le rôle des centres de prévention du suicide.....	14
2.4. Le rôle des centres de crise.....	15
2.5. Le rôle des sentinelles dans les milieux de vie.....	16
2.6. Le rôle des centres de réadaptation.....	17
2.7. Le rôle des cliniques médicales et des GMF.....	18
2.8. Le rôle du service 911 et des services policiers.....	19
2.9. Le rôle des ASSS et du MSSS.....	20
2.10. Le rôle des chercheurs en prévention du suicide.....	20
3. Les bonnes pratiques à inclure dans l'intervention en prévention du suicide	23
3.1. Accueillir la personne suicidaire et créer une alliance thérapeutique avec elle.....	26
3.2. Effectuer une première et brève exploration de la situation de la personne suicidaire.....	28
3.3. Estimer la dangerosité du passage à l'acte chez la personne suicidaire.....	30
3.4. Amener la personne suicidaire à se fixer un but à atteindre.....	34
3.5. Amener la personne suicidaire à trouver des solutions pour atteindre son but.....	36
3.6. Définir et suivre un plan d'action avec la personne suicidaire.....	38
3.7. Conclure en sécurité l'entretien avec la personne suicidaire.....	40
3.8. Orienter ou référer ou accompagner la personne suicidaire.....	42
3.9. Effectuer un suivi de courte durée.....	44

3.10. Effectuer un suivi étroit.....	46
3.10.1. Les particularités du suivi étroit.....	46
3.10.2. Les approches pouvant être utilisées pour effectuer le suivi étroit.....	51
3.11. Adapter l'intervention aux caractéristiques de la personne suicidaire.....	58
3.11.1. Les hommes.....	58
3.11.2. La population autochtone.....	59
3.11.3. Les personnes homosexuelles, bisexuelles ou transsexuelles.....	59
3.11.4. Les jeunes de 15 à 24 ans.....	60
3.11.5. Les personnes âgées de 65 ans et plus.....	60
3.11.6. Les personnes incarcérées.....	61
3.11.7. Les personnes ayant vécu un ou plusieurs épisodes de blessures auto-infligées.....	61
3.11.8. Les personnes ayant un problème de santé mentale.....	62
3.11.9. Les personnes ayant un problème de dépendance.....	63
4. Le résumé du processus d'intervention du CSSS dans sa globalité et les pratiques à promouvoir.....	65
5. L'autodiagnostic de vos connaissances ou compétences en prévention du suicide et les pistes d'amélioration.....	67
Conclusion.....	71
Lexique.....	73
Bibliographie.....	77

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AEOR	Services d'accueil, évaluation, orientation, référence
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CPS	Centre de prévention du suicide
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PASM	<i>Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens</i>
PNSP	<i>Programme national de santé publique 2003-2012</i>
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux

INTRODUCTION

À qui s'adresse le guide ?

Le présent guide s'adresse à vous, intervenants qui travaillez dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Vous êtes des travailleurs sociaux, des psychologues, des psychoéducateurs, des techniciens en travail social, des éducateurs spécialisés ou des infirmiers. Vous êtes affecté au service d'accueil, au guichet d'accès en santé mentale, au suivi psychosocial, au suivi en santé mentale ou à tout autre service du CSSS où vous côtoyez des personnes suicidaires.

Ce guide vise à vous soutenir dans le rehaussement de vos compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de la personne suicidaire. Comme intervenant dans un CSSS, vous avez un rôle crucial à jouer en prévention du suicide. En effet, vous avez à accueillir et à repérer la personne suicidaire, à estimer la dangerosité de son passage à l'acte, à intervenir auprès d'elle et parfois, à l'orienter, à la référer ou à l'accompagner vers d'autres services du CSSS ou des partenaires du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS). Pour bien jouer votre rôle, vous devez disposer d'outils pratiques et efficaces.

Ce guide présente les bonnes pratiques à utiliser en prévention du suicide. S'il ne peut, à lui seul, mener au rehaussement des compétences professionnelles, il servira toutefois à stimuler les efforts axés sur l'amélioration des pratiques actuelles, efforts qui pourront se greffer aux initiatives et aux bonnes pratiques en prévention du suicide ayant déjà cours sur les différents territoires. Plusieurs stratégies seront prochainement mises en œuvre aux fins de la meilleure diffusion du guide et de l'appropriation la plus complète possible du contenu de celui-ci par les intervenants.

Le présent guide ne se substitue pas au jugement clinique de l'intervenant. Ce jugement doit s'exercer au moment de recourir aux pratiques présentées dans le guide, dans l'optique d'en arriver à une prise de décision éclairée pour intervenir auprès de la personne suicidaire.

Pourquoi un guide adapté à la réalité des CSSS ?

Il existe divers guides de pratique en prévention du suicide, mais rares sont ceux qui présentent des pratiques issues de résultats de recherche – et ce, de façon simple, vulgarisée et adaptée aux réalités de la pratique des intervenants de CSSS. La Direction générale de la santé publique du MSSS a eu l'initiative de produire le *Guide de soutien au rehaussement des services en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux* ainsi que le présent guide. Ce projet, réalisé en collaboration avec la Direction de la santé mentale, vise à insuffler un mouvement favorisant l'atteinte des objectifs inscrits dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*¹ et le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*², deux documents d'orientation qui invitent les CSSS à adopter l'intervention globale en prévention du suicide.

Ce guide vise à vous soutenir dans votre rôle, qui consiste :

- à accueillir et à repérer la personne suicidaire ;***
- à estimer la dangerosité de son passage à l'acte ;***
- à intervenir auprès d'elle ;***
- parfois l'orienter ou à la référer ou à l'accompagner vers les partenaires du CSSS ou du RLS.***

La Direction générale de la santé publique a choisi de s'associer au Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke pour élaborer les deux guides adaptés aux réalités des CSSS. En outre de la désignation d'institut universitaire de gériatrie, l'établissement a celle de centre affilié universitaire (secteur social). La mission complémentaire des six centres affiliés universitaires du Québec consiste à favoriser l'essor d'une culture d'enseignement et de recherche aux fins de l'amélioration continue et du développement des pratiques d'intervention ou de gestion. Au regard de cette désignation, le CSSS de Sherbrooke a acquis une expertise particulière liée :

- à la conduite de processus de concertation ;
- à la conception de démarches partenariales adaptées aux besoins exprimés ;
- à la définition et à la diffusion de modalités visant à favoriser la mise en commun de connaissances entre intervenants, gestionnaires et chercheurs dans les CSSS.

Les réalités d'un seul CSSS ne suffisent pas pour qu'un guide soit adapté à l'ensemble des régions du Québec ; aussi, une analyse des besoins a-t-elle été effectuée afin d'étudier celles des divers CSSS. Cette analyse a exigé la collaboration d'une centaine d'intervenants de huit CSSS et de sept centres de prévention du suicide (CPS) répartis dans sept régions du Québec. Les régions choisies présentent des différences, notamment, au regard de la prévalence du suicide et de l'organisation des services psychosociaux.

Les rencontres avec les intervenants des CSSS et des organismes communautaires en prévention du suicide ont permis de préciser ce qu'il fallait faire :

- concevoir, pour les intervenants des CSSS, un guide en prévention du suicide collé à leurs besoins et à leurs réalités ;
- concevoir un guide de soutien pour les gestionnaires des CSSS qui travaillent, avec les autres partenaires du RLS, à mieux coordonner les actions en prévention du suicide.

Ce dernier guide vise à soutenir les gestionnaires dans l'actualisation de leurs rôles en prévention du suicide, qui sont :

- de s'assurer que le CSSS offre des services de base aux personnes suicidaires ;
- de voir à ce que les intervenants soient compétents pour fournir ces services ;
- de s'assurer de la coordination optimale des services offerts aux personnes suicidaires au sein du CSSS et dans le RLS ;
- d'associer d'autres partenaires du milieu aux efforts collectifs et intersectoriels en matière de prévention du suicide dans le RLS.

Les deux guides ont des contenus complémentaires. La diffusion simultanée de ces documents cherche à créer une synergie mobilisatrice capable de soutenir le rehaussement des interventions et des pratiques de gestion en prévention du suicide. Le schéma suivant présente le contenu de chacun des guides et permet de distinguer les éléments qui sont propres à chacun.

Des moyens ont été utilisés pour faire en sorte que le guide colle aux réalités des divers CSSS, dont :

- une analyse des besoins ayant exigé la collaboration d'une centaine d'intervenants de CSSS et de CPS ;
- la vérification du contenu par des intervenants.

Un guide, à l'intention des gestionnaires des CSSS, a aussi été élaboré pour les accompagner dans l'actualisation de leurs rôles en prévention du suicide.

CONTENU DES GUIDES

GUIDE À L'INTENTION DES INTERVENANTS

- 1** Les connaissances sur le suicide :
 - portrait du suicide ;
 - facteurs associés au suicide.
- 2** Les rôles et les services du CSSS et des partenaires.
- 3** Les bonnes pratiques d'intervention dans les CSSS :
 - accueillir la personne suicidaire et créer une alliance thérapeutique avec elle ;
 - effectuer une première et brève exploration de la situation ;
 - estimer la dangerosité du passage à l'acte ;
 - amener la personne suicidaire à se fixer un but à atteindre ;
 - amener la personne suicidaire à trouver des solutions pour atteindre son but ;
 - définir et suivre un plan d'action ;
 - conclure l'entretien en sécurité ;
 - effectuer un suivi de courte durée ;
 - effectuer un suivi étroit ;
 - orienter / référer / accompagner la personne ;
 - adapter l'intervention à la personne.
- 4** Le résumé du processus d'intervention dans les CSSS.
- 5** L'autodiagnostic de vos compétences.

GUIDE À L'INTENTION DES GESTIONNAIRES

- 1** Connaître le portrait local et régional du suicide, et favoriser son appropriation au sein du CSSS et du RLS.
- 2** Connaître le rôle des CSSS et des partenaires en prévention du suicide :
 - définir les actions à accomplir dans le CSSS et auprès des partenaires.
- 3** Mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer les interventions en prévention du suicide :
 - assurer l'efficacité des pratiques et des outils utilisés dans le CSSS ;
 - soutenir le maintien et le développement des compétences des intervenants.
- 4** Mettre en œuvre des stratégies complémentaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services :
 - favoriser l'accès aux services de crise ;
 - assurer l'accès au suivi étroit ;
 - faciliter l'accès à la postvention ;
 - faciliter la reconnaissance des personnes suicidaires par les sentinelles ;
 - faciliter l'accès des proches à des services de soutien ;
 - favoriser la réalisation des projets visant la réduction de l'accès aux moyens de se suicider ;
 - faciliter l'accès à des projets faisant la promotion de la santé mentale ;
 - faciliter la continuité des services dans le RLS.
- 5** Effectuer le diagnostic des services offerts dans le CSSS et dans le RLS.

Quelle est la stratégie utilisée afin de s'assurer de la qualité et de la pertinence du guide?

Le texte du présent guide a été soumis à des intervenants de CSSS ou de CPS de diverses régions du Québec ainsi qu'à des intervenants de l'Association québécoise de prévention du suicide aux fins de sa vérification et de son approbation. Ces personnes étaient invitées à répondre à quinze questions leur permettant de s'exprimer tant sur la pertinence et la convivialité du guide que sur la qualité de l'information présentée.

Certains éléments centraux sont ressortis de cette opération, notamment ceux qui suivent :

- Les intervenants affirment que le format du guide en fait un outil de travail utilisable au quotidien. La structure permet de s'y retrouver facilement. L'information présentée est claire et précise. Les encadrés, qui se trouvent à la fin de chacune des sections et qui regroupent les pratiques à promouvoir, sont jugés « excellents ».
- Les intervenants estiment que le guide permettra de meilleures interventions puisqu'il fournit un cadre précis, uniformisé et à la fine pointe des nouvelles connaissances. Ils ont remarqué le partage des responsabilités entre les professionnels, mais également entre les organisations partenaires, sur la base d'un langage commun. Certains d'entre eux soulignent que le guide constitue « un travail colossal » et qu'il contient « des orientations claires » en plus d'être « appuyé par la recherche et la pratique ».
- Le guide semble répondre aux préoccupations ainsi qu'aux besoins des intervenants, qui ont tenu à exprimer leur « enthousiasme » à son sujet. Ces derniers soulignent que les notions abordées sont « applicables dans le contexte de l'intervention en CSSS ».

Pourquoi faut-il améliorer la prévention du suicide dans les CSSS ?

Le Québec détient le plus haut taux de suicide au Canada^{2, 3}. Le rôle des CSSS s'avère crucial en prévention du suicide puisque, c'est un fait reconnu, plusieurs personnes qui se suicident ou qui tentent de le faire « utilisent des services de santé dans les semaines, les jours ou les heures précédant leur passage à l'acte »⁴. Le suicide constitue un important problème de santé publique au Québec et il est essentiel que les efforts se poursuivent en vue d'en réduire la prévalence. À cet égard, les intervenants des CSSS se disent insuffisamment outillés pour reconnaître rapidement les personnes suicidaires et intervenir auprès d'elles. Nous croyons qu'il est possible de faire mieux !

**Le Québec détient le plus haut
taux de suicide au Canada.
Les personnes qui se suicident,
ou qui tentent de le faire, ont
utilisé les services de santé
avant leur passage à l'acte.**

Diverses pistes d'amélioration ont émergé des résultats de l'*Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux*⁵. La centaine d'intervenants interrogés ont notamment rapporté l'une ou l'autre des situations suivantes touchant certains CSSS ou RLS :

- les outils permettant d'évaluer la personne suicidaire sont peu utilisés et il n'existe aucun consensus sur les outils les mieux adaptés aux CSSS ;
- il est difficile de déterminer quelles sont les pratiques optimales pour intervenir auprès de la personne suicidaire et de fixer des lignes directrices communes à l'échelle d'un RLS ;
- au sein des RLS, les mécanismes pour référer la personne suicidaire à l'un ou l'autre des différents services du CSSS ou des organismes partenaires manquent de clarté ;
- l'accès à la formation demeure inégal et peu de soutien clinique est offert.

Les résultats de cette analyse invitent à créer ou à renforcer les liens nécessaires à l'intervention globale en prévention du suicide, comme le recommandent déjà plusieurs orientations ministérielles. Une telle intervention se caractérise notamment par la concertation et l'arrimage de toutes les organisations du réseau local de services concernées par la prévention du suicide. De plus, ces résultats mettent en lumière la nécessité de mieux outiller les intervenants et les gestionnaires de CSSS.

• **Dans plusieurs CSSS s'observent la sous-utilisation des outils pour évaluer la personne suicidaire, le manque de lignes directrices communes pour l'intervention et de mécanismes clairs de référence ainsi que des inégalités concernant l'accès à la formation et le soutien clinique.**

Les bonnes pratiques proposées sont-elles cohérentes avec les plans et les programmes ministériels ?

En 1998, la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie* rapportait plusieurs problèmes, dont des difficultés dans l'articulation et la coordination des activités relatives à l'intervention auprès de la personne suicidaire ainsi que l'absence de mécanismes pour la prise en charge et le suivi de cette personne – que ce soit pendant ou après une crise suicidaire⁶. Plusieurs objectifs y étaient fixés, notamment celui de mobiliser le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que ses partenaires pour qu'ils puissent agir ensemble en matière de prévention du suicide en améliorant, notamment, les compétences professionnelles.

• **Plusieurs orientations ministérielles invitent les CSSS à adopter l'intervention globale en prévention du suicide, laquelle exige l'accessibilité, la continuité et la qualité des services qui y sont liés.**

En 2004, l'*Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide* indique plusieurs points à améliorer dans les CSSS. En plus d'y souligner la nécessité de faciliter l'accessibilité et la continuité des services, on y rappelle l'importance d'améliorer l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes suicidaires⁷. La nécessité de rehausser les compétences professionnelles liées à l'intervention auprès des personnes suicidaires figure aussi parmi les éléments à améliorer.

Nous l'avons déjà dit, le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) et le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* (PASM) invitent les CSSS à adopter l'intervention globale en prévention du suicide^{2, 8}. Cette forme d'intervention exige que tous les acteurs du réseau, les organismes du milieu et les partenaires des autres secteurs d'activité (éducation et justice, par exemple) travaillent de façon concertée. Issu de la dernière réforme du système de santé et de services sociaux, le CSSS a une responsabilité particulière en matière de santé et de bien-être de la population du territoire qu'il dessert : il doit coordonner les services de santé et les services sociaux au sein du RLS ainsi que mobiliser les partenaires locaux concernant des enjeux d'importance, en plus de fournir lui-même certains services. Cette réforme s'appuie sur la responsabilité populationnelle, partagée collectivement avec les partenaires du RLS, qui consiste à veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population vivant sur le territoire.

L'intervention globale en prévention du suicide repose donc, en grande partie, sur l'existence de passerelles entre les différents services et sur la consolidation des liens entre les organisations du RLS pour offrir à la population des services continus. Dans les CSSS, cette intervention doit contribuer à améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts aux personnes suicidaires. Le présent document, jumelé au *Guide de soutien au rehaussement des services en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*, vise à aider les CSSS dans la mise en place, en collaboration avec les partenaires du RLS, des moyens nécessaires à cette forme d'intervention.

D'où viennent les bonnes pratiques proposées dans le guide ?

La force du guide réside dans l'adaptation des résultats de recherche aux réalités de la pratique en prévention du suicide dans les CSSS. Ainsi, certaines des bonnes pratiques présentées viennent de résultats de recherche portant sur le suicide et d'autres sont issues des pistes d'amélioration proposées par des CSSS, des CPS et des organismes communautaires voués à la prévention du suicide. Ces pratiques ont été identifiées par *l'Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux*.

*• Ce guide vise à soutenir les
• intervenants dans leurs efforts
• constants pour fonder leur
• pratique sur des résultats de
• recherche et le savoir-faire
• d'intervenants d'expérience.*

C'est un fait reconnu que les intervenants psychosociaux utilisent peu les résultats de recherche pour alimenter leur pratique⁹. Les résultats d'entrevues sur le terrain sont venus confirmer que certaines pratiques d'intervention jugées plus efficaces par les recherches portant sur le suicide restent peu utilisées par les intervenants des CSSS⁵. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation : problèmes d'accessibilité à certains résultats de recherche, problèmes d'arrimage à la pratique de certains résultats de recherche et priorité accordée aux savoirs issus de l'expérience, entre autres. Ce guide vise à vous soutenir dans vos efforts pour fonder davantage vos pratiques sur des résultats de recherche.

Certains diront que les auteurs d'études sur le suicide ont de la difficulté à prouver qu'une pratique particulière contribue directement à la diminution des taux de suicide¹⁰. Cela s'explique par le fait que le phénomène du suicide est complexe et influencé par plusieurs facteurs¹⁰. La recherche sur l'évaluation des pratiques doit se poursuivre afin de déterminer quelles sont les pratiques optimales à utiliser auprès des personnes suicidaires. Le présent guide prend appui sur l'état des connaissances actuelles en recherche. Mais les résultats de recherche, utiles pour la pratique, demeurent insuffisants à eux seuls ; ils doivent être combinés aux savoirs d'expérience des intervenants qui connaissent de près les personnes suicidaires et qui maîtrisent les aspects concrets de l'intervention auprès de ces dernières. Ainsi, ce guide associe et croise les pratiques issues des résultats de recherche et celles qui découlent de l'expérience des intervenants.

De quelle façon les bonnes pratiques sont-elles présentées dans le guide ?

Les bonnes pratiques sont toujours exposées sur le modèle qui suit. Le même schéma permet d'abord de préciser, par une couleur distincte, l'étape du processus d'intervention qui est abordée. Le texte s'ouvre par une incursion dans la réalité particulière de la personne suicidaire, de façon à centrer le propos sur les besoins de celle-ci. Nous faisons ensuite le lien entre l'étape du processus et les orientations ministérielles, tout en relevant les éléments centraux qui ressortent de la recension des écrits, avant de cerner la réalité dans les CSSS par rapport à cette même phase du processus. Au fil du texte, les éléments centraux contenus dans chaque paragraphe sont synthétisés dans de petits encadrés. Enfin, chaque section consacrée à une bonne pratique se conclut par un encadré qui énonce clairement les pratiques à promouvoir.

1 LES CONNAISSANCES SUR LE SUICIDE

1.1 LE PORTRAIT DU SUICIDE AU QUÉBEC

Les données de surveillance de l'état de santé de la population québécoise montrent que le taux de suicide au Québec est en diminution ces dernières années¹¹. Après avoir connu une hausse au cours des années 1990, le taux de mortalité attribuable au suicide tend, en effet, à diminuer depuis le début des années 2000.

Ces résultats encourageants ne doivent pas masquer le fait que le taux québécois de mortalité par suicide se situe parmi les plus élevés des provinces canadiennes en 2005 et l'un des plus élevés des pays industrialisés¹⁸. Ce taux varie aussi d'une région du Québec à l'autre, d'où l'importance de connaître l'état de situation du suicide dans votre région ainsi que sur votre territoire local. De plus, on estime à six le nombre d'individus vivement touchés par le suicide d'une personne¹³. Les répercussions sociales et familiales liées au suicide sont donc des dimensions qu'il importe de prendre en considération.

• ***Le Québec détient un taux de suicide parmi les plus élevés au Canada et dans les pays industrialisés.***
• ***En 2008, 1 103 personnes sont décédées par suicide au Québec³.***

Quelques pistes de réflexion pour vous

- Connaissez-vous le taux de suicide dans votre région ou sur votre territoire de RLS?
- Est-ce que les personnes suicidaires de votre région ou de votre territoire ont des caractéristiques particulières?
- Est-ce que les personnes suicidaires se concentrent dans des milieux ou des quartiers en particulier, ou sont-elles plutôt dispersées sur votre territoire?

1.2 LES FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE

Il est difficile de comprendre pourquoi certaines personnes se suicident. Les recherches sur le sujet ciblent quatre types de facteurs qui peuvent influencer à la hausse ou à la baisse le taux de suicide^{10, 14}. Le premier type correspond aux **facteurs prédisposants** ; ce sont des éléments issus du passé qui contribuent à fragiliser la personne¹⁰, tels que les antécédents suicidaires de sa famille, l'isolement social et les problèmes psychiatriques. Viennent ensuite les **facteurs contributifs**, qui accentuent la vulnérabilité de la personne¹⁰ : une consommation excessive de drogue ou d'alcool et l'instabilité familiale, notamment. Les **facteurs précipitants** agissent quant à eux comme des déclencheurs du comportement ou de l'idée suicidaire¹⁰ ; ce sont, par exemple, une rupture amoureuse ou la mortalité d'un proche. En plus des facteurs individuels, les dimensions sociales associées à la communauté, à la culture et à l'environnement contribuent à expliquer le suicide dans une société. On pense ici aux conditions de vie, aux croyances, aux normes et attitudes sociales au regard du suicide, à l'accessibilité des moyens ainsi qu'à la disponibilité des ressources d'aide dans le milieu^{15, 16}. Le quatrième type de facteurs, les **facteurs de protection**, s'opposent aux précédents en réduisant leurs effets¹⁰ ; en font partie le fait d'avoir un réseau social soutenant, d'avoir une bonne santé globale, d'être optimiste et d'utiliser de bonnes stratégies d'adaptation. La connaissance de ces différents facteurs permet de constater qu'il est possible d'intervenir en optimisant les effets des facteurs de protection et en tentant de faire diminuer ceux des facteurs associés au suicide.

• *Il est difficile de comprendre*
• *pourquoi certaines personnes*
• *se suicident. Les recherches sur*
• *le sujet permettent tout de*
• *même de cibler quatre types de*
• *facteurs qui sont associés au*
• *suicide :*
• *– les facteurs prédisposants ;*
• *– les facteurs contributifs ;*
• *– les facteurs précipitants ;*
• *– les facteurs de protection.*

Quelques pistes de réflexion pour vous

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

2 LE RÔLE DES CSSS ET DES PARTENAIRES RÉGIONAUX OU LOCAUX EN PRÉVENTION DU SUICIDE

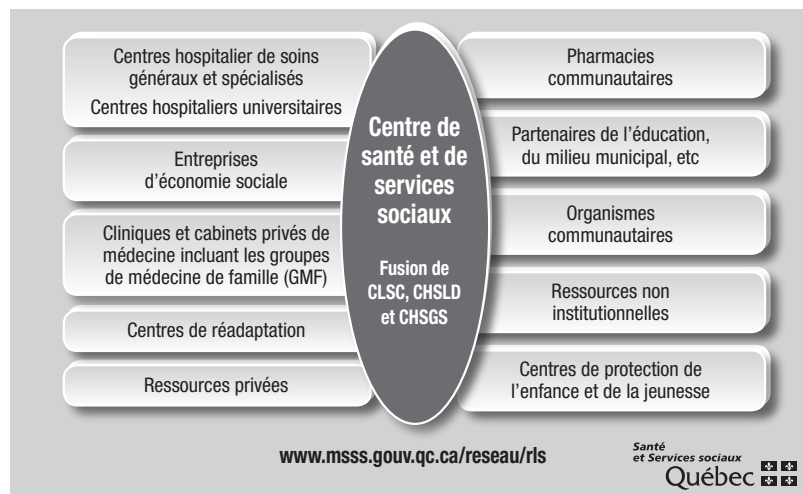
Les personnes suicidaires doivent avoir accès à une gamme de services adaptés à leurs besoins. On trouve notamment parmi ces services :

- l'intervention préventive ;
- l'intervention téléphonique jour et nuit ;
- l'intervention en période de crise suicidaire ;
- l'intervention après la crise, soit la postvention ainsi que le soutien aux endeuillés et aux proches².

Le PASM stipule que l'organisation des services doit favoriser l'accès des personnes qui sont en crise suicidaire à une gamme de services, dont : «[...] un service d'intervention téléphonique (un numéro d'accès 24 heures par jour, 7 jours sur 7, et non seulement une ligne d'écoute); un service mobile d'intervention de crise «face à face»; des places d'hébergement de crise; un suivi de crise à court terme; un service hospitalier d'urgence»². L'offre de cette gamme de services exige «[...] un engagement soutenu d'un grand nombre d'acteurs dans l'organisation des services»².

Le CSSS a non seulement la responsabilité de coordonner les services de santé et les services sociaux au sein du RLS, mais aussi celle de mobiliser les partenaires locaux concernant des enjeux d'importance. Plusieurs partenaires sont regroupés au sein d'un RLS, comme en témoigne le schéma qui suit.¹⁷

95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) au cœur de 95 réseaux locaux de services (RLS)



Le CSSS doit s'assurer que les personnes suicidaires ont accès à un ensemble de soins et de services. À cette fin, les partenaires du RLS en prévention du suicide ont à arrimer leurs services. En effet, les efforts doivent être concertés et reposer sur une compréhension commune du parcours des personnes suicidaires et de leurs proches ainsi que sur un partage clair des rôles des divers acteurs, traduit dans des mécanismes formels de collaboration.

Nous proposons, dans la présente section du guide, une offre de services de base sous la forme d'intervention comprenant les actions de base que différents partenaires doivent accomplir en prévention du suicide. Les rôles sont précisés pour chacun des partenaires identifiés dans un schéma qui représente le RLS. Il reviendra à chaque réseau d'en adapter les lignes directrices générales à la réalité locale ou régionale. Bref, nous proposons des points de repère auxquels vous pourrez vous référer pour convenir, avec vos partenaires, du parcours des personnes suicidaires et du partage des rôles au sein du RLS. Discutez avec eux sur ces différents rôles pour vous assurer d'en avoir une vision commune.

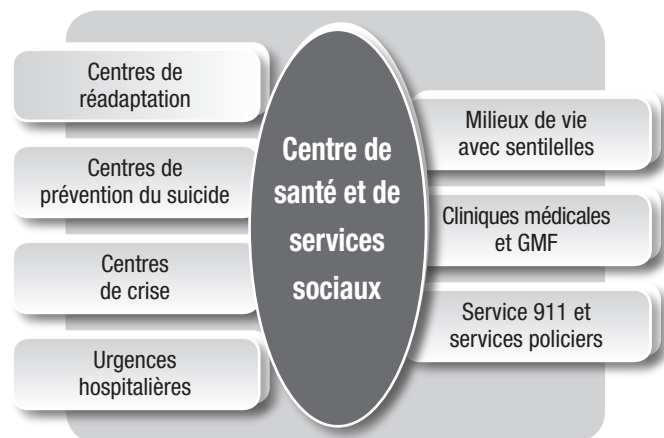
En prévention du suicide, les partenaires du RLS doivent avoir une vision commune du parcours de la personne suicidaire dans le système de santé et du partage des rôles. De plus, ils doivent définir des mécanismes formels de collaboration.

