



Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un trouble neurocognitif (TNC)

Guide de soutien à la pratique

Plan régional
en prévention
du suicide

Tous ensemble
pour prévenir le suicide

Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un trouble neurocognitif (TNC)

Guide de soutien à la pratique

Version 1.0 – Août 2023

Une publication du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
290, rue De Montigny, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3

Coordination, conception et rédaction

Catherine Gagnon, T.S., M. Sc., agente de planification, programmation et recherche, direction des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche, pratiques professionnelles, CISSS des Laurentides

Isabelle Lafleur, T.S. conseillère cadre aux pratiques professionnelles et collaboratives, direction des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche, CISSS des Laurentides

Soutien à la rédaction

Geneviève Croisetière, T.S., coordonnatrice clinique régionale, direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS des Laurentides

Collaboration aux travaux

Claudie Audet, T.S., agente planification programme recherche, direction des services multidisciplinaires, support à la pratique professionnelle et aux programmes, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Suzie Perrier, T.S., conseillère cadre aux pratiques professionnelles et aux programmes, volet transversal, direction des services multidisciplinaires, CISSS Abitibi-Témiscamingue

Graphisme et illustration

Services des communications organisationnelles, direction des communications et affaires corporatives, CISSS des Laurentides

Validation et consultation scientifique

Kim St-Amant, psychologue, Clinique psychologie du Suroît, Valleyfield et Vaudreuil-Dorion

Cécile Bardon, Ph. D. professeure, département de psychologie, Université du Québec à Montréal, directrice associée, centre recherche et intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE)

Sylvie Lapierre, Ph. D. professeure titulaire, Université du Québec à Trois-Rivières, département de psychologie

Charles Viau-Quesnel, Ph. D. professeur, psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

Rock-André Blondin, étudiant au doctorat en psychologie (CRISE), Université du Québec à Montréal et conseiller à la formation, association québécoise de prévention du suicide (AQPS)

Catherine Laramée, assistante infirmière chef, CHSLD l'Équip'Âge, DSAPA, CISSS des Laurentides

Nicole Poirier, présidente directrice générale Carpe Diem (Centre ressources Alzheimer), Trois-Rivières

Consultation

Julie Gravel, directrice générale à l'Antr'Aidant (organisme communautaire en proche aide) et Brigitte Bolduc, intervenante à l'Antr'Aidant

Dr Stéphane Richard-Devantoy, M.D., Ph. D., psychiatre, professeur adjoint de clinique, Université de Montréal et chef de département de psychiatrie du CISSS des Laurentides

Révision et validation du contenu

Sophie Rainville, T.S. M. Sc. conseillère cadre aux pratiques professionnelles et collaboratives, direction des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche, CISSS des Laurentides

Geneviève Lefebvre, M.A.P., directrice adjointe aux pratiques professionnelles, génie biomédical, soins spirituels et bénévolat, direction des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche, CISSS des Laurentides

Manon Dinel, conseillère cadre en soins infirmiers (en soutien à la direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées et hébergement en CHSLD), direction adjointe aux pratiques professionnelles, direction des services infirmiers, CISSS des Laurentides

Caroline Paquette, directrice adjointe, direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS des Laurentides

Chrystel Delisle, gestionnaire responsable du site LG Rolland, chargée de projet pôle gériatrique Rivière du Nord, direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS des Laurentides

Marise Bouchard, coordonnatrice nord, direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS des Laurentides

Correction et secrétariat

Service des pratiques professionnelles, direction des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche

Le genre féminin est utilisé à titre générique et sans discrimination. Ce terme est utilisé puisque la majorité des intervenantes du Réseau de la santé et des services sociaux sont des femmes.

Tous droits réservés.

La reproduction complète ou partielle ainsi que le téléchargement sont autorisés à des fins non commerciales seulement et à la condition de mentionner la source.

La version électronique de ce document peut être consultée sur le site du CISSS des Laurentides : <http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/>

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

ISBN 978-2-550-97934-0 (version PDF)

(Obligatoire)

© Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, 2024

Table des matières

Remerciements.....	7
Références terminologiques	8
Préambule	9
Grands principes entourant la conception de ce guide.....	9
1. Mise en contexte.....	10
2. Objectifs du guide	10
3. Contenu du guide	10
4. Domaine d'application/Rôles et responsabilités des personnes concernées.....	11
5. Méthode utilisée.....	12
6. Les troubles neurocognitifs (TNC).....	12
7. Le suicide chez la personne vivant avec un TNC.....	12
8. Réflexion sur la posture des membres de l'équipe dans l'intervention	13
9. Principes cliniques incontournables à l'égard de la personne à risque de suicide vivant avec un TNC	14
10. Prémisses de base pour entrer en relation avec la personne à risque de suicide vivant avec un TNC	16
11. Mesures de protection	17
11.1. Mesures de protection : Pratiques à promouvoir pour soutenir le jugement clinique et l'application des stratégies d'intervention.....	17
12. Les fondements généraux du processus d'analyse clinique.....	19
13. Description détaillée du processus d'analyse clinique.....	19
13.1. 1 ^{re} Dimension : Repérer	21
13.2. 2 ^e Dimension : Dépister	24
13.3. 3 ^e Dimension : Estimer	28
13.4. 4 ^e Dimension : Planifier l'intervention	34
13.5. 5 ^e Dimension : Réestimer	39
14. Conclusion.....	40
Annexe 1 : Le syndrome de glissement	41
Annexe 2 : Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte chez la personne vivant avec un TNC	43
Annexe 3 : Aide-mémoire au Guide de soutien à la pratique Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un TNC.....	46
Annexe 4 : Plan de sécurité	48
Annexe 5 : Gabarit de notes	50

Annexe 6 : Vignettes cliniques51
Annexe 7 : Ressources d'aide.....64
Annexe 8 : Documents de références65

Remerciements

Le service des pratiques professionnelles de la direction des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche tient à remercier la direction du programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées - Soutien à domicile (DSAPA-SAD), notamment madame Geneviève Croisetière, ainsi que tout le personnel qui a contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce guide.

Nous tenons également à remercier le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue qui a initié conjointement le projet avec nous, qui a participé aux diverses rencontres et qui a contribué à l'amélioration des travaux tout au long du processus.

Nous remercions également l'implication de Dr Stéphane Richard-Devantoy et de l'organisme communautaire en proche aide l'Antr'Aidant pour avoir accepté si généreusement de partager leurs connaissances théoriques et expérientielles.

Enfin, le CISSS des Laurentides tient à remercier tout particulièrement l'implication du comité d'experts sans qui ce guide n'aurait pu voir le jour. Nous remercions grandement leur intérêt, leur disponibilité, leur rigueur et leur générosité manifestés tout au long du projet.

