

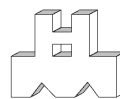
Protocole d'intervention de crise suicidaire de la MRC de La Haute-Gaspésie



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX

GASPÉSIE-
ÎLES-DE-LA-MADELEINE

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE



52, rue Belvédère
Sainte-Anne-des-Monts G4V 1X4

Conception et rédaction :

Suzanne Gérin-Lajoie, agente de planification et programmation sociosanitaire
Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Révision de texte :

Nancy Dufresne, secrétaire

Table des matières

Introduction.....	5
1...Étapes de l'intervention en situation de crise suicidaire :	7
1.1. Évaluer l'urgence suicidaire	9
1.2. Assurer la sécurité de la personne.....	13
1.3. Analyser la situation	15
1.4. Favoriser le repositionnement	17
1.5. Élaborer le plan d'action.....	21
2. Qui fait quoi auprès d'un adulte suicidaire?.....	25
3. Qui fait quoi auprès d'un jeune suicidaire?	27
4. Quoi faire lors d'une tentative suicidaire?	31
5. Assurer un suivi après la tentative de suicide	33
6..Annexe 1 : Risque de suicide ou de violence avec une arme à feu - <i>Guide de conduite du professionnel de la santé</i>	37
7. Annexe 2 : La loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.....	45

8. Annexe 3 : Les personnes qui ont des comportements suicidaires récurrents.....	53
9. Annexe 4 : Comment intervenir auprès des personnes suicidaires intoxiquées.....	57

Introduction

Le protocole d'intervention de crise suicidaire de la MRC de La Haute-Gaspésie a pour but de décrire de façon simple et accessible l'intervention spécifique à faire auprès des personnes suicidaires. Ce document se veut un outil d'intervention pour tous les intervenants de la MRC de La Haute-Gaspésie travaillant auprès des personnes suicidaires. Le protocole désigne également les rôles et les responsabilités des différents services au sein de la MRC au regard de l'intervention en situation de crise suicidaire.

Le protocole d'intervention de crise suicidaire de la MRC de La Haute-Gaspésie est issu des besoins identifiés par l'équipe de santé mentale du CLSC-CHSLD-CH de la MRC Denis-Riverin. Il a été conçu par la Direction de santé publique, en collaboration avec l'équipe unique de santé mentale du CLSC-CHSLD-CH de la MRC Denis-Riverin.

Ce document est inspiré du *Guide d'intervention en prévention du suicide* de la région de Chaudière-Appalaches, du programme de formation *Intervenir en situation de crise suicidaire* de l'Association québécoise de suicidologie et du programme de formation de deuxième niveau de Suicide-Action-Montréal.

1

Étapes de l'intervention en situation de crise suicidaire

Signes précurseurs d'une crise suicidaire

Accueillir

Climat de confiance
Ajustement rationnel/émotif
Environnement adéquat

Évaluer l'urgence suicidaire

COQ : Comment, où, quand?

Faible

Moyenne

Élevée

Établir la priorité de l'intervention

Analyser la situation

Problème actuel
Élément déclencheur
Facteurs associés

Assurer la sécurité de la personne

Éloigner le moyen
Ressources d'aide
Utilisation des lois au besoin

Favoriser le repositionnement

Recadrage
Travail avec l'ambivalence
Briser le plan suicidaire
Naissance de l'espoir

Élaborer le plan d'action

Ressources
Alternatives
Ententes
Contrat de non-suicide
Suivi

1.1 Évaluer l'urgence suicidaire

L'urgence suicidaire est la probabilité qu'une personne se suicide dans les 48 heures. Il s'agit d'une probabilité à court terme qui tient compte de la crise actuelle.

L'évaluation de l'urgence suicidaire sert à orienter l'intervention : elle détermine les priorités et les stratégies à adopter. On évalue l'urgence suicidaire sur une échelle de 1 à 8. Lorsque l'on aborde la question du suicide, il est important d'en parler directement et d'utiliser les vrais mots : suicide, vouloir se tuer, se pendre, mourir, etc. Tous les intervenants peuvent évaluer l'urgence suicidaire (médecin traitant, intervenants psychosociaux en CLSC, CH et milieu scolaire, ressources communautaires et infirmières).

1. Vérifier la présence d'idéation et de planification suicidaire en posant clairement les questions suivantes :

Idéation suicidaire :

- *Est-ce que tu penses au suicide?*
- *Est-ce que c'est tellement dur que tu penses à te tuer?*
- *Est-ce que ça fait mal au point de vouloir t'enlever la vie?*
- *Depuis quand penses-tu au suicide?*
- *À quelle fréquence y penses-tu?*

Planification suicidaire : COQ (comment, où, quand) :

- *Est-ce que tu sais comment tu te suiciderais?*
- *As-tu pensé à un moyen?*
- *Est-ce que tu as imaginé où tu ferais ça?*
- *Quand le ferais-tu?*
- *Est-ce que tu as le moyen (le fusil, les pilules, etc.) en ta possession?*

2. Identifier le niveau de l'urgence suicidaire en se référant aux grilles des pages 10 et 11.

Grille d'évaluation de l'urgence suicidaire

Faible	1 Vulnérabilité La personne ne pense pas au suicide	2 Flashes La personne a parfois des flashes suicidaires	3 Idéation suicidaire La personne pense au suicide de plus en plus souvent
	4 Le COQ prend de plus en plus forme Certains éléments du plan ne sont pas fixés		
	5 Le COQ est dans plus de 48 heures Tous les éléments du plan sont fixés et le <i>quand</i> est dans plus de 48 heures		
Moyenne			
Élevée	6 Le COQ est dans moins de 48 heures	7 Le COQ est planifié dans l'immédiat	8 La tentative est en cours

Indices d'évaluation de l'urgence suicidaire

URGENCE FAIBLE 1-2-3	URGENCE MOYENNE 4-5	URGENCE ÉLEVÉE 6-7-8
Urgence 1 : État de vulnérabilité - La personne est anxieuse mais demeure relativement calme. - Elle a besoin d'être écoutée et supportée. - Elle veut des informations et des conseils. - La personne n'a pas d'idée suicidaire.	DE LA RUMINATION À LA CRISTALLISATION Urgence 4 : Le COQ (comment, où, quand) prend forme - La personne pense au suicide constamment, tous les jours. Elle peut même être obsédée par ce projet. Son champ de conscience se rétrécit : elle perçoit de moins en moins d'alternative au suicide. - Tous les éléments du plan suicidaire ne sont pas déterminés : la personne peut commencer à penser à un moyen et à quand elle voudrait se suicider, mais rien n'est décidé de façon définitive. - La personne est très anxieuse mais ses émotions demeurent contrôlées. - La personne ressent une grande ambivalence par rapport à son plan suicidaire, car son désir de vivre est perceptible et elle garde un espoir de s'en sortir.	Urgence 6 : Le COQ et planifié dans moins de 48 heures - La planification du suicide est complète. Le passage à l'acte est planifié dans les 48 heures : la personne est décidée, la planification du suicide est claire : la méthode est choisie, les préparatifs ont été réalisés et le moyen est disponible. - La personne peut expliquer rationnellement son intention de se suicider. - La personne est très agitée ou au contraire coupée de ses émotions. - La personne peut ne pas vouloir d'aide.
Urgence 2 : Flashes - La personne ne semble pas en crise. - La personne est troublée mais pas en perte de contrôle. - La personne a des idéations suicidaires diffuses ou des idéations suicidaires plus précises mais très brèves et non ruminées.	Urgence 5 : Le COQ est planifié mais dans plus de 48 heures - La personne pense que le suicide est la seule solution, ou a retenu le suicide comme l'option principale pour résoudre sa situation. - La personne a une vision en tunnel, c.-à-d. un champ de conscience très limité et la pensée devient dichotomique : vivre ou mourir. - La planification du suicide est en cours : le moment du suicide peut être déterminé, mais ce moment est dans plus de 48 heures. Le moyen peut être déterminé et accessible. - L'équilibre émotif de la personne est très fragile. - L'ambivalence face au suicide est moins grande : son désir de mourir prend de plus en plus d'importance.	Urgence 7 : Possibilité de tentative dans l'immédiat - La planification du suicide est complétée (comment, où, quand). Le moyen est disponible. - La personne menace de passer à l'acte durant l'entretien ou immédiatement après la fin de l'entretien. - La personne peut expliquer rationnellement son intention de se suicider. - La personne est très agitée ou au contraire coupée de ses émotions. - La personne peut ne pas vouloir d'aide.
Urgence 3 : Idéations suicidaires - Les idées suicidaires reviennent régulièrement (qq. fois/semaine). - Elle semble vouloir attendre avant de passer à l'acte. - Elle accepte notre aide (qu'on la rencontre ou qu'on la rappelle). - Elle a encore des projets (vérifier la question de projets de voyage ou de départ). - Elle reprend espoir (attention aux rémissions spontanées).		Urgence 8 : Tentative en cours La personne a mis en œuvre son plan suicidaire et a posé son geste suicidaire. À ce niveau d'urgence, l'intervention médicale est nécessaire. L'intervenant doit communiquer avec les ressources appropriées. L'intervenant n'a pas à évaluer ou à juger lui-même de la létalité du moyen utilisé.

1.2 Assurer la sécurité de la personne

Lorsqu'un intervenant évalue que la vie d'une personne est en danger, c'est-à-dire en urgence suicidaire élevée, il doit prendre rapidement les mesures nécessaires pour assurer la sécurité de cette personne. Tous les intervenants peuvent assurer la sécurité de la personne (médecin traitant, intervenants psychosociaux en CLSC, CH et milieu scolaire, ressources communautaires, infirmières).