2.1 LE RÔLE DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le CSSS a trois rôles complémentaires :

- offrir des services de base et des interventions efficaces aux personnes suicidaires ;
- coordonner les actions des divers partenaires du RLS en prévention du suicide établis sur le territoire du CSSS ;
- mobiliser les partenaires intersectoriels en prévention du suicide.

Le CSSS est l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux constituant la porte d'entrée en prévention du suicide. **Toutefois, il n'est pas le seul acteur à intervenir auprès des personnes suicidaires dans le RLS.**



Dans un CSSS, les intervenants doivent pouvoir accueillir la personne suicidaire qui s'y présente et qui n'est pas connue des services. Cette dernière peut s'y rendre de sa propre initiative ou parce qu'un partenaire du RLS l'a orientée vers le CSSS. L'accueil et ce repérage de la personne suicidaire sont généralement effectués par les intervenants des services d'accueil, évaluation, orientation, référence (AEOR) – point d'accès aux services du CSSS – ou, dans certains cas, au guichet d'accès en santé mentale. Si la personne suicidaire téléphone au CSSS, le service d'accueil ou le service téléphonique continu (Info-Social, Urgence-Détresse ou autre) effectuera ce travail d'accueil et ce repérage. Quant à la personne suicidaire qui est connue des services du CSSS, elle ne passera pas nécessairement par l'AEOR. Quelle est l'équipe ou le service qui s'occupera alors d'intervenir auprès d'elle? Est-ce que la personne suicidaire suivie par une équipe offrant des services particuliers (ex. : jeunes ou adultes ayant un problème de dépendance ou de santé mentale, jeunes en difficulté) bénéficiera de services adaptés à sa condition fournis par cette même équipe ou par un autre service du CSSS? Assurez-vous de répondre à ces questions après avoir consulté les principaux intéressés au sein du CSSS.

Les intervenants du CSSS qui accueillent des personnes suicidaires doivent être aptes à estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire chez ces personnes. S'il y a lieu, les intervenants doivent être capables de gérer une crise suicidaire. Dans certains CSSS, on trouve des intervenants spécialisés en intervention de crise qui pourront prendre la relève lorsque la personne suicidaire est en danger grave. L'état de la personne suicidaire peut faire en sorte que l'intervenant doive accompagner celle-ci à l'urgence hospitalière ou à un centre de crise.

Les intervenants du CSSS qui accueillent des personnes suicidaires doivent également être capables d'effectuer un suivi de courte durée de la crise suicidaire. Ce suivi peut être utilisé pour désamorcer la crise dans une situation ponctuelle vécue par la personne suicidaire. Il peut aussi être utilisé comme filet de sécurité, lorsque la personne est en attente d'un suivi particulier offert par un autre service ou d'un suivi étroit. Le suivi étroit sert pour sa part à intervenir dans une situation persistante ou récurrente, ou à offrir un suivi particulier aux personnes qui ont été en danger grave de passage à l'acte suicidaire. Ainsi, les intervenants des services de suivi psychosocial, de l'équipe de santé mentale ou de toute autre équipe travaillant auprès des groupes vulnérables au suicide (ex. : jeunes en difficulté, personnes âgées en perte d'autonomie, personnes ayant un problème de santé mentale) doivent pouvoir effectuer un suivi étroit.

Enfin, les intervenants du CSSS qui travaillent auprès des personnes suicidaires doivent aussi être aptes à référer, à orienter ou à accompagner ces dernières vers les ressources du territoire appropriées à leur condition.

LES ACTIONS À ACCOMPLIR

DANS LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer la dangerosité du passage à l'acte.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou héberger.

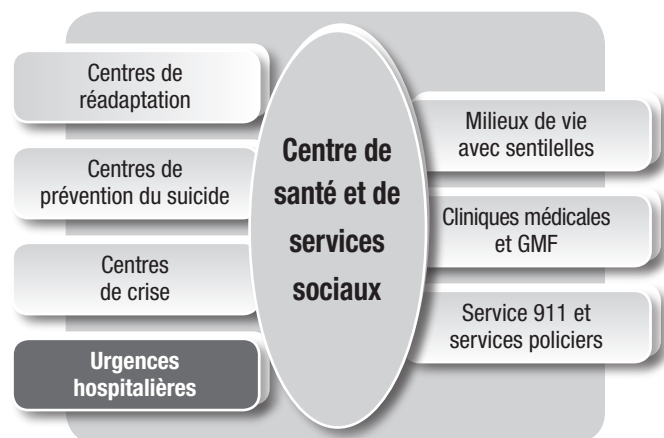
Quelques pistes de réflexion pour vous

- Discutez avec les gestionnaires de votre CSSS sur les services à offrir aux personnes suicidaires et les façons d'améliorer ces services.
- Discutez avec vos collègues sur les meilleures pratiques cliniques à adopter au CSSS et sur les outils nécessaires.
- Exprimez, aux gestionnaires de votre CSSS, vos besoins concernant le rehaussement de vos compétences en prévention du suicide.
- Réfléchissez à la façon optimale d'assurer, dans votre milieu, la continuité des services offerts à la personne suicidaire.

2.2 LE RÔLE DES URGENCES HOSPITALIÈRES

L'urgence hospitalière peut soit être intégrée à un CSSS (centre hospitalier de soins généraux), soit se trouver dans un centre hospitalier spécialisé ou universitaire ; c'est pourquoi nous avons fait de ce service une entité distincte dans notre figure. Si les urgences hospitalières du Québec jouent un rôle important en prévention du suicide, elles ne sont toutefois pas le point d'accès aux services à privilégier dans le réseau.

Les intervenants affectés au triage de l'urgence hospitalière accueilleront la personne suicidaire, qu'elle s'y présente de façon volontaire ou en raison du recours à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Dans le dernier cas, elle sera accompagnée d'un intervenant d'une organisation du RLS s'occupant des personnes suicidaires, de deux policiers ou de ces trois personnes. En tout temps, quelqu'un peut se présenter seul à l'urgence



hospitalière ou en compagnie d'un proche. Les intervenants de l'urgence hospitalière doivent être aptes d'estimer la dangerosité du passage à l'acte chez la personne suicidaire et de décider si celle-ci peut ou non rester seule en attendant de rencontrer le médecin ; ils attribueront une cote de priorité à son cas en fonction de l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire. Si la personne est en crise ou présente des signes de désorganisation mentale, les intervenants doivent s'en occuper immédiatement. Si un problème de santé mentale est soupçonné chez cette personne, il faut lui garantir une consultation avec un spécialiste en santé mentale dans les 24 heures¹⁹. Il se peut que les intervenants doivent demander son hospitalisation si la dangerosité du passage à l'acte est grave et immédiate.

Il s'avère essentiel de planifier la sortie d'une personne suicidaire avant qu'elle n'obtienne son congé de l'urgence ou dès son admission à l'hôpital²⁰. Cela permet d'éviter que la sortie ne soit précipitée et que cette personne ne se retrouve sans service.

Un taux élevé de personnes suicidaires sont réadmis à l'hôpital à la suite de leur sortie²¹. Il importe de déployer des efforts pour faciliter la transition et s'assurer de la continuité des soins. Ainsi, un entretien entre la personne suicidaire et un agent de liaison, ou un autre employé assurant le lien entre l'urgence hospitalière et l'établissement qui offrira le suivi étroit, permettra de planifier ledit suivi qui sera offert à la personne suicidaire.

LES ACTIONS À ACCOMPLIR

DANS LES URGENCES HOSPITALIÈRES

- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer la dangerosité du passage à l'acte.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser** ou héberger.

Quelques pistes de réflexion pour vous

- Connaissez-vous le rôle des urgences hospitalières de votre territoire ?
- Collaborez-vous avec les urgences hospitalières ? Comment pouvez-vous améliorer cette collaboration ?

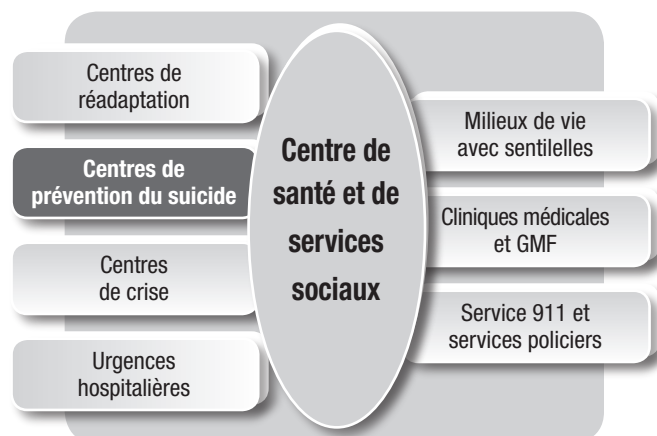
2.3 LE RÔLE DES CENTRES DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Les centres de prévention du suicide (CPS) peuvent fournir des services à un seul ou à plusieurs RLS, services qui concernent principalement la prévention du suicide elle-même, l'intervention auprès de personnes suicidaires ainsi que le soutien offert à leurs proches²².

Ces organismes jouent également un rôle dans la formation en prévention du suicide et ils offrent du soutien clinique aux partenaires du RLS²². Bref, les CPS contribuent à l'accompagnement des organisations s'occupant de la prévention du suicide.

La personne suicidaire peut accéder aux services du CPS en téléphonant directement à l'organisme ou par la ligne 1 866-APPELLE. Cette ligne téléphonique achemine l'appel de la personne suicidaire automatiquement vers les ressources de sa région. En général, dans les régions où il existe un CPS, l'appel est acheminé vers cet organisme.

Les CPS peuvent accueillir la personne suicidaire, estimer la dangerosité du passage à l'acte et gérer immédiatement une crise. Certains d'entre eux assureront le suivi, de courte durée ou étroit, de cette personne et la relanceront, selon la dangerosité du passage à l'acte. Enfin, en fonction des besoins de la personne suicidaire, ces centres peuvent aussi référer, orienter ou accompagner la personne suicidaire vers d'autres services offerts par les partenaires du RLS.



LES ACTIONS À ACCOMPLIR

DANS LES CENTRES DE PRÉVENTION DU SUICIDE (CPS)

- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer la dangerosité du passage à l'acte.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou héberger.

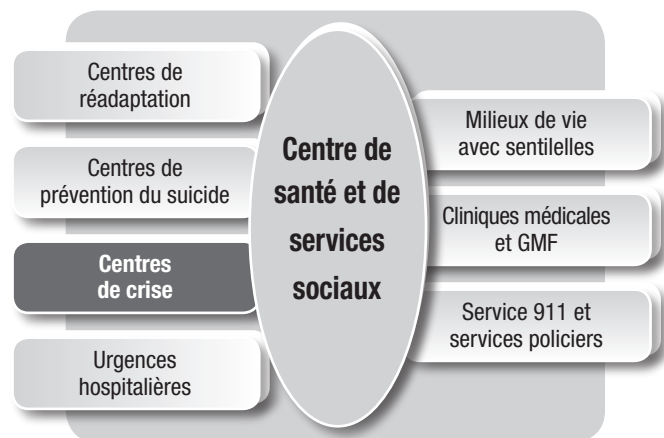
Quelques pistes de réflexion pour vous

- Existe-t-il un CPS sur votre territoire ?
- Connaissez-vous les services qu'il offre ?
- Connaissez-vous l'entente de collaboration convenue entre le CPS et votre CSSS ? Avez-vous des idées pour améliorer la collaboration avec les intervenants des CPS ?

2.4 LE RÔLE DES CENTRES DE CRISE

Les centres de crise sont des organismes communautaires qui interviennent auprès de personnes traversant une crise²², notamment une crise suicidaire. Ils peuvent fournir des services sur un ou plusieurs territoires.

Ces organismes accueillent la personne suicidaire, estiment la dangerosité du passage à l'acte et gèrent immédiatement une crise. Certains services ou centres de crise peuvent assurer le suivi, de courte durée ou étroit, de la personne suicidaire et la relancer, en fonction de la dangerosité du passage à l'acte. Ils peuvent aussi référer cette dernière à d'autres services plus appropriés à sa condition. Ces organismes offrent un service d'hébergement de crise²² qui peut remplacer avantageusement l'hospitalisation de la personne suicidaire.



LES ACTIONS À ACCOMPLIR

DANS LES CENTRES DE CRISE

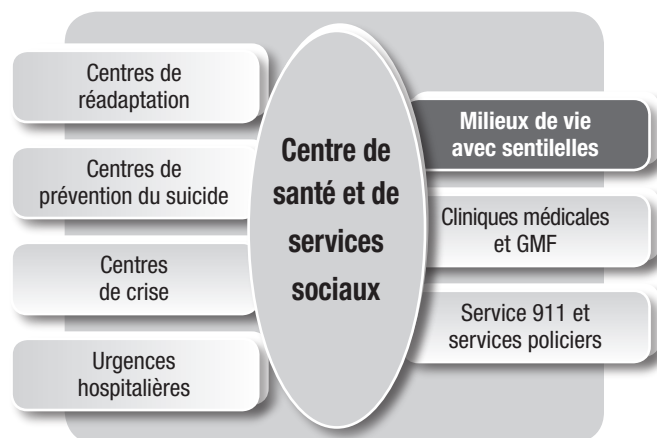
- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer la dangerosité du passage à l'acte.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou **héberger**.

Quelques pistes de réflexion pour vous

- Existe-t-il un centre de crise sur votre territoire ?
- Connaissez-vous les services qu'il offre ?
- Connaissez-vous l'entente de collaboration convenue entre le centre de crise et votre CSSS ? Avez-vous des idées pour améliorer la collaboration avec les intervenants du centre de crise ?
- Est-il possible, dans votre région, d'accompagner une personne en danger grave de passage à l'acte jusqu'à un centre de crise plutôt que de la faire hospitaliser ?

2.5 LE RÔLE DES SENTINELLES DANS LES MILIEUX DE VIE

Les réseaux de sentinelles implantés au Québec ont une fonction importante en prévention du suicide. Les sentinelles sont des citoyens formés pour jouer le rôle de relayeur entre la personne suicidaire et les ressources qui peuvent intervenir auprès d'elle. Sans être des professionnels de la santé et des services sociaux, ces personnes (ex. : enseignants, secrétaires, bénévoles, réceptionnistes) s'investissent dans la prévention du suicide dans leur milieu. D'ailleurs, plusieurs organisations, telles que des écoles ou des milieux de travail, forment des sentinelles pour repérer les personnes suicidaires. Les réseaux de sentinelles favorisent ainsi l'accessibilité de la personne suicidaire aux services en la mettant en communication avec ceux dont elle a besoin¹⁴. Les sentinelles permettent en effet de joindre les personnes isolées, difficiles à atteindre autrement, ainsi que celles qui n'utilisent pas les services de santé ni les services sociaux.



Les sentinelles sont aptes à reconnaître les signes avant-coureurs chez une personne vulnérable au suicide. Elles peuvent ensuite vérifier le degré d'urgence de la situation, renseigner la personne suicidaire sur les services du réseau susceptibles de l'aider (CSSS, CPS ou centre de crise) et l'inviter à les utiliser.

LES ACTIONS À ACCOMPLIR

PAR LES SENTINELLES DANS LES MILIEUX DE VIE

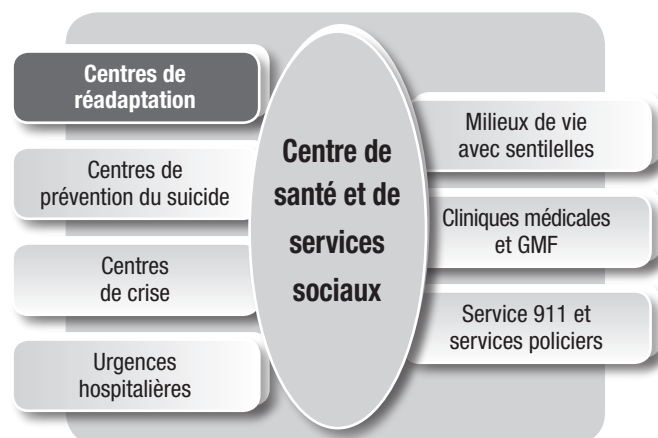
- Accueillir la personne suicidaire.
- Vérifier le degré d'urgence de la situation.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / **orienter** vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou héberger.

Quelques pistes de réflexion pour vous

- Existe-t-il un réseau de sentinelles sur votre territoire? Où sont les sentinelles? Connaissez-vous leur rôle?
- Est-ce que les sentinelles savent à qui s'adresser au CSSS? Les soutenez-vous dans leurs actions?
- Collaborez-vous avec les sentinelles? Comment pouvez-vous améliorer cette collaboration?

2.6 LE RÔLE DES CENTRES DE RÉADAPTATION

Le personnel de divers autres établissements du territoire dont les usagers sont particulièrement vulnérables au suicide a reçu une formation complète en intervention de crise suicidaire. Il s'agit des établissements à vocation régionale s'occupant de santé mentale, des centres de réadaptation en toxicomanie et des centres jeunesse. Les intervenants qui y travaillent doivent être aptes à estimer la dangerosité du passage à l'acte. Il est donc important que, dans les centres de réadaptation, le personnel développe ses compétences en prévention du suicide afin d'aider les personnes suicidaires qui en utilisent les services.



Les intervenants de ces établissements peuvent gérer immédiatement une crise suicidaire ainsi qu'effectuer le suivi de courte durée ou étroit en fonction des besoins de la personne suicidaire. Ils peuvent aussi référer, orienter ou accompagner la personne suicidaire vers d'autres services offerts par les partenaires du RLS. Certains centres peuvent héberger la personne suicidaire.

LES ACTIONS À ACCOMPLIR

DANS LES CENTRES DE RÉADAPTATION

- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer la dangerosité du passage à l'acte.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompanyer à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou **héberger**.

Quelques pistes de réflexion pour vous

- Collaborez-vous avec les intervenants des centres de réadaptation de votre territoire dans le cadre du suivi de personnes suicidaires? Comment est-il possible d'améliorer cette collaboration?
- Connaissez-vous les services offerts par les centres de réadaptation à leurs usagers suicidaires?

2.7 LE RÔLE DES CLINIQUES MÉDICALES ET DES GMF

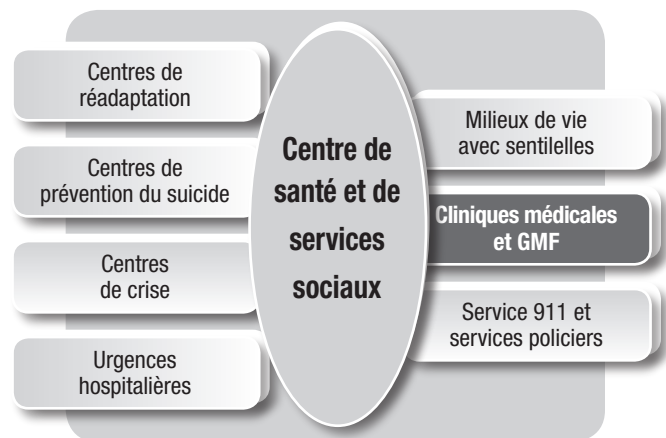
L'engagement des médecins de famille du territoire est essentiel en prévention du suicide. En effet, les cliniques médicales et les groupes de médecine de famille (GMF) constituent, avec les CSSS, la porte d'entrée des services de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux sur un territoire local donné. Quelques auteurs disent qu'entre 40 % et 70 % des personnes décédées par suicide ont consulté leur médecin de famille moins d'un mois avant de mettre un terme à leurs jours^{13, 23}, 36 % d'entre elles ayant obtenu un rendez-vous avec un omnipraticien moins d'une semaine

avant de poser leur geste²³. Ces données montrent que le médecin de famille tient un rôle important, car il est probablement en contact avec un pourcentage non négligeable de personnes suicidaires⁴.

L'Organisation mondiale de la santé affirme pour sa part que les médecins jouent un rôle majeur dans la prévention du suicide : ils doivent évaluer et prendre en charge les personnes suicidaires¹³. L'importance que les médecins de famille soient vigilants et constamment à l'affût des symptômes attribuables à la dépression ou aux idées suicidaires est d'ailleurs soulignée par Dumel (2000). Les médecins de famille doivent être formés pour agir efficacement auprès des personnes suicidaires, car plusieurs se sentent mal à l'aise en leur présence¹³. Une analyse des besoins effectuée en 2001 a révélé que 88 % des médecins interrogés considéreraient qu'une formation en prévention du suicide serait souhaitable à l'actualisation de leur profession²⁴. Le PNSP stipule que des activités de formation doivent être offertes aux cliniciens afin de les soutenir dans l'intégration de pratiques cliniques préventives⁸. Le fait de suivre une formation en prévention du suicide réduit, pour les médecins, le risque de sous-évaluer l'ampleur de la détresse des personnes qu'ils soignent^{25, 26}. Quelques formations allant dans ce sens existent au Québec. L'une d'entre elles vise d'ailleurs à accroître les aptitudes des omnipraticiens quant à la reconnaissance, à la prise en charge et à la référence des personnes ayant des idées suicidaires ou d'autres problèmes de santé mentale²⁷. Certaines expériences montrent que la formation des médecins en prévention du suicide peut avoir des retombées concrètes. À ce sujet, une recherche menée en Suède visait à démontrer les effets d'un programme de formation qui était destiné aux omnipraticiens et qui portait tant sur le diagnostic que sur le traitement des dépressions²⁵. La formation offerte aux médecins aurait contribué à réduire de façon significative le nombre de décès par suicide dans la population²⁸. Voilà un résultat encourageant !

Les médecins doivent accueillir la personne suicidaire et être aptes à estimer la dangerosité du passage à l'acte. En fonction des besoins de cette personne, ils peuvent aussi référer, orienter ou accompagner la personne suicidaire vers d'autres services offerts par les partenaires du RLS. Pour ce faire, les médecins doivent connaître les services qui sont offerts par les partenaires du RLS, et ce, dans l'optique de savoir lequel répond le mieux aux besoins de la personne suicidaire.

Vous gagnez à tisser des liens étroits avec ces médecins. Votre partenariat sera particulièrement utile au moment de l'intervention auprès d'une personne suicidaire qui est déjà suivie par un médecin d'une clinique médicale ou d'un GMF. Par ailleurs, puisque l'importance du suivi d'une crise suicidaire est reconnue, ce partenariat facilitera les démarches quand des médecins vont référer des personnes suicidaires à votre CSSS.



LES ACTIONS À ACCOMPLIR

DANS LES CLINIQUES MÉDICALES ET LES GMF

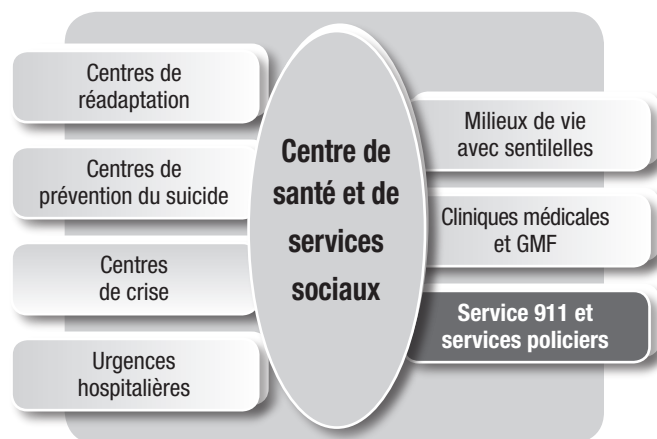
- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer la dangerosité du passage à l'acte.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou héberger.

Quelques pistes de réflexion pour vous

- Travaillez-vous en partenariat avec des médecins des cliniques médicales et des GMF de votre territoire en prévention du suicide?
- Communiquez-vous avec le médecin de famille des personnes suicidaires vues au CSSS?
- Est-ce que les médecins de famille du territoire connaissent les services offerts par le CSSS aux personnes suicidaires?
- Comment pouvez-vous améliorer les liens du CSSS avec les médecins au bénéfice des personnes suicidaires?

2.8 LE RÔLE DU SERVICE 911 ET DES SERVICES POLICIERS

Le service 911 et les services policiers ont pour fonction d'aider et de protéger la population. Leur personnel peut procéder à une estimation de l'urgence suicidaire. Toutefois, ni le service 911 ni les services policiers ne sont mandatés pour gérer une crise suicidaire ou pour en effectuer le suivi. Il est possible que les policiers gèrent temporairement une crise, lorsque la personne suicidaire est très désorganisée, en attendant que les établissements ou les organismes désignés du territoire prennent la relève. Ces ressources choisiront peut-être alors de référer la personne suicidaire aux services appropriés du CSSS, du CPS ou du service de crise, en fonction de l'urgence suicidaire perçue. Le 911 ainsi que les services policiers peuvent choisir d'enclencher un processus de référence et d'accompagnement de la personne suicidaire à l'urgence hospitalière quand la situation le requiert. D'ailleurs, le service 911 et les services policiers peuvent collaborer avec vous quand s'applique la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, c'est-à-dire lorsqu'un danger grave et immédiat menace la sécurité de la personne suicidaire ou de son entourage. Par ailleurs, dans une situation moins grave, il est possible que les policiers réfèrent ou orientent la personne suicidaire vers l'une ou l'autre des ressources du réseau.



LES ACTIONS À ACCOMPLIR

PAR LE PERSONNEL DU SERVICE 911 ET DES SERVICES POLICIERS

- Accueillir la personne suicidaire.
- Estimer l'urgence suicidaire.
- Gérer immédiatement la crise.
- Effectuer le suivi de courte durée.
- Référer / orienter vers les services appropriés.
- Effectuer un suivi étroit.
- Accompagner à l'urgence hospitalière.
- Hospitaliser ou héberger.

Quelques pistes de réflexion pour vous

- Connaissez-vous le rôle du service 911 et des services policiers?
- Collaborez-vous avec le service 911 et les services policiers? Comment pouvez-vous améliorer cette collaboration?

2.9 LE RÔLE DES ASSS ET DU MSSS

Le CSSS ainsi que les partenaires régionaux et locaux s'occupant de la prévention du suicide sont appuyés dans leurs actions. Il importe de souligner, dans l'actualisation de leur rôle en cette matière, le soutien de l'agence de la santé et des services sociaux (ASSS) et du MSSS, qui :

- définissent les grandes orientations ;
- soutiennent ces organisations dans l'intégration des bonnes pratiques (ex. : aide à la production des outils nécessaires, subvention pour des activités de formation) ;
- sensibilisent régulièrement les gestionnaires et les intervenants tant à leurs rôles qu'à la nécessité de collaborer avec leurs partenaires intersectoriels.

2.10 LE RÔLE DES CHERCHEURS EN PRÉVENTION DU SUICIDE

L'apport fourni par les chercheurs s'intéressant à la prévention du suicide mérite d'être souligné. Effectivement, les chercheurs contribuent à l'amélioration des pratiques en ce domaine :

- en ajoutant de nouvelles connaissances et en les diffusant ;
- en analysant ainsi qu'en évaluant la pertinence, l'efficacité et l'efficience de certaines pratiques qui ont cours.

Le Réseau québécois de recherche sur le suicide, soutenu par le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, vient d'ailleurs d'être créé. Il a pour mandat de favoriser le développement de la recherche, la collaboration entre les chercheurs de divers milieux et l'utilisation des résultats de recherche par les milieux d'intervention.

Le tableau qui suit donne une idée d'ensemble des actions à accomplir par le CSSS et chacun des autres partenaires du RLS dans le cadre du plan d'intervention en prévention du suicide.