Demande de renseignements

Pour une interprétation du texte ou pour une demande de renseignements concernant le présent guide, veuillez communiquer avec :

Direction adjointe pratiques professionnelles, génie biomédical, soins spirituels et bénévolat

Direction des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche (DSMER)

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

500, boul. des Laurentides, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4M1

pratiques.professionnelles.dsm.ciesslerau@ssss.gouv.qc.ca

Références terminologiques

La terminologie utilisée dans ce guide est le propre du CISSSLAU. Toutefois, les termes utilisés pourraient diverger afin de s'adapter à d'autres milieux et d'autres réalités. Ainsi, **afin d'alléger le texte**, le terme :

- « *Personne* » fait référence à l'individu de tous âges qui reçoit ou non des soins et services du Réseau de la santé et des services sociaux.
- « *Proche aidant* » désigne toute personne ou groupe de personnes dans l'entourage qui apporte un soutien à une personne avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non et qui présente une incapacité temporaire ou permanente, de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre et ce, peu importe son âge ou son milieu de vie.
- « *Membre du personnel habilité à repérer* » désigne tous les employés du CISSS des Laurentides (CISSSLAU). Plus précisément, il fait référence au personnel de soutien (auxiliaires de santé et de services sociaux (ASSS), préposées aux bénéficiaires (PABs) et au personnel œuvrant en ressources intermédiaires (RI). Il désigne également le personnel administratif (agentes administratives, etc.) ainsi que le personnel de surveillance (gardiens de sécurité, etc.).
- « *Membres du personnel habilité à dépister* » et « *Membres du personnel habilité à estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC* » désignent la professionnelle, le personnel technique ou paratechnique de toutes disciplines (infirmière auxiliaire, etc.).
- « *Équipe interprofessionnelle* » désigne tous les membres du personnel qui interviennent auprès d'une même personne.
- « *Plan d'intervention* » (PI) est utilisé afin d'alléger le texte. Dans ce guide, ce terme regroupe aussi le « *plan thérapeutique infirmier* » (PTI) qui appartient à l'usager et qui est à l'usage exclusif des infirmières et le « *plan d'aide* » (utilisé par les ASSS et PABs).
- « *Coordonnatrice clinique* » (CC) fait référence à la coordonnatrice clinique dans les services psychosociaux et de réadaptation. Afin d'alléger ce guide, ce terme est également employé pour désigner d'autres titres d'emplois qui viennent en soutien aux équipes : spécialiste en activités cliniques (SACs), infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI) et assistante au supérieur immédiat (ASI).
- « *Maladie neurodégénérative* » ou « *trouble neurocognitif* » (TNC) sont utilisés puisque nous faisons référence à tous types de TNC qui pourraient avoir un impact ou non sur l'autonomie de la personne au quotidien. Les personnes dont il est question dans ce guide peuvent être au **stade léger de la maladie** (trouble neurocognitif léger) (TNCL) **ou à un stade plus avancé** (trouble neurocognitif majeur) (TNCM).

Outils en annexe du guide :

- « L'Aide-mémoire du guide TNC » propose une synthèse des éléments importants à considérer à toutes les étapes en matière de prévention du suicide.
 - Le formulaire « Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC » a été conçu spécifiquement pour cette clientèle. Il réunit les indicateurs importants à prendre en compte dans l'analyse et le jugement clinique.
 - Le « Gabarit de notes » est un aide-mémoire des thèmes importants à retranscrire lors de la rédaction des notes au dossier suite aux interventions effectuées en matière de prévention du suicide.
 - Le « Plan de sécurité » est un outil personnalisé à l'usage de la personne. Il est constitué de stratégies et de ressources pouvant être utilisées pour diminuer la détresse, l'intensité des idées suicidaires et assurer la sécurité de la personne. Il assure une meilleure compréhension des rôles de chacun et favorise une meilleure communication avec les proches et l'équipe interprofessionnelle. Ce formulaire doit se retrouver au dossier et une copie doit être remise à la personne et/ou ses proches. Il est à noter que le plan de sécurité ne remplace pas le plan d'intervention de l'intervenant et des membres de l'équipe, mais il est complémentaire.
-

Préambule

Grands principes entourant la conception de ce guide

En se basant sur les études et les recommandations les plus récentes (Hawton, Lascelles et al., 2022), le guide propose une **structure d'analyse approfondie** de la situation **centrée sur la personne** afin d'**agir sur la détresse**, les **facteurs de risque** et de **protection**. Il propose de tenir compte des indicateurs reconnus par la science : **présence et sévérité des idéations suicidaires**, **degré de perturbation** de la personne ainsi que la **présence et la dangerosité d'une planification suicidaire** (peut diverger selon le degré d'atteinte des fonctions cognitives). Ce guide suggère enfin de tenir compte des **impacts du TNC** (diminution des capacités à communiquer, etc.) et des **répercussions** que peuvent avoir **l'environnement** autour de la personne et **l'approche utilisée** avec celle-ci.

Il est à noter que **ce guide ne propose pas d'échelle de mesure pour tenter de prédire le risque de suicide chez la personne vivant avec un TNC**. Il ne propose pas non plus de **catégorisation standardisée du niveau de danger, ni de code (chiffre ou couleur)** souvent difficile à appliquer et à interpréter avec cette clientèle. Effectivement, il serait inefficace pour mesurer le risque suicidaire chez les personnes vivant avec un TNC d'utiliser des indicateurs standardisés tels : l'intention suicidaire (qui peut fluctuer dans le temps, présenter des degrés variés, paraître floue ou vague, etc.), la compréhension de la personne face au concept de la mort, la capacité de communication (difficulté avec la maîtrise du langage et le sens donné à certains termes), la planification et la capacité d'exécution du geste suicidaire, la capacité de se projeter dans le temps et la notion d'espoir.

1. Mise en contexte

Un constat s'est imposé dès les premières phases d'élaboration de la procédure en prévention du suicide de la direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA SAD) du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (CISSSLAU). Comme les maladies neurodégénératives ou les troubles neurocognitifs (TNC) sont des maladies progressives et que les symptômes sont parfois imprévisibles et changeants, les outils d'intervention sur le suicide présentés dans le plan régional en prévention du suicide au CISSSLAU ne sont pas adaptés à cette clientèle. Effectivement, puisque les outils contiennent souvent des questions faisant appel aux notions temporelles et mnésiques, leur utilisation peut faire obstacle à une compréhension précise et une analyse juste et spécifique de la vulnérabilité, de la détresse, des idées suicidaires et du risque de suicide chez cette clientèle.

Les échanges avec d'autres CISSS ainsi que la consultation de plusieurs ouvrages scientifiques ont permis de comprendre qu'il ne semblait pas y avoir d'outil ou d'instrument de mesure portant spécifiquement sur l'évaluation du risque suicidaire chez les personnes vivant avec un TNC. Ainsi, en collaboration avec le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, un comité a été formé. Il était composé d'experts de différents milieux (universitaires, communautaires, réseau de la santé) et domaines d'expertises diverses : prévention du suicide, santé mentale, gérontologie et TNC. Les membres se sont rencontrés à plusieurs reprises sur une période d'environ 18 mois. Ces rencontres ont favorisé le partage des expertises, la mise en commun des connaissances scientifiques et des expériences pratiques. Ce comité d'experts a également effectué le suivi des travaux favorisant ainsi une démarche clinique pertinente et adaptée à l'élaboration de ce guide de soutien à la pratique.

2. Objectifs du guide

Ce guide a pour objectif l'amélioration des pratiques en matière de prévention du suicide auprès des personnes vivant avec un TNC. Il vient en soutien aux interventions des membres du personnel ainsi qu'en soutien à l'analyse et au jugement clinique des intervenantes œuvrant auprès de cette clientèle. Il vise également à soutenir l'appropriation des éléments présentés dans ce guide, par le biais de divers outils et de vignettes cliniques.

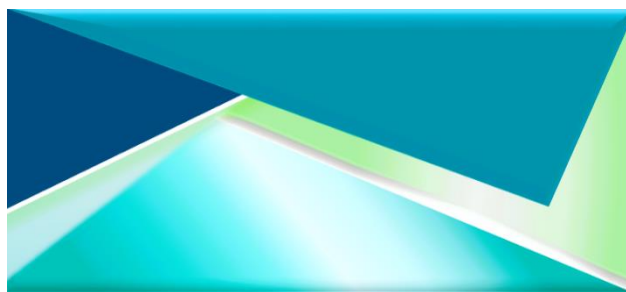
Il est à noter que ce guide ne remplace pas les objectifs et les stratégies proposés par la [Politique et les procédures en prévention du suicide](#) du CISSSLAU, mais il vient en complémentarité à celle-ci.