1. Si la personne a accès à un moyen pour se suicider, travailler avec la personne afin de :

- Éloigner le moyen identifié pour se tuer, s'il est accessible et disponible dans l'immédiat.
- Si le moyen est une arme à feu, rendre l'arme à feu inopérante en enlevant la culasse, avec l'aide d'un proche fiable ou des policiers.
- Obtenir ses coordonnées personnelles.
- Travailler à briser la planification suicidaire (le COQ) et à reporter dans le temps le geste suicidaire.

Note : Pour plus d'information, consultez le guide de conduite du professionnel de la santé « Risque de suicide ou de violence avec une arme à feu », DSP Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2001. Vous trouverez ce document en annexe 1.

2. Assurer la sécurité de la personne en la référant à l'hôpital

- Appeler les policiers ou les intervenants de crise, si nécessaire.
- Divulguer les informations à un policier lorsque vous évaluez que la sécurité de la personne est menacée compte tenu de la possession d'une arme à feu.
- Appliquer la loi P-38 (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*), si la personne ne veut pas collaborer et si le danger est imminent. Vous trouverez la description de la loi P-38 et de son application en Gaspésie et aux Îles en annexe 2.

- Noter que la confidentialité est levée lors de situation de crise suicidaire élevée. Depuis le 20 décembre 2001, une nouvelle loi a apporté certaines modifications au secret professionnel. Ceci afin de permettre la communication de renseignements confidentiels sans le consentement de la personne concernée, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, dans les situations où il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiables. Toutefois, la loi prévoit que la communication des renseignements ne peut se faire qu'à la personne ou aux personnes exposées au danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours.

3. Sécuriser les lieux avec l'aide des policiers:

- S'assurer que la vie de la personne ou celle d'autrui n'est pas en danger au moment de l'intervention (par exemple s'il y a présence de gaz propane, d'arme à feu ou de comportements agressifs).

1.3 Analyser la situation

L'analyse de la situation en intervention de crise suicidaire diffère d'une évaluation psychosociale régulière puisqu'elle est principalement centrée sur les difficultés de la personne en lien avec la crise actuelle. Cette étape de l'intervention a pour but de permettre à la personne d'exprimer sa détresse et de comprendre suffisamment le problème pour qu'ultérieurement émerge une nouvelle façon de voir, une lueur d'espoir. La personne pourra ensuite se repositionner face à son problème et éloigner, au moins temporairement, l'idée du suicide comme « alternative » possible à sa souffrance.

1. Recueillir de l'information sur la situation, sur les pensées, sur les émotions, sur les antécédents médicaux, sur la médication ou sur les suivis en cours, sur les ressources internes et externes de la personne, sur les symptômes associés à la crise et sur le réseau social et familial de la personne en crise suicidaire :

- L'état émotif de la personne (impulsivité, agressivité, états dépressifs, etc.).
- La présence d'un réseau supportant et adéquat.
- L'abus de substances psychotropes (alcool, drogues, etc.) ou la désorganisation de la pensée.
- Les antécédents de violence et les tentatives de suicide antérieures.
- La collaboration de la personne à se faire aider.

2. Identifier les éléments déclencheurs à la crise suicidaire.

- Exemples ; pertes, échecs, séparation, etc.

3. Centrer l'intervention sur le problème actuel.

4. Permettre à la personne d'exprimer ce qu'elle vit et d'être accueillie dans sa souffrance.

5. Chercher à comprendre la situation globale de la personne en détresse et évaluer ses ressources.

6. Porter une attention particulière à la triade létale (dépression, toxicomanie, troubles de personnalité) et aux autres facteurs associés au suicide comme :

- Histoire familiale de suicide, de violence et d'abus, instabilité familiale.
- Pertes vécues en bas âge et pertes récentes.
- Manque de ressources dans le milieu.
- Peu de capacité d'adaptation et de résolution de problèmes.
- Idées ou tentatives de suicides antérieures.
- Échec, humiliation, rejet, peine d'amour.
- Événement de vie difficile récent.

1.4 Favoriser le repositionnement

Le repositionnement est un processus dynamique qui se joue à toutes les étapes de l'intervention. Il consiste à saisir toutes les pistes que la personne apporte durant l'intervention et à les utiliser pour l'aider à prendre une nouvelle position face à sa situation. La personne pourra alors comprendre et interpréter sa situation à partir d'un nouveau point de vue et, tranquillement, mobiliser ses ressources.

1. Passer de l'émotif au rationnel :

- Une fois que la tension émotive a diminué, amener progressivement la personne à faire les liens entre les faits, les émotions, les stressseurs et les éléments déclencheurs.

2. Passer du rationnel à l'émotif :

- Permettre aux personnes rationnelles d'exprimer d'abord leurs pensées pour les amener délicatement vers leur monde émotif.

3. Demeurer dans l'ici et maintenant :

- Il est important de se centrer sur l'élément déclencheur de la crise et d'explorer les émotions et les perceptions générées par celui-ci.

4. Modifier les distorsions cognitives :

- Utiliser la reformulation, le recadrage et la rectification des perceptions, des attitudes et des croyances lorsque les distorsions cognitives nuisent à la résolution de la crise.
- L'intervenant peut avoir à communiquer sa conviction et son espoir face aux changements possibles, aux actions à faire et aux ressources disponibles.

5. Explorer l'ambivalence pour donner de l'importance à la partie de la personne qui veut vivre :

- Toute personne suicidaire demeure ambivalente, en ce sens qu'il coexiste simultanément en elle un désir de vivre et de mourir. Cette ambivalence est présente malgré l'intensité de son désespoir : elle ne veut pas réellement mourir mais plutôt arrêter de souffrir. Ce principe est la pierre angulaire de l'intervention de crise auprès des personnes suicidaires.
- Refléter à la personne qu'il y a en elle une partie qui veut vivre et une partie qui veut mourir.
- Explorer la nature du désespoir de la personne et ses motifs de vouloir mourir, avant de miser sur ses raisons de vivre.
- Explorer avec la personne ce qu'elle veut communiquer par son geste suicidaire.
- Aider la personne à prendre conscience de l'impact qu'elle désire avoir sur son entourage.

6. Explorer les raisons de vivre et l'espoir :

- Après avoir permis l'expression de la détresse, aider la personne à entrer en contact avec la partie en elle qui veut vivre (ex. : son lien avec ses enfants, ses proches, etc.).
- Ramener la personne à ses raisons qui la rattachent à la vie (les relations, les projets, les activités, les croyances religieuses et certaines croyances face à soi-même).

7. Impliquer la personne suicidaire dans la mesure de ses capacités :

- Impliquer la personne dans la recherche de solution qui font du sens pour elle et qui sont à sa portée.

8. Être directif :

- Intervenir de manière directive lorsque la personne est en urgence suicidaire élevée, paniquée ou très confuse. L'intervenant doit alors prendre les choses en mains, user de fermeté et expliquer clairement à la

personne ce qu'elle doit faire. Ceci, jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment calme pour décider elle-même de ses priorités.

9. Déterminer le signe ou la preuve qu'elle s'en sort :

- Poser des questions comme :
 - ✓ *Comment sauras-tu que tu commences à t'en sortir?*
 - ✓ *Qu'est-ce qui va te montrer de façon certaine que tu commences à aller mieux?*
 - ✓ *Par quelles étapes dois-tu passer avant de t'en sortir?*

Ces questions aident la personne à sortir de sa situation présente, à la regarder de l'extérieur et à imaginer les étapes menant à un changement.

1.5 Élaborer un plan d'action

Le plan d'action consiste à explorer les moyens utilisés par la personne pour faire face à sa situation actuelle et à identifier, avec elle, les solutions possibles et les démarches concrètes à faire, pour s'en sortir. Il est à noter que plus l'urgence est élevée, plus le plan d'action doit être concret et familier pour que la personne y adhère. La personne suicidaire a tendance à utiliser un moyen connu pour s'en sortir.

1. Rechercher la collaboration de la personne dans l'exploration de ses ressources internes et externes :

- Le plan d'action s'élabore avec la personne suicidaire. Sa collaboration est nécessaire afin qu'elle adhère aux solutions émises. Sans prendre la personne en charge, il est important d'évaluer si la personne est en mesure de faire ses démarches seule ou si elle nécessite un accompagnement.

2. Proposer des alternatives :

- Il est essentiel de proposer des alternatives satisfaisantes pour l'individu afin qu'il ait accès à d'autres moyens que le suicide pour diminuer sa souffrance.

3. Explorer les ressources de la personne et de son réseau :

- Explorer ce que fait la personne habituellement pour faire face aux difficultés.
- Vérifier si ses stratégies d'adaptation sont efficaces ou non.
- Chercher à briser l'isolement de la personne.

4. Identifier les avenues d'aide possibles :

- Identifier les démarches concrètes qui mèneront vers une solution. Une solution adéquate doit être concrète, réaliste, susciter l'adhésion de la personne, présenter des défis à sa hauteur et s'articuler au présent.