ACTIONS À ACCOMPLIR POUR INTERVENIR AUPRÈS D'UNE PERSONNE SUICIDAIRE								
ACTEURS DU RLS	Accueillir	Estimer la dangerosité du passage à l'acte	Gérer immédiatement la crise	Effectuer le suivi de courte durée	Référer ou orienter	Effectuer le suivi étroit	Accompagner à l'urgence hospitalière	Hospitaliser ou héberger
Centres de santé et de services sociaux	●	●	●	●	●	●	●	
Urgences hospitalières	●	●	●		●			● Hospitaliser
Centres de prévention du suicide	●	●	●	●	●	●	●	
Centres de crise	●	●	●	●	●	●	●	● Héberger
Milieus de vie avec des sentinelles		▲			● Orienter		●	
Centres de réadaptation		●	●	●	●	●	●	● Héberger
Cliniques médicales ou GMF	●	●			●		●	
911 ou services policiers		■			●		●	

Légende

- Action accomplie
- ▲ Action accomplie partiellement : vérification du degré d'urgence de la situation
- Action accomplie partiellement : estimation de l'urgence suicidaire

3 LES BONNES PRATIQUES À INCLURE DANS L'INTERVENTION EN PRÉVENTION DU SUICIDE

La présente partie du guide porte sur les bonnes pratiques en prévention du suicide à utiliser pour intervenir auprès de la personne suicidaire. L'intervention nécessite des moyens pour amener cette personne à exprimer sa souffrance et sa détresse²⁹. De plus, elle doit l'aider à avoir une perception plus réaliste de sa situation et l'encourager soit à employer, parmi les mécanismes d'adaptation auxquels elle a déjà recourus par le passé, ceux qui se sont révélés appropriés, soit à en chercher de nouveaux²⁹. Enfin, l'intervention doit tenir compte du réseau social de la personne suicidaire et le mobiliser²⁹.

Les pratiques proposées s'insèrent dans l'approche orientée vers les solutions, laquelle est adaptée à la réalité des CSSS et cohérente avec les visées de l'intervention dans les cas de crise suicidaire.

La pertinence et l'efficacité de l'approche orientée vers les solutions pour les intervenants de CSSS

Plusieurs approches peuvent être privilégiées pour intervenir dans les cas de crise suicidaire. Les pratiques proposées dans ce guide appartiennent à l'approche orientée vers les solutions, laquelle apparaît cohérente avec les visées de ce type d'intervention tout en étant adaptée à la réalité particulière des CSSS. Cette approche permet l'actualisation de changements rapides³⁰. Plusieurs auteurs ont exploré comment elle pourrait être utilisée avec les personnes suicidaires ou avec celles qui ont eu des épisodes de blessures auto-infligées^{31, 32, 33}.

Une récente recension des études empiriques fait ressortir l'efficacité de l'approche orientée vers les solutions³⁴. Bien que peu de recherches contrôlées aient été menées, les recherches cliniques et quasi expérimentales effectuées permettent d'en dégager certains résultats prometteurs³⁴. Ainsi, cette approche est plus efficace qu'aucun autre traitement³⁴. De plus, elle est aussi efficace que les approches psychosociales habituellement utilisées³⁴. Cette approche est reconnue comme plus efficace, dans certains cas, que l'approche orientée vers la résolution de problèmes³⁴. Enfin, elle requiert, dans certains cas, moins de rencontres que d'autres approches pour atteindre les mêmes résultats³⁴.

Des recherches soulignent que l'approche orientée vers les solutions est :

- aussi efficace que les approches psychosociales habituellement utilisées ;*
- plus efficace, dans certains cas, que l'approche orientée vers la résolution de problèmes ;*
- efficiente puisqu'elle requiert, dans certains cas, moins de rencontres que d'autres approches pour atteindre les mêmes résultats.*

Les postulats de base de cette approche

L'approche orientée vers les solutions est une approche collaborative que l'on doit à De Shazer et à ses collègues³³. Elle s'insère dans la famille des approches thérapeutiques brèves, considérées comme efficaces pour une vaste gamme de situations³⁵ et appréciées par des clientèles de différents milieux³⁶. Les techniques qu'elle recouvre favorisent une perception réaliste de la situation, ce qui permet de travailler sur l'ambivalence, de hâter le dévoilement de l'intention de suicide et de concevoir des solutions de remplacement au suicide³⁷. Cette approche privilégie l'écoute empathique, laquelle a pour effet de rassurer la personne suicidaire et de la faire se sentir comprise, respectée et non jugée³³. Cette forme d'écoute ne sert pas seulement à reconnaître la souffrance et la détresse de la personne suicidaire,

Cette approche met l'accent sur :

- la recherche de solutions ;*
- les compétences, les forces et les ressources de la personne suicidaire ;*
- les buts à atteindre ;*
- l'écoute empathique et l'utilisation de questions.*

Elle permet de travailler sur l'ambivalence de la personne suicidaire tout au long du processus d'intervention.

mais aussi à se concentrer sur les forces et sur la résilience de cette dernière afin de contrer les soucis qu'elle a eus³³. Enfin, l'utilisation de questions teinte cette approche. Les questions posées par l'intervenant visent à amener la personne à entrevoir sa situation selon une perspective différente et favorable à l'élaboration de solutions³⁷.

Quelques auteurs se sont prononcés quant aux hypothèses à la base de l'approche orientée vers les solutions^{31, 37, 38}. Les écrits d'O'Hanlon et Weiner-Davis dressent une liste de prémisses sur lesquelles s'appuie cette approche, que nous présentons ici.

LES DIX PRÉMISSSES DE L'APPROCHE ORIENTÉE VERS LES SOLUTIONS, SELON O'HANLON ET WEINER-DAVIS (1995)

- Toute personne dispose de ressources et de forces lui permettant de se libérer d'une préoccupation.
- L'intervenant a comme mandat de trouver l'élément à changer et d'amplifier le changement.
- Un petit changement peut être porteur d'autres changements.
- Il n'est généralement pas nécessaire que l'intervenant en sache beaucoup sur la préoccupation elle-même pour aider la personne qui le consulte à s'en défaire.
- Il n'est pas indispensable que l'intervenant connaisse la cause d'une préoccupation pour aider la personne qui le consulte à s'en défaire.
- La personne suicidaire fixe elle-même ses objectifs.
- Il est possible d'obtenir rapidement des changements et de se libérer rapidement d'une préoccupation.
- Il n'existe pas de perception unique et correcte des choses, seulement une pluralité de points de vue tout aussi justes les uns que les autres.
- L'intervention doit être axée sur ce qui est réalisable et peut être changé.

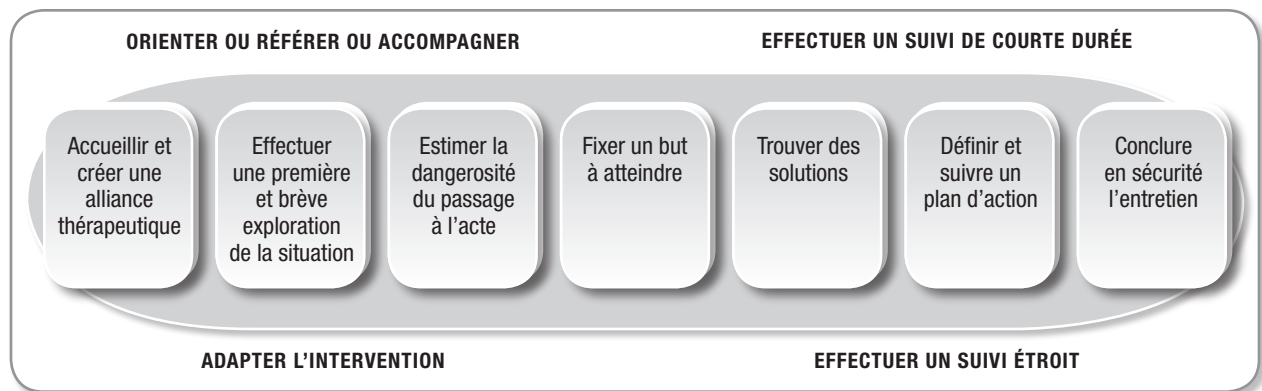
L'approche orientée vers les solutions met ainsi l'accent sur la recherche de solutions plutôt que sur l'explicitation en profondeur de la situation préoccupante^{30, 37}. Effectivement, elle consiste à amener la personne à découvrir ou à se rappeler qu'elle a des forces, des aptitudes et des ressources qui sont susceptibles de l'aider à se sortir de cette situation. En plus de miser sur les facteurs de protection qui sont propres à la personne, cette approche met l'accent sur les buts à atteindre³⁷. Le rôle de l'intervenant consiste alors à amener cette personne à tourner son attention vers l'avenir ainsi qu'à créer chez elle un désir de changement et à lui faire entrevoir que celui-ci est possible³⁸. Appliquée à une personne suicidaire, l'approche orientée vers les solutions vise à ce que cette personne détourne son esprit de la crise suicidaire et l'ancre progressivement dans un processus de changement, lequel s'est d'ailleurs enclenché dès l'instant où elle a demandé de l'aide. Le changement est inévitable³¹. Même un très petit changement peut avoir un effet considérable³¹. Il importe donc que l'intervenant s'applique à reconnaître le changement, à l'apprécier ainsi qu'à le mettre en évidence.

Enfin, l'approche orientée vers les solutions est axée sur le pouvoir d'agir de la personne et vise à l'aider à trouver des moyens pour améliorer sa situation. Cela suppose une démarche souple qui s'adapte à son rythme, à son contexte ainsi qu'à ses besoins. L'intervenant qui utilise cette approche aura recours à des stratégies servant à faire entrer la personne dans un processus de changement. Il doit croire qu'elle est généralement compétente pour trouver des solutions lui permettant de surmonter chacun

des obstacles que la vie place sur son chemin³¹. Toutefois, il est possible que la personne se retrouve dans une impasse si elle continue à utiliser des mécanismes d'adaptation qui se sont révélés inefficaces par le passé³¹. Le rôle de l'intervenant consiste donc à l'amener à utiliser des stratégies d'adaptation saines, positives et capables de l'aider à retrouver son état d'équilibre.

Le schéma qui suit expose le processus à privilégier pour intervenir auprès de la personne suicidaire dans les CSSS, lequel est basé sur l'approche orientée vers les solutions et s'inspire des travaux de Fiske (1998), de Greene et al. (2000) ainsi que de Shea (2002).

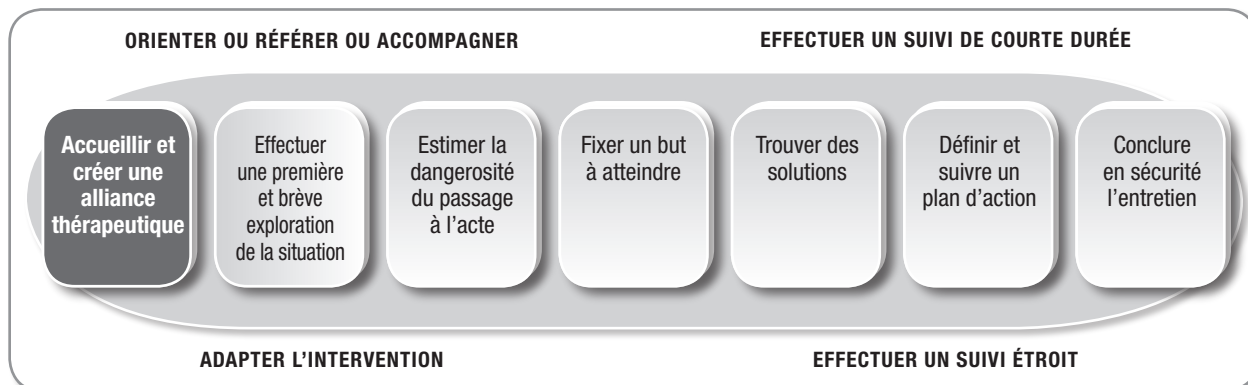
PROCESSUS SUGGÉRÉ POUR INTERVENIR AUPRÈS DES PERSONNES SUICIDAIRES DANS LES CSSS



Le schéma du processus d'intervention permet d'illustrer comment s'actualise l'approche centrée sur les solutions lorsqu'elle est utilisée avec une personne suicidaire dans les CSSS. On trouve au centre les étapes à suivre avec la personne que vous appuyez dans sa démarche vers le changement. Bien qu'elles soient placées dans une séquence logique, ces étapes peuvent se chevaucher. Le processus ne doit donc pas être appliqué de façon rigide. De plus, vous aurez à exercer votre jugement clinique pour adapter votre travail aux besoins de la personne suicidaire. Les éléments qui se trouvent dans la région périphérique représentent des contextes d'intervention (ex. : suivi de courte durée ou suivi étroit) ou des nuances d'intervention qui peuvent s'appliquer à chacune des étapes du processus (ex. : adapter l'intervention).

⋮ **Les étapes du processus peuvent se chevaucher ; celui-ci doit donc être appliqué avec souplesse.**

3.1 ACCUEILLIR LA PERSONNE SUICIDAIRE ET CRÉER UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE AVEC ELLE



La personne suicidaire peut éprouver de la difficulté à communiquer ses pensées autodestructrices³⁹. Elle a, par exemple, l'impression que le suicide est un signe de faiblesse ou un péché³⁹. Le suicide peut aussi représenter un sujet tabou pour elle³⁹. Votre premier contact avec la personne suicidaire et la relation que vous allez réussir à tisser ensemble seront déterminants. Cette relation doit être l'occasion de créer un climat propice à la confiance. Le PASM souligne d'ailleurs le rôle déterminant de l'accueil dans les services offerts aux personnes en crise².

La relation thérapeutique qui se tisse graduellement entre vous et la personne suicidaire est cruciale^{40, 41}. Il importe de créer cette alliance puis de faire en sorte qu'elle se maintienne à toutes les étapes de l'intervention de crise⁴². Un tel lien se caractérise par le respect et la confiance^{41, 43}. L'écoute ainsi que l'empathie sont d'autres éléments importants dans ce type de relation⁴⁰. En prévention du suicide, l'alliance thérapeutique permet à la personne suicidaire de se sentir écoutée, comprise et appuyée dans sa demande d'aide⁴⁴; elle permet aussi de contrer sa perception d'isolement et contribue à préserver sa sécurité⁴¹.

L'analyse des besoins menée auprès des CSSS et des CPS montre que le contexte actuel de la prestation des services dans les CSSS et les changements en cours rendent plus complexe l'établissement de la relation thérapeutique avec la personne suicidaire⁵. Il arrive fréquemment qu'une telle personne doive être orientée, référée ou accompagnée vers un autre service de l'établissement de santé ou du RLS pour y recevoir des soins plus appropriés à son cas. Conséquemment, le fait que plusieurs intervenants puissent être appelés à s'occuper successivement de cette personne ne facilite pas l'établissement de l'alliance thérapeutique. Quelques bonnes pratiques ont néanmoins été répertoriées dans des CSSS. Ainsi, certains intervenants déploient des efforts afin de restreindre le nombre d'évaluations dont fait l'objet la personne suicidaire et d'éviter, autant que possible, qu'elle ait à répéter les causes, les éléments déclencheurs ainsi que les détails de ses idées ou de ses gestes suicidaires⁵. De plus, certains d'entre eux veillent à construire ou à rebâtir la relation thérapeutique qui les unit à la personne suicidaire.

• **La personne suicidaire peut éprouver de la difficulté à communiquer ses pensées.**
 • **La relation thérapeutique que vous allez tisser ensemble sera déterminante.**

• **L'analyse des écrits révèle que l'alliance thérapeutique permet à la personne suicidaire de se sentir écoutée, comprise et appuyée dans sa demande d'aide.**

• **Dans certains CSSS, les intervenants agissent de façon à restreindre le nombre d'évaluations successives de l'état de la personne suicidaire.**

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

**POUR ACCUEILLIR LA PERSONNE SUICIDAIRE ET CRÉER
UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE AVEC ELLE**

De façon générale⁴¹

- Fournir de l'information à la personne suicidaire quant à l'intervention et au suivi.
- Privilégier un lieu de rencontre agréable et privé.
- Parler de façon calme et rassurante.
- Écouter attentivement les propos de la personne suicidaire et résister à la tentation de fournir des solutions trop rapidement.
- Travailler à établir et à entretenir un climat de confiance et de respect réciproque.
- Reconnaître ses limites et ses barrières personnelles.
- Reconnaître l'ampleur de la détresse de la personne suicidaire.

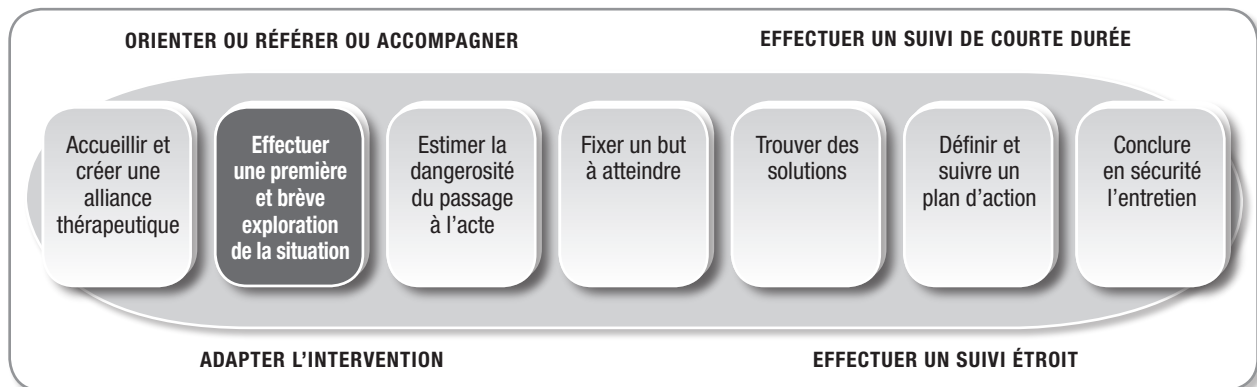
D'après l'approche orientée vers les solutions⁴²

- Considérer la personne suicidaire comme l'experte de sa situation.
- Éviter la confrontation tant que le niveau de danger pour la personne et pour autrui n'a pas été évalué.
- Éviter les débats et les argumentations qui ne feraient qu'éveiller les défenses de la personne suicidaire.
- Utiliser les mêmes expressions ou les mêmes métaphores que la personne suicidaire.
- Montrer de l'empathie.
- Nommer et refléter les sentiments de la personne suicidaire (ex. : «vous avez l'air triste aujourd'hui»).
- Adapter la communication à celle de la personne suicidaire.

Si la demande d'aide provient des proches d'une personne suicidaire⁴⁵

- Traiter la demande d'aide faite par des proches.
- Fournir aux proches des informations sur le suicide.
- Permettre aux proches de souffler et d'alléger leur fardeau émotionnel, fait de peur, de culpabilité, de tristesse, de découragement et de sentiment d'impuissance.
- Tenter d'estimer la dangerosité du passage à l'acte chez la personne suicidaire à partir des informations fournies par le proche.
- Tenter d'estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire du proche.
- Fournir aux proches les outils leur permettant d'accompagner la personne suicidaire, si leur état psychologique le permet.
- Informer les proches des différentes ressources pouvant répondre à leurs besoins.
- Inciter les proches à adopter des mécanismes d'adaptation positifs (ex. : parler de ce qui les préoccupe avec quelqu'un).

3.2 EFFECTUER UNE PREMIÈRE ET BRÈVE EXPLORATION DE LA SITUATION DE LA PERSONNE SUICIDAIRE



La personne suicidaire désire soulager une souffrance psychologique intolérable³⁷. Il est important d'aborder rapidement et brièvement ce qui la préoccupe afin de faire diminuer sa tension intérieure. Si la personne est en danger, vous devez rapidement passer à l'étape suivante, qui consiste à estimer la dangerosité du passage à l'acte de la personne.

Cette étape vise à permettre à la personne suicidaire d'exposer le ou les motifs sous-jacents à sa demande d'aide et à vous permettre d'avoir un aperçu global de ladite situation. La personne suicidaire décrit souvent sa situation en parlant de soucis et exprime les sentiments de détresse et de désespoir qu'elle ressent face à cette situation⁴². Vous devez donc l'encourager dans sa démarche⁴². Il ne faut pas perdre de vue que la personne suicidaire a déjà entamé un processus de changement par le simple fait d'avoir demandé de l'aide³⁸. Selon l'approche orientée vers les solutions, il n'est pas nécessaire que vous connaissiez en profondeur sa préoccupation pour l'aider à envisager des solutions. Ainsi, il est important que vous ameniez la personne suicidaire à détourner son attention de sa préoccupation en l'orientant vers des solutions et des changements possibles. Il est également important que vous portiez attention aux événements qu'elle relate afin de déceler, parmi les actions qui l'ont aidée antérieurement, celles qui pourraient l'aider à nouveau⁴².

L'Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux montre que certains intervenants de CSSS tentent d'identifier avec la personne suicidaire l'élément déclencheur de la crise⁵, lequel sert par la suite de point de départ pour définir des stratégies et trouver des solutions.

• **La personne suicidaire désire soulager une souffrance psychologique intolérable. Il importe de faire diminuer sa tension intérieure.**

• **L'analyse des écrits montre l'importance que l'intervenant encourage la personne suicidaire dans sa démarche et l'invite à exposer brièvement sa situation.**

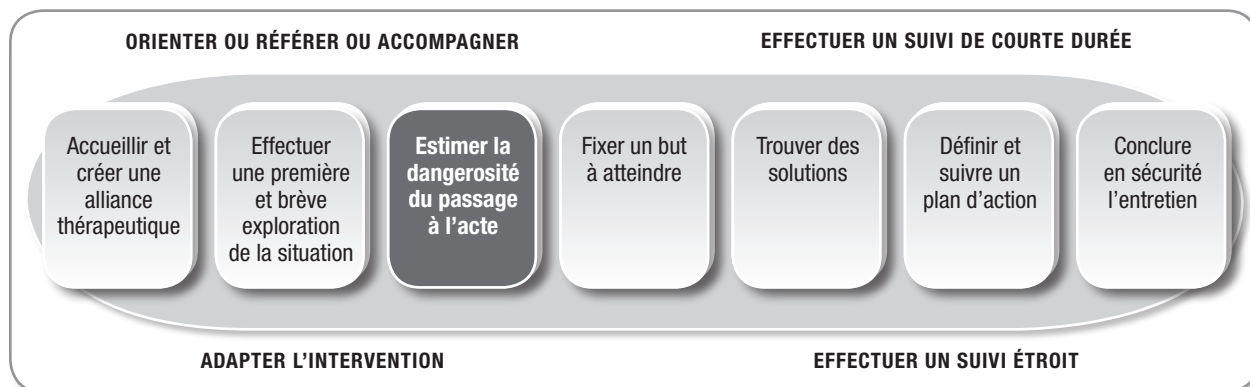
• **Dans certains CSSS, les intervenants effectuent une première et brève exploration de la situation de la personne suicidaire afin de connaître l'élément déclencheur de la crise.**

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

**POUR EFFECTUER UNE PREMIÈRE ET BRÈVE EXPLORATION
DE LA SITUATION DE LA PERSONNE SUICIDAIRE**

- Adopter un vocabulaire et formuler des questions qui incitent la personne suicidaire à détourner son attention de la crise. Dire à la personne suicidaire qu'un tel événement est une partie de la vie, et non la vie en entier. Privilégier les termes **préoccupation** et **souci** plutôt que le mot **problème** :
«Quelles sont les préoccupations qui vous ont incitée à venir me rencontrer?»
- Utiliser des questions qui font supposer qu'un changement s'est déjà amorcé afin que la personne suicidaire puisse voir la situation sous un angle nouveau³⁸. De telles questions permettent d'orienter le langage de la personne ; elles lui laissent entendre que son sentiment négatif appartient au passé et que les émotions qu'elle ressent sont appelées à changer :
«Jusqu'à aujourd'hui, vous sentiez-vous déprimée (ou triste, lasse) ou dépassée par les événements?»
- Inviter la personne suicidaire à décrire sa situation en termes concrets⁴² :
«Que s'est-il passé dans votre quotidien pour que vous vous sentiez déprimée (ou triste, épuisée, lasse) ?»
«Qu'avez-vous fait pour vous sentir mieux?»
- Porter une attention particulière aux stratégies que la personne suicidaire a utilisées par le passé pour se libérer d'émotions douloureuses³⁷. Il importe de lui faire remarquer ce qu'elle a réussi à faire. Les points positifs doivent mettre en relief ses forces, ses compétences et ses succès réels :
«Vous avez eu beaucoup de courage pour traverser ces moments. Avant de venir me demander de l'aide, qu'aviez-vous fait pour vous en sortir ? Comment avez-vous su que c'était ce qu'il fallait faire ?»
- Inviter la personne suicidaire à mettre en ordre de priorité les préoccupations qu'elle souhaite aborder⁴² :
«Vous m'avez parlé de plusieurs préoccupations qui vous habitent. Cependant, je trouve important d'en aborder une seule à la fois. Par laquelle voulez-vous commencer ?»

3.3 ESTIMER LA DANGEROUSITÉ DU PASSAGE À L'ACTE CHEZ LA PERSONNE SUICIDAIRE



La personne suicidaire ressent du désespoir et de l'impuissance³⁷. Vous devez tenter d'estimer objectivement l'ampleur de sa détresse à l'aide d'un outil efficace. Cette évaluation doit être faite au début de la première rencontre, puis régulièrement au fil du processus d'intervention⁴². Il appert que l'utilisation d'outils pour évaluer la personne suicidaire est de première importance⁴⁶. En effet, le recours à un outil basé sur une démarche systématique peut diminuer les erreurs de jugement⁴⁷. De plus, cela contribue à faciliter l'intervention auprès de la personne suicidaire⁴⁸. Enfin, soutenir son jugement clinique par l'utilisation d'un outil favorise la prise de décision éclairée quant aux actions à privilégier au cours de l'intervention⁴⁹. Le PASM souligne d'ailleurs l'importance d'utiliser des outils efficaces pour évaluer la personne suicidaire².

Il reste difficile de s'assurer de la validité des outils existants⁵⁰. Toutefois, il importe d'en choisir un qui a des assises empiriques solides^{51, 52} en plus d'être efficace, clair et succinct⁵². Un nombre croissant de chercheurs proposent d'opter pour l'estimation simultanée de l'imminence du passage à l'acte, de la létalité du scénario, de l'accessibilité du moyen et de la présence de facteurs associés au suicide^{29, 48, 53, 54, 55}. On compte environ 75 facteurs associés au suicide. Cette multitude rend impossible la vérification de la présence de chacun d'eux chez la personne suicidaire⁵². Vous devez donc vous concentrer sur les facteurs les plus importants⁵², les plus près du passage à l'acte ; ils représentent des leviers d'intervention. Certains chercheurs suggèrent de prendre aussi en considération les facteurs de protection^{ex.46, 50, 55}. D'ailleurs, l'ambivalence qui s'observe chez les personnes suicidaires s'explique par l'interaction entre les facteurs de protection et les facteurs associés au suicide⁵⁰.

L'analyse des besoins fait voir que, dans certains CSSS, les intervenants n'utilisent aucun outil pour évaluer la personne suicidaire⁵. Ailleurs, plusieurs intervenants ont recours à des outils d'évaluation, mais la fréquence et les modalités de leur utilisation varient. Cela conduit parfois à une diversité de façons d'évaluer les personnes suicidaires au sein d'un même établissement. De plus, les termes utilisés

La personne suicidaire exprime des sentiments de désespoir et d'impuissance. Vous devez tenter d'évaluer objectivement l'ampleur de sa détresse à l'aide d'un outil efficace.

L'analyse des écrits révèle qu'il importe d'utiliser un outil d'évaluation :

- efficace ;
- basé sur des notions empiriques solides ;
- faisant ressortir les facteurs les plus près du passage à l'acte, lesquels constituent des leviers d'intervention.

pour rendre compte de l'évaluation de ces personnes différent, ce qui ne favorise pas l'établissement d'un langage commun (ex. : urgence, risque, danger, potentiel suicidaire, présence d'idées suicidaires ou de facteurs associés au suicide). Il importe d'adopter un outil unique dans une organisation⁴⁸, et même à l'échelle d'un RLS.