3. Contenu du guide

Ce guide fait ressortir, à partir de la littérature scientifique, l'importance de considérer sérieusement le risque de suicide chez les personnes vivant avec un TNC. Une réflexion sur la posture des membres de l'équipe interprofessionnelle, les principes cliniques fondamentaux à adopter à l'égard de cette clientèle ainsi que les prémisses de base pour entrer en relation avec la personne sont abordées. De plus, les mesures de protection ainsi que les 5 dimensions du processus d'analyse clinique sont exposées. Ces dimensions font ressortir de nombreux éléments importants à prendre en compte afin de soutenir le jugement clinique, les orientations des membres de l'équipe en matière de prévention du suicide et celles des membres de l'équipe.

Il est à noter que le guide est structuré de manière à ce que la personne qui le consulte puisse avoir accès rapidement aux sections désirées. Chaque section du guide comprend : les indicateurs importants à prendre

en considération dans l'analyse, quelques exemples courts et concrets appuyant la théorie ainsi que des pratiques à promouvoir pour soutenir l'analyse, le jugement clinique et l'application des stratégies d'intervention.



En annexe sont présentés : l'[aide-mémoire](#) de ce Guide de soutien à la pratique ainsi que le formulaire destiné à [Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC](#). Ce formulaire, inspiré du *Rapport d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (14 ans et plus)* du CISSSLAU ne prend pas la forme d'un instrument de mesure standardisé ni d'une échelle de couleur catégorisant la gradation du niveau de risque suicidaire.

Il propose plutôt des éléments importants à prendre en compte dans l'analyse et le jugement clinique. Les dernières annexes exposent un [plan de sécurité](#) adapté à la clientèle et un [gabarit de notes](#) pour consigner les informations au dossier. Enfin, [6 vignettes cliniques](#) sont présentées, dont 2 sont introduites dans le formulaire d'estimation. Ces vignettes peuvent ainsi servir d'exemples et d'outils pédagogiques lors du transfert des connaissances.



Certains aspects n'ont pas été abordés dans ce guide : le suivi étroit et la postvention. Il est donc essentiel de consulter la procédure en prévention du suicide de sa direction afin d'avoir une vision globale de toutes les étapes à suivre en matière de prévention du suicide.

4. Domaine d'application/Rôles et responsabilités des personnes concernées

Ce guide s'adresse à tout employé œuvrant au sein des divers milieux en DSAPA SAD au CISSSLAU (ressources intermédiaires (RI), résidences privées pour aînés (RPA), Centres hospitaliers (CH) et services gériatriques (SG) qui est susceptible d'être en contact avec des personnes vulnérables au suicide vivant avec un TNC.

Même si ce guide a été conçu plus spécifiquement pour la DSAPA SAD, il pourrait être utilisé, possiblement avec certains ajustements, à d'autres directions, CISSS/CIUSSS, organismes et milieux qui interviennent en matière de prévention du suicide chez la clientèle vivant avec un TNC. Enfin, il est à noter que ce guide s'adapte mieux dans un contexte où une politique et procédure d'établissement en prévention du suicide est présente.

Les gestionnaires

Ils ont la responsabilité de prendre connaissance de ce guide, assurer son application et sa pérennisation ainsi que soutenir les employés susceptibles d'intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un TNC.

Membres du personnel habilités à repérer (agentes administratives, ASSS, PABs, etc.)

Leurs rôles se situent au niveau du repérage des personnes vulnérables et à risque d'adopter des comportements suicidaires (idéations, tentatives, comportements suicidaires, etc.). **Après avoir repéré des signes de détresse et moments critiques, ils sont amenés à relayer directement les informations et observations à l'intervenante pivot ou à leur supérieur immédiat pour qu'un dépistage soit effectué.** Au besoin, ils dirigeront voire accompagneront physiquement la personne vers l'intervenante pivot, la CC ou l'équipe de crise qui assurera, dans les meilleurs délais, la poursuite des interventions. Il est à noter que la présence des membres du personnel habilité à repérer s'avère très importante lors des rencontres interprofessionnelles favorisant ainsi la continuité des interventions (leur apport est contributif à l'analyse clinique).

N.B. Se référer à la procédure Intervenir après d'une personne à risque de suicide ([PROC 2022 DSAPA-SAD 052](#)) pour toutes précisions sur les rôles et responsabilités des personnes concernées (en RI, responsables de ressources, etc.).

Membres du personnel habilités à dépister ET estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez une personne TNC (personnel clinique, technique et paratechnique)

Souvent pivots dans les dossiers, ceux-ci sont amenés à intervenir à toutes les étapes. En plus de repérer, ils sont amenés à dépister la personne à risque de suicide. **Contrairement à la procédure en prévention du suicide DSAPA-SAD qui utilise d'emblée 3 questions préétablies pour le dépistage, ce guide recommande une analyse plus approfondie en relevant différents facteurs et causes possibles de la détresse.** Ensuite, ces membres du personnel pourront estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC et mettre en place les interventions adaptées pour réduire le danger à court et moyen terme. Pour ce faire, le travail et les discussions avec l'équipe interprofessionnelle sont primordiaux. Il est important de ne pas porter seul les interventions.

5. Méthode utilisée

Ce guide met de l'avant un processus d'analyse clinique et des pratiques issues d'une démarche incluant divers savoirs : expérientiel, contextuel et scientifique. De ce fait, le processus d'analyse clinique s'appuie sur plusieurs articles scientifiques parus entre 1990 et 2023 portant sur le sujet général du suicide chez les personnes âgées (avec ou sans perte d'autonomie et avec ou sans TNC).

Le processus clinique élaboré pour ce guide s'inspire du processus *AUDIS* (Bardon, Morin et al., 2020) (Autisme, Déficience intellectuelle, Suicide) et des principes élaborés dans le *guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire* (Bazinet, Gohier et al., 2021). Il a également été construit à partir des données

6. Les troubles neurocognitifs (TNC)

Un TNC est une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Il s'agit d'un déclin cognitif persistant qui ne peut être expliqué par une dépression ou d'autres troubles psychotiques (Société d'Alzheimer, 2022). Le DSM-5 précise que plusieurs TNC peuvent être légers ou majeurs : maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy, dégénérescence lombaire fronto-temporale, maladie vasculaire, lésion cérébrale traumatique, maladie de parkinson, maladie de Huntington, une autre condition médicale, etc. Les troubles neurocognitifs légers (TNCL) sont à mi-chemin entre le vieillissement cognitif sain et les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). Les TNCL sont définis comme étant la diminution et l'altération des capacités cognitives de la personne, sans qu'il n'y ait encore de conséquences majeures sur son autonomie et son fonctionnement au quotidien.

Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), autrefois appelés démences, se distinguent des TNCL du fait que l'aspect fonctionnel est atteint. Les

probantes, de grands principes découlant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (Haïdara, L. M., Voyer, P., Carmichael, P.-H., 2021) (SCPD) et de certains outils pédagogiques recommandés par Association québécoise de prévention du suicide (l'AQPS). De plus, il s'inspire de la procédure et d'outils utilisés dans le cadre du plan régional en prévention du suicide au CISSSLAU.

Enfin, des consultations auprès de groupes de travail et d'intervenantes ont permis de prendre en considération l'expérience et la réalité « terrain » ainsi que les besoins cliniques spécifiques en termes d'intervention.

TNCM amènent des incapacités significatives au niveau de la mémoire, de la concentration, du jugement, de la compréhension, de la résolution de problème et du langage. Ces altérations amènent de lourdes conséquences au niveau de l'autonomie et du fonctionnement de la personne ayant aussi des effets sur son entourage.

Il est important de se rappeler également que les maladies neurodégénératives ont des impacts sur le langage influençant ainsi la capacité de communiquer de la personne atteinte d'un TNC : aphasie, difficulté à prononcer, à comprendre ou à trouver ses mots, difficulté à créer de nouveaux mots pour remplacer ceux qui ont été oubliés, répétition des mêmes mots et phrases (connue sous le nom de « persévération »), difficulté à organiser des mots pour former des phrases logiques, peut parler moins qu'à l'habitude, difficulté à se concentrer longtemps pendant la conversation, discours vide de sens ou désorganisé.