5. Mobiliser le réseau de la personne :

- Avec l'accord et l'aide de la personne suicidaire, chercher à impliquer un ou plusieurs membres de son entourage.
- Si la personne suicidaire présente un double diagnostic, l'intervenant doit informer l'ensemble des ressources impliquées auprès de cette personne et travailler en collaboration avec elles.
- S'il s'agit d'un jeune de moins de 18 ans¹ et que l'urgence suicidaire demeure élevée, informez-le que vous devez aviser ses parents afin qu'ils prennent les moyens nécessaires pour sa protection et, s'ils n'interviennent pas, signaler la situation au directeur de la protection de la jeunesse.
- En aucun moment il ne faut accepter de garder le « secret ». Expliquer à la personne suicidaire que vous ne pouvez intervenir seul, que vous devez créer ensemble un réseau d'aide pour elle et que vous lui assurez votre discrétion.

6. Établir un contrat de non-suicide, lorsque pertinent :

POUR ÊTRE EFFICACE, UN CONTRAT DE NON-SUICIDE DOIT :

- Être utilisé dans un contexte thérapeutique et seulement lorsque l'urgence suicidaire est évaluée à 4 ou à 5 (urgence moyenne).
- S'inscrire à l'intérieur d'un plan d'action avec des alternatives et des démarches claires.
- Être rarement utilisé.
- Être à court terme (de 24 à 48 heures).
- Indiquer clairement la présence d'alternatives au passage à l'acte (ressource d'aide 24/7 comme la ligne de prévention du suicide de la Gaspésie et des Îles : le 1-877-666-4422 pour les francophones et le 1-888-820-3211 pour les anglophones).

7. Réévaluer l'urgence suicidaire à la fin de la rencontre.

¹ Pour un mineur apte de 14 ans et plus, ce n'est qu'en cas d'urgence que le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur sera suffisant pour lui administrer des soins sans son consentement et même malgré son refus. Le concept d'urgence n'est pas défini dans la loi. Les auteurs s'entendent cependant pour affirmer qu'il s'agit d'une situation qui ne peut être différée, où la vie ou l'intégrité corporelle est menacée et où des soins immédiats s'imposent pour les préserver (Tiré de *Le traitement juridique du mineur suicidaire*, Boulet, Denise, 2002).

8. Prévoir une autre rencontre, au plus tard dans 48 heures, selon le niveau d'urgence suicidaire évalué à la fin de la rencontre.

Qui fait quoi auprès d'un adulte suicidaire? (après avoir évalué son urgence suicidaire)

Degré d'urgence	But de l'intervention	Ressources	Interventions
Élevée	➡ Faire une intervention de crise suicidaire de manière à diminuer l'urgence suicidaire	Tous les intervenants formés en intervention de crise suicidaire	- Diminuer l'urgence suicidaire : - Évaluer l'urgence suicidaire - Établir la priorité de l'intervention - Assurer la sécurité de la personne, si nécessaire - Analyser la situation - Favoriser le repositionnement - Élaborer le plan d'action et assurer le suivi - Réévaluer l'urgence suicidaire en fin d'entrevue
	➡ Si l'urgence suicidaire ne diminue pas, assurer la sécurité de la personne en la référant à l'hôpital.	- Équipe de santé mentale du CLSC ou autres intervenants - Médecin de famille - Urgence 24/7	- Éloigner le moyen identifié pour se tuer, s'il est accessible et disponible dans l'immédiat. - Prendre des mesures adéquates pour amener la personne à l'hôpital
	<u>À l'hôpital</u> La personne consent à recevoir de l'aide ➡ Assurer une prise en charge médicale et psychosociale	Médecin de garde à l'urgence du centre hospitalier	- Évaluer l'urgence suicidaire, assurer une prise en charge médicale et mettre en place un plan d'intervention psychosociale et concerté avec le CLSC : - Si l'urgence demeure élevée, hospitaliser la personne pour un minimum de 24 hres : - Référer systématiquement la personne suicidaire à un intervenant de l'équipe en santé mentale du CLSC à l'intérieur du séjour hospitalier (dès les premières 48 heures) afin d'assurer le suivi <u>avant le congé de la personne</u>. - Consultation psychiatrique si nécessaire - Référer systématiquement la personne suicidaire à l'équipe en santé mentale du CLSC - Si l'urgence diminue, favoriser un retour dans la communauté : - Référer systématiquement la personne à l'intervenant de l'équipe en santé mentale du CLSC lors de l'évaluation afin d'assurer rapidement le suivi psychosocial. Soutien à la famille lorsque nécessaire. Informer le médecin traitant de la consultation à l'urgence de son patient dans un contexte de crise suicidaire. - Explorer la possibilité de référer la personne à la ressource multiclientèle de la MRC.

Qui fait quoi auprès d'un adulte suicidaire? (suite)

Degré d'urgence	But de l'intervention	Ressources	Interventions
Élevée	La personne ne consent pas à recevoir de l'aide ➔ Référer la personne au centre hospitalier contre son gré ➔ Assurer une prise en charge médicale et psychosociale	➔ Les intervenants responsables d'appliquer la loi P-38 (intervenants du CLSC, de l'urgence 24/7 ou les policiers de la S.Q.) devront s'assurer d'acheminer la personne à l'urgence du CH	1. Application de la loi P-38 (<i>Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui</i>) afin d'obtenir soit : a) Une garde préventive (jusqu'à 72 heures) b) Une garde provisoire (de 48 à 72 heures) c) Une garde en établissement (le tribunal stipule de la durée de l'hospitalisation) 2. Lors de l'hospitalisation, référence systématique à l'équipe santé mentale du CLSC avant le congé de la personne.
Moyenne ou faible	➔ Intervention de crise pour diminuer l'urgence suicidaire.	• Équipe de santé mentale du CLSC • Médecin • Tous les autres intervenants formés pour intervenir en situation de crise suicidaire	2. Diminuer l'urgence suicidaire : a) Évaluer l'urgence suicidaire b) Établir la priorité de l'intervention c) Assurer la sécurité de la personne, si nécessaire d) Analyser la situation e) Favoriser le repositionnement f) Élaborer le plan d'action et assurer le suivi g) Réévaluer l'urgence suicidaire en fin d'entrevue
	➔ Suivi thérapeutique afin d'assurer le suivi à la crise suicidaire.	• Équipe de santé mentale du CLSC ou les professionnels en pratique privée en collaboration avec : • PRISME • Ressource multicientèle • L'Escale • GASP • Centre Louise-Amélie • La Marguerite • Ressources de type familial • Centre de réadaptation physique et intellectuel • Carrefour-Ressources • Médecin traitant	1. Chercher à briser le processus suicidaire 2. Travailler sur la résolution de problème 3. Aider la personne à développer ses stratégies d'adaptation

Qui fait quoi auprès d'un jeune suicidaire ? (après avoir évalué son urgence suicidaire)

Degré d'urgence	But de l'intervention	Ressources	Interventions
Élevée	➔ Faire une intervention de crise suicidaire de manière à diminuer l'urgence suicidaire	Tous les intervenants formés en intervention de crise suicidaire	1. Diminuer l'urgence suicidaire : - Évaluer l'urgence suicidaire - Établir la priorité de l'intervention - Assurer la sécurité de la personne, si nécessaire - Analyser la situation - Favoriser le repositionnement - Élaborer le plan d'action et assurer le suivi - Réévaluer l'urgence suicidaire en fin d'entrevue
	➔ Assurer la sécurité du jeune en le référant à l'hôpital.	- Intervenants du CLSC et de la Commission scolaire - Médecin traitant - Urgence 24/7	1. Éloigner le moyen identifié pour se tuer, s'il est accessible et disponible dans l'immédiat. 2. Prendre des mesures adéquates pour amener le jeune à l'hôpital.
	<u>À l'hôpital</u> Le jeune consent à recevoir de l'aide ➔ Évaluation médicale et prise en charge psychosociale.	- Médecin de garde à l'urgence du centre hospitalier - Psychiatrie - Équipe de santé mentale du CLSC	1. Évaluer l'urgence suicidaire et assurer une prise en charge médicale et psychosociale et mettre en place un plan d'intervention psychosociale et concerté avec le CLSC : - Si l'urgence demeure élevée, hospitaliser le jeune pour un minimum de 24 hres : - Référer systématiquement le jeune suicidaire à un intervenant de l'équipe en santé mentale du CLSC à l'intérieur du séjour hospitalier (dès les premières 48 heures) afin d'assurer le suivi <u>avant le congé du jeune</u>. Assurer le lien avec les intervenants du milieu scolaire et soutien à la famille. - Consultation psychiatrique si nécessaire - Référer systématiquement le jeune à l'équipe en santé mentale du CLSC - Si l'urgence diminue, favoriser un retour dans la communauté : - Prise de contact avec l'intervenant de l'équipe en santé mentale du CLSC au moment de l'évaluation afin d'assurer rapidement le suivi psychosocial. Assurer les liens avec les intervenants du milieu scolaire et soutien à la famille.

Qui fait quoi auprès d'un jeune suicidaire ? (après avoir évalué son urgence suicidaire)

Degré d'urgence	But de l'intervention	Ressources	Interventions
Élevée	<u>À l'hôpital</u> Le jeune ne consent pas à informer ses parents de son urgence suicidaire élevée et une intervention est nécessaire pour assurer sa sécurité ➤ Évaluation médicale et prise en charge psychosociale. Le jeune ne consent pas à recevoir de l'aide² ➤ Faire un signalement à la DPJ si les parents ne prennent pas les mesures appropriées.	• Médecin de garde à l'urgence du centre hospitalier • Psychiatrie • Direction de la protection de la jeunesse	1. Informer les parents. 2. Évaluer l'urgence suicidaire et assurer la prise en charge médicale et psychosociale : a) Si hospitalisation : • Référer systématiquement le jeune suicidaire à un intervenant de l'équipe en santé mentale du CLSC à l'intérieur du séjour hospitalier (dès les premières 48 heures) afin d'assurer le suivi <u>avant le congé du jeune</u>. Assurer le lien avec les intervenants du milieu scolaire et soutien à la famille. b) Consultation psychiatrique si nécessaire • Référer systématiquement à l'équipe en santé mentale du CLSC. c) Si l'urgence diminue, favoriser le retour dans la communauté • Prise de contact avec l'intervenant de l'équipe en santé mentale du CLSC au moment de l'évaluation afin d'assurer rapidement le suivi psychosocial. Assurer les liens avec les intervenants du milieu scolaire et soutien à la famille.