Dans d'autres CSSS encore, plusieurs intervenants évaluent l'urgence suicidaire à l'aide du COQ. Le COQ est un bref questionnaire qui consiste à demander d'abord à la personne suicidaire si elle envisage de se suicider puis, dans l'affirmative, à lui demander **comment, où et quand** elle compte passer à l'acte ; la précision de son plan détermine l'urgence suicidaire. Toutefois, ces intervenants mentionnent qu'ils ne modulent pas leur évaluation en fonction de la présence de facteurs associés au suicide ou la présence de facteurs de protection⁵.

Cette façon de procéder n'est pas exclusive aux CSSS. Certaines études révèlent que des intervenants qui travaillent en santé mentale ou qui font de l'intervention téléphonique dans d'autres organisations ne tiennent pas compte non plus des facteurs associés au suicide lorsqu'ils évaluent une personne en crise suicidaire^{56, 57}. La situation est préoccupante dans la mesure où un intervenant qui ne prend pas en considération les facteurs associés au suicide peut sous-estimer l'urgence suicidaire et renvoyer chez elle une personne chez qui l'on peut pourtant reconnaître plusieurs facteurs la rendant vulnérable. Les personnes et les organisations activement engagées dans la prévention du suicide, dont les CPS, arrivent aussi à ce constat et reconnaissent que l'estimation de l'urgence suicidaire est lacunaire. Ainsi, un certain consensus s'établit sur la nécessité de disposer d'un outil qui permettrait à la fois d'estimer l'urgence suicidaire et de vérifier la présence de facteurs associés négativement ou positivement au suicide.

Au terme de l'analyse des outils existants, nous proposons la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire conçue par Brigitte Lavoie, de Suicide Action Montréal, et Marie Lecavalier, du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances. En plus de s'insérer dans l'approche orientée vers les solutions, cette grille satisfait aux critères précités et s'appuie sur l'expertise des CPS.

La grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire comporte plusieurs avantages.

1. Elle intègre formellement en un seul et même outil l'urgence suicidaire, les facteurs les plus associés au suicide et les facteurs de protection. Des efforts ont été faits dans le passé pour sensibiliser les intervenants à l'importance des facteurs associés au suicide et des facteurs de protection. Faute de pouvoir intégrer ces différents facteurs dans un seul et même outil, ils ne savaient pas quel poids accorder à chacun ; seule l'évaluation de l'urgence leur permettait de prendre des décisions. La grille proposée intègre tous ces facteurs et laisse une place importante au jugement clinique.


• **Dans certains CSSS, on peut observer :**
• – **l'absence d'outils servant à évaluer la personne suicidaire ;**
• – **l'absence d'un langage commun à tous les intervenants ;**
• – **une concentration sur l'évaluation de l'urgence suicidaire.**

• **La grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire proposée s'inscrit dans l'approche orientée vers les solutions. Elle prend en compte l'urgence suicidaire, les facteurs les plus associés au suicide et les facteurs de protection.**

2. Elle cible les facteurs les plus près du passage à l'acte suicidaire qui sont :

- la planification du suicide ;
- les tentatives de suicide antérieures ;
- la capacité à espérer un changement ;
- l'usage de substances ;
- la capacité à se contrôler ;
- la présence des proches ;
- la capacité à prendre soin de soi. Ainsi, l'utilisation de la grille permet de mieux déceler le danger grave que représentent pour elles-mêmes des personnes suicidaires qui n'ont pas de plan précis.

3. Elle cible les symptômes liés à des problèmes de santé mentale qui sont les plus souvent associés au suicide. Certains troubles mentaux – notamment la dépression, le trouble lié aux substances psychoactives, la personnalité limite, la schizophrénie et le trouble bipolaire – sont associés au suicide. En réalité, ce sont plutôt certains symptômes de ces troubles mentaux qui ont un lien avec le suicide. Par exemple, le symptôme du désespoir est davantage associé au suicide que la dépression elle-même. La grille permet de prendre en considération de tels éléments et d'obtenir ainsi une évaluation plus précise. Par ailleurs, cette distinction entre les symptômes liés à des troubles mentaux et les troubles proprement dits fait en sorte que l'outil peut être utilisé par des professionnels qui n'ont pas la responsabilité de diagnostiquer ces troubles.

4. Elle présente les facteurs associés et les facteurs de protection sur un continuum. Dans ce continuum divisé en quatre segments de couleurs différentes (), la cote vert témoigne de la présence d'un facteur de protection, tandis que la cote rouge indique la présence d'un facteur associé au suicide. Cette façon de procéder permet de surmonter les difficultés associées à l'addition des facteurs de protection et à la soustraction des facteurs associés au suicide.

5. Elle permet de trouver des leviers d'intervention, lesquels sont utilisés ensuite pour faire diminuer le degré de dangerosité. L'intervenant pose des questions à la personne suicidaire non pour formuler un jugement final, mais plutôt pour utiliser ses premières réponses comme leviers d'intervention, et ce, dans l'optique de réduire le degré de dangerosité du passage à l'acte. L'intervenant pourra ensuite donner le résultat final de son estimation.

6. Elle mentionne les actions à entreprendre en fonction de l'estimation finale. En plus d'énoncer clairement les situations pour lesquelles l'envoi de secours ou l'hospitalisation est indiqué, la grille attire l'attention sur les personnes qui représentent un danger grave pour elles-mêmes sans pour autant qu'il soit immédiat. L'originalité de cette grille est de permettre de mesurer l'ampleur des besoins, qui peut aller jusqu'au suivi étroit. Des protocoles internes pourront spécifier les actions à réaliser dans chaque organisation du RLS, selon sa mission et le partage des rôles convenu avec les partenaires.

La grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire est présentée sommairement à la page suivante. Mentionnons ici que d'autres outils accompagnent cette grille dans sa forme intégrale ; notamment, un outil de pondération vient préciser ce que recouvre chaque critère, un autre outil présente des stratégies visant à vérifier la présence de chacun des facteurs associés au suicide et un autre encore porte sur les actions liées à l'estimation finale. Mentionnons également qu'une formation sur la grille est nécessaire pour en favoriser l'appropriation et la bonne utilisation par les intervenants.

• **Une formation est nécessaire**
• **pour que l'intervenant puisse**
• **bien utiliser cette grille.**

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

POUR ESTIMER LA DANGEROUSITÉ DU PASSAGE À L'ACTE DE LA PERSONNE ⁵⁸.

- Évaluer la planification du suicide.
 - Aborder directement la question du suicide.
 - S'informer de la planification (à l'aide du COQ).
 - S'informer de l'accès au moyen et des préparatifs.
 - Déterminer le niveau de la planification sur le continuum.



- Assurer la sécurité : éloigner le moyen, appeler le 911 ou accompagner à l'hôpital (voir la section 3.7).

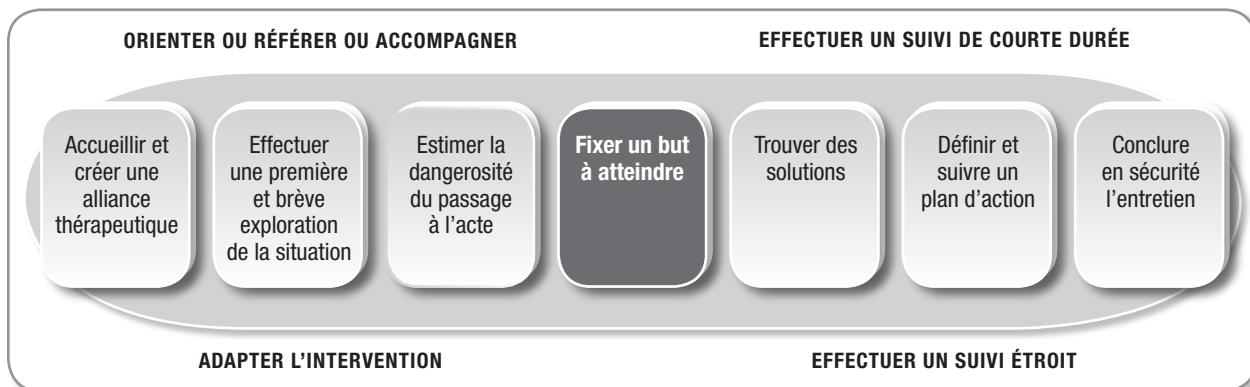
- Poursuivre l'estimation, dans la mesure où la tentative de suicide n'est pas en cours et que la personne accepte de collaborer.
- Vérifier la présence ainsi que le niveau des facteurs associés et des facteurs de protection pour savoir où se situe la personne suicidaire et faciliter l'intervention.

■ Aucune tentative de suicide		Tentative récente
■ Capacité à espérer un changement		Grand désespoir
■ Aucune ou légère consommation de substances		Abus grave de substances
■ Capacité à se contrôler		Forte impulsivité
■ Présence d'un proche		Solitude et isolement
■ Capacité à prendre soin d'elle		Se laisser aller
- Utiliser, comme leviers d'intervention, les premières réponses de la personne suicidaire afin de travailler sur l'ambivalence et d'en arriver à faire diminuer le niveau de dangerosité.
- Effectuer l'estimation finale de la dangerosité.



- Poursuivre l'intervention en fonction de votre estimation finale et conclure en sécurité.

3.4 AMENER LA PERSONNE SUICIDAIRE À SE FIXER UN BUT À ATTEINDRE



La personne en crise traverse une période où son équilibre est menacé et qui la place dans un état de vulnérabilité⁵⁹. La souffrance engendrée par une perte de contrôle de son existence ainsi que par la perte du sens de la vie peut s'avérer intolérable³⁹. Il importe donc que vos actions reflètent votre volonté de promouvoir le pouvoir d'agir de la personne. D'ailleurs, le MSSS considère l'appropriation du pouvoir (*empowerment*) comme un principe de base de la transformation des services en santé mentale¹⁷.

Une étape du processus d'intervention consistera à ce que vous ameniez la personne suicidaire à imaginer un futur qui vaut la peine d'être vécu sous forme d'un but à atteindre, et ce, de la façon la plus concrète possible⁴². Il importe que la personne décrive ce but comme un changement qui la mènera à se sentir, à penser et à agir différemment⁴². Il ne faut pas oublier que, plus votre travail se fait de façon coopérative et plus l'accent est mis sur des buts à atteindre, moins elle opposera de résistance à l'intervention⁴². Il importe que vous ameniez la personne suicidaire à traduire sa pensée sous l'angle de buts à atteindre, et ce, de façon détaillée⁴². En somme, votre rôle de professionnel de la santé consiste à accompagner cette personne vers des changements réalistes et réalisables⁶⁰.

Dans le contexte de la prévention, il existe diverses stratégies pour aider la personne suicidaire à se fixer un but à atteindre. Tout d'abord, la **question miracle** consiste à faire dire à cette personne ce qui pourrait être différent dans sa vie lorsque son souci sera réglé⁶¹. Elle a pour but d'aider la personne suicidaire à voir sa situation d'une façon qui la rend moins pénible⁶². De plus, cette question lui permet d'entrevoir la possibilité d'un changement positif³⁷. Vous pouvez aussi poser à la personne suicidaire ce que nous appellerons la **question retour**, par laquelle vous lui demandez de vous dire comment son entourage pourrait percevoir les changements positifs qui s'opéreront dans sa vie⁴². Cette deuxième stratégie permet de lui envoyer le message qu'elle n'est pas seule et de lui fournir différents indicateurs de changements qui pourraient l'aider à se faire une idée plus claire d'un futur approprié à son contexte de vie⁴². Enfin, vous pouvez enchaîner avec une **question graduée** en demandant à la personne suicidaire

• *La personne suicidaire peut avoir l'impression de perdre le contrôle de son existence et, ainsi, croire que sa vie n'a aucun sens.*

• *L'analyse des écrits indique l'importance d'amener la personne suicidaire à imaginer un futur qui vaut la peine d'être vécu sous forme d'un but à atteindre.*

de se situer sur une échelle de 1 à 10, où 10 correspond à la situation désirée⁶², et vous notez la réponse. Vous lui poserez cette même question à la rencontre suivante afin de vérifier si un changement s'est produit⁶².

Dans certains CSSS, des intervenants ont mentionné qu'ils fixaient déjà, avec la personne suicidaire, un ou des objectifs à atteindre⁵. Cette bonne pratique, mentionnée dans *l'Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux*, mérite d'être encouragée et étendue parce qu'elle permet d'insuffler de l'espoir à la personne suicidaire tout en stimulant son pouvoir d'agir.

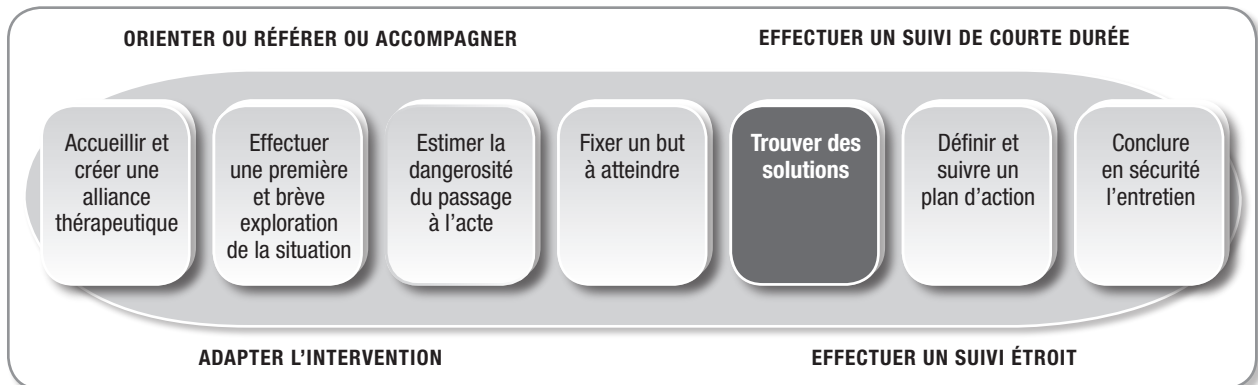
• ***Dans certains CSSS, des intervenants fixent des objectifs à atteindre avec les personnes suicidaires.***

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

POUR AMENER LA PERSONNE SUICIDAIRE À SE FIXER UN BUT À ATTEINDRE

- Inviter la personne suicidaire à penser selon la perspective de buts à atteindre :
« Comment aimeriez-vous vous sentir ? »
- Aider la personne suicidaire à trouver une raison de vivre.
- Poser la **question miracle** à la personne suicidaire l'aide à se projeter dans un avenir meilleur et à entrevoir des possibilités inexplorées⁶². Il importe de l'amener à en parler de façon aussi concrète que détaillée et de l'encourager à décrire le « miracle » comme étant ce qu'elle désire vivre plutôt que comme ce dont elle ne veut pas³³ :
« Imaginez que, lorsque vous dormirez cette nuit, un miracle se produira et que tous vos soucis prendront fin. Demain matin, qu'est-ce qui vous indiquera que quelque chose a changé dans votre vie ? Quels petits pas pourrions-nous faire pour aller dans cette direction ? »
- Poser la **question retour** à la personne suicidaire pour savoir comment son entourage pourrait percevoir les changements positifs qui s'opéreront dans sa vie constitue un moyen de lui fournir des indicateurs supplémentaires et concrets liés à son changement⁴² :
« Qui, dans votre entourage, se rendrait compte du changement ? Quand et comment ces personnes s'en apercevraient-elles ? Que remarqueront-elles de différent ? Quelles seraient leurs réactions ? »
- Utiliser régulièrement la même **question graduée** afin de vérifier si un changement, aussi minime soit-il, s'est produit⁶² :
« Sur une échelle de 1 à 10, où vous situez-vous – 10 étant l'atteinte de votre but et 1, le pire scénario, celui qui vous éloignerait de ce but ? »

3.5 AMENER LA PERSONNE SUICIDAIRE À TROUVER DES SOLUTIONS POUR ATTEINDRE SON BUT



La personne suicidaire éprouve un sentiment d'impuissance³⁷. Votre rôle d'intervenant consiste à guider cette personne dans sa recherche de solutions, laquelle lui permet de faire diminuer l'ampleur des émotions négatives qui l'habitent. Le PASM mentionne à cet effet que l'intervention de crise doit être basée sur la situation actuelle de la personne et orientée vers la recherche de solutions à sa préoccupation².

Cette étape du processus d'intervention débute lorsque la personne suicidaire réussit à décrire avec suffisamment de détails un futur sans souci⁴². Vous pouvez alors accompagner la personne suicidaire dans l'inventaire de ses ressources et sa recherche de solutions susceptibles de l'aider à concrétiser le futur qu'elle a imaginé⁴². Vous devez savoir que, peu importe la gravité d'une situation, il existe des moments où la préoccupation est moins intense ou tout simplement absente³⁸. Il est donc nécessaire que la personne suicidaire reconnaisse ces moments

d'exception, dont vous pourrez par la suite vous servir comme tremplins pour l'exploration de pistes de solutions³⁷. Il arrive parfois que la personne suicidaire ne parvienne pas à trouver d'éléments positifs dans sa situation présente. Vous devrez peut-être alors l'inviter à retourner dans son passé un peu plus lointain afin de découvrir si elle a déjà vécu un épisode suicidaire semblable. Si c'est le cas, vous la questionnez sur ce qu'elle a fait pour surmonter cette épreuve. Le but de vos questions est de connaître les solutions adéquates que cette personne a appliquées par le passé et qui pourraient servir dans la situation présente⁴².

Il arrive aussi que la personne suicidaire ne parvienne pas à trouver de moment d'exception dans sa vie et qu'elle n'entrevoie pas la possibilité d'un changement positif. Dans un tel cas de figure, elle peut considérer vos questions comme étant artificielles ou sentir que vous voulez lui imposer une façon de penser⁴². Il serait donc approprié d'enchaîner avec des **questions d'adaptation**. Ces questions visent à amener la personne suicidaire à se reconnaître des forces. Elles stimulent son pouvoir d'agir puisqu'elles lui permettent de prendre conscience de ses ressources intérieures⁴². Il est également possible d'aider la personne suicidaire à se découvrir des aptitudes et des savoir-faire qui s'appliquent à d'autres domaines de la vie que sa situation actuelle n'atteint pas³⁸. Ces aptitudes ainsi découvertes peuvent vous fournir de l'information quant aux forces, aux compétences ou aux ressources que la personne utilise dans d'autres situations et qu'elle pourrait mettre à profit pour se sortir de sa crise³⁸.

• **La personne suicidaire éprouve un sentiment d'impuissance. Il importe donc de l'amener à trouver des solutions permettant d'améliorer sa situation.**

• **L'analyse des écrits révèle qu'il existe toujours des moments où la préoccupation qui habite la personne suicidaire ne se manifeste pas. Les faire ressortir permet d'inventorier les ressources de la personne et de trouver des solutions.**

L'Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux révèle que certains intervenants se limitent à repérer, à évaluer et à référer la personne suicidaire⁵. Ainsi, des personnes suicidaires sont laissées à elles-mêmes sans pouvoir envisager de solutions à leur souci. Des bonnes pratiques ont toutefois été rapportées dans certains CSSS : soit que des intervenants cherchent avec la personne suicidaire des pistes d'action pour agir sur cet élément⁵, soit qu'ils utilisent des stratégies visant à recadrer les perceptions de la personne suicidaire⁵.

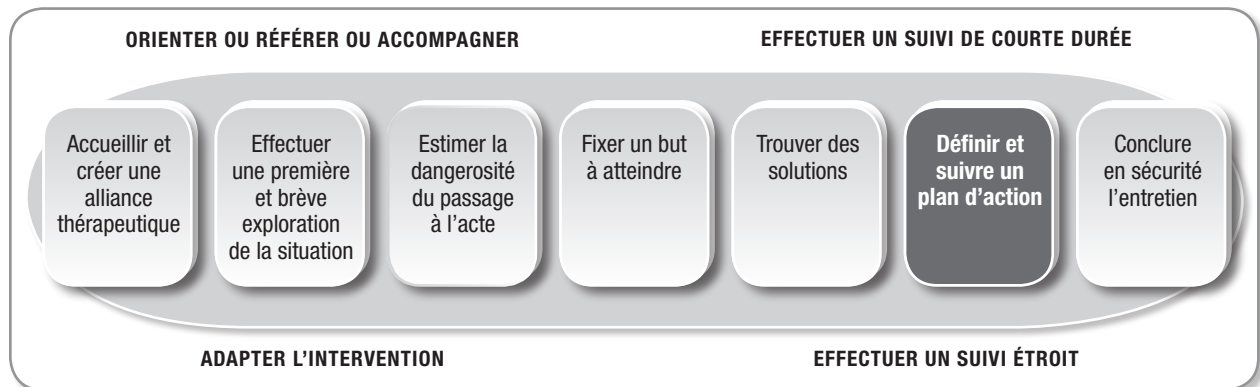
• **Dans certains CSSS, des intervenants cherchent à recadrer les perceptions de la personne suicidaire.**

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

POUR TROUVER DES SOLUTIONS AVEC LA PERSONNE SUICIDAIRE

- Amener la personne suicidaire à trouver des moments d'exception dans sa vie³⁷ :
 - « Quand vous ne pensez pas au suicide, que se passe-t-il de différent dans votre vie ? »
 - « Que faudrait-il que vous fassiez pour que ces moments d'exception se répètent ? »
- Questionner la personne sur son passé plus lointain afin de vérifier si elle a déjà vécu un épisode suicidaire et de connaître les solutions qu'elle a appliquées à ce moment-là. L'emploi de ce type de questions, en plus d'aider la personne suicidaire à prendre conscience qu'elle peut s'en sortir, fournit généralement des pistes de solutions pour que sa situation présente s'améliore⁴² :
 - « Avez-vous déjà eu cette difficulté dans le passé ? Si oui, comment l'avez-vous résolue ? »
 - « Dans le passé, avez-vous déjà pensé au suicide ? Si oui, qu'avez-vous fait pour vous sortir de cette situation ? »
- Poser des **questions d'adaptation** à la personne suicidaire lorsqu'elle ne parvient pas à entrevoir de changement positif⁴². Ces questions l'amèneront à prendre conscience des stratégies d'adaptation efficaces qu'elle utilise :
 - « Dans ces moments difficiles, je me demande ce que vous faites pour empêcher que la situation se détériore. Qu'arrivez-vous à faire ? Comment arrivez-vous à affronter le quotidien ? »
- Aider la personne suicidaire à découvrir ses aptitudes et ses habiletés dans des sphères de son existence que n'atteint pas sa situation problématique et la questionner sur la possibilité de les utiliser pour s'en sortir :
 - « Que faites-vous dans la vie pour vous distraire ? »
 - « Quelles sont les réussites dont vous êtes fière ? »
 - « Comment pourriez-vous utiliser ces différentes habiletés pour vous sortir de votre situation présente ? »
- Souligner les efforts de la personne suicidaire vers la fin de la rencontre, soit juste avant de lui donner des tâches à effectuer d'ici la prochaine rencontre⁴². Il importe que les compliments aient un lien direct avec les succès, les forces, les compétences qui ont été mentionnés pendant la rencontre ou antérieurement. Les compliments peuvent augmenter la coopération plutôt que d'éveiller les résistances⁴².
- Poser des questions qui invitent la personne suicidaire à exprimer comment elle se voit dans le processus de changement tout en évaluant sa situation et ses progrès³⁷. Le changement positif doit être souligné et la personne sera questionnée sur les raisons sous-jacentes à ce changement⁴² :
 - « Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le plus faible et 10 le plus fort, comment évalueriez-vous les progrès que vous avez réalisés depuis la dernière rencontre ? »
 - « Qu'avez-vous fait pour amener ce changement ? »

3.6 DÉFINIR ET SUIVRE UN PLAN D'ACTION AVEC LA PERSONNE SUICIDAIRE



La personne en crise a souvent le sentiment que tout va mal et qu'elle a perdu le contrôle de sa vie⁴². Il importe donc d'aider la personne suicidaire à focaliser son attention sur ce qui est positif dans sa vie⁴²; cela lui permettra de se réapproprier progressivement le contrôle de son existence. L'une des façons de procéder consiste à lui assigner des tâches. Élaborer et suivre un plan d'action avec la personne suicidaire constitue une étape du processus d'intervention qui nécessite votre expertise professionnelle.

• **La personne suicidaire a souvent le sentiment que tout va mal et qu'elle a perdu le contrôle de sa vie.**

Cette étape vise à amener la personne suicidaire à tourner l'attention qu'elle porte à ses soucis vers des aspects positifs de sa vie, nous l'avons dit, mais aussi vers des solutions à sa situation actuelle³⁷. Cela implique que la personne suicidaire se soit préalablement fixé des buts précis à atteindre et qu'elle ait envisagé certaines solutions pour y parvenir⁴². Il faut souligner ici toute l'importance d'être conséquent. En effet, les tâches que vous proposerez à la personne suicidaire doivent mobiliser ses forces, ses ressources ou ses compétences, notamment celles qui ont été évoquées au cours des rencontres précédentes³⁸. De plus, les tâches doivent avoir un rapport avec les buts que la personne suicidaire s'est fixés⁴².

• **L'analyse des écrits révèle l'importance d'un plan d'action qui amène la personne à diriger son attention sur les aspects positifs de sa vie.**

En prévention du suicide, définir et suivre un plan d'action s'échelonne sur plus d'un rendez-vous. Il est possible de commencer à élaborer le plan d'action dès la première rencontre. Les rencontres subséquentes viseront à peaufiner et à consolider le plan d'action. À cette étape, différentes tâches seront proposées à la personne suicidaire dans l'optique de lui faire prendre conscience de ses habiletés ou de mettre en œuvre des solutions.

L'Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux démontre que des intervenants de CSSS ont déjà inclus l'élaboration d'un plan d'action dans leur démarche d'intervention⁵.

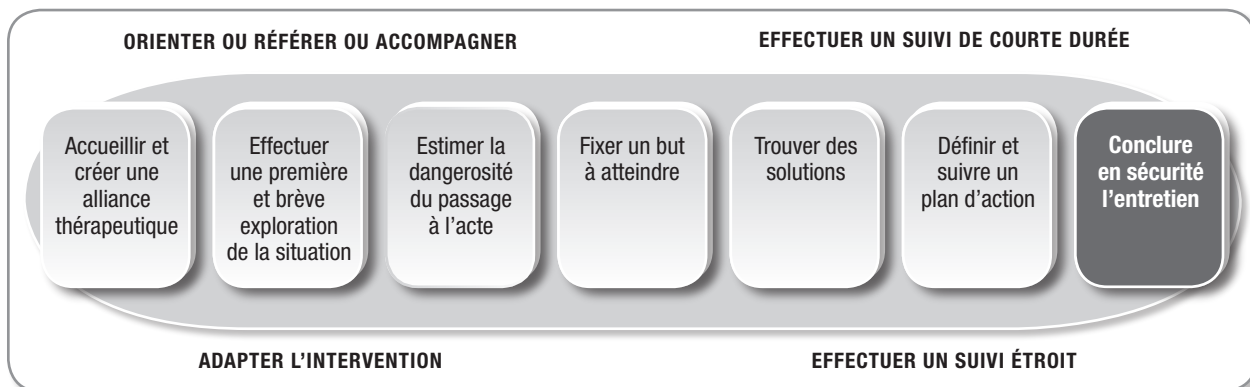
• **Dans certains CSSS, l'intervention auprès des personnes suicidaires inclut déjà l'élaboration d'un plan d'action.**

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

POUR DÉFINIR ET SUIVRE UN PLAN D'ACTION

- Suggérer à la personne suicidaire une tâche qui l'amène à fixer son attention sur les aspects positifs de sa vie, ce qui induit un changement dans la perception qu'elle a de sa situation ou d'elle-même³⁸ :
«À partir d'aujourd'hui jusqu'à notre prochaine rencontre, j'aimerais que vous observiez les moindres petites choses qui arrivent dans votre vie et que vous souhaiteriez voir se répéter parce qu'elles vous font du bien. À notre prochaine rencontre, je vais vous demander de m'en parler.»
- Inciter la personne suicidaire à être plus consciente de ses habiletés⁴² :
«Pendant la semaine à venir, prêtez attention à ce que vous ferez pour éloigner les pensées suicidaires ou le comportement qui vous nuit et à la manière dont vous l'aurez fait. Nous en reparlerons au prochain rendez-vous.»
- Revenir sur les observations faites par la personne suicidaire, et ce, dans l'optique de l'orienter vers des solutions³⁸. Il importe de privilégier l'utilisation de questions ouvertes, qui l'incitent à formuler ses réponses sous l'angle de points forts et d'événements heureux³⁸. Le but consiste à tirer profit des moindres succès de la personne suicidaire⁴² :
«Qu'avez-vous réussi à faire ?»
«Que s'est-il passé d'agréable ?»
- Utiliser des questions qui laissent supposer que le changement s'est déjà amorcé afin que la personne suicidaire puisse voir la situation sous un angle nouveau³⁸. Pour qu'elle y arrive, les questions doivent avoir un lien avec ses ressources et avec les solutions qu'elle a envisagées dans les rencontres précédentes³⁸ :
«Ce que vous avez réussi à faire, désirez-vous que cela se reproduise ? Que pourriez-vous faire pour que cela arrive ?»
- Proposer une tâche qui invite la personne suicidaire à imaginer que le but qu'elle vise, soit celui qu'elle s'est fixé antérieurement en répondant à la **question miracle**, est atteint⁴². Le raisonnement qui sous-tend cette technique vient de l'idée que la personne suicidaire n'a pas à attendre que le miracle arrive pour ressentir le bien-être que procurent des sentiments agréables ni pour goûter le bonheur d'avoir des pensées et des comportements qui ne sont pas teintés par ses soucis⁴² :
«Imaginez que le miracle est arrivé et que ce que vous désirez se réalise. Cette semaine, je vous encourage à faire les choses comme si le souci était réglé.»
«Notez ce que vous faites de différent et comment les gens de votre entourage réagissent.»
- Dans certains cas, il peut s'avérer pertinent de faire une place aux proches de la personne suicidaire dans le plan d'action. Cette dernière doit toutefois y consentir.