7. Le suicide chez la personne vivant avec un TNC

La littérature démontre que le suicide chez les personnes vivant avec un TNC est un phénomène sous-estimé. Ainsi, plusieurs décès par suicide et tentatives de suicide chez cette clientèle seraient banalisés et mal interprétés (Éthier, Poirier et al., 2014). Même si les études qui observent des comportements suicidaires chez les personnes vivant avec un TNC sont peu nombreuses et relativement

récentes, il est démontré que certains facteurs de risque sont très importants à prendre en considération dans la compréhension de la situation : plus grande difficulté au niveau du contrôle cognitif (difficulté d'inhibition, etc.), perturbations au niveau de la mémoire limitant la capacité d'utiliser l'expérience passée pour résoudre les problèmes actuels, réduction des capacités verbales, etc. Ces facteurs

de risque peuvent amener la personne en crise suicidaire à avoir des difficultés à réguler ses émotions (sentiment d'impasse, désespoir, etc.) l'empêchant de prendre des décisions favorables et d'avoir accès à des stratégies de résolution de problèmes (Bur., 2020).

Les études démontrent aussi que tout dépendamment du diagnostic relié au TNC, la détresse émotionnelle peut s'actualiser différemment. Contrairement à la maladie d'Alzheimer qui ne semble pas être associée à un risque majeur de passage à l'acte (sauf pour les personnes dont la conscience des déficits est encore présente), les personnes ayant un diagnostic de démence de type Huntington et fronto-temporal seraient trois fois plus à risque de suicide (Costanza, Weber et al., 2015). Ceci s'expliquerait par les symptômes que la personne peut entretenir avant le diagnostic ou qu'elle peut développer au fil du temps : dépression majeure, retrait social, perception de se sentir stigmatisée, sentiment de se sentir inutile, impulsivité et imprévisibilité, désinhibition, excès de colère, inconscience face à son propre comportement, irritabilité, insomnie, pensées morbides, euphorie, comportements obsessionnels compulsifs, altérations du jugement, etc.

Il est aussi important de nommer que le TNC peut être accompagné d'une altération de la perception, de la pensée et de l'humeur amenant des changements de

personnalité. Ces altérations peuvent avoir un impact majeur sur les comportements conduisant parfois la personne à adopter des attitudes ou agissements dangereux (errance, résistance aux soins, agitation verbale ou idées délirantes, etc.). À ce moment, on parle de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). « *Les SCPD ne sont pas une simple conséquence de la démence. Ils sont plutôt une manifestation comportementale d'un besoin non comblé* ».

Enfin, malgré le fait que de nombreux défis persistent encore pour les médecins, coroners et praticiens pour arriver à faire la lumière et bien comprendre la problématique liée aux TNC, la littérature fait ressortir suffisamment d'informations démontrant l'importance d'intervenir pour prévenir le suicide chez les personnes vivant avec un TNC. Effectivement, le risque suicidaire chez cette clientèle est un phénomène complexe et dynamique qui évolue et se transforme dans le temps selon l'évolution de la maladie. Les personnes qui présentent des idées ou des gestes suicidaires et leur entourage ont besoin d'une aide adaptée à leur réalité. Par ailleurs, le fait d'intervenir de façon adéquate et précoce contribue à réduire les risques de détresse et de passage à l'acte Holmstrand, C., Rahm Hallberg, I., Saks, K., et al., 2021).

8. Réflexion sur la posture des membres de l'équipe dans l'intervention

Intervenir en prévention du suicide avec les personnes vivant avec un TNC peut faire émerger de multiples émotions chez les membres de l'équipe telles que : l'inconfort/malaise, l'inquiétude, l'incompréhension, la confusion, le stress, l'anxiété, le sentiment d'incompétence, etc. Ces émotions peuvent parfois même favoriser l'évitement de l'exploration approfondie des pensées et des comportements suicidaires. Voici quelques exemples de fausses croyances (discrimination, consciente ou inconsciente, fondée sur l'âge qui s'apparente au racisme ou au sexisme (Butler, 1969) que peuvent entretenir les membres de l'équipe. **Les personnes vivant avec un TNC :**

- Ne se suicident pas, car elles ne sont pas capables d'actualiser leurs gestes suicidaires;
- Ont déjà vécu leur vie, donc il est normal qu'elles veuillent mourir;
- Décident souvent de ne plus manger ni prendre leur médication;
- Souffrent toutes de dépression, il n'est donc pas nécessaire de se préoccuper de leur situation;
- Peuvent difficilement être aidées. Ainsi, je ne peux rien faire en tant qu'intervenante pour aider ou soulager cette clientèle; etc.

Toutes ces fausses croyances sont fréquentes et il est important d'en être consciente afin d'identifier ses émotions et leurs effets potentiels (ex. : tendance à entretenir une forme d'âgisme, à ignorer, banaliser ou dramatiser la situation, à paniquer, à être affectée, troublée ou en colère, à éviter le sujet, etc.). Identifier ses préjugés permet d'éviter de faire intervenir des biais affectifs et personnels dans l'analyse et permet ainsi de demeurer plus objective face à ses interventions en décrivant la réalité le plus fidèlement possible (Blondin Ruel, Rock-André, 2023).

Enfin, il est primordial de ne pas demeurer seule face à une situation de vulnérabilité au suicide. Le travail interprofessionnel et les échanges avec la coordonnatrice clinique (CC) permettent de prendre une distance émotionnelle face à ses propres interventions ainsi que permettre de voir la situation sous un autre angle et d'adopter une posture plus ajustée aux besoins de la personne dans ses prochaines interventions. De plus, le travail interprofessionnel est primordial puisqu'il favorise la continuité des interventions et des services pour la personne.

9. Principes cliniques incontournables à l'égard de la personne à risque de suicide vivant avec un TNC



Adopter une vision non standardisée et innovante face à l'intervention

Être parfois prête à « sortir du cadre », tenter certaines interventions atypiques en demeurant constamment à la recherche de solution et se réajuster aux besoins spécifiques de la personne.



Repérer les caractéristiques qui augmentent les risques

Type de diagnostic, stade d'évolution de la maladie, degré d'atteintes cognitives de la personne, la présence ou non de SCPD, présence d'impulsivité et d'intoxication, la capacité de l'individu à faire référence à ses expériences passées et à s'exprimer sur ses désirs, ses besoins, etc.



S'assurer que la personne soit en sécurité et que les mesures de protection soient adaptées

Réviser régulièrement les mesures de sécurité afin de s'assurer qu'elles soient adaptées à la situation, aux caractéristiques, aux circonstances et aux besoins spécifiques de la personne. Ne pas appliquer des mesures plus strictes que la situation le requiert.



Reconnaître la détresse et valider le vécu émotionnel

Accueillir le ressenti et la souffrance de la personne même si elle éprouve de la difficulté à nommer ses émotions. Réagir au contenu émotif du message même si vous ne comprenez pas ce que la personne dit. Surtout, ne minimisez pas ce que vous exprime la personne. Prenez le temps de nommer et refléter ses sentiments. Cela peut l'aider à cerner plus facilement ses émotions. Évitez d'orienter la discussion trop rapidement vers les pensées rationnelles et laisser la place à ce qui est vécu au moment présent (« Vous avez l'air découragé, triste aujourd'hui »). Enfin, tenter de comprendre les idées, les gestes et les comportements suicidaires comme étant l'expression et la manifestation d'une grande souffrance. Chercher à clarifier et comprendre le désir

de mourir ainsi que le sens que la personne donne au suicide et à la mort.



Privilégier une écoute centrée sur la personne et ses besoins ainsi que des interventions axées sur le moment présent

Cette approche permet de se centrer sur l'unicité de chacun, de prendre le temps de valider les émotions et de favoriser une relation de confiance. Inviter la personne à exprimer, dans l'ici et maintenant et selon ses capacités, ce dont elle aurait besoin ou ce qui la rendrait plus à l'aise. Posez-vous les questions suivantes : L'intervention privilégie-t-elle les souhaits et les désirs de la personne? L'intervention permettra-t-elle à la personne d'augmenter son bien-être et sa qualité de vie?