² Pour un mineur apte de 14 ans et plus, ce n'est qu'en cas d'urgence que le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur sera suffisant pour lui administrer des soins sans son consentement et même malgré son refus. Le concept d'urgence n'est pas défini dans la loi. Les auteurs s'entendent cependant pour affirmer qu'il s'agit d'une situation qui ne peut être différée, où la vie ou l'intégrité corporelle est menacée et où des soins immédiats s'imposent pour les préserver. (Tiré de *Le traitement juridique du mineur suicidaire*, Boulet, Denise, 2002).

Qui fait quoi auprès d'un jeune suicidaire ? (après avoir évalué son urgence suicidaire)

Degré d'urgence	But de l'intervention	Ressources	Interventions
Moyenne ou faible	Le jeune consent à recevoir de l'aide ➤ Intervention de crise pour diminuer l'urgence suicidaire.	- Intervenants du CLSC et de la Commission scolaire - Médecin traitant - Tous les autres intervenants formés pour intervenir en situation de crise suicidaire	2. Diminuer l'urgence suicidaire : - Évaluer l'urgence suicidaire - Établir la priorité de l'intervention - Assurer la sécurité de la personne, si nécessaire - Analyser la situation - Favoriser le repositionnement - Élaborer le plan d'action et assurer le suivi - Réévaluer l'urgence suicidaire en fin d'entrevue 3. Soutenir les parents dans leurs habiletés à aider leur enfant.
	Le jeune ou les parents ne prennent pas les mesures appropriées ➤ Vous ne pouvez forcer le jeune de plus de 14 ans à recevoir des services si sa vie n'est pas en danger. Toutefois, vous pouvez l'inciter fortement à consulter les services de son école ou du CLSC	- Équipe de santé mentale du CLSC - Intervenants psychosociaux et infirmiers en milieu scolaire - Médecin traitant - Ressources communautaires	- Travailler sur les motifs de refus du jeune. - Inciter le jeune à avoir un suivi psychosocial. - Soutenir les parents dans leurs habiletés à aider leur enfant.
	➤ Suivi thérapeutique afin d'assurer le suivi à la crise suicidaire.	- Équipe de santé mentale du CLSC, psychiatre et intervenants du milieu scolaire en collaboration avec ➤ Médecin traitant ➤ Psychiatre ➤ L'Escal ➤ Maisons de jeunes ➤ Univers jeunes ➤ Centre de réadaptation physique et intellectuel	- Chercher à briser le processus suicidaire. - Travailler sur la résolution de problème. - Aider le jeune à développer ses stratégies d'adaptation. - Si le jeune a fait une tentative de suicide, préparer la réintégration du jeune à son école, en collaboration avec les intervenants en milieu scolaire : - Évaluer son niveau d'anxiété face au retour à l'école - Discuter du moment et des modalités de son retour en classe - Planifier le suivi du jeune



4 Quoi faire lors d'une tentative de suicide?

- 1. Évaluer l'urgence suicidaire.**
- 2. Prendre des informations nominales (au téléphone ou face à face) :**
 - Nom, adresse d'où provient l'appel, poids (si ingestion de médicaments), âge et sexe de l'appelant.
 - Quels sont les moyens utilisés?
 - Depuis combien de temps a-t-elle fait la tentative? La personne est-elle présentement en tentative?
 - Si oui, vérifier si quelqu'un de l'entourage est présent et demander à lui parler, le cas échéant.
 - Quel est son niveau de conscience?
 - Si la personne est dans son véhicule, demandez-lui d'arrêter son véhicule (de manière directive si elle ne collabore pas) et d'identifier son numéro de plaque.
- 3. Composer le 911 et un intervenant de l'urgence psychosocial 24/7, selon la situation.**
- 4. Contacter le centre hospitalier afin de les prévenir de l'arrivée de l'individu et transmettre les informations pertinentes au personnel.**
- 5. Rester en contact avec la personne suicidaire jusqu'à l'arrivée des secours.**

6. Demander à la personne si elle a une arme à feu en sa possession et le cas échéant, demandez-lui d'éloigner l'arme, puis avertir les policiers. Ne jamais se rendre sur place avant l'intervention policière lorsque la personne est armée. Vous pouvez également tenter de rendre l'arme à feu inopérante en enlevant la culasse, avec la collaboration de la personne, d'un proche fiable ou des policiers.
7. Si la personne est en danger grave et immédiat et qu'elle ne collabore pas, mettre en application la loi P-38 (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*).

5

Assurer un suivi après une tentative de suicide

L'intervention faite auprès d'un adulte ou d'un jeune qui vient de faire une tentative de suicide est la même que s'il s'agissait d'une urgence suicidaire élevée. Il faut d'abord assurer la sécurité de la personne, désamorcer la crise et offrir un suivi à la personne.

4. Assurer la sécurité de la personne en la référant à l'hôpital

5. Faire une évaluation médicale et psychosociale

3. Si l'adulte ou le jeune consent à avoir un suivi, référez-le systématiquement à l'équipe en santé mentale du CLSC :

- Chercher à briser le processus suicidaire.
- Travailler sur la résolution de problème.
- Modifier les comportements adaptatifs de la personne.
- Dans le cas d'un jeune, assurer les liens de collaboration avec les intervenants du milieu scolaire.

4. Si la personne ne consent pas à avoir un suivi et que l'urgence suicidaire demeure élevée :

- Mettre en place les mesures prévues par la loi P-38 (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*).
- Dans le cas d'un jeune et d'une urgence élevée, faire un signalement à la DPJ dans une situation où les parents ne prennent pas les mesures appropriées.

5. Intervenir auprès de la famille :

- Évaluer l'impact de la tentative de suicide dans la famille, au besoin.
- Apporter du support aux proches et répondre à leurs besoins et à leurs questionnements.
- Dans le cas d'un jeune, renforcer les parents dans leurs rôles parentaux et les outiller à supporter leur jeune suicidaire.
- Offrir un suivi aux proches.

6. Intervenir à l'école dans le cas d'une tentative de suicide ou d'un suicide complété d'un jeune :

- Faire appel à l'équipe d'intervention-suicide de l'école ou aux intervenants psychosociaux de l'école afin de collaborer à la réalisation des étapes suivantes.
- Évaluer l'impact de la tentative de suicide à l'école.
- Préparer le retour de l'élève à l'école.
- Vérifier si des rumeurs circulent dans l'école au sujet de la tentative de suicide de l'élève.
- Vérifier le statut de l'élève (héros, modèle sportif, etc.) qui a fait la tentative de suicide auprès des autres élèves et éviter la glorification du geste suicidaire.
- Si des rumeurs circulent et si l'élève donne son accord, rencontrer le groupe d'élèves ciblés par les rumeurs afin de donner une information appropriée et de préparer le retour de l'élève en classe.

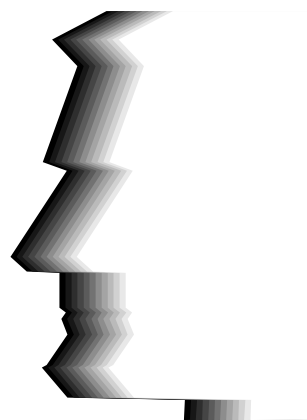
7. Intervenir en milieu de travail :

- Évaluer l'impact de la tentative de suicide ou du suicide complété dans le milieu de travail ou dans la communauté à partir de certains critères tels :
 - ✓ *La violence du moyen utilisé et la gravité de la tentative ou du suicide complété.*
 - ✓ *La présence de témoins.*
 - ✓ *La proximité physique des autres au moment de la tentative ou du suicide complété.*
 - ✓ *Les liens émotifs avec l'entourage.*
 - ✓ *La contexte entourant la tentative de suicide ou le suicide complété.*
 - ✓ *Le nombre de suicides dans un laps de temps donné.*
- Intervenir auprès des cadres et des collègues (en milieu de travail) de façon à préparer le retour de la personne dans son milieu de travail, dans le cas d'une tentative de suicide.
- Identifier les personnes vulnérables, leurs besoins et les référer aux ressources d'aide.
- Les intervenants de la Gaspésie et des Îles peuvent faire appel aux services régionaux d'expertise en prévention du suicide afin d'acquérir des outils spécifiques en intervention de crise suicidaire ou afin de les aider à gérer une situation de crise suicidaire dans un milieu donné (école, travail, communauté, etc.) Les services régionaux d'expertise sont situés à la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine au (418) 368-2443.

Annexe 1

Risque de suicide ou de violence avec une arme à feu

GUIDE DE CONDUITE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ



- Au Québec, en moyenne, une personne par jour décède par arme à feu.
- La présence d'une arme à feu dans un domicile multiplie par cinq le risque de décès par suicide, et par trois le risque de décès par homicide.

- 50 % des suicides complétés en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine impliquent l'arme à feu comme moyen.

Il est donc important de réduire l'accessibilité aux armes à feu pour les personnes qui présentent un danger potentiel pour elles-mêmes ou pour autrui.