3.7 CONCLURE EN SÉCURITÉ L'ENTRETIEN AVEC LA PERSONNE SUICIDAIRE



Le passage à l'acte est parfois considéré par la personne suicidaire comme une façon de mettre un terme à la souffrance intolérable qui l'habite³⁷. Il importe donc de poser des gestes préventifs concrets afin de réduire les risques de passage à l'acte, c'est-à-dire que la personne n'en vienne à attendre à ses jours. Comme intervenant, vous pouvez avoir une influence certaine en aidant cette personne à prendre progressivement conscience que l'espoir de voir sa situation s'améliorer n'est pas vain et en accomplissant certaines actions préventives qui visent à préserver sa sécurité, d'où l'importance de conclure en sécurité l'entretien avec la personne suicidaire en l'amenant à apprécier ses progrès ainsi que ses succès. De plus, cette étape du processus d'intervention est cohérente avec la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, qui souligne l'importance de valoriser le sens de la vie.

• **La personne suicidaire cherche à mettre un terme à la souffrance intolérable qui l'habite.**

Plusieurs pistes d'actions permettant d'assurer la sécurité de la personne suicidaire sont proposées dans la littérature. Il est notamment possible d'agir en amont de la crise en élaborant une stratégie de sécurité avec la personne⁴¹. Cette stratégie préventive vise à trouver les mécanismes d'adaptation et de résolution de problèmes susceptibles d'être utiles à cette personne⁴¹. Vous pouvez aussi l'inviter à évaluer son niveau de bien-être à la fin de l'entretien puis le comparer avec celui qui la caractérisait au début de la rencontre⁴². Chaque progrès, aussi minime soit-il, représente une réussite qui mérite d'être valorisée et la personne doit s'en attribuer le mérite. La personne suicidaire pourra ainsi prendre conscience de ses forces, de ses compétences ainsi que de sa capacité à trouver des solutions⁴². Les actions visant à réduire l'accès aux moyens de se suicider et aux armes sont une autre façon d'assurer la sécurité de la personne suicidaire. Enfin, il est possible que, dans certaines circonstances, le recours à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui s'avère nécessaire afin d'assurer la sécurité de la personne suicidaire ou de son entourage. La Loi permet de priver temporairement un individu de son droit de liberté afin de le garder sans son consentement dans un centre hospitalier. Le recours à cette loi constitue une **mesure d'urgence d'exception**. Ainsi, votre organisation doit établir un protocole relatif à l'application de la Loi qui soit formel et dénué d'ambiguïté afin de faciliter la décision de recourir à ladite loi. Un tel protocole a-t-il été adopté dans votre CSSS? Le suivez-vous?

• **L'analyse des écrits montre l'importance d'assurer la sécurité de la personne.**

L'Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux n'a pas permis de vérifier si les intervenants des CSSS utilisent, pour conclure l'entretien en sécurité avec la personne suicidaire, des pratiques cohérentes avec l'approche orientée vers les solutions. Néanmoins, dans certains CSSS et chez certains partenaires des RLS, quelques bonnes pratiques visant à assurer la sécurité de la personne suicidaire ont été relevées, notamment un protocole d'application formel destiné à guider l'application de la Loi. De plus, l'analyse des besoins démontre que certains intervenants ont pu assister à des séances de formation concernant l'application de cette même loi⁵.

• Dans certains CSSS ou RLS, il existe un protocole formel ou il se donne de la formation concernant l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

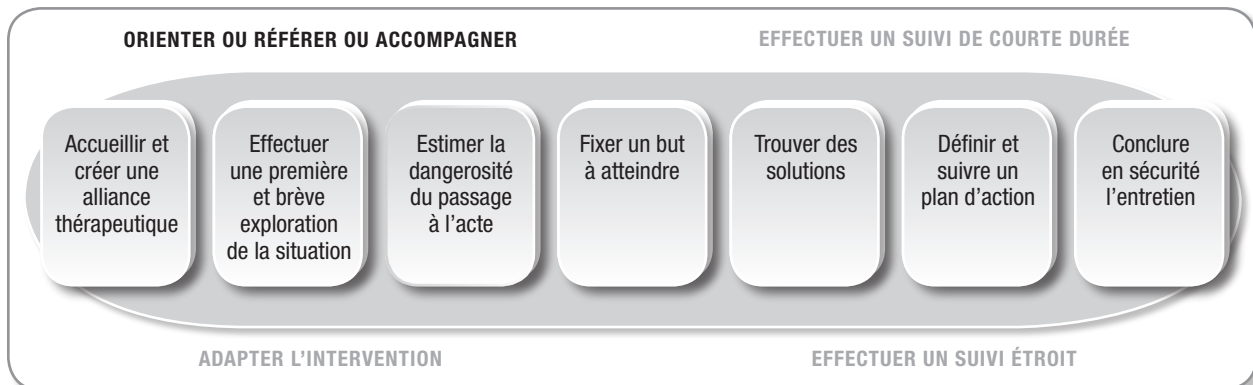
LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

POUR CONCLURE EN SÉCURITÉ L'ENTRETIEN AVEC LA PERSONNE SUICIDAIRE

	Indices de dangerosité du passage à l'acte		
	Faible	Grave et à court terme	Grave et immédiat
<p>Selon l'approche orientée vers les solutions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Amener la personne suicidaire à reconnaître son bien-être et ses progrès⁴²: «Sur une échelle de 1 à 10, où vous situez-vous maintenant, à la fin de notre rencontre?» ■ Mettre en valeur les forces de la personne⁴²: «Qu'avez-vous fait pour que cela arrive?» ■ Offrir un suivi adapté. 	✓	✓	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaborer, avec la personne suicidaire, une stratégie de sécurité mentionnant les actions à poser en temps de crise et les ressources qu'elle peut consulter, puis l'inciter à revaloriser ses raisons de vivre⁴¹. 	✓	✓	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Réduire l'accès aux moyens et aux armes pouvant être utilisées par la personne suicidaire pour passer à l'acte^{2, 6, 41}. 		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> ■ Informer la personne suicidaire sur les initiatives liées au retrait des armes à feu qui ont été prises sur le territoire. 	✓	✓	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Envisager d'appliquer la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Communiquer avec les services policiers pour demander l'accompagnement de la personne à l'urgence hospitalière. 			✓*

* Il vous faut garder à l'esprit que le recours à la Loi constitue une **mesure d'exception** et que plusieurs critères régissent l'application de cette loi. Il est donc important que l'intervenant consigne méticuleusement l'ensemble des actions qu'il a posées et les motifs qui ont justifié son jugement clinique au moment d'appliquer ladite loi.

3.8 ORIENTER OU RÉFÉRER OU ACCOMPAGNER LA PERSONNE SUICIDAIRE



La personne suicidaire peut parfois être dans un état psychologique susceptible d'altérer sa compréhension de la situation dans laquelle elle se trouve⁶³. Elle peut ne pas reconnaître la gravité de sa situation, et il est possible qu'elle ne saisisse pas la pertinence de l'aide externe que vous lui proposez⁶³. En fonction de l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire de la personne, il se peut que vous arriviez à la conclusion que la personne suicidaire doit être orientée, référée ou accompagnée vers un autre service. Ici, vos actions comptent énormément pour favoriser la continuité des services offerts à la personne suicidaire. L'importance de faciliter la continuité des services a été soulignée dans diverses publications, dont *l'Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*⁷ et le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*².

La façon dont vous procéderez peut influencer l'adhésion de la personne suicidaire au service qui lui est proposé⁴. Dans le contexte de la prévention du suicide, divers auteurs se sont prononcés en faveur d'une prise en charge concertée de la personne par le système de santé. Une référence davantage structurée et personnalisée peut avoir un effet incitatif sur la personne suicidaire quant à son acceptation du suivi proposé.

L'Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux a mis en lumière le manque de fluidité des mécanismes de référence au sein de divers CSSS et RLS, lequel manque peut nuire à la continuité des services offerts à la personne suicidaire. La volonté des intervenants des CSSS et des RLS de collaborer, la reconnaissance mutuelle des expertises ainsi que l'adoption d'un langage commun lié à la prévention du suicide sont considérées comme des leviers importants de cette continuité⁵. Une communication bien établie entre les établissements partenaires du RLS peut également contribuer à faciliter la référence en prévention du suicide.

• ***La personne suicidaire peut ne pas reconnaître qu'elle a un problème, et il est probable qu'elle ne cherche pas d'aide.***

• ***L'analyse des écrits révèle qu'une référence structurée et personnalisée favorise l'acceptation du suivi et la fidélisation à ce suivi.***

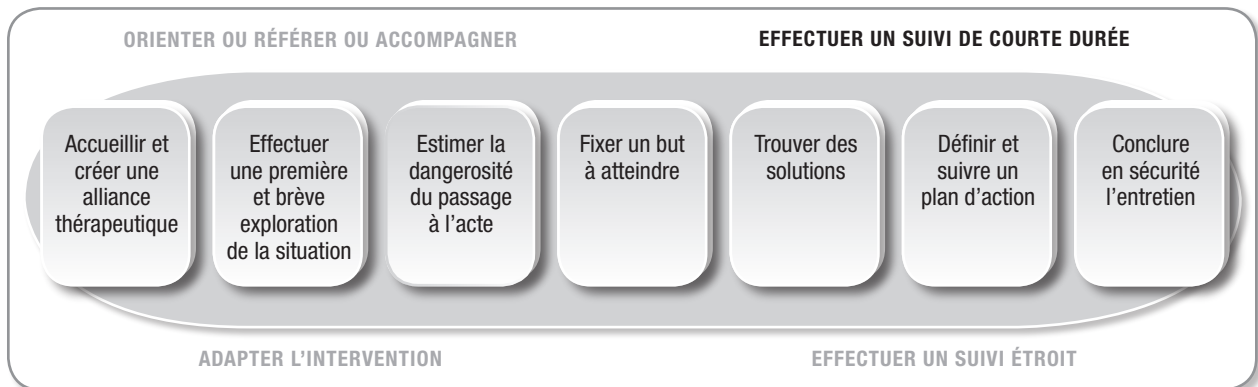
• ***Dans certains CSSS ou RLS, on souligne l'importance d'augmenter la fluidité des mécanismes pour référer la personne suicidaire.***

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

POUR ORIENTER OU RÉFÉRER OU ACCOMPAGNER LA PERSONNE SUICIDAIRE

	Indices de dangerosité du passage à l'acte			
	Absent	Faible	Grave et à court terme	Grave et immédiat
<p>Pour orienter la personne suicidaire : Proposer à la personne suicidaire de communiquer avec d'autres services ou de se rendre sur les lieux. L'orientation est possible lorsque les services d'un partenaire du RLS sont susceptibles de répondre aux besoins de la personne suicidaire et que la dangerosité de son passage à l'acte correspond à la cote VERT (pas d'indice de dangerosité) de la grille conçue par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.</p>	✓			
<p>Pour référer la personne suicidaire : Effectuer une référence formelle en joignant, par téléphone ou par télécopieur, l'autre organisation pour l'aviser qu'une personne suicidaire se présentera chez elle et ainsi en préparer l'arrivée. La référence est l'occasion de transmettre certaines informations utiles au suivi de cette personne. Elle est à privilégier lorsque les services d'un partenaire du RLS sont susceptibles de répondre aux besoins de la personne suicidaire et que la dangerosité de passage à l'acte correspond à la cote JAUNE (dangerosité faible) de la grille conçue par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.</p>		✓		
<p>Pour accompagner la personne suicidaire : Se rendre avec la personne suicidaire à l'urgence hospitalière ou au centre de crise, ou déléguer une personne pour le faire. L'accompagnement est à privilégier lorsque les services d'un partenaire du RLS sont susceptibles de répondre aux besoins de la personne suicidaire et que la dangerosité de son passage à l'acte correspond aux cotes ORANGE (dangerosité à court terme) ou ROUGE (dangerosité grave et immédiate) de la grille conçue par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.</p>			✓	✓

3.9 EFFECTUER UN SUIVI DE COURTE DURÉE



La personne suicidaire se caractérise par l’ambivalence de ses désirs : elle veut mettre fin à sa souffrance en se suicidant et, en même temps, elle veut trouver une solution moins radicale à sa situation¹⁶. Cette ambivalence influe sur sa détermination à aller chercher de l’aide⁴¹. Votre rôle de professionnel de la santé vise à soutenir le désir de vivre de la personne suicidaire. La pertinence des stratégies que vous employez pour le suivi de courte durée des personnes suicidaires s’avère un élément clé au regard de l’engagement et de la fidélité de ces personnes à leur suivi. L’importance d’un tel suivi est mise en évidence notamment dans le PASM².

• **La personne suicidaire peut être ambivalente. La pertinence des stratégies relatives au suivi de courte durée favorise l’acceptation du suivi et l’adhésion à ce suivi.**

Le suivi de courte durée s’effectue une fois la crise suicidaire désamorcée. Ce type de suivi peut parfois s’avérer suffisant pour répondre aux besoins d’une personne. Il arrive aussi que l’état et les besoins de certaines personnes justifient une prise en charge à plus long terme. Le suivi de courte durée servira alors plutôt à les soutenir en attendant qu’elles puissent bénéficier d’un suivi étroit spécialisé ou adapté et il permet d’assurer la continuité des services qui leur sont offerts.

• **L’analyse des écrits révèle que l’alliance thérapeutique, le plan d’action, la participation des proches et les relances sont des stratégies susceptibles de faire en sorte que la personne suicidaire s’implique dans son suivi.**

L’acceptation du suivi par la personne suicidaire et l’assiduité à ce suivi peuvent être favorisées par plusieurs stratégies et plusieurs modalités. Parmi elles, on trouve :

- la création ou le maintien d’une alliance thérapeutique⁴³ ;
- l’élaboration d’un plan d’action⁴³ ;
- la réévaluation ponctuelle des besoins et des préférences de la personne suicidaire⁴³ ;
- l’utilisation de relances^{41, 43}.

L’entourage est aussi reconnu pour avoir un rôle décisif quant à l’adhésion de la personne à son traitement⁴³. Ainsi, le réseau social peut remplir des fonctions d’accompagnement de la personne. De plus, les proches peuvent fournir des informations complémentaires^{41, 64}. Ces informations privilégiées sont susceptibles d’aiguiller le personnel soignant vers des éléments clés relatifs aux comportements ou aux antécédents de la personne suicidaire ainsi qu’aux facteurs qui peuvent la rendre encore plus vulnérable. Enfin, les membres de l’entourage de la personne suicidaire peuvent contribuer à tisser les mailles d’un filet de sécurité autour d’elle⁴⁰.

L'Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux mentionne l'importance d'améliorer l'organisation des services visant à prendre en charge les personnes suicidaires et d'offrir un suivi à ces dernières. Certaines modalités reconnues efficaces pour effectuer le suivi de ces personnes et les fidéliser à leur suivi demeurent peu employées dans les CSSS⁵. Toutefois, des bonnes pratiques ont été recensées dans certains d'entre eux. Elles concernent principalement le suivi de courte durée effectué par les intervenants de l'AEOR pour gérer la crise et créer un filet de sécurité autour de la personne suicidaire⁵. Cette pratique permet notamment de compenser pour les listes d'attente qui retardent l'accès au suivi étroit.

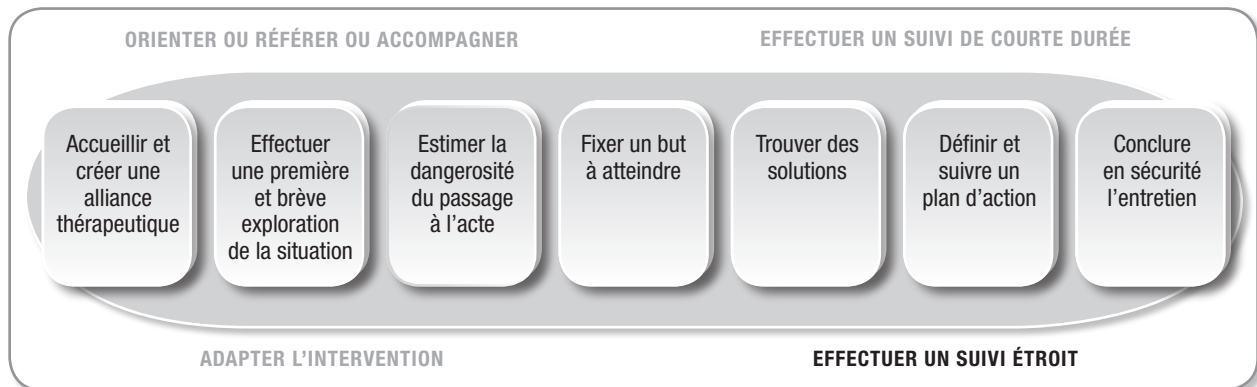
• **Dans certains CSSS, les intervenants de l'AEOR effectuent des suivis de courte durée afin de gérer la crise et de créer un filet de sécurité.**

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

POUR EFFECTUER UN SUIVI DE COURTE DURÉE

- Offrir un suivi de courte durée aux personnes qui présentent un indice de danger de passage à l'acte faible et qui traversent une crise passagère ou pour intervenir de façon temporaire auprès d'une personne en attente d'un autre type de suivi.
- Utiliser les pratiques proposées aux différentes étapes du processus d'intervention, en fonction des besoins de la personne suicidaire.
- Faire preuve de patience, d'empathie et de détermination⁴¹ pour répondre aux questions des personnes suicidaires quant aux bénéfices du suivi.
- Concevoir et évaluer ponctuellement avec la personne suicidaire un plan de traitement basé sur ses besoins et ses préférences⁴³.
- Élaborer avec la personne suicidaire un plan d'action lui indiquant ce qu'elle peut faire lorsqu'elle a un souci.
- Donner à la personne suicidaire les coordonnées d'une ressource offrant des services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et pouvant l'aider lorsqu'elle traverse une période de crise⁴¹.
- Faire une place aux proches de la personne suicidaire dans le suivi^{41, 64}.
- Fournir aux proches les outils leur permettant de soutenir la personne suicidaire. Cette forme d'aide appuyée par l'écoute active vise à permettre à la personne suicidaire d'évacuer ses sentiments négatifs et de savoir quels éléments la protègent de la crise suicidaire⁶⁵. Aucune formation thérapeutique n'est requise pour employer cette modalité d'intervention. Les proches d'une personne suicidaire peuvent donc l'utiliser, à condition qu'ils puissent se détacher, sur le plan émotif, de la souffrance de la personne en crise qu'ils tentent d'aider⁶⁵.

3.10 EFFECTUER UN SUIVI ÉTROIT



La présente section du guide s'adresse aux intervenants dont le rôle consiste à offrir un suivi étroit à la personne qui est ou qui a été en danger grave de passage à l'acte. Elle aborde les particularités du suivi étroit ainsi que les approches qui peuvent être utilisées dans ce contexte. Celles-ci serviront aussi aux intervenants de CSSS qui effectuent des suivis thérapeutiques (psychosociaux généraux ou en santé mentale).

3.10.1 LES PARTICULARITÉS DU SUIVI ÉTROIT

Qu'est-ce que le suivi étroit ?

Le suivi étroit est une mesure visant à s'assurer que la personne qui est ou qui a été en danger grave de passage à l'acte et qui quitte l'organisation ayant effectué la gestion de sa crise suicidaire (ex. : hôpital, centre de crise) puisse avoir accès à un suivi rapidement et de façon intensive.

Qui devrait avoir accès au suivi étroit ?

La personne suicidaire qui a été admise à l'hôpital est sujette à poser ou à répéter un geste suicidaire pendant une période qui va des jours suivant son admission^{66, 67, 68} à trois mois après l'obtention de son congé de l'hôpital, et particulièrement dans les premiers jours de ce congé^{66, 68, 69}. Il importe que ces personnes puissent alors bénéficier d'un suivi étroit².

Cette même vulnérabilité s'observe chez les personnes qui ont été en danger grave de passage à l'acte, et dont la crise a été gérée dans un autre lieu qu'une urgence hospitalière ou un centre hospitalier (ex. : centre de crise, clinique médicale, GMF ou organisme s'occupant de santé mentale). L'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire de la personne doit être effectuée par un intervenant, et ce, à l'aide de la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte conçue par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances. Toute personne ayant été, selon cette grille, en danger grave et immédiat ou en danger grave à court terme devrait avoir accès au suivi étroit.

La personne suicidaire est particulièrement vulnérable durant l'année suivant une tentative de mettre fin à ses jours. Un suivi étroit doit être proposé à toutes personnes qui sont ou qui ont été en danger grave de passage à l'acte.

Certains facteurs font en sorte d'augmenter la vulnérabilité de la personne et le risque qu'elle pose ou qu'elle répète un geste suicidaire. Si quelques-uns de ces facteurs sont liés aux caractéristiques des services offerts, d'autres sont liés aux caractéristiques de la personne suicidaire.

Les facteurs liés aux caractéristiques des services offerts :

- la discontinuité, la réduction^{70, 71, 72} ou la fin prématurée des soins^{66, 73, 74} ;
- l'absence de lien thérapeutique entre le professionnel de la santé et la personne suicidaire^{71, 74} ;
- l'absence de plan de sortie⁷⁴.

Les facteurs liés aux caractéristiques de la personne suicidaire :

- les désordres affectifs⁶⁶ ou la psychose affective⁷⁴ ;
- la dépression ou l'état de désespoir⁷⁴ ;
- le fait d'avoir un historique de blessures auto-infligées⁷⁴ ;
- un diagnostic récent de maladie physique grave⁷⁴ ;
- la décision prise de son propre chef de quitter l'hôpital⁷⁵ ;
- le fait d'être hospitalisée pour la première fois^{66, 74} ;
- le fait d'être un homme⁷⁴ ;
- le fait d'être sans emploi ou celui de perdre son emploi après l'admission⁷⁴ ;
- le fait de vivre seule⁷⁴.

• ***L'analyse des écrits révèle que certains facteurs peuvent augmenter le risque de voir la personne poser ou répéter un geste suicidaire. La connaissance de ces facteurs permet d'adapter le suivi étroit offert aux personnes suicidaires.***

Avoir une bonne connaissance de ces facteurs permet d'améliorer la qualité du suivi offert aux personnes suicidaires⁷⁶ et peut contribuer à prévenir le passage à l'acte⁷⁷.

Quand autoriser la sortie de la personne suicidaire qui a été hospitalisée ou hébergée ?

La sortie de l'hôpital ou du lieu d'hébergement doit être envisagée seulement si l'état mental de la personne est stabilisé, que la crise suicidaire est passée, que la sécurité de cette personne est assurée⁷⁰ et qu'un suivi approprié a été planifié¹⁵. La personne suicidaire doit être réévaluée 48 heures puis 24 heures avant sa sortie, et ce, afin de s'assurer que le danger de passage à l'acte est atténué^{67, 78}. Sa sortie n'est toutefois pas recommandée si :

- son état mental n'est pas encore stabilisé et qu'un plan de traitement adapté n'est pas établi⁷⁹ ;
- les mécanismes de soutien et de suivi ne sont pas suffisamment structurés^{79, 80} ;
- son environnement n'est pas favorable⁷⁹ ;
- elle désire que son hospitalisation se poursuive⁷⁹.

• ***L'analyse des écrits montre que la sortie de l'hôpital doit être envisagée seulement si l'état de la personne est stabilisé et qu'un suivi est planifié.***

Le médecin est responsable de mettre fin à l'hospitalisation.

Pourquoi planifier la sortie de la personne suicidaire qui a été hospitalisée ou hébergée ?

La planification du suivi est importante⁷⁵. Elle doit être envisagée et organisée dès le début de l'hospitalisation ou de l'hébergement^{80, 81}. Les interventions liées à la planification de la sortie de l'hôpital sont reconnues efficaces pour réduire le risque de réhospitalisation de la personne et augmenter l'adhésion de celle-ci au suivi⁸².

L'analyse des écrits montre qu'il est crucial de planifier la sortie de la personne suicidaire hospitalisée ou hébergée, sinon elle n'utilisera pas les services que son état requiert.

Comment planifier le suivi au terme de l'hospitalisation ou de l'hébergement ?

Plusieurs organisations offrant des services d'hospitalisation ou d'hébergement aux personnes suicidaires n'effectuent pas de suivi étroit. Ces organisations devraient toutefois compter une personne remplissant la fonction d'agent de liaison capable :

- d'établir le lien avec les différents intervenants engagés dans la prise en charge de la personne ;
- de planifier le suivi étroit⁷⁹ ;
- d'effectuer des relances auprès des personnes qui ne veulent pas avoir de suivi étroit.

L'analyse des écrits fait ressortir l'importance qu'un intervenant fasse le pont entre la personne suicidaire hospitalisée ou hébergée et celui qui fera le suivi étroit. Il s'agit d'un agent de liaison qui planifie le suivi étroit et relance les personnes qui ne veulent pas avoir de suivi étroit.

L'agent de liaison gagne d'ailleurs à être présent lorsque le suivi étroit sera proposé à la personne suicidaire. La qualité de l'approche qui sera adoptée et des arguments qui seront utilisés est cruciale pour inciter la personne à accepter ce suivi.

Si la personne suicidaire accepte le suivi étroit, l'agent de liaison communiquera avec l'organisation responsable d'assurer ledit suivi et fera en sorte qu'une prise de contact ait lieu entre l'intervenant qui fera le suivi et cette personne, et ce, avant sa sortie de l'hôpital^{71, 79, 83, 84} ou du milieu d'hébergement.

Si la personne suicidaire refuse le suivi étroit, l'agent de liaison l'avisera qu'il communiquera avec elle plus tard. Il relancera régulièrement cette personne et évaluera alors sa situation^{80, 85}. Quand la relance téléphonique ne marche pas, la visite à domicile peut être envisagée par l'agent de liaison⁷⁹. Si la personne finit par accepter le suivi étroit, l'agent de liaison communiquera d'abord avec l'organisation responsable d'assurer ledit suivi pour connaître le nom de l'intervenant qui en sera chargé ainsi que le moment de la première rencontre. Celle-ci devra idéalement avoir lieu dans les 24 à 48 heures. L'agent de liaison communiquera ensuite avec la personne suicidaire pour lui transmettre ces informations.

Quand effectuer la première rencontre du suivi étroit ?