Laisser des empreintes émotionnelles positives

Intervenir de façon calme, chaleureuse et respectueuse. Utilisez des techniques de diversion en détournant l'attention d'une situation qui provoque un malaise ou de l'anxiété vers un élément positif relié à l'histoire personnelle. La personne vivant avec un TNC pourrait ne pas se rappeler du contenu de la conversation, mais pourrait être sensible à l'approche utilisée avec elle.



Comprendre que les besoins non répondus peuvent conduire à une grande détresse

Les besoins non répondus peuvent parfois mener à des troubles de comportements (reliés ou non à des SCPD) ou des comportements suicidaires (Bur., 2020).



Prendre en considération toutes manifestations associées au suicide, même si le geste semble insensé ou inoffensif.

Le degré et l'urgence de cette souffrance ne doivent pas être analysés en fonction de la légalité du moyen ni en lien avec le réalisme du geste posé.

Ex. : Une personne fait le geste de se trancher les veines avec un peigne. Même si ce geste semble anodin et ne présente pas nécessairement un danger pour la vie de la personne, il est nécessaire d'investiguer la souffrance sous-jacente.



S'adapter au caractère unique de chaque situation.

Pour créer plus facilement un lien de confiance et mieux comprendre la personne, intéressez-vous à son histoire présente et passée (relations avec la famille, centres d'intérêt, routine, etc.).



Adapter votre mode de communication selon les capacités de la personne

Éviter d'utiliser des questions faisant appel à la mémoire comme « Le savez-vous » ou « Vous souvenez-vous ». L'utilisation de ces formulations pourrait être confrontant pour la personne.

S'adapter à l'acuité visuelle de la personne, à sa capacité auditive (utilisation de lunettes ou appareils auditifs si nécessaire, etc.), à sa condition physique et cognitive (adapter l'éclairage, le volume de la voix, etc.).

Utiliser un langage simple afin de vous assurer d'être compris par la personne. Poser des questions fermées et user de stratégies de communication adaptées, selon les besoins, l'évolution de la maladie et les capacités de la personne (varier vos mots, faire des gestes, des mimes, utiliser des supports visuels tels : dessins, choix de réponses, tableaux, pictogrammes, photos, etc.). Résumez clairement et simplement ce que vous avez compris.

S'il est difficile de bien comprendre la personne, si possible, fixer une autre rencontre lorsque celle-ci sera plus disponible cognitivement (Bardon, Morin et al., 2020).

Au besoin, renseignez-vous auprès du réseau social pour connaître les modalités d'interactions habituellement efficaces avec la personne et utilisez-les dans vos interventions. Partager les modes de communications à privilégier avec l'équipe interprofessionnelle.



Se rappeler que les capacités de la personne peuvent fluctuer rapidement

Ne négligez pas l'observation directe de la personne et des changements dans ses attitudes et comportements. Partager les informations et les méthodes d'intervention utilisées avec l'équipe.



Adopter une attitude de collaboration et d'inclusion de la personne

Malgré les déficits cognitifs de la personne, valider ses capacités plutôt que de présumer que celle-ci n'est pas en mesure de se prononcer. N'oubliez pas d'inclure la personne, selon ses capacités, dans son PI et dans la recherche de solutions. Cette attitude favorise le sentiment de confiance et de participation de l'autre.



Toujours tenter d'obtenir le consentement de la personne

Avant de discuter de la situation avec le proche aidant ou le représentant légal, il faut toujours tenter d'obtenir le consentement de la personne et ce, que la personne soit déclarée inapte ou non au sens de la loi. En cas de danger imminent, la loi sur la santé et les services sociaux permet d'intervenir auprès de la personne même sans avoir obtenu son consentement ou celui de son représentant légal (Code des professions, C-26, LSSSS, s-4.2).



Demeurer porteur d'espoir

Même s'il peut être difficile pour une personne vivant avec un TNC de se projeter dans le temps et d'intégrer la notion d'espoir, les membres de l'équipe peuvent eux-mêmes être porteurs d'espoir (transmettre l'idée qu'il est toujours possible de raviver l'espoir en trouvant des manières ou solutions acceptables d'alléger la détresse, de favoriser une certaine qualité de vie pour la personne tout en assurant sa sécurité, etc.).



Considérer le proche aidant et les membres de l'entourage

Le réseau significatif autour de la personne est très important et déterminant de son bien-être émotionnel, social, mental et physique (à moins d'indices cliniques contraires : maltraitance, négligence, abus, etc.). Ne pas hésiter à les inclure dans le plan d'intervention et le plan de sécurité.



Recueillir l'information auprès de différentes sources

Aller chercher différentes sources d'informations est susceptible d'amener une autre perspective et aide à mieux comprendre la situation globale de la personne.



Toujours miser sur le travail en équipe interprofessionnelle

Il est nécessaire que le membre de l'équipe soit soutenu dans ses interventions. Il est également important de s'assurer aussi de la cohérence et de la continuité des interventions auprès de l'équipe interprofessionnelle et des autres acteurs importants (responsable d'une résidence, etc.).



Réévaluer régulièrement le risque suicidaire

Compte tenu des changements possibles : évolution et répercussions de la maladie (TNC), milieu de vie, environnement, réseau et les impacts possibles sur la personne.



10. Prémises de base pour entrer en relation avec la personne à risque de suicide vivant avec un TNC

Comme mentionné précédemment, entrer en relation et privilégier une approche centrée sur la personne à risque de suicide vivant avec un TNC peut être complexe. Le défi est donc de comprendre la détresse émotionnelle de la personne, et ce, même si celle-ci n'est pas en mesure de nommer verbalement ou clairement son désarroi ou ses idées suicidaires. Il faut demeurer vigilant et à l'écoute pour tenter de **comprendre la détresse de la personne au-delà des mots/maux**.

En étant mieux informés sur les différents facteurs de risque, les membres de l'équipe peuvent repérer plus facilement les gestes, les manifestations, les comportements et les paroles associés à une détresse pouvant mener au suicide et ainsi se sentir mieux préparés pour aborder la personne et intervenir auprès d'elle et son entourage.

Les prémisses de base pour entrer en relation avec la personne à risque de suicide vivant avec un TNC exposées ci-après présentent des exemples concrets pour outiller les membres de l'équipe. Toutefois, celles-ci ne sont pas exhaustives et ne doivent pas nécessairement être utilisées lors d'une même rencontre, mais tout au long des interventions selon les besoins, la disponibilité cognitive de la personne et le contexte d'intervention (crise, suivi à court, moyen et long terme, etc.).



Privilégier un endroit approprié pour l'intervention

Favoriser un endroit calme, rassurant, sécuritaire, confidentiel et connu de la personne. Réduisez au minimum les distractions et évitez de changer d'endroit pendant la rencontre ou d'entrecouper la conversation afin de ne pas distraire la personne.



Utiliser une approche adéquate

Approcher la personne agitée ou anxieuse de face, à hauteur des yeux et prendre une posture non menaçante.



Valider rapidement la détresse

Dès les premières minutes de l'intervention, valider la détresse (j'entends, je suis là, etc.).



Tenir informée la personne

Expliquer à la personne ce qui se passe et pourquoi. Préciser clairement et simplement votre rôle ainsi que le but de la rencontre et demeurer attentif aux signaux verbaux et non verbaux.

Les premiers instants passés avec la personne peuvent révéler des indices importants permettant de mieux comprendre la situation (Bazinet, Gohier et al., 2021).



Adopter une attitude axée vers l'ouverture

Opter pour une attitude calme et non empreinte de jugement propice aux confidences et qui permet de diminuer significativement la détresse émotionnelle et les craintes souvent éprouvées par la personne.