Les médecins traitants et les intervenants sociaux sont parfois les mieux placés pour dépister la personne, évaluer le risque et faire les recommandations appropriées. Plusieurs décès par arme à feu sont évitables par une action de prévention posée au bon moment auprès d'une personne à risque.

La présence des facteurs de risque suivants augmente le risque d'homicide ou de suicide par arme à feu :

- Dépression
- Consommation abusive de drogues ou d'alcool
- Antécédents de disputes violentes
- Séparation récente ou en cours
- Problèmes financiers
- Problèmes au travail
- Existence d'un dossier criminel

CE QUE LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ PEUT FAIRE

En bref...

Lorsque vous êtes en présence d'un client ou d'un patient montrant des signes de dépression, des tendances suicidaires ou une prédisposition à la violence envers autrui, cherchez à savoir si ce dernier a accès à une arme à feu dans son environnement. Devant une personne menacée par un individu potentiellement armé, abordez avec elle la question de sa protection.

Lorsque l'accès à une arme à feu est confirmé, **une action doit être entreprise** pour la soustraire de l'environnement de la personne en situation de risque. Évidemment, chaque situation est différente, variant en fonction de l'urgence d'agir rapidement et du niveau de collaboration de la personne. Il est donc important de réduire l'accessibilité aux armes à feu pour les personnes qui présentent un danger potentiel pour elles-mêmes ou pour autrui.

Vérifier la présence d'une arme à feu auprès des personnes suivantes (voir p. 37) :

- Personne suicidaire ou dépressive
- Personne potentiellement violente envers autrui
- Personne menacée

Négocier le retrait de l'arme à feu de l'environnement (voir p.38)

- Destruction d'une arme inutilisée, par la SQ
- Retrait de l'arme avec la collaboration de l'entourage;
rendre l'arme inopérante : un permis de possession d'armes est nécessaire
- Retrait de l'arme avec la collaboration de la SQ

Faire intervenir la SQ, en cas de refus de collaboration :

- Perquisition sans mandat
- Ordonnance d'interdiction préventive
- Ordonnance d'accès restreint
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental pose un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (voir p. 39)

(voir p. 38)

Les étapes à suivre...

1. Vérifier s'il y a une arme à feu à domicile ou facilement accessible. Voici des questions types à poser :

Vous soupçonnez une urgence suicidaire :

- ☞ Pensez-vous à vous suicider, à vous enlever la vie?
- ☞ Quand avez-vous pensé le faire?
- ☞ Avez-vous pensé à un moyen pour le faire?
- ☞ Avez-vous accès à une arme à feu, la vôtre ou celle de quelqu'un d'autre?

N.B. : Plus le plan suicidaire est précis, plus l'intervention doit être rapide et directive.

Vous soupçonnez un danger pour l'entourage :

- ☞ En voulez-vous à quelqu'un?
- ☞ Ces pensées vous troublent-elles au point de poser des gestes violents ou d'agresser quelqu'un?
- ☞ Quel moyen envisagez-vous?
- ☞ Avez-vous accès à une arme à feu, la vôtre ou celle de quelqu'un d'autre?

Vous soupçonnez être devant une personne menacée :

- ☞ Vous arrive-t-il de ne pas vous sentir en sécurité ou d'avoir peur de la personne qui vous a menacé?
- ☞ La personne que vous craignez vous a-t-elle déjà blessé-e ou maltraité-e?
- ☞ La personne que vous craignez a-t-elle accès à une arme à feu, la sienne ou celle de quelqu'un d'autre?

Abordez la question de sa protection et la possibilité de porter plainte auprès de la police dans le cas d'une menace claire.

2. Négocier le retrait des armes ou la mise en lieu sûr durant la période de crise. Vous pouvez négocier avec la personne, sa famille ou son entourage afin que :

- 2.1. L'arme soit entreposée dans un endroit sécuritaire, hors de portée de la personne durant la période de crise.** Pour qu'une personne de l'entourage puisse légalement se charger de prendre une arme ou des munitions pour les mettre en lieu sûr, elle doit s'assurer d'avoir en main le certificat d'enregistrement de l'arme et doit elle-même posséder un certificat de possession d'armes.
- 2.2. L'arme soit rendue inopérante.** Une personne de l'entourage qui possède un permis de possession d'armes pourra légalement rendre l'arme inopérante. Cela peut se faire avec un dispositif de verrouillage sécuritaire et en conservant la clé ou en démontant, soit la culasse, le verrou ou la glissière et en conservant cette pièce. Un armurier ou une personne expérimentée ou un agent de police peut être de bon conseil à cet égard. Lorsque l'arme qui doit être mise en lieu sûr est une arme de poing (revolver ou pistolet), l'aide de la Sûreté provinciale ou municipale est essentielle parce que nul ne peut transporter une telle arme sans un permis spécial à autorisation restreinte.
- 2.3. L'arme à feu soit confiée à un service de police pour être détruite, s'il s'agit d'une arme qui ne sert plus et qui est devenue inutile.**

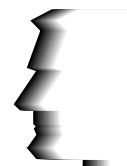
3. Obtenir le consentement de la personne pour demander aux autorités policières de retirer les armes.

Cette mesure s'applique si personne d'autre de l'entourage ne peut retirer les armes légalement, ou si la personne refuse d'impliquer son entourage dans ses démarches pour se départir de son arme. Il s'agit d'une mesure lourde entraînant la perte du permis de possession d'armes ainsi que la destruction de l'arme. Le policier qui recevra l'arme ouvrira un dossier et demandera à un juge de la cour provinciale de statuer sur le cas; cette mesure mènera à une ordonnance d'interdiction de possession d'armes. Dans certains cas, il est possible de demander au juge que l'arme soit entreposée, si la personne possède une arme à feu qu'elle souhaiterait conserver (ex. : arme de collection). La personne devra reprendre, lorsque le moment est opportun, le processus de conformité à la loi si elle souhaite à nouveau devenir propriétaire d'armes.

4. Si la personne refuse de collaborer au retrait de l'arme de son environnement et que vous sentez un danger imminent pour la personne ou son entourage, il faudra faire intervenir la police dans les plus brefs délais.

- L'agent de police peut, en cas de risque imminent pour la sécurité publique, prendre des dispositions qui permettent la perquisition et la saisie sans mandat.
- L'agent peut demander une ordonnance d'interdiction en s'adressant au juge si l'arme a été saisie en raison d'un risque pour la santé publique ou s'il a un motif raisonnable de croire qu'il ne serait pas souhaitable pour la sécurité publique que quelqu'un ait des armes en sa possession.
- Si l'agent a des motifs de croire qu'une personne qui fait déjà l'objet d'une interdiction de possession d'armes pourrait avoir accès aux armes de quelqu'un d'autre, l'agent peut s'adresser à un juge pour demander une ordonnance d'accès restreint pour cette autre personne.

Finalement...



Si même le retrait de l'arme semble insuffisant et que la situation continue de présenter un caractère de danger grave et immédiat, vous pouvez vous appuyer sur la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.Q., 1997, c. 75, art. 8) : « Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6 :

1. À la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.
2. À la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil du Québec, lorsque aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation (...). »

Le secret professionnel

La Cour suprême du Canada, dans une récente décision (Smith, C. Jones, 1999) a identifié trois critères qui doivent être présents afin de permettre à un professionnel de se soustraire en toute légalité à son obligation de confidentialité :

- ❶ *Une personne ou un groupe de personnes clairement identifiable est exposé à un danger.*
- ❷ *Le danger pour ces personnes est d'être gravement blessées ou tuées.*
- ❸ *Le danger doit être imminent, c'est-à-dire qu'il inspire un sentiment d'urgence parce qu'on perçoit ce risque comme étant très sérieux.*

Toutefois, le premier critère devra être interprété avec souplesse lorsque les deux derniers sont très nettement présents (ex. : le client menace sérieusement de tuer la prochaine personne qui croisera son chemin).

Des ressources

Sûreté du Québec :

24/7 partout au Québec : 310-4141

Cellulaire : *4141

Centre canadien des armes à feu :

Une ressource pour les conjoints des propriétaires d'armes à feu ou toutes autres personnes qui auraient des inquiétudes relativement à leur sécurité :

1 800 731-4000

Ligne de prévention du suicide de la Gaspésie et des Îles : 1 888 666-4422

Suicide Help Line for the Gaspé Peninsula and Magdalen Islands : 1 888 820-3211

Liens Internet pour information :

Centre canadien des armes à feu :

www.ccaf.gc.ca

Coalition pour le contrôle des armes :

www.guncontrol.ca

Conception : Pascal Soucy et Suzanne Gérin-Lajoie, Direction de la santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Nous désirons remercier Gilles Légaré de la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent, ainsi que Claude Ross et Germain Roussel de la Sûreté du Québec pour leur aimable collaboration.

Sources :

- Guide de conduite en cas de risque de suicide ou de violence avec les armes à feu (1999). Jean-François Dorval, M.D.
- Prévention en pratique médicale : Les décès par arme à feu (2001). Serge Nault, Francine Trickey, Amélie Baillargeon; Direction de la santé publique Montréal-Centre.

Annexe 2

La loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui³

Le 18 décembre 1997 marque l'adoption de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, ci-après nommé la loi. Cette loi, en vigueur depuis le 1^{er} juin 1998, remplace la Loi sur la protection du malade mental et complète les dispositions du Code civil en la matière de garde en établissement et d'évaluation psychiatrique.