La première rencontre organisée dans le cadre du suivi étroit devrait avoir lieu dans les 24 à 48 heures suivant la sortie soit de l'hôpital ou de l'urgence, médicale ou psychiatrique^{20, 86, 87}, soit du centre d'hébergement. Si la personne a un problème de santé mentale et qu'elle a été en danger grave de passage à l'acte, la première rencontre de suivi devrait se tenir dans les 24 heures²⁰.

De l'analyse des écrits il ressort que :

- l'intervenant qui fera le suivi étroit devrait prendre contact avec la personne suicidaire avant sa sortie de l'hôpital ou du centre d'hébergement de crise ;*
- la première rencontre devrait avoir lieu dans les 24 à 48 heures.*

Quelle est l'intensité du suivi étroit ?

La fréquence des rencontres et la durée du suivi doivent être modulées en fonction des besoins de la personne suicidaire et du jugement clinique de l'intervenant. Toutefois, dans les premiers temps qui suivent la fin de l'hospitalisation ou de l'hébergement, cette personne devrait être vue et évaluée au moins chaque semaine²⁰.

• **L'analyse des écrits montre que, dans les premiers temps après sa sortie, la personne suicidaire doit être rencontrée et évaluée chaque semaine.**

À quel moment peut cesser le suivi étroit ?

L'évaluation de l'état suicidaire de la personne doit être faite à chaque rencontre organisée dans le cadre du suivi étroit⁸⁸. Il est raisonnable d'estimer que la crise suicidaire est résorbée quand la personne n'a plus d'idées suicidaires, c'est-à-dire qu'elle ne présente plus aucun indice de passage à l'acte, pendant trois rencontres consécutives⁸⁸. Ainsi, la fin du suivi étroit peut être envisagée au terme de la troisième rencontre. Toutefois, le jugement clinique de l'intervenant doit s'exercer en toute circonstance. Il peut arriver que l'intervenant et la personne décident de continuer à se rencontrer dans le cadre d'un suivi moins intensif, si la situation l'exige.

• **L'analyse des écrits fait ressortir que la fin du suivi étroit peut être envisagée seulement lorsque la personne ne présente plus aucun indice de passage à l'acte, et ce, pendant au moins trois rencontres consécutives.**

Il faut garder en tête le fait que le suivi étroit peut parfois s'échelonner sur une longue période. À ce sujet, chez les personnes hospitalisées pour une tentative de suicide, le taux de récurrence reste maximal durant un an^{16, 73}. Le suivi peut donc couvrir cette période^{73, 81}.

Comment favoriser la fidélité au suivi étroit ?

Certains facteurs favorisent la fidélité de la personne suicidaire au suivi étroit :

- une collaboration étroite et très structurée entre l'organisation qui a hospitalisé ou hébergé la personne suicidaire et celle qui assurera ce suivi⁸⁹ ;
- un suivi bien organisé⁷⁹, individualisé et flexible^{90, 91} ;
- un suivi effectué par la même personne qui est intervenue pendant l'hospitalisation^{71, 79, 83, 84} ou l'hébergement ;
- une bonne communication entre la personne suicidaire et l'intervenant ou l'équipe qui fait le suivi⁹².

Si la personne suicidaire ne se présente pas à son rendez-vous, un plan de relance doit être élaboré et mis en œuvre. Le responsable du suivi doit tenter de joindre la personne suicidaire pour évaluer sa situation^{80, 85}. Si la relance téléphonique ne marche pas, la visite à domicile peut être envisagée afin de s'assurer que la personne n'est pas en danger⁷⁹. Ce type de relance est réputé efficace pour augmenter l'assiduité aux rendez-vous et diminuer la répétition de comportements suicidaires⁸⁴. D'autres mesures peuvent aussi être envisagées dont :

• **L'analyse des écrits montre l'importance de relancer la personne qui ne se présente pas à un rendez-vous dans le cadre du suivi étroit.**

- l'organisation d'une rencontre de la personne suicidaire avec toutes celles qui sont liées au plan de traitement pour faire le point ;
- l'offre d'un soutien psychologique à la famille ;
- la réadmission de la personne à l'hôpital ou au centre d'hébergement si elle semble en danger, idéalement au même endroit où elle a été reçue auparavant⁷⁹.

Enfin, l'analyse des besoins préalable à la production des guides a montré que certaines des personnes consultées considèrent le suivi étroit comme un moyen susceptible de favoriser la continuité des services et l'arrimage des interventions faites à la suite d'une tentative de suicide⁵.

⋮ ***Dans certains CSSS, les intervenants considèrent le suivi étroit comme un moyen pouvant favoriser la continuité et l'arrimage des services.***

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

POUR EFFECTUER UN SUIVI ÉTROIT

Par l'agent de liaison

(**Remarque:** Les organisations qui offrent des services d'hospitalisation ou d'hébergement aux personnes suicidaires, sans assurer de suivi étroit, devraient compter une personne remplissant la fonction d'agent de liaison.)

- Établir le lien avec les différents intervenants engagés dans la prise en charge de la personne suicidaire.
- Planifier le suivi étroit⁷⁹.
- Être présent lorsque le suivi étroit sera proposé à la personne suicidaire.
- Si la personne suicidaire accepte le suivi, communiquer avec l'organisation responsable d'assurer ledit suivi et faire en sorte que la prise de contact ait lieu entre l'intervenant et cette personne avant sa sortie de l'hôpital^{71, 79, 83, 84} ou du centre d'hébergement de crise.
- Mettre en place des conditions pouvant faciliter le suivi :
 - en consultant la personne quant aux dates et aux heures qui lui conviennent pour les différents rendez-vous ;
 - en vérifiant sa connaissance du lieu du rendez-vous et du trajet à emprunter pour s'y rendre ;
 - en vérifiant si des obstacles sont susceptibles de l'empêcher de se présenter aux rendez-vous fixés ;
 - en s'assurant qu'elle sait comment prendre les médicaments prescrits dans le cadre du traitement et qu'elle peut se les procurer ;
 - en vérifiant sa compréhension au regard de l'importance du suivi⁹³ ;
 - en assurant sa sécurité (ex. : lui donner les coordonnées des ressources d'aide à joindre en tout temps, lui remettre une copie du plan d'action qu'elle doit suivre – incluant des stratégies d'adaptation – et définir une modalité pour qu'elle ait une réponse rapidement si elle a besoin d'être réhospitalisée).
- Transmettre les informations pertinentes, en utilisant la fiche de prévue à cet effet, à l'organisation qui offrira le suivi étroit.
- Si la personne refuse le suivi étroit, lui dire qu'elle sera relancée plus tard. Communiquer régulièrement avec elle pour évaluer sa situation^{80, 85}. Si la relance téléphonique ne marche pas, la visite à domicile peut être envisagée⁷⁹. Si la personne finit par accepter le suivi étroit, communiquer avec l'organisation responsable d'assurer ce suivi pour connaître le nom de l'intervenant et le moment de la première rencontre.

Par l'intervenant effectuant le suivi étroit

- Offrir le suivi étroit à toute personne suicidaire qui a été en danger grave de passage à l'acte.
- Prendre contact avec la personne suicidaire avant sa sortie de l'hôpital, du centre d'hébergement ou du centre de crise^{71, 79, 83, 84}.
- Organiser la première rencontre de suivi étroit dans les 24 à 48 heures suivant la sortie^{20, 86, 87}.
- Relancer sans délai la personne qui ne se présente pas à son rendez-vous, en ayant recours aux stratégies réputées efficaces^{80, 85}, et ce, dans l'optique de s'assurer qu'elle est en sécurité et qu'elle viendra à ses rencontres de suivi.
- Rencontrer et évaluer la personne suicidaire au moins chaque semaine dans les premiers temps après sa sortie²⁰.
- Si la personne suicidaire ne donne aucun indice de passage à l'acte pendant trois rencontres consécutives, la fin du suivi étroit peut être envisagée par l'intervenant, sur la base de son jugement clinique. Même si la crise suicidaire est passée, l'intervenant et cette personne peuvent décider de continuer à se rencontrer dans le cadre d'un suivi moins intensif, pour poursuivre leur travail.
- Pour effectuer le suivi étroit, l'intervenant doit être apte :
 - à accueillir la personne suicidaire et à créer une alliance thérapeutique avec elle ;
 - à effectuer une première et brève exploration de la situation de la personne suicidaire ;
 - estimer la dangerosité du passage à l'acte ;
 - à amener la personne suicidaire à se fixer un but à atteindre ;
 - à amener la personne suicidaire à trouver des solutions pour atteindre son but ;
 - à définir et à suivre un plan d'action avec la personne suicidaire ;
 - à conclure en sécurité l'entretien avec la personne suicidaire ;
 - à orienter, référer ou accompagner la personne suicidaire en fonction de ses besoins ;
 - à adapter l'intervention en fonction des caractéristiques particulières de la personne suicidaire (ex. : un problème de santé mentale).

3.10.2 LES APPROCHES POUVANT ÊTRE UTILISÉES POUR EFFECTUER LE SUIVI ÉTROIT

L'analyse des besoins a permis de constater que certains intervenants ont recours à une panoplie d'approches pour assurer le suivi étroit de la crise suicidaire. Toutefois, plusieurs autres approches reconnues prometteuses ne semblent pas être utilisées⁵. La présente section du guide vise à les décrire succinctement et à indiquer les pratiques relevant de chacune. Précisons ici qu'une formation s'avère nécessaire pour que l'actualisation de ces approches soit optimale.

⋮ ***Dans certains CSSS, on observe***
⋮ ***une sous utilisation de certaines***
⋮ ***approches reconnues efficaces***
⋮ ***pour effectuer le suivi de la***
⋮ ***crise suicidaire.***

L'approche orientée vers les solutions semble adaptée tant au contexte qu'à la réalité de l'intervention en prévention du suicide dans les CSSS. Ainsi, elle peut être utilisée par les intervenants qui effectuent le suivi étroit. D'autres approches peuvent également être utilisées pour ce type de suivi auprès de la personne suicidaire. Quelques recensions des écrits et méta-analyses, qui seront citées dans les pages suivantes, ont mis en lumière certaines approches qui semblent efficaces auprès des personnes suicidaires, notamment :

- l'approche cognitivo-comportementale ;
- l'approche par résolution de problèmes ;
- l'approche dialectique comportementale ;
- l'approche de la psychothérapie interpersonnelle.

Vous n'avez pas à maîtriser l'ensemble de ces approches. Toutefois, vos interventions gagneront en efficacité si elles sont cohérentes avec l'une d'entre elles.

Les particularités du suivi étroit selon l'approche orientée vers les solutions

L'approche orientée vers les solutions, présentée au début du chapitre précédent, peut servir à encadrer le suivi étroit de la personne suicidaire. Effectivement, cette approche axée sur le changement vise à stimuler le pouvoir d'agir de cette personne ainsi qu'à renforcer chez elle l'effet des facteurs de protection.

• **Certaines approches sont réputées prometteuses pour assurer le suivi étroit ou thérapeutique d'une crise suicidaire. Le suivi que vous offrez gagne à s'inscrire dans l'une de ces approches.**

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

POUR EFFECTUER UN SUIVI ÉTROIT SELON L'APPROCHE ORIENTÉE VERS LES SOLUTIONS

- Adopter une attitude qui vise à orienter l'attention de la personne suicidaire vers l'avenir, à créer chez elle un désir de changement et à l'amener à croire que celui-ci est possible³⁸.
 - Utiliser un langage, poser des questions et suggérer des tâches qui permettent à cette personne de détourner son esprit de la crise et de l'ancrer progressivement dans un processus de changement.
 - Mettre l'accent sur la recherche de solutions plutôt que sur l'explicitation du problème^{30, 37}.
- S'inspirer du processus d'intervention proposé dans le guide⁴² :
 - Accueillir la personne suicidaire et créer une alliance thérapeutique avec elle :
 - établir et entretenir un contact rassurant, empreint de confiance, de respect et d'empathie ;
 - écouter attentivement la personne, tenter de la comprendre et adapter sa façon de communiquer à cette personne.
 - Effectuer une première et brève exploration de la situation de la personne suicidaire :
 - l'inviter à s'exprimer concrètement tout en canalisant son discours sur les soucis qui l'ont menée à la crise plutôt que sur la crise elle-même ;
 - reconnaître ses forces ainsi que ses réussites et la complimenter à ce sujet.

- Amener la personne suicidaire à se fixer un but à atteindre :
 - l'amener, à l'aide de la **question miracle**, à adopter un mode de pensée ainsi qu'un langage positifs et orientés vers le futur, sous l'angle de buts réalistes à atteindre ;
 - lui faire situer ses buts à atteindre dans son environnement social ;
 - reconnaître et souligner les changements survenus chez elle.
- Amener la personne suicidaire à trouver des solutions :
 - lui faire trouver des moments d'exception dans sa vie, c'est-à-dire des moments où ses préoccupations ne sont pas présentes, et la questionner à ce sujet afin de faire ressortir ce qu'ils ont de particulier ;
 - l'aider à découvrir ses aptitudes, ses habiletés et les stratégies d'adaptation qu'elle utilise ;
 - souligner tout changement positif et la complimenter sur ce qu'elle a réussi.
- Définir et suivre un plan d'action :
 - suggérer à la personne une tâche d'observation, qui permet de l'orienter vers les aspects positifs de sa vie ou vers des solutions et discuter du résultat avec elle ;
 - proposer une tâche à présupposition intimement liée à un futur souhaité pour permettre à la personne de ressentir momentanément les sentiments liés à une situation sans problème.
- Conclure en sécurité l'entretien avec la personne :
 - l'inciter à prendre conscience de ses progrès et du mérite qu'elle en a ;
 - l'amener à constater son bien-être et à remarquer les indices qui lui permettront de reconnaître son besoin d'aide ;
 - faire un suivi téléphonique pour l'encourager à continuer à utiliser ses forces propres.

Les particularités du suivi étroit selon l'approche cognitivo-comportementale

L'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale avec les personnes suicidaires ayant aussi des symptômes de dépression fait consensus^{41, 43, 94, 95}.

La thérapie cognitivo-comportementale met l'accent sur les distorsions cognitives et les déficits qui empêchent la personne d'utiliser ses habiletés à résoudre ses problèmes interpersonnels ainsi que sa capacité à réguler ses émotions⁴¹. La personne est amenée à changer ses croyances ainsi que ses perceptions négatives d'elle-même. Elle est également amenée à modifier ses représentations négatives et irréalistes du présent et du futur⁴¹.

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

**POUR EFFECTUER UN SUIVI ÉTROIT SELON
L'APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE**

- Adopter une attitude active⁹⁶
 - Écouter la personne suicidaire.
 - Discuter avec la personne suicidaire, l'informer et lui proposer des techniques.
 - Mettre l'accent sur le présent et sur les causes actuelles du comportement problématique.
 - Utiliser une approche directive et structurée.
- S'inspirer des éléments de l'approche cognitivo-comportementale⁹⁷, qui sont les suivants :
 - Fixer l'objectif de la thérapie :
 - demander à la personne suicidaire quel changement elle veut apporter à sa vie ;
 - préciser les objectifs à atteindre pendant le suivi.
 - Créer une alliance thérapeutique avec la personne :
 - établir une relation thérapeutique de collaboration fondée sur l'ici et maintenant.
 - Analyser le fonctionnement de la personne :
 - préciser quels sont les comportements problématiques ;
 - mettre en relation les comportements avec les émotions, les pensées ainsi que l'environnement social et physique de cette personne.
 - Expliquer le problème :
 - chercher à avoir une vision commune des facteurs qui ont pu déclencher la situation problématique et qui maintiennent la personne suicidaire dans cette situation ;
 - informer la personne suicidaire des techniques qui seront utilisées pour provoquer le changement de comportement, des émotions et des pensées (ex. : restructuration cognitive, modeling, coping, jeux de rôle, affirmation de soi, acquisition ou développement d'habiletés et de compétences sociales, exposition en imagination *in vivo*).
 - Acquérir et développer des compétences :
 - acquérir et développer des capacités d'autogénération.
 - Évaluer les résultats :
 - évaluer les résultats en comparant la situation actuelle avec celle du début.
 - Établir un programme :
 - établir un programme permettant de maintenir les acquis et continuer le suivi.

Les particularités du suivi étroit selon l'approche par résolution de problèmes

L'approche par résolution de problèmes est considérée comme efficace auprès des personnes qui ont des idées suicidaires ou des symptômes liés au suicide, tels que le désespoir ou la solitude⁴¹. Le PASM mentionne à ce sujet qu'il est de plus en plus reconnu que l'utilisation d'une approche axée sur la résolution de problèmes convient à une situation demandant une réponse directe et à court terme². Il est aussi possible de combiner cette approche et l'approche cognitivo-comportementale pour le suivi des personnes adultes qui ont fait des tentatives de suicide ou qui ont commis des actes intentionnels autodestructeurs⁹⁵.

L'approche par résolution de problèmes vise à cerner les pensées, les attitudes, les croyances ou les comportements qui maintiennent le client dans un cycle de problèmes⁹⁸. Elle vise aussi à définir des stratégies ou à trouver des solutions adaptées à la personne en crise pour que celle-ci puisse résoudre ses problèmes⁹⁹. Par l'acquisition de nouvelles habiletés, cette personne pourra reconnaître des solutions potentielles à ses problèmes présents et futurs^{100, 101}.

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

POUR EFFECTUER UN SUIVI ÉTROIT SELON L'APPROCHE PAR RÉOLUTION DE PROBLÈMES

- Adopter une attitude active :
 - Mettre l'accent sur la définition du problème actuel et des autres problèmes de la vie.
 - Utiliser une approche structurée.
- S'inspirer des éléments de l'approche par résolution de problèmes¹⁰⁰, qui sont les suivants :
 - Présenter la thérapie :
 - expliquer brièvement le but et le déroulement de la démarche proposée.
 - Explorer le problème :
 - dresser la liste des problèmes actuels ;
 - demander à la personne suicidaire quel problème elle désire aborder en premier ;
 - encourager la personne à bien définir son problème.
 - Cibler le but :
 - amener la personne suicidaire à clarifier les buts qu'elle désire atteindre, et ce, de façon précise et mesurable.
 - Évaluer les solutions possibles et en choisir une :
 - envisager toutes les solutions possibles ;
 - choisir la meilleure solution ;
 - définir le plan pour arriver à cette solution.
 - Réviser le déroulement de la thérapie et discuter des autres problèmes :
 - faire ressortir ce qui a été bénéfique ;
 - discuter d'autres actions possibles, incluant le changement de solution ;
 - discuter des autres problèmes.

Les particularités du suivi étroit selon l'approche dialectique comportementale

L'approche dialectique comportementale s'avère prometteuse pour réduire les comportements suicidaires récurrents^{41, 43, 95}. Elle s'avère efficace lorsqu'elle est appliquée à long terme^{41, 43}. Son efficacité est d'ailleurs reconnue particulièrement pour les personnes ayant des troubles de la personnalité^{41, 43, 95}.

Cette approche constitue une combinaison de l'approche cognitivo-comportementale et de l'approche dialectique, où une attention particulière est accordée à la validation et à l'acceptation de la personne telle qu'elle est. Le mot dialectique fait référence au changement et à l'acceptation. Le travail de l'intervenant consiste à inciter la personne suicidaire à changer des comportements tout en acceptant ce qu'elle est. Quant à la validation, elle vient du bien-fondé de reconnaître l'expérience de la personne. L'intervenant n'accepte pas le comportement suicidaire, mais il comprend que la personne suicidaire veuille se détacher d'émotions trop pénibles¹⁰². Cette approche vise essentiellement à changer les pensées, les sentiments et les comportements ainsi qu'à réduire la trop grande vulnérabilité émotionnelle du client¹⁰³.

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

POUR EFFECTUER UN SUIVI ÉTROIT SELON L'APPROCHE DIALECTIQUE COMPORTEMENTALE

- Adopter une attitude de respect et d'acceptation de la personne suicidaire¹⁰⁴. Pour y parvenir, il faut :
 - favoriser la collaboration et l'entente avec la personne¹⁰⁵ ;
 - mettre l'accent sur le présent, soit les problèmes actuels de la personne¹⁰⁴ ;
 - suivre le déroulement par étapes de l'approche¹⁰⁶.
- S'inspirer des éléments de l'approche dialectique comportementale¹⁰⁴, qui sont les suivants :
 - S'engager à travailler ensemble pour atteindre les objectifs ciblés¹⁰⁶.
 - Contrôler les comportements autodestructeurs :
 - diminuer la fréquence des comportements suicidaires ;
 - diminuer la fréquence des comportements qui interfèrent avec le suivi (ex. : manquer une rencontre) ;
 - diminuer la fréquence des comportements qui interfèrent avec la qualité de vie (ex. : abus de substances psychotropes) ;
 - acquérir et développer des habiletés comportementales (ex. : laisser aller ses émotions plutôt que de les éviter).
 - Diminuer le stress associé à diverses expériences traumatiques passées :
 - aider la personne suicidaire à accepter la réalité des expériences traumatiques passées et à réduire la part de blâme qu'elle s'attribue ainsi que les comportements d'invalidation de soi ;
 - diminuer les réponses de stress lorsque la personne se retrouve en présence d'événements associés au trauma ;
 - faire la synthèse des comportements et des pensées contradictoires de la personne suicidaire.
 - Conclure le suivi :
 - effectuer une synthèse des apprentissages ;
 - accroître le respect de soi de la personne suicidaire ;
 - aider la personne à s'accomplir et à atteindre ses objectifs personnels.

Les particularités du suivi étroit selon l'approche interpersonnelle

L'approche interpersonnelle est appropriée pour intervenir sur les conduites suicidaires, et ce, particulièrement dans le contexte de la dépression⁴³. Elle met l'accent sur l'importance des relations interpersonnelles, car les difficultés avec les autres peuvent augmenter le risque de développer un trouble mental¹⁰⁷. L'intervenant porte son attention sur les événements interpersonnels plutôt que sur les événements intrapsychiques ou cognitifs de la personne suicidaire⁹⁷. Le travail porte sur un ou plusieurs problèmes tels que :

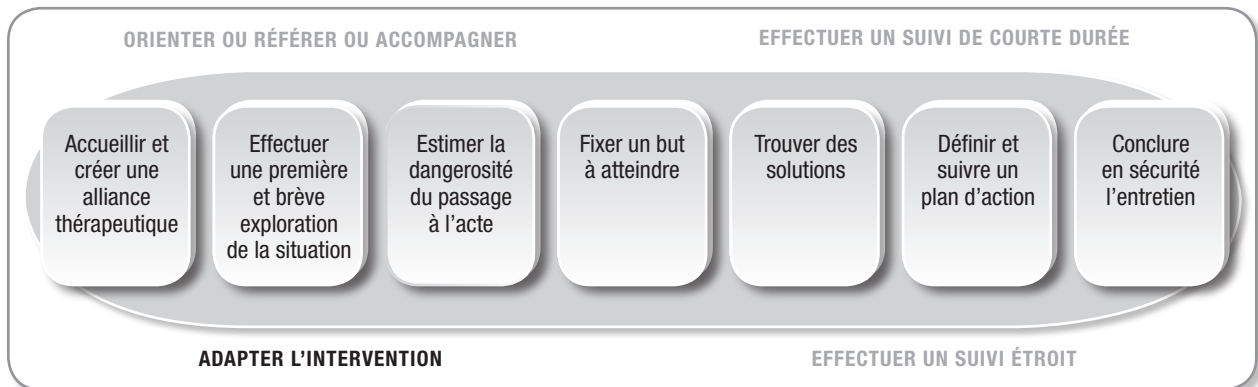
- les pertes subies par la personne suicidaire ;
- les conflits avec des personnes importantes pour elle ;
- les transitions ou les changements dans sa vie ;
- les déficits personnels¹⁰⁷.

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

POUR EFFECTUER UN SUIVI ÉTROIT SELON L'APPROCHE INTERPERSONNELLE

- Adopter une attitude qui vise le travail en collaboration avec la personne suicidaire. Pour y parvenir, il faut :
 - utiliser une thérapie semi-structurée ;
 - mettre l'accent sur le présent, soit les émotions ainsi que les difficultés interpersonnelles et sociales⁹⁶.
- S'inspirer des éléments de l'approche interpersonnelle¹⁰⁷ :
 - Sessions initiales :
 - discuter de l'état de la personne ;
 - faire l'inventaire des relations significatives passées et présentes de la personne ;
 - déterminer, avec la personne, le ou les problèmes sur lesquels l'accent sera mis au cours du traitement.
 - Sessions intermédiaires :
 - utiliser différentes techniques pour atteindre les buts précisés auparavant avec la personne suicidaire.
 - Sessions finales :
 - discuter avec la personne de la fin du traitement ;
 - analyser les sentiments de la personne qui ont un rapport avec la fin de la thérapie ;
 - évaluer avec la personne l'ampleur des progrès réalisés depuis le début du traitement ;
 - vérifier avec la personne la possibilité d'un traitement supplémentaire, au besoin.

3.11 ADAPTER L'INTERVENTION AUX CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE SUICIDAIRE



La présente partie du guide s'adresse aux intervenants des CSSS qui offrent un suivi de courte durée ou étroit aux personnes suicidaires. Des études révèlent l'importance d'utiliser certaines pratiques en particulier auprès de groupes vulnérables de la population. En même temps, *l'Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux* fait ressortir que certains praticiens sont intéressés à disposer de plus d'informations concernant les pratiques à privilégier auprès des populations vulnérables⁵.

Cette partie du guide porte sur les particularités de l'intervention auprès de certaines personnes vulnérables. Toutefois, quelques pratiques d'ordre général doivent être utilisées auprès de ces personnes, notamment celles qui consistent :

- à favoriser un accès direct aux services (ex. : éviter les listes d'attente) ;
- à prendre en considération et à traiter les demandes d'aide faites par un proche ;
- à mettre en place des mécanismes permettant de réduire le nombre d'évaluations successives.

3.11.1 LES HOMMES

Les statistiques démontrent clairement que les hommes sont plus susceptibles de décéder par suicide que les femmes au Canada¹⁰⁸ ; en effet, les taux de suicide y sont de trois à quatre fois plus élevés pour les premiers¹². L'écart entre les taux de suicide établis pour les hommes ou les femmes s'observe partout au pays, mais il est cependant plus grand au Québec¹⁰⁹. Ce constat pourrait notamment s'expliquer par les hypothèses ou les facteurs qui suivent :

- l'emploi, par les hommes, de moyens létaux plus radicaux pour se suicider^{110, 111} ;
- une meilleure acceptation sociale du suicide par la population masculine¹¹¹ ;
- une réticence générale plus marquée chez les hommes que chez les femmes à demander de l'aide¹¹¹ ;
- l'adhésion au rôle masculin traditionnel¹¹¹.

La vulnérabilité suicidaire des hommes constitue une préoccupation importante en santé publique¹². Vous devez prêter une attention particulière aux personnes appartenant à ce groupe de la population. Vous devez également moduler vos interventions, de façon à mieux les joindre et à faire diminuer la dangerosité du passage à l'acte.

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

AUPRÈS DES HOMMES

- Répondre rapidement à la demande d'aide venant d'un homme¹¹¹.
- Utiliser l'intervention de groupe¹¹¹.
- Utiliser l'approche orientée vers les solutions¹¹¹, qui semble bien correspondre aux besoins des hommes.
- Faire une place aux proches de l'homme dans le suivi lorsqu'il y consent¹¹¹.
- Accorder de l'importance aux demandes d'aide faites par des proches d'un homme et traiter ces demandes. Il ne faut pas perdre de vue que les hommes semblent se sentir mal à l'aise de demander l'aide⁶³. En effet, près de la moitié des demandes d'aide pour un homme viennent de son entourage⁶³.

3.11.2 LA POPULATION AUTOCHTONE

La comparaison des taux de suicide établis pour la population autochtone canadienne avec les taux moyens de suicide valant pour l'ensemble du pays permet de constater la grande vulnérabilité de ce groupe social¹⁰ : les statistiques révèlent qu'une personne autochtone est de deux à trois fois plus vulnérable au suicide qu'une personne non autochtone⁴¹. Il importe de bien connaître les caractéristiques des autochtones afin de prémunir efficacement ces personnes contre le suicide. Les forts taux de suicide de la population autochtone pourraient s'expliquer par plusieurs facteurs, dont la pauvreté et le taux de chômage élevé, les conditions de vie difficiles, un stress culturel et davantage de toxicomanie et d'alcoolisme que dans le reste de la population canadienne⁴¹.