Ex. : Une personne peut craindre d'être hospitalisée et perdre le peu de contrôle sur sa vie si elle évoque des pensées suicidaires. Elle peut aussi avoir peur de déranger, d'être jugée et avoir honte de penser au suicide, etc.



Respecter le rythme de la personne

Faites preuve de patience et assurez-vous de disposer d'un temps suffisant pour l'intervention. Les limitations cognitives, langagières ou autres de la personne demandent du temps afin de s'ajuster à l'autre.

Demeurer attentif au niveau de stress

N'hésitez pas à recourir à l'approche de base SCPD incluant [l'approche non pharmacologique](#) (Bruneau, Voyer et al., 2014, MSSS) au besoin.

Si la personne entretient des **pensées persistantes** : il peut être pertinent de faire diversion (changer le rythme de la conversation, changer de sujet, d'activité ou de lieu) afin de diminuer le niveau de stress et éviter l'escalade.

Si la personne entretient des **idées délirantes** : il peut être justifié de valider les émotions de la

personne et lui permettre de les exprimer (selon ses capacités langagières). Entrer dans la réalité de la personne et sans pour autant alimenter ses délires.



Déterminer des stratégies apaisantes

Déterminer avec la personne, selon ses capacités, une ou des stratégies qui l'aident à s'apaiser (être et parler avec des gens avec qui elle se sent bien, écouter de la musique, prendre ou regarder un objet familier, manipuler un objet antistress, porter son attention sur autre chose, etc.).



Donnez des exemples ou des choix de réponses, au besoin. Si la personne n'est pas en mesure d'élaborer ses stratégies, impliquer un proche aidant ou un membre de l'équipe interprofessionnelle qui pourra vous guider.

Souvenez-vous que lorsque la personne est apaisée, tout dépendamment de ses capacités, elle peut avoir plus facilement accès à des stratégies de résolution de problèmes et peut parvenir plus aisément à entrer en contact avec les autres ou à s'exprimer.

***N.B. L'apaisement de l'agitation ou de la détresse ne signifie pas la fin de l'intervention. Cet état permet de préparer les interventions pour la suite des choses.**

11. Mesures de protection

Dans ce guide, la mise en place des mesures de protection (selon les signes et symptômes présents) est considérée comme un **principe fondamental pour assurer la sécurité de la personne à tous les niveaux de l'intervention, lorsque jugé nécessaire** par un membre du personnel ou par les membres de l'équipe interprofessionnelle.



Tout membre du personnel qui repère un des signes suivants, **qu'il s'agisse d'une personne avec ou sans atteintes cognitives**, doit s'en occuper en urgence et le nommer clairement et rapidement à l'intervenant pivot au dossier ou à sa CC pour qu'il y ait estimation rapide de la dangerosité du passage à l'acte :

- Tentative de suicide en cours, quelle que soit la létalité du moyen utilisé;
- Blessure chez la personne;
- Dévoilement d'un scénario de suicide (**peu importe le réalisme du scénario**);
- Intensité et fréquence des verbalisations, comportements et/ou détresse émotionnelle;
- Intoxication, impulsivité, incontrôlabilité, désorganisation, agressivité, violence;
- Absence d'un filet de sécurité;
- Fermeture à recevoir de l'aide.

11.1. Mesures de protection : Pratiques à promouvoir pour soutenir le jugement clinique et l'application des stratégies d'intervention

Les stratégies d'intervention et l'approche utilisées avec la personne divergeront selon le contexte et les besoins. **Même si quelques stratégies d'intervention ont déjà été abordées dans le guide, nous proposons un rappel en les rassemblant au même endroit.**



Porter une attention particulière au moyen présumé ou projeté par la personne, même s'il semble anodin ou illogique

Les moyens utilisés par les personnes vivant avec un TNC (et par les personnes âgées en général) sont souvent plus létaux (armes à feu, médicaments, etc.). Ces moyens sont variables selon la clientèle et les milieux. Par exemple, dans les centres d'hébergement où la personne n'a pas accès à des armes à feu ou à des médicaments, elle pourrait utiliser des moyens létaux qui sont moins habituels et parfois plus empreints d'impulsivité et de détresse :

- Objets dangereux ou permettant de se pendre (ceinture, corde de rideaux);
- Accès à des lieux/meubles surélevés;
- Se jeter devant une voiture;
- Défenestration;
- Strangulation;
- Suffocation;
- Empoisonnement avec des produits de nettoyage domestique, etc.

Enfin, il est important de se rappeler que les idées, les gestes suicidaires et les moyens évoqués/utilisés, même s'ils semblent anodins ou non dangereux, témoignent d'une grande souffrance.



Utiliser des stratégies d'intervention appropriées

Selon l'approche de base utilisée avec les SCPD, la diversion et le recadrage peuvent être utilisés afin de permettre à la personne de réduire une fixation sur ses idées suicidaires ou de se changer les idées pour créer un état d'esprit plus positif.



Connaître ou avoir à proximité les coordonnées des ressources en prévention du suicide

Rendre l'environnement sécuritaire tout en s'assurant qu'il demeure approprié à la condition et aux besoins spécifiques de la personne (sécuriser les fenêtres, favoriser un environnement calme, ajuster l'intensité de la lumière pour une personne qui aurait des SCPD par exemple, etc.).

Lorsque des mesures de protection s'imposent, elles doivent être discrètes pour maximiser le sentiment de contrôle de la personne sur son environnement (Hamel, Lane et al., 2010).

N.B. **Retirer les moyens si nécessaire** en tentant préalablement d'obtenir le consentement de la personne.



Favoriser le travail interprofessionnel

Toujours favoriser la participation de l'équipe interprofessionnelle ainsi que celle de la personne dans le choix et l'application des mesures de protection.



Encourager la présence ou l'implication d'un proche

La littérature démontre l'importance des proches aidants dans la prévention du suicide auprès des personnes vivant un TNC. Effectivement, lorsque le proche aidant est présent, il connaît habituellement bien l'histoire de vie de la personne et peut donc contribuer à la compréhension de certains comportements ou états de celle-ci. Sa présence permet aussi de faciliter les interventions au quotidien (Labarre, 2017), favoriser une présence chaleureuse auprès de la personne et assurer une certaine surveillance au besoin.



Adapter et sécuriser l'environnement

Référez-vous à votre procédure en prévention du suicide (DSAPA ou autre direction selon votre situation). Pour connaître quelques ressources d'aide pour les personnes vivant avec un TNC (non spécifiques au suicide).

12. Les fondements généraux du processus d'analyse clinique

Les fondements généraux de ce processus clinique suggèrent tout d'abord d'observer la personne et le contexte dans lequel elle évolue. C'est en se donnant le temps de bien **OBSERVER** qu'il sera possible de **DÉCIDER** de ses prochaines actions et **AGIR** à court et moyen terme en mesurant les impacts des interventions et des stratégies mises en place pour diminuer le risque de suicide ou de décès et apaiser la détresse émotionnelle.

Bien que ce processus clinique soit structuré, il se veut dynamique et non linéaire (il implique une interaction constante entre : estimation, intervention et adaptation). Effectivement, les multiples situations et contextes de vie dans lesquels peuvent évoluer les individus amènent les membres de l'équipe à se questionner sur une base régulière, à s'assurer de bien comprendre la situation vécue par l'individu et d'assurer, lorsque requis, la sécurité de celui-ci. Pour ce faire, ils utiliseront tout au long du suivi une approche et des techniques d'intervention favorisant un accompagnement approprié à la situation et aux besoins de la personne.

Enfin, les membres de l'équipe sont amenés à se poser rapidement des questions sur les besoins et les causes possibles de la détresse chez la personne afin d'identifier ce qui appartient aux :

1) Contexte de vie général :

Sans être nécessairement lié à la présence de trouble neurocognitif, il est important d'évaluer ce qui appartient au contexte de vie général de la personne (projet de fin de vie, désir ou non de mourir, absence de raisons de vivre, antécédents suicidaires, pertes importantes, histoire de vie, isolement social, etc.).