Cette loi est une loi d'exception et constitue le seul fondement légal permettant de priver une personne de sa liberté parce que l'état mental de celle-ci représente un danger pour elle-même ou pour autrui. La loi n'est appliquée que lorsque les autres interventions ont été tentées et qu'il n'existe aucune autre solution pour assurer la protection des personnes en cause. **La loi n'est pas une mesure de traitement mais uniquement une mesure de garde.**

³ Texte tiré de *Document de référence relatif à l'application régionale de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Document de travail, Novembre 1999, Chabot, Denis.

A) Les types de garde prévus par la loi

Lorsque la garde n'est pas consentie librement par la personne, la loi prévoit trois types de garde : la garde préventive, la garde provisoire et la garde suite à l'évaluation psychiatrique.

La garde préventive

La garde préventive est une mesure exceptionnelle qui autorise un médecin à mettre sous garde une personne contre son gré, sans autorisation ou tribunal et sans qu'elle ait subi une évaluation psychiatrique, pour une période d'au plus 72 heures, s'il est d'avis que son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

La garde provisoire

La garde provisoire est la garde ordonnée par le tribunal pour soumettre une personne à une évaluation psychiatrique afin de déterminer si son état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui. La garde provisoire a une durée maximale de 96 heures à compter de l'arrivée de la personne à l'établissement ou si la personne était déjà sous garde préventive pour une période de 48 heures suivant l'ordonnance du tribunal.

La garde suite à l'évaluation psychiatrique

La garde suite à l'évaluation psychiatrique est la garde autorisée par le tribunal suite à la garde provisoire lorsque l'évaluation psychiatrique conclut à la nécessité de la garde et que la personne la refuse. C'est le tribunal qui en fixe la durée.

B) L'évaluation psychiatrique

La loi maintient l'exigence de procéder à deux examens psychiatriques pour déterminer le caractère dangereux ou non de l'état mental de la personne et ainsi établir si sa garde en établissement est nécessaire.

Lorsqu'une personne refuse de se soumettre à une évaluation psychiatrique, une demande autorisant cette évaluation doit être présentée à la Cour du Québec. Lorsque le tribunal est saisi d'une telle demande, il juge de la preuve offerte et s'il est convaincu qu'il y a des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui, il autorisera la garde afin que la personne subisse cette évaluation.

De plus, les délais pendant lesquels ces deux examens doivent être faits sont fixés par la loi et le contenu de chacun est plus détaillé. Finalement, des examens périodiques sont prévus afin de vérifier si la garde est toujours requise.

Ces exigences procédurales permettent de ne pas priver illégalement les personnes de leur liberté ou encore que celles mises sous garde ne le soient pas plus longtemps que nécessaire.

C) La dangerosité

La loi maintient la notion de dangerosité comme unique condition permettant de garder une personne contre son gré en établissement pour être soumises à une évaluation psychiatrique ou à une garde à la suite d'une évaluation psychiatrique. La loi ne définit pas la notion de dangerosité mais elle établit deux niveaux de dangerosité soit :

1. Un premier niveau où l'état mental de la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Ce niveau peut conduire une personne à être mise sous garde provisoire, laquelle garde autorisée par le tribunal permet de la soumettre à une évaluation psychiatrique qui déterminera la nécessité ou non de sa mise sous garde. Ainsi, si une personne (proche, famille, intervenant, etc.) a des motifs sérieux de croire que l'état mental d'une autre personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui et que celle-ci refuse d'être conduite au centre hospitalier en vue d'une évaluation psychiatrique, l'autorisation du tribunal est alors nécessaire. La personne doit donc adresser, par requête, à la Cour du Québec, selon les formalités prévues au Code de procédure civile. La requête doit être présentée par celui ou celle qui a une connaissance personnelle des faits et des comportements qui lui font croire que l'état mental d'une autre personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui.
2. Un second niveau où l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Ce niveau de dangerosité peut conduire la personne à être mise sous garde préventive et ce, sans son consentement et en l'absence d'autorisation du tribunal. Ce nouveau niveau de dangerosité énoncé par le législateur correspond à une situation exceptionnelle qui commande, vu l'urgence de la situation, une intervention immédiate pour protéger la vie ou

l'intégrité de la personne ou celle d'autrui. Le danger grave et imminent se définit selon les critères suivants:

- Risque de mettre un terme prématurément à une vie (la sienne ou celle d'autrui).
- Risque d'infliger des blessures pouvant compromettre sérieusement la sécurité ou la santé (la sienne ou celle d'autrui).
- Risque d'exposer, intentionnellement ou non, à un danger qui présente une menace pour la vie ou la santé (d'elle-même ou d'autrui).
- Par danger immédiat, on entend tout geste, toute menace, toute intention ou toute idée planifiée présentant un danger grave pour la vie ou la santé de la personne ou celle d'autrui mis à exécution dans un passé récent (dernières heures) ou dont l'exécution est prévue immédiatement ou dans les heures qui suivent.

D) L'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui en Gaspésie et aux Îles

Les intervenants psychosociaux désignés

Hors des heures d'ouverture des établissements, un intervenant de crise désigné par la Régie régionale est en disponibilité dans chacune des MRC pour intervenir en situation d'urgence en collaboration avec les services policiers. L'intervenant désigné a la responsabilité d'apprécier du point de vue clinique le niveau de dangerosité de la personne pour elle-même ou pour son environnement. Si l'intervenant ne peut se rendre sur les lieux en temps utile, il se doit d'assister les services policiers si ces derniers demandent assistance pour l'appréciation du degré de dangerosité.

Les agents de la paix

Les agents de la paix doivent conduire la personne, contre son gré, à l'urgence d'un centre hospitalier lorsqu'un intervenant de crise désigné demande aux services policiers d'intervenir pour appliquer la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. L'agent de la paix a le devoir d'informer verbalement la personne : du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

L'agent de la paix demeure responsable de la personne jusqu'à ce qu'elle soit prise en charge par l'établissement. Une fois les dispositions prises par l'établissement pour assurer la sécurité de la personne, l'agent de la paix peut quitter le centre hospitalier. Cependant, si le centre hospitalier ne peut la prendre en charge, en raison de son organisation et de ses ressources disponibles, l'agent de la paix doit la conduire vers un autre centre hospitalier.

Lorsque la demande d'appliquer la loi provient d'un tiers, l'agent de la paix doit, selon les circonstances, demander l'aide nécessaire auprès d'un intervenant de crise désigné par la Régie régionale pour estimer la dangerosité. Si aucun intervenant désigné n'est disponible en temps utile, il appartient alors à l'agent de la paix de juger de l'état mental de la personne. S'il a des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat, il la conduira à l'urgence d'un centre hospitalier. L'agent de la paix a le devoir d'informer verbalement la personne : du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

Les centres hospitaliers

Une fois la personne conduite au centre hospitalier, cet établissement prend en charge la personne et lui offre les services que requiert sa situation. Il doit voir à ce que la personne soit examinée par le médecin dans les meilleurs délais possibles. Dès la prise en charge de la personne, le centre hospitalier doit l'informer verbalement : du lieu où elle est gardée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

C'est au médecin que revient la responsabilité de décider de la mise sous garde préventive. En ce sens, il examinera la personne dans les meilleurs délais puisque la situation est urgente, au sens de la loi. Ainsi, il vérifiera, à la lumière des informations transmises et des informations faites, si l'état mental de la personne représente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Dans ce cas, il mettra la personne sous garde préventive et en avisera le directeur des services professionnels ou, à défaut, le directeur général du centre hospitalier.

Dans le cas d'un mineur, le centre hospitalier devra informer le titulaire de l'autorité parentale ou à défaut le tuteur, de la mise sous garde préventive du mineur. Dans le cas d'un majeur soumis à un régime de protection, le centre hospitalier devra informer son représentant légal, soit le mandataire, le curateur ou le tuteur.

La garde préventive ne permet pas de soumettre la personne à une évaluation psychiatrique. Si la personne sous garde préventive refuse de passer une évaluation psychiatrique, le centre hospitalier doit s'adresser à la Cour du Québec afin d'obtenir une ordonnance de garde provisoire pour la soumettre à cette évaluation, le cas échéant.

En bref

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

- 1) Faciliter l'accès à une évaluation psychiatrique sans le consentement de la personne.
- 2) Protéger les droits de la personne hospitalisée contre son gré.

Type de garde en centre hospitalier	Durée de la garde	Conditions
Garde préventive	De 0 à 72 heures	- Sans évaluation psychiatrique - Sans l'autorisation du tribunal si le médecin juge que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui
Garde provisoire	De 48 heures à 96 heures	- Permet au centre hospitalier de faire une évaluation psychiatrique - Cette garde doit être autorisée par le tribunal
Garde suite à l'évaluation psychiatrique	Le tribunal fixe la durée de la garde suite à l'évaluation psychiatrique	- Suite à la garde provisoire - Lorsque l'évaluation psychiatrique conclut à la nécessité d'une garde prolongée - Lorsque la personne refuse toujours une garde - Doit être autorisée par le tribunal

Annexe 3

Les personnes qui ont des comportements suicidaires récurrents

Les personnes qui ont des comportements suicidaires de manière récurrente nécessitent des stratégies d'intervention plus spécifiques. Ce sont souvent des personnes souffrant de troubles mentaux, ou manifestant une série de comportements d'autodestruction et d'agressivité. Les comportements suicidaires à répétition suscitent de nombreuses difficultés pour l'intervenant, comme le sentiment d'impuissance et l'impression de ne pas être *un bon intervenant*. Nous vous présentons un ensemble de stratégies d'intervention adaptées à ces clientèles. Ces stratégies correspondent mieux aux besoins de ces personnes et aident à baliser l'intervention pour l'intervenant.