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

AUPRÈS DE LA POPULATION AUTOCHTONE⁴¹

- Faire croître l'estime personnelle chez la personne autochtone.
- Adapter l'intervention sur le plan culturel.
- Inviter la personne à se fixer des buts à atteindre dans le futur.

3.11.3 LES PERSONNES HOMOSEXUELLES, BISEXUELLES OU TRANSSEXUELLES

Certaines informations statistiques démontrent clairement que les personnes homosexuelles, bisexuelles ou transsexuelles présentent des taux de suicide plus élevés que la moyenne. Effectivement, une étude a révélé que 46 % des personnes appartenant à ce groupe de la population ont commis au moins une tentative de suicide dans leur vie⁴¹. De plus, il semblerait que ces personnes sont davantage sujettes à la dépression et à la consommation de substances psychotropes, et qu'elles sont plus susceptibles d'être rejetées par la société ou par leur famille⁴¹. Il importe donc que votre intervention s'adapte aux besoins particuliers de ces personnes.

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

AUPRÈS DES PERSONNES HOMOSEXUELLES, BISEXUELLES OU TRANSSEXUELLES⁴¹

- Utiliser une approche non stigmatisante, qui témoigne de l'acceptation de l'orientation de la personne homosexuelle, bisexuelle ou transsexuelle.
- Faire preuve d'ouverture.

3.11.4 LES JEUNES DE 15 À 24 ANS

Les données les plus récentes sur la mortalité par suicide indiquent que le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans¹¹². La jeunesse constitue une période de la vie où les transitions ainsi que les nouvelles expériences sont multiples et amènent leur lot de stress⁴¹. Les réalités propres à cet âge – notamment les difficultés interpersonnelles, la fin d'une relation amoureuse, l'impulsivité et l'inexpérience devant les situations de stress – peuvent contribuer à en accabler d'aucuns. Certains jeunes verront le suicide comme la seule issue possible¹¹⁰. De plus, les jeunes sont susceptibles de développer certains problèmes de santé mentale, dont la dépression⁴¹. Les actions que vous posez pour prévenir le suicide chez les jeunes doivent donc être cohérentes avec leur réalité pour être efficaces.

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

AUPRÈS DES JEUNES DE 15 À 24 ANS⁴¹

- Chercher à déceler les idées et les comportements suicidaires chez le jeune de 15 à 24 ans.
- Utiliser des approches qui stimulent la naissance d'un sentiment d'appartenance sociale chez lui.
- Établir des stratégies qui lui permettent de renforcer certaines de ses habiletés (communication, gestion de la colère et des émotions, saine résolution de problèmes, etc.).

3.11.5 LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

Certaines statistiques montrent que les personnes âgées de 65 ans et plus sont vulnérables au suicide⁴¹. Les nombreux deuils de fin de vie auxquels ces personnes peuvent être confrontées les rendent également vulnérables au passage à l'acte⁴¹. De plus, les personnes de ce groupe d'âge emploient généralement des méthodes radicales, c'est-à-dire létales⁴¹. Il est donc important de déceler les idées et les comportements suicidaires chez elles.

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS^{41, 94}

- Réduire l'isolement social de la personne âgée de 65 ans et plus.
- Faire croître son estime personnelle tout en l'amenant à redécouvrir un sens à la vie⁴¹.
- Faire croître son sentiment de sécurité.

3.11.6 LES PERSONNES INCARCÉRÉES

Les personnes incarcérées sont considérées comme un groupe vulnérable au suicide¹¹³. Effectivement, la prévalence du suicide est plus forte en prison que dans la population générale¹¹³. L'isolement, la perte d'intimité ainsi que le climat de peur et de violence caractérisent les établissements correctionnels et représentent autant de facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur la motivation d'une personne incarcérée à poser un geste suicidaire¹¹³. Les taux de suicide chez les personnes incarcérées ont un lien avec les problèmes de toxicomanie¹¹⁴ et de santé mentale¹¹⁵ qui s'observent dans ce groupe. Il importe donc de mettre en œuvre des actions et des stratégies de prévention du suicide adaptées aux particularités de ce groupe.

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

AUPRÈS DES PERSONNES INCARCÉRÉES¹¹³

- Organiser des activités permettant à la personne incarcérée d'évacuer son stress.
- Prêter une attention particulière à son environnement de vie (ex.: activités pour favoriser la gestion du stress).

**3.11.7 LES PERSONNES AYANT VÉCU UN OU PLUSIEURS ÉPISODES DE BLESSURES
AUTO-INFLIGÉES**

La détresse psychologique que vivent certaines personnes les amène à s'infliger des blessures physiques, que ce soit des lésions corporelles, des coupures ou de l'intoxication. L'intention de ces personnes est davantage orientée vers la finalité de se blesser que vers celle de mourir. Il s'agit donc d'un phénomène à la fois connexe et parallèle au suicide, d'où le terme fréquemment utilisé de comportement parasuicidaire. Ce groupe a néanmoins été reconnu par plusieurs auteurs comme particulièrement vulnérable au suicide^{116, 117, 118}. On estime à près de 25 % le nombre de personnes décédées par suicide qui ont été admises à l'hôpital pour une blessure auto-infligée dans l'année précédant leur mort¹¹⁹. Bien que les blessures auto-infligées n'indiquent pas nécessairement la présence d'idées suicidaires, il est néanmoins important d'accorder une attention particulière aux personnes qui se blessent intentionnellement.

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

**AUPRÈS DES PERSONNES AYANT VÉCU UN OU PLUSIEURS ÉPISODES
DE BLESSURES AUTO-INFLIGÉES¹²⁰**

- Éviter de manifester de la colère ou d'adopter une attitude punitive à l'égard de la personne ayant vécu un ou plusieurs épisodes de blessures auto-infligées.
- Aider la personne à remplacer le mécanisme d'adaptation qui l'amène à s'infliger des blessures par une stratégie d'adaptation saine.

3.11.8 LES PERSONNES AYANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

Certains troubles ou problèmes de santé mentale peuvent avoir une incidence sur le risque de suicide. Il semblerait que jusqu'à 90 % des personnes décédées par suicide avaient des problèmes de santé mentale¹²¹. Il est tout de même reconnu qu'une personne en proie à un trouble mental présente un risque suicidaire 12 fois plus important qu'une personne n'en ayant aucun⁹⁴. Parmi les troubles mentaux les plus fréquents, on trouve notamment la dépression, la personnalité limite, la schizophrénie et la personnalité bipolaire. La dépression est un trouble mental qui peut être associée au suicide^{41, 43}. Des données statistiques ont d'ailleurs permis d'établir que 15 % des personnes vivant une dépression profonde décéderont par suicide⁴¹. Les personnes ayant une personnalité limite ont de la difficulté à vivre un rejet, que cet abandon soit réel ou une pure création de leur imagination¹²². De plus, leur impulsivité ainsi que leur instabilité affective les rendent particulièrement susceptibles de poser des gestes d'automutilation et de suicide^{122, 123}. Quant aux personnes souffrant de schizophrénie, elles sont très vulnérables au suicide. Des statistiques révèlent que 20 % à 42 % de ces personnes tentent de se suicider et que 10 % à 15 % d'entre elles y parviendront éventuellement⁴¹.

L'intervenant qui travaille auprès des personnes ayant un problème de santé mentale doit adopter une approche ciblée et reconnue comme prometteuse afin d'amenuiser l'imminence du passage à l'acte. Il peut s'avérer pertinent que plusieurs ressources d'aide participent à la prise en charge de la personne suicidaire vivant avec un trouble mental⁹⁴.

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

AUPRÈS DES PERSONNES AYANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

Pour intervenir auprès des personnes dépressives

- L'approche cognitivo-behaviorale^{43, 97} et la psychothérapie behaviorale sont des approches dont l'efficacité a été reconnue pour l'intervention auprès de la personne dépressive⁴³. La capacité de ces deux thérapies à faire diminuer le désespoir et l'incidence de la tentative de suicide en fait des éléments prometteurs pour le suivi proposé à la personne suicidaire affligée par une dépression⁴³.

Pour intervenir auprès des personnes ayant une personnalité limite

- L'approche dialectique comportementale s'avère appropriée à l'intervention auprès de la personne ayant une personnalité limite^{41, 43}.
- L'approche psychodynamique⁹⁷ a des effets bénéfiques sur les tentatives de suicide et sur les comportements d'autodestruction⁴³.

Pour intervenir auprès des personnes schizophrènes

- L'approche cognitivo-comportementale⁹⁷ s'avère pertinente pour la personne schizophrène.

3.11.9 LES PERSONNES AYANT UN PROBLÈME DE DÉPENDANCE

La présence d'un problème de dépendance chez une personne peut contribuer à accroître le risque qu'elle pose un geste suicidaire. Effectivement, plusieurs études affirment l'existence d'une corrélation entre la dépendance à l'alcool et les comportements suicidaires^{41, 43, 124, 125, 126}. Ainsi, près du quart des hommes qui se sont suicidés présentaient un trouble lié à la dépendance à l'alcool¹²⁷. De plus, le risque suicidaire est près de six fois plus élevé chez les personnes alcooliques que chez les personnes n'ayant pas cette forme de dépendance^{41, 43}. Mentionnons ici que l'alcoolisme est considéré plutôt comme un élément catalyseur que comme une cause directe du passage à l'acte suicidaire¹²⁴. La dépendance à l'alcool est ainsi fréquemment associée à une désaffiliation sociale¹²⁴, c'est-à-dire que la personne rompt les liens avec son réseau social¹²⁸. Cette rupture accentue l'isolement de la personne ayant un problème de dépendance¹²⁸ et la place en situation de vulnérabilité. Certains auteurs précisent que les personnes qui s'adonnent à l'ivresse solitaire, celles qui boivent pour oublier leurs problèmes et celles dont la consommation d'alcool est liée à une perte de contrôle sont particulièrement vulnérables au suicide¹²⁵.

La dépendance aux substances illicites représente également une forme de dépendance associée à des taux de suicide élevés⁴³. D'ailleurs, on observe chez les personnes dépendantes à la drogue le même phénomène de rupture avec l'environnement social affectif. Il importe donc de mettre en œuvre des stratégies de prévention du suicide permettant de joindre efficacement ces personnes vulnérables.

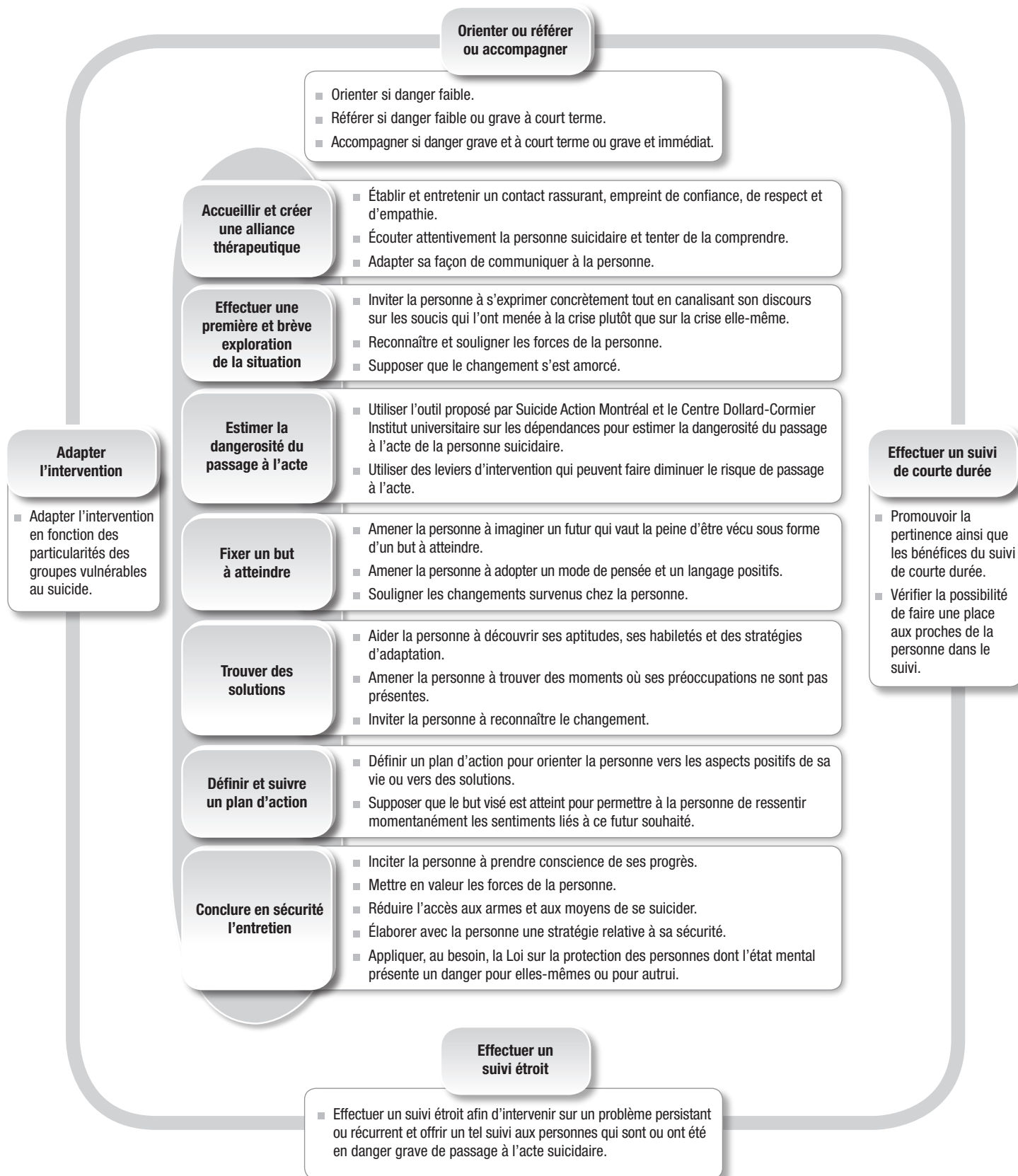
Le jeu compulsif est lui aussi lié à l'accroissement des comportements suicidaires¹²⁹. La dépendance au jeu peut donc accroître le risque de suicide¹²⁹.

LES PRATIQUES À PROMOUVOIR

AUPRÈS DES PERSONNES AYANT UN PROBLÈME DE DÉPENDANCE

- Mener une entrevue de nature motivationnelle afin de vérifier si la personne ayant un problème de dépendance est prête au changement⁴¹.
- Tenter de déceler chez elle des symptômes liés à la dépression. Il est maintenant reconnu que la combinaison alcool et dépression accroît considérablement le risque suicidaire¹²⁶. De plus, elle favorise l'émergence de pensées sombres et de divers éléments liés au suicide¹²⁴.
- Vérifier la possibilité de comorbidité, qui pourrait amplifier le risque suicidaire. Effectivement, ce risque est très élevé pour la personne qui a en même temps un problème d'abus d'alcool ou de drogue et un trouble mental tel que la dépression¹³⁰.

4 LE RÉSUMÉ DU PROCESSUS D'INTERVENTION DU CSSS DANS SA GLOBALITÉ ET LES PRATIQUES À PROMOUVOIR



5 L'AUTODIAGNOSTIC DE VOS CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES EN PRÉVENTION DU SUICIDE ET LES PISTES D'AMÉLIORATION

La présente section du guide contient un outil vous permettant de faire le diagnostic de vos connaissances ou compétences sur :

- l'ensemble des services offerts aux personnes suicidaires par votre CSSS et le RLS ;
- les pratiques prometteuses en prévention du suicide pour l'intervention dans les CSSS ;
- les approches réputées efficaces pour effectuer le suivi étroit de la crise suicidaire ;
- les particularités de l'intervention auprès de certains groupes vulnérables au suicide.

Vous pouvez rapidement avoir un portrait de vos acquis et de vos lacunes à partir des réponses affirmatives ou négatives.

La colonne Pratiques à promouvoir vous permet de raffiner votre analyse et d'entrevoir certaines pistes d'amélioration. Cet outil vous permet également de connaître vos besoins concernant la formation et le soutien professionnel au regard de l'intervention auprès des personnes suicidaires. Vous pourrez en discuter avec votre gestionnaire. Enfin, cet outil peut vous servir de base pour discuter avec vos collègues de travail sur les façons d'optimiser les pratiques d'intervention auprès de ces personnes.

QUESTIONS À VOUS POSER	OUI	NON	PRATIQUES À PROMOUVOIR
1. Connaissez-vous le portrait du suicide sur le territoire du RLS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide présente un portrait général du suicide au Québec. Il est nécessaire d'en brosseur un portrait détaillé à l'échelle locale et régionale (section 1.1).</i>
2. Êtes-vous familier avec les facteurs, prédisposants contribuant et précipitants associés au suicide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide mentionne l'importance de prendre en considération, dans votre intervention auprès de la personne suicidaire, les facteurs prédisposants, contribuant et précipitants qui la rendent davantage vulnérable (section 1.2).</i>
3. Êtes-vous familier avec les facteurs de protection associés au suicide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment faire mieux <i>Le guide mentionne l'importance de prendre en considération, dans votre intervention auprès de la personne suicidaire, les facteurs de protection qui la rendent moins vulnérable (section 1.2).</i>

QUESTIONS À VOUS POSER	OUI	NON	PRATIQUES À PROMOUVOIR	
4. Est-ce que le rôle que vous jouez en prévention du suicide est clair?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux <i>Le guide présente un partage des rôles en prévention du suicide qui est cohérent avec le nouveau rôle attribué aux CSSS et avec le fonctionnement en RLS (section 2).</i></p>	
5. Connaissez-vous le rôle des gestionnaires du CSSS au regard de la prévention du suicide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Connaissez-vous le rôle du CSSS au regard de la prévention du suicide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Connaissez-vous le rôle des urgences hospitalières au regard de la prévention du suicide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Connaissez-vous le rôle des centres de prévention du suicide au regard de la prévention du suicide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Connaissez-vous le rôle des centres de crise au regard de la prévention du suicide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Connaissez-vous le rôle des sentinelles au regard de la prévention du suicide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. Connaissez-vous le rôle des centres de réadaptation au regard de la prévention du suicide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. Connaissez-vous le rôle des cliniques médicales et des GMF au regard de la prévention du suicide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13. Connaissez-vous le rôle du service 911 et des services policiers au regard de la prévention du suicide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14. Employez-vous des stratégies pour accueillir la personne suicidaire et créer une alliance thérapeutique avec elle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>Comment faire mieux <i>Le guide contient des propositions concernant certains éléments utiles à la création et au maintien d'une alliance thérapeutique avec la personne suicidaire, notamment l'écoute active, l'empathie et le respect de la personne (section 3.1).</i></p>
15. Utilisez-vous des stratégies pour effectuer une première et brève exploration de la situation de la personne suicidaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>Comment faire mieux <i>Le guide contient plusieurs pistes d'action relativement à la brève analyse de la situation de la personne suicidaire: utiliser un vocabulaire approprié, poser des questions qui laissent entendre que le changement s'est amorcé chez elle et l'inviter à mettre en ordre de priorité les soucis qu'elle souhaite aborder (section 3.2).</i></p>

QUESTIONS À VOUS POSER	OUI	NON	PRATIQUES À PROMOUVOIR
16. Utilisez-vous un outil adéquat pour estimer la dangerosité du passage à l'acte chez la personne suicidaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le guide recommande d'utiliser la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire conçue par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (section 3.3).</p>
17. Quelles sont les stratégies que vous utilisez pour amener la personne suicidaire à se fixer un but à atteindre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le guide recommande : d'utiliser la question miracle, des questions retour et des questions graduées, entre autres, afin d'amener la personne suicidaire à trouver un but à atteindre de façon concrète ; d'évaluer régulièrement ses progrès quant à l'atteinte de ce but (section 3.4).</p>
18. Quelles sont les stratégies que vous utilisez pour amener la personne suicidaire à trouver des solutions pour atteindre son but ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le guide recommande d'utiliser diverses stratégies pour amener la personne suicidaire à reconnaître ses forces ainsi que ses aptitudes et lui permettre de se projeter dans le processus de changement (section 3.5).</p>
19. Savez-vous comment définir et suivre un plan d'action avec la personne suicidaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le guide recommande de définir et de suivre un plan d'action afin d'amener la personne suicidaire à porter son attention sur les solutions plutôt que sur ses soucis (section 3.6).</p>
20. Utilisez-vous certaines stratégies pour conclure l'entretien en sécurité avec la personne suicidaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le guide recommande de conclure l'entretien en sécurité avec la personne suicidaire en l'invitant à reconnaître son bien-être et ses progrès tout en soulignant ses forces (section 3.7).</p>
21. Savez-vous reconnaître les situations où il importe d'orienter, de référer ou d'accompagner la personne suicidaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le guide donne des précisions sur les situations où il est préférable d'orienter, de référer ou d'accompagner la personne suicidaire en fonction du degré de passage à l'acte (section 3.8).</p>
22. Effectuez-vous un suivi de courte durée auprès de la personne suicidaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux Le guide contient plusieurs pistes d'action concernant le suivi de courte durée, notamment la conception et l'adaptation, au besoin, du plan de traitement ainsi que la participation des proches de la personne au suivi (section 3.9).</p>

QUESTIONS À VOUS POSER	OUI	NON	PRATIQUES À PROMOUVOIR
<p>23. Connaissez-vous les particularités du suivi étroit de la crise suicidaire et celles des différentes approches qui peuvent être utilisées pour ce type de suivi ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux <i>Le guide présente l'approche orientée vers les solutions, l'approche cognitivo-comportementale, l'approche par résolution de problèmes, l'approche dialectique comportementale et l'approche interpersonnelle, lesquelles sont réputées prometteuses pour assurer le suivi étroit de la crise suicidaire (section 3.10.2).</i></p>
<p>24. Êtes-vous familier avec les particularités de l'intervention auprès de certains groupes vulnérables au suicide ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Comment faire mieux <i>Le guide présente certaines stratégies pour intervenir auprès des hommes, des autochtones, des personnes homosexuelles, bisexuelles ou transsexuelles, des personnes de 15 à 24 ans, des personnes âgées de 65 ans et plus, des personnes incarcérées, des personnes ayant vécu un ou plusieurs épisodes de blessures auto-infligées, des personnes ayant un problème de santé mentale et de celles qui ont un problème de dépendance (section 3.11).</i></p>

VOTRE BILAN, VOS BESOINS ET VOS PRIORITÉS D'ACTION POUR REHAUSSER VOS COMPÉTENCES :

CONCLUSION

La personne suicidaire vit une situation complexe et difficile. En plus d'être fragile, elle a souvent de la difficulté à demander de l'aide et à s'engager dans un processus qui l'oblige à verbaliser une souffrance pénible à exprimer. Il faut adapter l'intervention, être flexible et tisser un filet de sécurité autour de la personne suicidaire avec l'ensemble des partenaires du territoire. Le message de fond du présent guide serait le suivant : ne laissez pas des personnes suicidaires aller d'un service à l'autre – que ceux-ci soient offerts par le CSSS, un établissement du réseau de la santé et des services sociaux ou un organisme du milieu – sans un accompagnement personnalisé !

Les statistiques montrent que la plupart des personnes suicidaires ont consulté des services de première ligne (cliniques médicales, GMF ou CSSS) avant de passer à l'acte. Il est donc impératif de repérer et de bien évaluer la situation de ces personnes afin de leur sauver la vie.

L'intervention auprès des personnes suicidaires et l'évaluation de celles-ci sont exigeantes sur les plans professionnel et émotif. Plusieurs intervenants de CSSS sentent qu'ils n'ont pas des assises assez solides pour agir efficacement auprès de ces personnes. Ce guide vise à vous soutenir dans vos efforts relatifs à la consolidation de vos compétences cliniques. Il sera suivi d'autres mesures, notamment un programme de formation qui vous permettra d'acquérir les compétences nécessaires à l'utilisation de l'approche centrée sur les solutions et de la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Vous demeurez certes des intervenants «généralistes» ayant à interagir avec des personnes très différentes qui vivent des difficultés psychosociales. Toutefois, la prise en charge de personnes fragiles ou vulnérables dans les CSSS exige l'acquisition ou le développement de certaines compétences fines, dont celles qui ont trait à l'intervention auprès des personnes suicidaires.

Depuis le début des travaux relatifs à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux en 2004, plusieurs nouveaux services ont vu le jour dans les CSSS, appelant de nouvelles pratiques d'intervention et de nouvelles collaborations au sein des réseaux locaux de services. Les changements sont grands et il devient parfois difficile de donner un sens à tout cela. Nous connaissons l'importance que ce sens revêt pour vous. En conséquence, ce guide aborde l'intervention auprès des personnes suicidaires en la plaçant dans le contexte des nouveaux rôles du CSSS et du travail de collaboration au sein du RLS. Vous pouvez dès maintenant modifier votre façon de travailler en ayant le réflexe de communiquer avec des intervenants dans les autres établissements, les organismes communautaires et les cliniques médicales avec lesquels la personne suicidaire est en contact ou dont elle pourrait bénéficier des services. En effet, il faut actualiser la collaboration au sein du RLS.

Collectivement, nous avons de solides compétences pour consolider notre expertise en intervention auprès des personnes suicidaires, notamment dans les centres de prévention du suicide, les centres de crise, les urgences hospitalières et les CSSS. À cela s'ajoute un nouvel outil précis et pertinent, adapté à la réalité québécoise et basé sur la recherche et les savoirs cliniques, qui permet à toutes les organisations d'un RLS d'avoir une vision commune de la dangerosité du passage à l'acte, de faire des évaluations similaires de ce danger et d'éviter la multiplication des évaluations effectuées par les intervenants. L'utilisation de cette grille est la première clé maîtresse de l'amélioration des services aux personnes suicidaires.

La deuxième clé maîtresse est l'adoption de l'approche centrée sur les solutions avec les personnes suicidaires. Pour plusieurs intervenants de CSSS, il s'agit là d'un changement radical de perspective qui demande un effort d'adaptation. La recherche de solutions avec une personne en grande détresse ne va pas non plus sans difficulté. Nous dirons simplement ici de cette recherche qu'elle ne constitue pas une négation de la souffrance et qu'elle permet de redonner espoir à la personne suicidaire par la proposition de pistes d'amélioration de sa situation qui lui sont adaptées en plus de venir en partie d'elle-même. Ce changement dans la pratique devra être soutenu par de la formation et de l'accompagnement continu sous forme, entre autres, de supervision clinique, de discussion de cas et de mises à jour des connaissances.

La troisième clé maîtresse est celle de l'adaptation de l'intervention aux caractéristiques des personnes suicidaires. Ainsi, l'intervenant de CSSS doit adapter son langage, ses approches ainsi que sa lecture des forces et des défis à la personne suicidaire. Il est maintenant connu que le sexe, l'âge, le milieu social, l'origine ethnoculturelle, la présence de problèmes de santé mentale et la dépendance sont des caractéristiques des personnes suicidaires qui exigent une adaptation de l'intervention.

Vous êtes le maître d'œuvre du rehaussement de vos compétences. Faites un bilan rigoureux de celles que vous avez en matière d'intervention auprès des personnes suicidaires et faites connaître vos besoins à votre supérieur immédiat.

En terminant, nous aimerions vous sensibiliser à l'importance de faire davantage reposer vos interventions sur des résultats de recherche probants. Nous croyons fermement que les résultats de recherche permettent d'améliorer l'efficacité de l'intervention. Le savoir d'intervenants chevronnés constitue une autre source à utiliser pour rehausser les pratiques. Enfin, il vous faut combiner ces connaissances avec les caractéristiques du contexte de votre pratique que sont la mission et les orientations des CSSS ainsi que les conditions de la pratique dans ces établissements. Le présent guide reflète ce croisement qui, croyons-nous, vous ouvre de nouvelles possibilités. À vous de faire votre propre cheminement!