2) Autres éléments reliés au TNC :

D'autres éléments peuvent mener aux comportements suicidaires (besoins compromis de type SCPD ou non, environnement et approche non adaptés, symptômes reliés à la maladie elle-même).

13. Description détaillée du processus d'analyse clinique

Le processus clinique s'articule autour de 5 grandes dimensions à prendre en compte pour soutenir son analyse et son jugement clinique.

1^{ère} dimension : « REPÉRER »

- Groupes à risque
- Signes de détresse
- Moments critiques

2^e dimension : « DÉPISTER »

- Facteurs et causes de la détresse

3^e dimension : « ESTIMER »

- Facteurs aggravants et facteurs de protection;
- Changement du niveau de fonctionnement habituel;
- Risque suicidaire, danger de passage à l'acte et niveau de dangerosité.

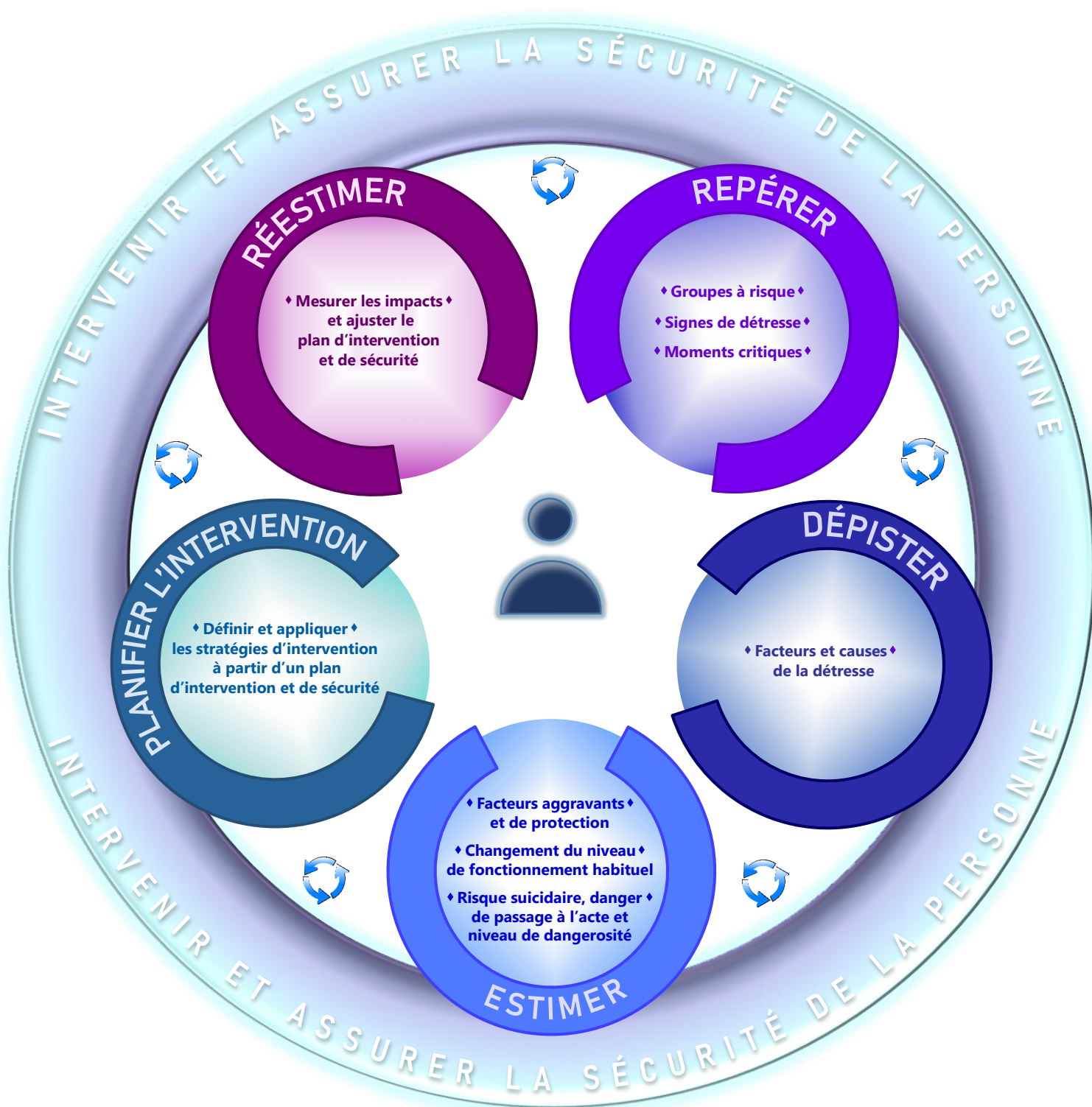
4^e dimension : « PLANIFIER L'INTERVENTION »

- Définir et appliquer les stratégies d'intervention à partir d'un plan d'intervention et d'un plan de sécurité

5^e dimension : « RÉESTIMER »

- Mesurer les impacts des interventions et réajuster le plan d'intervention au besoin.

Schéma 1 : Processus d'analyse clinique



13.1. 1^{re} Dimension : Repérer

Repérer consiste à observer et détecter les éléments qui laissent penser que la personne peut être vulnérable au suicide (**groupes à risque**, **signes de détresse** ou des **moments critiques** (et/ou éléments déclencheurs) qui pourraient indiquer une vulnérabilité au suicide ou un potentiel de risque suicidaire). **À noter : Un signe de détresse ou un moment critique présent lors d'un premier épisode suicidaire pourrait ne pas être présent lors d'un second.**



Si un membre du personnel repère des signes de détresse ou moments critiques chez une personne vivant avec un TNC, il doit relayer directement les informations et observations à **l'intervenante pivot** ou à son supérieur immédiat pour qu'un dépistage soit effectué. Il faut ainsi comprendre que le dépistage sera fait non pas par le membre du personnel habilité à dépister, mais par l'intervenante pivot.

Principaux groupes pouvant augmenter le risque chez la personne vivant avec un TNC

- Personnes souffrant de trouble de santé mentale ;
- Personnes souffrant de dépendance (médication, alcool, etc.) ;
- Personnes ayant déjà fait une tentative de suicide ou ayant vécu le suicide d'un proche ;
- Hommes en situation de vulnérabilité et de plus de 85 ans ;
- Personnes avec des douleurs chroniques non contrôlées, aiguës ou persistantes ;
- Personnes vivant avec une importante dépendance aux activités de la vie quotidienne et domestique ;
- Personnes autochtones ;
- Personnes ayant accès à une arme à feu ;
- Personnes ayant un faible revenu, situation économique difficile ;
- Personnes LGBTQIA2S+ (lesbiennes, gais, bisexuels/les, transgenres, en questionnement, intersexes, asexuels/les et bispirituels/les).

Principaux signes/symptômes à repérer qui pourraient indiquer une détresse psychologique

- **Signes directs et indirects du désir de mourir ou de se suicider**
 - Expressions, mots, comportements, mimes, autodépréciation, etc.
- **Signes liés à une cause organique ou médicamenteuse**
 - Délire ou apathie (absence partielle ou totale de réponse à certains stimuli habituels)
- **Variation de l'humeur durant la journée**
 - Colère, tristesse, joie dans un court laps de temps, etc.
- **Symptômes dépressifs**
 - Absence de réaction aux événements agréables; perte d'intérêt et de motivation dans le dernier mois, etc.
- **Changement d'habitudes de sommeil**
 - Insomnie, hypersomnie, etc.
- **Anxiété**
 - Ruminations, soucis, tristesse ou larmoiement, sentiment d'incompétence, etc.