1. Stratégies générales avec les clientèles suicidaires difficiles

- Travailler dans l'ici et maintenant
- Cerner l'élément déclencheur et le besoin de la personne
- Travailler sur les besoins actuels et concrets nommés par la personne
- Proposer à la personne des actions qu'elle pourrait faire le jour même pour ne plus penser au suicide
- Ne pas s'engager dans la résolution de problèmes issus d'un passé lointain
- Laisser la personne exprimer ses émotions face à ce qu'elle vit
- Reconnaître et respecter sa souffrance, mais éviter d'en favoriser l'expression trop profonde
- Mettre des mots sur les émotions éprouvées
- Valider ou dénouer les émotions en fonction de la situation objective
- Apporter une structure cohérente, stable, prévisible et rassurante
- Intervenir de façon directive, mais non autoritaire

- Rester vigilant dans l'évaluation de l'urgence suicidaire ou homicidaire et ne jamais prendre pour acquis que le danger est écarté : l'urgence peut revenir très rapidement
- Aider la personne à se construire une estime d'elle-même qui prend racine dans la vie actuelle en misant sur des activités concrètes
- Ventiler et discuter régulièrement avec des collègues
- Prendre du recul pour revenir à une position plus objective
- Chercher à reconnaître la souffrance de la personne en décodant ses comportements inadéquats

Ce qu'il faut éviter de faire

- Accorder trop peu de temps à l'évaluation de l'urgence suicidaire
- Se laisser gagner par le sentiment d'impuissance de la personne

2. Les personnes ayant un troubles de personnalité limite

Caractéristiques

- Intensité des émotions vécues et instabilité des relations affectives
- Impulsivité, sentiment de vide intérieur, agressivité, fréquence des passages à l'acte, faible niveau de tolérance aux frustrations
- Violation des limites et du cadre de la relation d'aide
- Comportements suicidaires à répétition et automutilation
- Faiblesse de l'égo
- Très conscients des émotions des autres, mais interprètent mal leurs intentions, idées paranoïdes
- Divisent le monde en deux; tout bon ou tout mauvais (clivage)
- Perçoivent les failles empathiques du thérapeute comme le reflet de réactions hostiles ou malveillantes
- Intensité du contre-transfert (c'est-à-dire des sentiments du thérapeute à l'égard du client)
- Angoisse de séparation et d'abandon très grande.

Stratégies spécifiques

- Éviter la régression en responsabilisant la personne.

- Faire des interventions centrées sur la résolution de la crise.
- Instaurer et maintenir les limites du cadre thérapeutique tout en assumant le rôle du bon parent (le parent *suffisamment bon* a souvent été cruellement déficient).
- Maintenir une cohérence, une prévisibilité et une constance dans le cadre thérapeutique.
- Développer des stratégies pour accroître la communication interpersonnelle. Les comportements suicidaires doivent être compris comme une tentative de communication et une expression de la détresse. L'intervenant doit aider la personne à dire ou à manifester autrement cette souffrance.
- Développer des stratégies pour améliorer leurs capacités à tolérer des émotions douloureuses.
- Aider ces personnes à identifier et à nommer leurs émotions.
- Le changement se produit au cours de l'expérience thérapeutique plutôt qu'à travers l'insight

Pertinence de référer

- Hospitaliser la personne si désorganisation psychotique ou dépression sévère ou si la sécurité de la personne est menacée par un passage à l'acte suicidaire

Annexe 4

Comment intervenir auprès d'une personne suicidaire intoxiquée ?

En bref...

Les étapes d'intervention auprès des personnes alcooliques ou toxicomanes en situation de crise suicidaire

- Évaluer l'urgence suicidaire
- Évaluer le degré d'intoxication actuel de la personne
- S'assurer de la sécurité de la personne
- Vérifier si la personne a accès à une arme
- Évaluer le potentiel de violence et le danger d'homicide
- Vérifier si la personne est en sevrage et référer selon le cas
- Référer au centre hospitalier lorsque pertinent

Évaluation de la pertinence de référer la personne à une ressource spécialisée

- Référer à une ressource spécialisée de traitement lorsque la personne désire de l'aide en lien avec son problèmes de dépendance
- Vérifier le besoin de la personne d'être accompagné dans la référence
- Référer rapidement à un médecin toute personne en sevrage d'alcool, de médicaments et de solvants, compte tenu des risques mortels associés au sevrage de ces substances.

Pour plus de détails...

1. Facteurs de risque associés aux problématiques du suicide et de la toxicomanie⁴

- ⇒ Les risques de passage à l'acte suicidaire sont plus élevés lorsque la personne est intoxiquée à des substances psychotropes;
- ⇒ L'apparition d'états dépressifs est associée à l'utilisation continue de drogues et/ou d'alcool;
- ⇒ La surconsommation peut être associée à un mécanisme d'adaptation visant à ne plus sentir les problèmes et la souffrance. Toutefois, ce mécanisme d'adaptation est mis en échec chez les consommateurs chroniques en ce sens que la surconsommation ne parvient plus à neutraliser la souffrance;
- ⇒ Dans 30 à 50% des suicides complétés, on dénote la présence de substances psychoactives. La moitié de ces suicides sont accompagnés d'un problème de l'humeur ou d'un trouble de personnalité;
- ⇒ Le taux le plus élevé d'alcooliques qui se suicident se situe dans le groupe des hommes entre 45 et 50 ans;
- ⇒ Le taux de suicide chez les femmes qui abusent de drogues ou d'alcool est plus élevé que chez les hommes alcooliques;
- ⇒ Les facteurs suivants augmentent la vulnérabilité des personnes alcooliques et toxicomanes face au suicide : une perte récente, l'isolement, le fait de vivre seul, le manque de soutien social, le chômage et les idéations suicidaires antérieures;
- ⇒ La perte affective, combinée à d'autres facteurs, semble être l'élément déclencheur au passage à l'acte suicidaire le plus important chez les toxicomanes;

⁴ TOUSIGNANT, M., PAYETTE, T. *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1997.

- ⇒ La présence d'une arme à feu au domicile facilite le passage à l'acte suicidaire;
- ⇒ Chez les jeunes, le risque de suicide relié aux psychotropes est plus associé à un phénomène d'intoxication aiguë qu'à un problème de dépendance aux substances. Chez les jeunes, l'escalade menant à un passage à l'acte suicidaire peut être très rapide;
- ⇒ Le sevrage à la cocaïne peut entraîner chez un grand nombre de personnes l'apparition d'idées suicidaires.

2. Quelques principes à considérer dans l'intervention⁵

Dans les cas de comorbidité, nécessité de traiter simultanément les deux types de problèmes

On parle de comorbidité lorsqu'il y a une interaction entre deux problématiques chez une même personne. Par exemple, une personne toxicomane peut avoir des problèmes de dépression et un trouble de personnalité. Les recherches démontrent que les problèmes de comorbidité doivent être traités de façon simultanée. Mais il est parfois difficile de départager les symptômes spécifiques à un trouble plutôt qu'à un autre. Par exemple, le délire paranoïde d'une personne peut être lié à une surconsommation de cocaïne ou à un problème de santé mentale. Les symptômes dépressifs peuvent aussi être dus à une réelle dépression ou à un symptôme de sevrage de cocaïne. Afin de vous aider à départager entre ces possibilités, vérifiez les habitudes de consommation et vérifiez la présence d'antécédents psychiatriques, notamment par la prise d'une médication psychiatrique. Vous pourrez ainsi faire une référence plus appropriée. Vous pouvez également mettre en parallèle l'histoire d'abus de substances ou de dépendance avec l'histoire psychiatrique afin de préciser certaines hypothèses. Par exemple, si les problèmes de santé mentale sont apparus avant les problèmes d'abus ou de dépendance, il s'agit peut être d'une consommation ayant pour fonction l'automédication. Ou encore, si les problèmes de santé mentale sont apparus après une histoire d'abus de substances ou de dépendance, il peut s'agir, par exemple, d'une psychose toxique.

⁵ CPLT, *Le suicide et la toxicomanie : Avis du Comité permanent de lutte à la toxicomanie au MSSS*, 1998

Travailler en collaboration avec les intervenants possédant des expertises complémentaires

Lorsqu'une personne cumule différents problèmes, il est essentiel de travailler en collaboration avec les intervenants œuvrant dans chacune des spécialités (santé mentale, psychiatrie, toxicomanie, suicide, services de crise, etc.). Ces collaborations vont permettre de traiter simultanément les différentes problématiques en s'appuyant sur l'expertise des ressources spécialisées dans chacun de ces domaines. Ces collaborations peuvent s'établir entre les intervenants dans le cas par cas et entre les ressources par le biais d'ententes formelles.

La surconsommation de substances psychoactives et les gestes suicidaires sont tous deux une recherche de moyens pour arrêter de souffrir

La surconsommation et les gestes suicidaires sont des mécanismes d'adaptation qui témoignent des tentatives d'une personne afin de ne plus sentir sa souffrance. Toutefois, ces mécanismes d'adaptation amènent une détérioration de la personne dans les différentes sphères de sa vie, à moyen ou à long terme. Il faut valider cette souffrance et encourager la recherche de nouveaux mécanismes d'adaptation plus aidants pour la personne.