LEXIQUE

■ Accompagner

Définition :

Accompagner la personne suicidaire consiste soit à se rendre avec elle à l'urgence hospitalière ou au centre de crise, soit à désigner une personne pour le faire.

Contexte d'application :

L'accompagnement est à privilégier lorsque les services d'un partenaire du RLS sont susceptibles de répondre aux besoins de la personne suicidaire et que l'évaluation de celle-ci révèle, selon la grille d'estimation de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire :

- danger grave et immédiat (cote **ROUGE**) ;
- danger grave à court terme (cote **ORANGE**).

■ Dangerosité du passage à l'acte

Définition :

La dangerosité du passage à l'acte réfère au niveau de danger qu'une personne pose un geste suicidaire. L'estimation de la dangerosité du passage à l'acte tient compte des paramètres suivants :

- l'urgence suicidaire : la planification du suicide (COQ : Comment ? Où ? Quand ?) ;
- les facteurs associés : les facteurs liés à la personne suicidaire, son milieu de vie ainsi qu'à son environnement pouvant fragiliser la personne et la rendre plus vulnérable au suicide ;
- les facteurs de protection : les facteurs liés à la personne suicidaire, son milieu de vie ainsi qu'à son environnement pouvant contribuer à la protéger contre le suicide.

■ Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

Définition :

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui est aussi référée sous le nom de loi P-38.001. Cette Loi constitue une mesure d'exception pouvant être utilisée, en certaines circonstances, pour assurer la sécurité de la personne suicidaire. Cette Loi vise à priver temporairement la personne de son droit de liberté afin de la garder sans son consentement dans un centre hospitalier.

■ Orienter

Définition :

Orienter la personne suicidaire vers un autre service consiste à lui suggérer de communiquer avec ce service.

Contexte d'application :

Il est pertinent d'orienter la personne suicidaire uniquement lorsque l'évaluation de celle-ci révèle, selon la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte, un indice de passage à l'acte :

- absent (cote **VERT**).

■ Postvention

Définition :

La postvention consiste à offrir du soutien et de l'aide aux personnes affectées par un décès attribuable à un suicide⁴¹. Elle comprend des mesures liées au traitement ainsi qu'au rétablissement de ces personnes⁹⁴.

■ Référencer

Définition :

Référencer la personne suicidaire à un service ou à un intervenant en particulier consiste à joindre, par téléphone ou par télécopieur, ce service ou cet intervenant pour l'aviser qu'une personne suicidaire se présentera chez lui et ainsi en préparer l'arrivée. La référence est l'occasion de transmettre certaines informations utiles au suivi de la personne suicidaire.

Contexte d'application :

La référence est à privilégier lorsque les services d'un partenaire du RLS sont susceptibles de répondre aux besoins de la personne suicidaire et que l'évaluation de celle-ci révèle, selon la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, un indice de passage à l'acte :

- faible (cote **JAUNE**).

■ Sentinelle

Définition :

La sentinelle est une ressource compétente qui joue «[...] un rôle de relais entre le danger que constitue le risque de suicide et les ressources qui peuvent intervenir auprès des personnes suicidaires»¹⁴. Les sentinelles ne sont pas des professionnels de la santé et des services sociaux mais des personnes de divers milieux de vie qui s'investissent en prévention du suicide (ex. : enseignants ou secrétaires). Les sentinelles sont formées pour reconnaître dans leur milieu les personnes suicidaires et les orienter vers les ressources appropriées à leur situation¹⁴.

■ Suivi de courte durée

Définition :

Le suivi de courte durée consiste soit à intervenir auprès d'une personne à faible indice suicidaire traversant une crise passagère, soit à intervenir de façon temporaire auprès d'une personne en attente d'un autre type de suivi. Il s'agit donc d'une modalité visant à favoriser la continuité des services offerts à la personne suicidaire.

Contexte d'application :

Le suivi de courte durée s'applique principalement dans trois cas de figure :

- lorsque l'évaluation de la personne suicidaire révèle, selon la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte, un indice de passage à l'acte faible (cote **JAUNE**) ;
- lorsque la personne suicidaire attend d'être prise en charge dans le cadre d'un suivi étroit ;
- lorsque la personne suicidaire est en attente d'un suivi de longue durée (ex. : suivi en santé mentale adulte).

■ Suivi étroit

Définition :

Le suivi étroit est une mesure visant à s'assurer que la personne qui est ou qui a été en danger grave de passage à l'acte et qui quitte l'organisation ayant effectué la gestion de sa crise suicidaire (ex. : hôpital, centre de crise) puisse avoir accès à un suivi rapidement et de façon intensive.

Contexte d'application :

Le suivi étroit s'applique lorsque l'évaluation de la personne suicidaire révèle, selon la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, un indice de passage à l'acte :

- grave et immédiat (cote **ROUGE**) ;
- danger grave à court terme (cote **ORANGE**).

BIBLIOGRAPHIE

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2005). *Plan d'action en santé mentale - La force des liens*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 96 p.
3. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010). *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes. 1981 à 2008*, rédigé par M. Gagné et D. Saint-Laurent, Québec, INSPQ, 19 p., données provisoires.
4. HOULE, J., C. POULIN ET H. VAN NIEUWENHUYSE (2006). *Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole MARCO*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, vi, 136 p.
5. LANE, J., ET J. ARCHAMBAULT (2010). *Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 40 p.
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide – S'entraider pour la vie*, rédigé par G. Mercier et D. Saint-Laurent, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 94 p.
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004). *Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide*, rédigé par N. Potvin, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 102 p. + annexe.
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 p.
9. DAGENAIS, C. (2006). «Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux : Quels modèles de transfert de connaissances privilégier ?», *Les Sciences de l'éducation – Pour l'ère nouvelle*, vol 39, n° 3, p. 23-35.
10. WHITE, J., ET N. JODOIN (2004). *Guide des stratégies prometteuses pour la prévention du suicide chez les jeunes Autochtones*, révisé, Calgary (Alberta), Centre pour la prévention du suicide, 278 p.
11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010). *État de santé de la population québécoise : Quelques repères (2010)*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, v, 33 p.
12. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, EN COLLABORATION AVEC L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : Deuxième rapport sur l'état de santé de la population du Québec – Les analyses*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, xiii, 131 p.
13. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *La prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes*, Genève, Prise en charge des troubles mentaux et neurologiques, Département de santé mentale et toxicomanies, OMS, vi, 13 p.
14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : Cadre de référence*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 70 p.
15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006). *Guide de gestion de l'urgence*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, et Montréal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 250 p.

16. MISHARA, B.L., ET M. TOUSIGNANT (2004). *Comprendre le suicide*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, coll. «Paramètres», 172 p.
17. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004). *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Document principal*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 75 p.
18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010). *État de santé de la population québécoise : Quelques repères (2010)*, Québec, Direction des communications, 34 p.
19. NEW SOUTH WALES – Department of Health, Mental Health and Drug and Alcohol Office (2005). *Suicidal Behaviour – Management of Patients with Possible Suicidal Behaviour*, North Sydney (Australia), NSW Department of Health, [43] p.
20. NEW SOUTH WALES – Department of Health, Mental Health and Drug and Alcohol Office (2008). *Discharge Planning for Adult Mental Health Inpatient Services*, North Sydney (Australia), NSW Department of Health, 42 p.
21. GIBB, S.J., A.L. BEAUTRAIS ET D.M. FERGUSON (2005). «Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 39, n^{os} 1-2, janvier-février, p. 95-100.
22. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2009). *Balises définissant les liens de collaboration entre le volet social du service Info-Santé et Info-Social et les membres de l'Association québécoise de prévention du suicide, de l'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec et du Regroupement des services communautaires d'intervention de crise du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 17 p.
23. DUMEL, F. (2000). *Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ?*, [En ligne], [http://www.esculape.com/psychiatrie/suicide_risque.html] (Consulté le 13 février 2009).
24. ST-HILAIRE, É., L. BEAUDRY ET Y. MATHIEU (2003) *Formation médicale en prévention du suicide : Bilan mi-étape d'une expérience dans la région de la Chaudière-Appalaches*, Sainte-Marie (Québec), Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, iii, 56 + [7] p.
25. MICHEL, K. (2002a). «Le médecin et le patient suicidaire – Partie I : Aspects fondamentaux», *Forum médical suisse*, n^o 29/30, 24 juillet, p. 704-707.
26. RITTER, K., et al. (2002) «Suicide risk-related knowledge and attitudes of general practitioners», *Wiener Klinische Wochenschrift / The Middle-European Journal of Medicine*, vol. 114, n^{os} 15-16, août, p. 685-690.
27. PRÉVILLE, M., et al. (2004). *Rapport d'évaluation du programme PPS-MD : Programme de prévention du suicide s'adressant aux omnipraticiens*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke et Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 52 p. + annexes.
28. RUTZ, W., et al. (1989). «An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 79, n^o 1, janvier, p. 19-26.
29. SÉGUIN, M. (2001). «Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ? Place de la prise en charge psychologique», in P. Mazet et G. Darcourt (sous la dir. de), *La crise suicidaire : Reconnaître et prendre en charge*, Paris, John Libbey Eurotext et Fédération française de psychiatrie, p. 235-262.
30. ROBERTS, A.R. (sous la dir. de) (2000). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*, 2^e édition, New York, Oxford University Press, 554 p.
31. HENDEN, J. (2008). *Preventing suicide: The solution focused approach*, Chichester (England), John Wiley & Sons, 226 p.
32. HAWKES, D., T.I. MARSH ET R. WILGOSH (1998). *Solution Focused Therapy: A Handbook for Health Care Professionals*, Oxford (Royaume-Uni), Butterworth-Heinemann, 198 p.

33. SHARRY, J., M. DARMODY ET B. MADDEN (2002). «A solution-focused approach to working with clients who are suicidal», *British Journal of Guidance and Counselling*, vol. 30, n° 4, novembre, p. 383-399.
34. TREPPER, S.T., et al. (2006). «Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy», *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 32, n° 2, avril, p. 133-139.
35. DZIEGIELEWSKI, S.F. (2008). «Brief and intermittent approaches to practice: the state of practice», *Brief Treatment and Crisis Intervention*, vol. 8, n° 2, mai, p. 147-163.
36. ST-CYR TRIBBLE, D., et al. (2006). *Intervention psychosociale brève en première ligne: description des conceptions, des pratiques et de l'efficacité*, Sherbrooke (Québec), Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 41 p.
37. FISKE, H. (1998). «Applications of solution-focused brief therapy in suicide prevention», in D. De Leo, A. Schmidtke et R.F.W. Diekstra (sous la dir. de), *Suicide Prevention: A Holistic Approach*, Dordrecht (Pays-Bas), Kluwer Academic Publishers, p. 185-197.
38. O'HANLON, W.H., ET M. WEINER-DAVIS (1995). *L'orientation vers les solutions: une approche nouvelle en psychothérapie*, Bruxelles, Éditions SATAS, coll. «Le Germe», 227 p.
39. SHEA, S.C. (2002). *The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors*, Hoboken (New Jersey), John Wiley & Sons, xviii, 336 p.
40. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie: Guide de pratique clinique*, rédigé par F. Laflamme, [Westmount (Québec)], Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ, 47 p.
41. SIMON FRASER UNIVERSITY, Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (2007). *Working With the Client Who is Suicidal: A Tool for Adult Mental Health and Addiction Services*, rédigé par L. Monk et J. Samra, Vancouver (Colombie-Britannique), Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University et British Columbia Ministry of Health, 111 p.
42. GREENE, G.J., et al. (2000). «How to work with client's strengths in crisis intervention: a solution-focused approach», in A.R. Roberts (sous la dir. de), *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*, New York, Oxford University Press, p. 31-55.
43. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*, Washington (D.C.), APA, 117 p.
44. RENAUD, S. (2004). «Interventions de crise auprès des patients souffrant d'un trouble de personnalité limite – Partie 1: Approches préventives et résolutive en thérapie psychodynamique individuelle», *Santé mentale au Québec*, vol. 29, n° 2, automne, p. 241-252.
45. MISHARA, B.L., ET J. HOULE, EN COLLABORATION AVEC SUICIDE ACTION MONTRÉAL (2004). *Évaluation des projets-pilotes d'aide aux hommes suicidaires par l'intermédiaire de leurs proches: Rapport final*, Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), Université du Québec à Montréal, 53 p.
46. JOINER, T., et al. (1999). «Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 30, n° 5, octobre, p. 447-453.
47. STOELB, M., ET J. CHIRIBOGA (1998). «A process model for assessing adolescent risk for suicide», *Journal of Adolescence*, vol. 21, n° 4, août, p. 359-370.
48. LAGET, J., et al. (2007). «Évaluation du potentiel suicidaire chez les adolescents: liens entre fréquence, satisfaction et moyens utilisés par différents intervenants en pédopsychiatrie», *Annales médico-psychologiques*, vol. 165, n° 8, octobre, p. 556-561.
49. RUSS, M., et al. (1999). «Assessment of suicide risk 24 hours after psychiatric hospital admission», *Psychiatric Services*, vol. 50, n° 11, novembre, p. 1491-1493.
50. GUTIERREZ, P.M. (2006). «Integratively assessing risk and protective factors for adolescent suicide», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 36, n° 2, avril, p. 129-135.

51. JOINER, T.E., R.A. BERNET ET D. CROWLEY JACK (2005). «The bidimensional structure of suicidal symptoms in Nepal», *Archives of Suicide Research*, vol. 9, n° 4, octobre, p. 345-351.
52. WINGATE, L.R., et al. (2004). «Empirically informed approaches to topics in suicide risk assessment», *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 22, n° 5, septembre-octobre, p. 651-665.
53. MATHUR, A., et al. (2006). «La crise psychosociale et la crise psychopathologique», in M. Séguin, A. Brunet et L. Leblanc (sous la dir. de), *Interventions en situation de crise et en contexte traumatique*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 57-86.
54. WALTER, M., ET I. TOKPANOU (2003). «Identification et évaluation de la crise suicidaire / How identify and assess suicidal crisis?», *Annales médico-psychologiques*, vol. 161, n° 2, mars, p. 173-178.
55. WALTER, M. (2003). «La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention», *Actualité et dossier en santé publique*, n° 45, décembre, p. 25-26.
56. JOINER, T., et al. (2007). «Establishing standards for the assessment of suicide risk among callers to the National Suicide Prevention Lifeline», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 37, n° 3, juin, p. 353-365.
57. MISHARA, B.L., et al. (2007). «Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 37, n° 3, juin, p. 308-321.
58. SUICIDE ACTION MONTRÉAL ET CENTRE DOLLARD-CORMIER INSTITUT UNIVERSITAIRE SUR LES DÉPENDANCES (2009). *Grille d'estimation du danger de passage à l'acte*, document d'appui inédit.
59. SÉGUIN, M., A. BRUNET ET L. LEBLANC (sous la dir. de) (2006). *Intervenir en situation de crise et en contexte traumatique*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, Chenelière Éducation, 202 p.
60. LELARGE, E., et al. (2005). «Prescription de tâches, prescription d'expériences dans le cadre des thérapies brèves», *L'information psychiatrique*, vol. 81, n° 6, juin-juillet, p. 555-562.
61. CARON, C., ET G. MIREAULT (2001). *Résultats de l'évaluation du «Projet commun Québec-Centre sur la négligence» 2000-2001*, Beauport (Québec), Centre jeunesse de Québec, iv, 29, [2] f.
62. LAMARRE, J. (2001). «La psychothérapie brève orientée vers les solutions et interventions auprès des suicidaires», *Le Vis-à-vie*, vol. 11, n° 2, décembre, p. 32-33.
63. DULAC, G., ET A. LALIBERTÉ (2003). *Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque de suicide présentant des problèmes de toxicomanie et/ou de santé mentale dans le processus suicidaire*, Montréal, Centre d'études appliquées sur la famille, Université McGill, 80 p.
64. MICHEL, K. (2002b). «Le médecin et le patient suicidaire – Partie II: Aspects pratiques», *Forum médical suisse*, vol. 31, 31 juillet, p. 730-734.
65. LECOMTE, Y., ET Y. LEFEBVRE (1986). «L'intervention en situation de crise», *Santé mentale au Québec*, vol. 11, n° 2, novembre, p. 122-142.
66. NORDENTOFT, M. (2007). «Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark – Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups», *Danish Medical Bulletin*, vol. 54, n° 4, novembre, p. 306-369.
67. QIN, P., ET M. NORDENTOFT (2005). «Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers», *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 4, avril, p. 427-432.
68. APPLEBY, L., et al. (1999b). «Suicide within 12 months of contact with mental health services: National clinical survey», *British Medical Journal*, vol. 318, no 7193, 8 mai, p. 1235-1239.
69. HUNT, I.M., et al. (2009). «Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study», *Psychological Medicine*, vol. 39, n° 3, mars, p. 443-449.
70. APTER, A., ET R.A. KING (2006). «Management of the depressed, suicidal child or adolescent», *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 15, n° 4, octobre, p. 999-1013.

71. KING, E.A., et al. (2001). «The Wessex Recent In-Patient Suicide Study – 1. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides», *British Journal of Psychiatry*, vol. 178, n° 6, juin, p. 531-536.
72. APPLEBY, L., et al. (1999a). «Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study», *The Lancet*, vol. 353, n° 9162, 24 avril, p. 1397-1400.
73. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006), *Prévenir le suicide: Ressource pour conseillers*, série Ressources, n° 7, Genève, Prise en charge des troubles mentaux et des affections cérébrales, Département de santé mentale et abus de substances psychoactives, OMS, 27 p.
74. CRAWFORD, M.J. (2004). «Suicide following discharge from in-patient psychiatric care», *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, n° 6, novembre, p. 434-438.
75. MEEHAN, J., et al. (2006). «Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: National clinical survey», *The British Journal of Psychiatry*, vol. 188, n° 2, février, p. 129-134.
76. DE LEO, D., et al. (2008). *Post-Discharge Care in Psychiatric Patients at High Risk of Suicide – A report to the Commonwealth of Australia*, Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University, 140 p.
77. TROISTER, T., P.S. LINKS ET J. CUTCLIFFE (2008). «Review of predictors of suicide within 1 year of discharge from a psychiatric hospital», *Current Psychiatry Reports*, vol. 10, n° 1, février, p. 60-65.
78. LINKS, P.S., ET B. HOFFMAN (2005). «Preventing suicidal behaviour in a general hospital psychiatric service: Priorities for programming», *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, n° 8, juillet, p. 490-496.
79. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (1998). *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*, Paris, Service des recommandations professionnelles, ANAES, 44 p.
80. NEW SOUTH WALES – DEPARTMENT OF HEALTH (2004). *Suicide Risk Assessment and Management Protocols: Mental Health In-Patient Unit*, North Sydney (Australia), NSW Department of Health, ii, 21 p.
81. DARCOURT, G. (sous la présidence de) (2001). «La crise suicidaire: recommandations du jury», in P. Mazet et G. Darcourt (sous la dir. de), *La crise suicidaire: Reconnaître et prendre en charge*, Paris, John Libbey Eurotext et Fédération française de psychiatrie, p. 421-446.
82. STEFFEN, S., et al. (2009). «Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 120, n° 1, juillet, p. 1-9.
83. COMTOIS, K.A., ET M.M. LINEHAN (2006). «Psychological treatments of suicidal behaviors: a practice-friendly review», *Journal of Clinical Psychology*, vol. 62, n° 2, février, p. 161-170.
84. HAWTON, K.K.E. et al (1999). «Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm», *Cochrane database of Systematic Reviews*, n° 4, (Art. n° CD0001764. DOI: 10.1002/14651858.CD001764).
85. DZUROVA, D., et al. (2008). «Analysis of parasuicide, psychiatric care and completed suicides, implications for intervention strategy (Czech Republic, 1996-2000)», *International Journal of Public Health*, vol. 53, n° 3, juin, p. 139-149.
86. NATIONAL INSTITUTE FOR MENTAL HEALTH IN ENGLAND (2003). *Preventing Suicide: A Toolkit for Mental Health Services*, rédigé par D. Duffy, T. Ryan et R. Purdy, [Leeds (U.K.), NIMHE, National Health Service, 39 p.
87. CEDEREKE, M., K. MONTI ET A. ÔJEHAGEN (2002). «Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study», *European Psychiatry*, vol. 17, n° 2, avril, p. 82-91.
88. JOBES, D.A., ET J.F. DROZD (2004). «The CAMS approach to working with suicidal patients», *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 34, n° 1, mars, p. 73-85.
89. MANN, J.J., et al. (2005). «Suicide prevention strategies: a systematic review», *Journal of the American Medical Association*, vol. 294, n° 16, 26 octobre, p. 2064-2074.

90. SULLIVAN, A.M., et al. (2005). «The safe treatment of the suicidal patient in an adult inpatient setting: a proactive preventive approach», *Psychiatric Quarterly*, vol. 76, n° 1, mars, p. 67-83.
91. MOTTO, J.A., ET A.G. BOSTROM (2001). «A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention», *Psychiatric services*, vol. 52, n° 6, juin, p. 828-833.
92. HOUGHTON, A., et al. (1996). «Does a dedicated discharge coordinator improve the quality of hospital discharge?», *Quality and Safety in Health Care*, vol. 5, n° 2, juin, p. 89-96.
93. JACK, B.W., et al. (2009). «A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization», *Annals of Internal Medicine*, vol. 150, n° 3, 3 février, p. 178-187.
94. CENTRE DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION SUR LE SUICIDE ET L'EUTHANASIE (s. d.). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide*, [En ligne], [<http://www.criseapplication.uqam.ca/>] (Consulté le 16 janvier 2009).
95. GUO, B., ET C. HARSTALL (2004). *For Which Strategies of Suicide Prevention is There Evidence of Effectiveness?*, Health Evidence Network report, Copenhague (Danemark), World Health Organization, Regional Office for Europe, [En ligne], [<http://www.euro.who.int/document/E83583.pdf>] (Consulté le 13 février 2009).
96. ZOGG, W. (2000). «Revue de quelques psychothérapies utilisées dans le traitement des états dépressifs», *Bulletin des médecins suisses*, vol. 81, n° 37, p. 2094-2101.
97. INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (2004). *Psychothérapie : Trois approches évaluées*, Paris, Les Éditions INSERM, collection «Expertise collective de l'INSERM, xii, 553 p.
98. SAGGESE, M.L., ET F.W. FOLEY (2000). «From problems or solutions to problems and solutions: Integrating the MRI and solution-focused models of brief therapy», *Journal of Systemic Therapies*, vol. 19, n° 1, p. 59-73.
99. POINSOT, R., ET P. ANTOINE (2007). «Une approche psychothérapique méconnue: la résolution de problèmes sociaux», *Annales médico-psychologiques*, vol. 165, n° 9, novembre, p. 638-644.
100. PIERCE, D., ET J. GUNN (2007). «Using problem solving therapy in general practice», *Australian Family Physician*, vol. 36, n° 3, avril, p. 230-233.
101. TOWNSEND, E., et al. (2001). «The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems», *Psychological Medicine*, vol. 31, n° 6, août, p. 979-988.
102. MCMAIN, S., ET L. KORMAN (2000). «La thérapie comportementale dialectique : un traitement prometteur du trouble de la personnalité borderline», *Psychiatrie – Conférences scientifiques*, vol. 4, n° 1, p. 1-8.
103. LYNCH, T.R., et al. (2006). «Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations», *Journal of Clinical Psychology*, vol. 62, n° 4, avril, p. 459-480.
104. BÉGIN, C., ET D. LEFEBVRE (1997). «La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites», *Santé mentale au Québec*, vol. 22, n° 1, printemps, p. 43-68.
105. SWENSON, C.R., et al. (2001). «The application of dialiectally behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units», *Psychiatric Quarterly*, vol. 72, n° 4, décembre, p. 307-324.
106. MUEHLENKAMP, J.J. (2006). «Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury», *Journal of Mental Health Counselling*, vol. 28, n° 2, 1^{er} avril, p. 166-185.
107. HINRICHSEN, G.A. (2008). «Interpersonal psychotherapy as a treatment for depression in later life», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 39, n° 3, juin, p. 306-312.
108. LANGLOIS, S., ET P. MORRISON (2002). «Suicides et tentatives de suicide», *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 2, janvier, p. 9-25.
109. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ?*, rédigé par D. Saint-Laurent et C. Bouchard, [Québec], INSPQ, 23 p.
110. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA et al. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, Ottawa, Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, xi, 188 p.

111. CHAGNON, F., *et al.* (2008). *Consensus entre la recherche et la pratique pour améliorer les programmes en prévention du suicide chez les hommes*, Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), 88 p.
112. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010). *Registre des événements démographiques, Fichier des décès, compilation spéciale le 31 août 2010*, Direction de la surveillance de l'état de santé, Québec.
113. JOHN HOWARD SOCIETY OF ALBERTA (1999). *Prison and Jail Suicide*, s. l., John Howard Society of Alberta, 9 p.
114. GREEN, C., *et al.* (1992). «Étude de 133 cas de suicide de détenus survenus dans les établissements fédéraux canadiens», *FORUM – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 4, n° 3, septembre, p. 20-23.
115. DAIGLE, M., ET G. CÔTÉ (2001). «Suicides et troubles mentaux chez les hommes incarcérés: faut-il en appeler à une prise en charge communautaire ?», *Criminologie*, vol. 34, n° 2, p.103-122.
116. HOUSE, A., D. OWENS ET L. PATCHETT (1999). «Deliberate self-harm», *Quality in Health Care*, vol. 8, n° 2, juin, p. 137-143.
117. HAWTON, K., D. ZAHL ET R. WEATHERALL (2003). «Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital», *The British Journal of Psychiatry*, vol. 182, n° 6, juin, p. 537-542.
118. OWENS, D., J. HORROCKS ET A. HOUSE (2002). «Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review», *The British Journal of Psychiatry*, vol. 181, n° 3, septembre, p. 193-199.
119. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (2004). *Self Harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*, London (U.K.), National Institute for Clinical Excellence (NICE), 199 p.
120. MINISTERIAL COUNCIL FOR SUICIDE PREVENTION (s. d.). *Understanding Self Harm*, [En ligne], [http://www.mcspp.org.au/suicide/self_harm] (Consulté le 12 février 2009).
121. RENAUD, J., ET C. MARQUETTE (2002). «Position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires», *Le médecin du Québec*, vol. 37, n° 5, mai, p. 87-93.
122. VÉZINA, C. (1998). *Traitement de l'automutilation chez les personnalités limites: aspects théoriques et stratégies cliniques*, essai présenté pour l'obtention du diplôme de maîtrise en psychologie (Université Laval), [En ligne], [<http://www.personnalitelimite.org/automutilation1.html>] (Consulté le 13 février 2009).
123. ZAHEER, J., P.S. LINKS ET E. LIU (2008). «Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders», *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 31, n° 3, septembre, p. 527-543.
124. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1997). *Suicide et toxicomanie: deux phénomènes interreliés*, rédigé par M. Tousignant et T. Fayette, s. l., Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 45 p.
125. FAVRE, J.D., M. CHOQUET ET G. AZOULAY (1997). «Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune», *Actualité et dossier en santé publique*, n° 18, mars, p. 14-16.
126. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *La prévention du suicide: Indications pour professions de santé primaire*, Genève, Département de santé mentale et toxicomanies, OMS, 26 p.
127. PAYETTE, T., ET M. TOUSIGNANT (1998). «Polytoxicomanies et suicide chez les hommes», *Le Vis-à-vie*, vol. 8, n° 2, avril, p. 19-22.
128. HOULE, J. (2005). *L'intervention auprès de l'entourage: une stratégie importante de prévention du suicide chez les personnes toxicomanes*, [En ligne], [http://www.toxico.info/documentation/Suicideettoxicomanie_Houle2005_.pdf] (Consulté le 1^{er} juin 2009).
129. ZANGENEH, M., ET T. HASON (2006). «Suicide and gambling», *International Journal of Mental Health and Addiction*, vol. 4, n° 3, juillet, p. 191-193.
130. TOUSIGNANT, M. (1998). «Maladie mentale, suicide et prévention: Faut-il changer son fusil d'épaule ?», *Le Vis-à-vie*, vol. 8, n° 1, janvier, p. 16-21.