L'approche de traitement doit correspondre aux besoins de la personne

Il existe différentes approches de traitement en toxicomanie, dont certaines visent l'abstinence totale et d'autres mettent de l'avant la réduction des méfaits. Ces approches s'adressent à des clientèles différentes, mais sont toutes deux efficaces lorsqu'elles correspondent aux besoins de la personne en traitement. Une bonne évaluation des besoins de la personne, de ses objectifs et de son profil de consommation permettra d'orienter la personne vers l'approche la mieux adaptée à sa réalité.

Tolérer le fait que la personne prenne beaucoup de temps avant d'aller chercher de l'aide

Le processus de reconnaissance du problème et de mobilisation d'une personne pour demander de l'aide peut être long et ardu. Bon nombre de personnes ne sont pas prêtes à demander de l'aide alors que vous, intervenants, évaluez la nécessité pour cette personne d'aller chercher une aide appropriée pour faire face à sa toxicomanie. Afin de préparer graduellement la personne à se faire aider, vous pouvez d'abord établir un lien de confiance avec elle, l'informer des ressources

d'aide existantes, soutenir sa motivation au changement en mettant en lumière les conséquences négatives de sa consommation et leurs impacts sur sa famille, son travail, sa vie amoureuse, ses relations sociales, etc. et enfin, mettre de l'avant ses forces et son potentiel en les associant à un espoir de changement. Si la personne n'est pas en mesure de reconnaître les conséquences négatives de sa consommation, c'est parce qu'elle y retire encore plus de bénéfices que de désavantages. Il est suggéré alors d'informer, sans juger, sur les risques de la consommation (quantité, échange de seringues, conduite en état d'ébriété, comportements à risque sous l'effet de substances, etc.) et de la laisser ouvrir sur ce qui est souffrant pour elle⁶.

Finalement, les personnes toxicomanes prêtes à demander de l'aide feront souvent une demande d'aide motivée d'abord par un sentiment d'urgence (urgence des symptômes de sevrage, urgence des conséquences négatives reliées à la consommation, notamment lors d'une menace de séparation de la part du conjoint, etc.). Du point de vue de la personne toxicomane, la réponse à sa demande d'aide doit être immédiate. Ce constat général rappelle la difficulté de bon nombres de personnes toxicomanes à tolérer les frustrations. La consommation de psychotropes, comme mécanisme d'adaptation, permet au toxicomane d'avoir une réponse rapide et une satisfaction immédiate. Ainsi, la demande d'aide et la réponse apportée s'inscrivent généralement dans ce registre de la satisfaction immédiate à la frustration. Enfin, la personne toxicomane peut demander de l'aide sous l'effet d'une motivation externe (une ordonnance du tribunal, les pressions de la conjointe, etc.) ou sous l'effet d'une motivation interne (désir de changement, décision mûrie depuis un certain temps, etc.). Le soutien de la motivation, quel que soit sa nature et malgré ses fluctuations, s'avère primordial dans le cadre d'un processus de changement. L'intervenant doit travailler avec ses variations de la motivation et faciliter le passage vers la reconnaissance du problème et l'engagement dans une démarche de changement.

⁶ SAVARD, Marie, TREMBLAY, Rock, WEINER, Albert, *Programme de formation à l'intervention de première ligne auprès des personnes que la consommation d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues met en situation de risque*, Cahier du participant, 1996.

3. Les étapes de l'intervention de crise suicidaire auprès des personnes alcooliques ou toxicomanes

Évaluer l'urgence suicidaire

Une personne intoxiquée (toxicomane ou non) qui a des idées suicidaires est toujours plus à risque de faire un passage à l'acte suicidaire. Posez les questions habituelles pour évaluer l'urgence suicidaire, c'est-à-dire le comment ?, le où ? et le quand ?.

Évaluer le degré d'intoxication de la personne

Vous pouvez vous référer à l'outil de dépistage décrit précédemment. (à retravailler)

S'assurer de la sécurité de la personne

L'intervention doit viser à s'assurer de la sécurité de la personne lorsque celle-ci n'est plus en mesure d'assurer sa propre sécurité. Par exemple, cherchez la collaboration de la personne afin d'éloigner le moyen envisagé par celle-ci pour mener à terme son plan suicidaire, favorisez des alternatives pour empêcher les comportements à risque comme la conduite en état d'ébriété, etc. Mettez en place des mécanismes de protection, en fonction de l'urgence suicidaire et de la conscience de la personne par rapport aux dangers qu'elle court.

Vérifier si la personne a une arme à son domicile ou près d'elle

Compte tenu du risque plus élevé d'un passage à l'acte suicidaire lorsqu'une personne est intoxiquée (toxicomane ou non), il devient important de vérifier si elle a accès ou non à un moyen létal, dont une arme à feu.

Évaluer le potentiel de violence et le danger d'homicide

Une intoxication aiguë agit comme désinhibiteur. Par exemple, dans les cas de violence conjugale où le conjoint est intoxiqué, nous devons vérifier la présence d'idées suicidaires ou homicidaires.

Évaluer si la personne est en sevrage et référer selon le cas

Une personne en sevrage a souvent besoin d'un suivi médical ou d'intervenants spécialisés en désintoxication. Certains symptômes de sevrage peuvent générer des idéations suicidaires. Dans la prochaine section, nous décrivons la nature des substances et les symptômes de sevrage associés.

Vérifier la présence d'un état dépressif

L'alcool agit comme un dépresseur sur le système nerveux central et peut induire des états dépressifs, que ce soit lors d'une intoxication ponctuelle ou lors d'une intoxication chez les personnes ayant un réel problème d'alcoolisme. L'association entre le suicide et les affects dépressifs est bien connue. Ainsi chez certaines personnes, une intoxication peut générer des sentiments dépressifs et induire des idées suicidaires. Un état dépressif est caractérisé par la présence de plusieurs traits dont : un sentiment de solitude, un état de désespoir, les pensées obsessionnelles ou la rumination d'idées noires, le retrait social, les variations dans le sommeil et l'alimentation, une perte d'intérêt et d'énergie, une baisse de l'estime de soi, une culpabilité excessive, une difficultés de concentration, des idées suicidaires, etc.

Vérifier les pertes récentes et le niveau d'isolement social et affectif

Ces facteurs ont été clairement identifiés comme étant des éléments déclencheurs des comportements suicidaires chez les personnes qui abusent de substances psychotropes.

Travailler à défaire la vision de tunnel

Comme avec n'importe quelle personne suicidaire, favorisez une ouverture vers d'autres alternatives. Toute personne suicidaire est ambivalente face au suicide. Nous pouvons travailler avec cette ambivalence et amener la personne à considérer le suicide comme n'étant plus l'unique issue à ses problèmes.

Demeurer empathique et évaluer la pertinence d'être plus encadrant dans votre intervention

L'intervention auprès d'une personne suicidaire et auprès des toxicomanes doit parfois être plus encadrante, par exemple : en travaillant sur le cadre plutôt que sur le contenu, en ramenant la personne aux objectifs d'intervention, en étant plus directif lorsque l'urgence suicidaire est élevé ou lorsque la vie d'une autre personne est en danger, etc.

Les personnes toxicomanes et alcooliques font face à de nombreux préjugés qui peuvent affecter et limiter notre intervention auprès d'eux. Par exemple, éviter les jugements de valeurs comme : les toxicomanes sont tous des manipulateurs, etc. Il se peut qu'une personne toxicomane demande de l'aide de manière inappropriée pour nous, mais à sa portée pour elle compte tenu de son faible éventail de mécanismes d'adaptation. Sans accepter n'importe quels comportements inadéquats, cherchez plutôt la demande d'aide sous-jacente à ces comportements et reformulez cette demande d'aide à la personne. Il est important de demeurer encadrants face aux comportements inappropriés.

S'informer si la personne est suivie pour ses problèmes

Il est primordial de travailler en collaboration avec les partenaires impliqués auprès de la personne. Ne cherchez pas à régler seul l'ensemble des problèmes. Faites équipe avec les professionnels qui travaillent déjà avec la personne. Quelle type d'aide la personne reçoit-elle ? S'agit-il d'une aide médicale, psychiatrique, psychosociale, d'entraide comme les meeting A.A., etc. ? Allez chercher l'autorisation de la personne pour communiquer avec ses intervenants.

4. Évaluation de la pertinence de référer vers une ressource spécialisée

- ⇒ Référez à une ressource spécialisée (centre de réadaptation interne ou externe, meeting A.A., médecins, etc.) lorsque que la personne désire recevoir de l'aide et/ou lorsque le dépistage de consommation révèle la présence d'un problème relié à l'abus ou à la dépendance aux drogues ou à l'alcool.
- ⇒ Référez aux ressources spécialisées en toxicomanie et en santé mentale lorsque vous évaluez que la personne cumule un problème relié à l'abus ou à la dépendance aux drogues ou à l'alcool et à un problème de santé mentale. Il devient alors nécessaire de poursuivre simultanément les deux types d'aide.
- ⇒ Vérifiez avec la personne son besoin d'être accompagnée dans la référence et identifier, avec elle, un accompagnateur possible (vous, l'intervenant psychosocial, un-e ami-e, un membre de la famille, etc.).

- ⇒ Référez rapidement à un médecin toute personne qui est en sevrage d'alcool, de médicaments (de toutes sortes) et de solvants, compte tenu des risques mortels associés au sevrage de ces substances. Les personnes en sevrage de cocaïne peuvent avoir besoin de support, d'encadrement et d'une aide appropriée pour désamorcer les idées suicidaires. Les personnes en sevrage d'héroïne nécessitent aussi un support médical, notamment par le traitement à la méthadone.