- **Agitation**
 - Ne peut rester en place, se tord les mains, etc.
- **Irritabilité, comportements impulsifs, agressivité, colère**
 - Facilement contrariée, colérique
- **Nombreuses** plaintes somatiques
 - Plaintes gastro-intestinales, douleurs, etc.
- **Symptômes pouvant être associés au Syndrome de glissement** (AQPS, 2014)

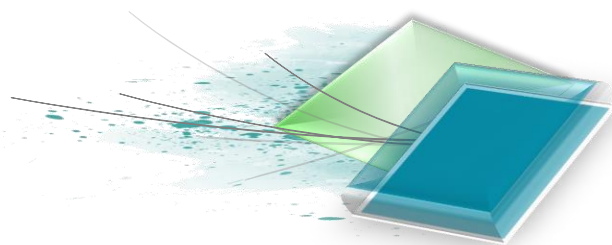
Attention : Le syndrome de glissement demeure à ce jour **controversé** dans les études scientifiques. Tel que nommé ci-haut, il est important de bien évaluer la situation et le contexte afin de **ne pas ignorer les autres causes possibles** pouvant occasionner de la détresse chez la personne : **dépression, symptômes reliés à un TNC, délire ou apathie liée à une cause organique/physique ou médicamenteuse, etc.**

Principaux signes de détresse liés à la personne vivant avec un TNC avec SCPD (Haïdara, L. M., Voyer, P., Carmichael, P.-H. (2021).)

- **Comportements d'agitation physique non agressifs**
 - Déambuler de façon inappropriée, avoir une activité motrice excessive, s'isoler
 - Mettre dans sa bouche des objets inappropriés, présenter des gestes répétitifs ou des comportements ritualisés
- **Comportements d'agitation physique agressifs**
 - Donner des coups ou s'automutiler, tomber volontairement
 - Cracher sa médication (ne pas confondre avec le syndrome de glissement)
- **Comportements d'agitation verbale non agressifs**
 - Répéter des phrases ou des mots, exprimer des peurs irrationnelles
 - S'enfermer dans un mutisme, gémir, se plaindre
- **Comportements d'agitation verbale agressifs**
 - Crier ou hurler, menacer de s'automutiler ou de blesser autrui
- **Symptômes psychologiques**
 - Idées délirantes, hallucinations, dépression, apathie, anxiété
 - Syndrome crépusculaire (apparition/exacerbation des SCPD vers l'heure du coucher du soleil)

13.1.1. Moments critiques

Certains événements peuvent augmenter le risque que se produise un passage à l'acte suicidaire chez une personne vulnérable au suicide. À titre d'exemple, la littérature démontre que **l'annonce du diagnostic** (Günak, M. M., Barnes, D. E., Yaffe, K., Li, Y., & Byers, A. L., 2021) lié à un TNC peut amener une hausse des comportements suicidaires. Comme le diagnostic est souvent annoncé à la personne en début de maladie, celle-ci est plus consciente de son état. Ainsi, elle peut appréhender sa perte d'autonomie et craindre de devenir un fardeau pour sa famille et son entourage. Ces différentes appréhensions seraient à l'origine de l'augmentation du niveau de détresse chez la personne et constitueraient les principales raisons menant à des comportements suicidaires en début de maladie.



Principaux moments critiques à repérer

- **Deuil, perte ou anticipation d'une perte significative**
 - Rupture ou deuil du conjoint/proche aidant, perte du permis de conduire (surtout chez les hommes), perte d'autonomie, etc.
- **Annnonce d'un diagnostic et les périodes suivant l'annonce d'une maladie**
 - Surtout si elle entraîne un processus dégénératif
- **En début de maladie dégénérative de type TNC**
 - Moment où la personne est plus consciente de son état et de ses pertes
- **Déménagement, placement temporaire ou répit**
 - Hébergement dans un nouveau milieu de vie (porter une attention supplémentaire si l'hébergement n'est pas souhaité par la personne), etc.
- **Hospitalisation et période de convalescence**
- **Changement de vie majeur**
 - Retraite, changement de statut financier, etc.
- **Enjeux de médication**
 - Effets secondaires, dépendance, etc.
- **Enjeux liés à l'aide médicale à mourir (AMM)**
 - Non-admissibilité de la personne à l'AMM, etc.
- **Épisode psychotique**
 - Sentiment d'être épiée, entendre des voix ou avoir l'impression qu'une autre personne manipule ses pensées, etc.
- **Répercussion de la maladie physique**
 - Cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, arthrose, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), maladie d'Alzheimer et autres troubles cognitifs liés au vieillissement, etc.
- **Douleurs chroniques non soulagées**
 - Douleur persistante : arthrite, fibromyalgie, douleur neuropathique, etc.
- **Insomnie ou perception d'avoir un sommeil de mauvaise qualité**
 - Difficulté à s'endormir, réveils fréquents, réveils matinaux précoces, etc.
- **Grande dépendance à autrui, isolement**
 - Dépendance à autrui : physique, émotionnelle, financière, etc.
 - Grande solitude amenant un isolement et des répercussions négatives, isolement de la personne provoqué par le réseau, etc.
- **Maltraitance sous diverses formes**
 - Maltraitance physique, psychologique, sexuelle, matérielle ou financière, organisationnelle, âgisme, violation des droits, etc.

13.1.2. Repérer : Pratiques à promouvoir pour soutenir le jugement et l'application des stratégies d'intervention



Repérer rapidement les signes de détresse et les moments critiques pour prévenir le suicide

Vivre de la détresse émotionnelle ou du désespoir peut être très souffrant pour la personne. Lorsque cette souffrance devient trop intense et envahissante, elle peut mener à des idées ou à des gestes suicidaires.



Porter une attention sur la signification et perception de ce que vit, exprime et manifeste la personne

La signification et la perception de ce que vit une personne peuvent être très différentes d'un individu à un autre. Il est essentiel de bien évaluer et valider cet aspect dans l'évaluation du risque suicidaire.



Être conscient que la détresse peut être vécue et exprimée différemment selon chaque situation

Effectivement, dépendamment si la personne est en début ou non de la maladie, les comportements et réactions, la capacité de compréhension et d'introspection, les capacités langagières, cognitives et mnésiques, ainsi que les facultés reliées à l'orientation spatiale et temporelle peuvent être altérés. Ceci peut donc avoir une influence directe sur les capacités de la personne à nommer son ressenti.



Effectuer une évaluation globale des causes possibles de la détresse

Même si une personne ne nomme pas clairement ses idées suicidaires, cela ne réduit pas pour autant le risque de détresse et le risque suicidaire. Ainsi, avec la personne vivant avec un TNC, il est important d'aller plus loin afin de comprendre le sens de la détresse, soulager la souffrance et augmenter le bien-être.

13.2. 2^e Dimension : Dépister

Dépister consiste à valider les groupes à risque, les signes de détresse ou les moments critiques précédemment repérés en tentant de comprendre s'il y a une composante reliée au suicide. Ainsi, dépister consiste à départager les personnes qui sont vulnérables au suicide des personnes qui ne le sont pas.

Pour ce faire, **si les membres de l'équipe habilités à dépister et estimer jugent que la personne vivant avec un TNC a suffisamment conservé ses capacités mnésiques, temporelles et fonctionnelles** (ex. : une personne qui se trouverait en début de maladie), ils pourraient décider de lui poser les 3 questions de dépistage recommandées par l'AQPS et telles que décrites dans les procédures en prévention du suicide au CISSSLAU (**tout en tenant compte de l'impact de l'annonce du diagnostic sur la personne et des spécificités liées au TNC décrites tout au long du guide**).

Rappel : Un « oui » à une des 3 questions suggère de passer directement à l'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire : 1) Est-ce que vous pensez au suicide actuellement? 2) Avez-vous pensé au suicide dans les derniers mois? 3) Avez-vous fait une tentative de suicide dans la dernière année?

Toutefois, de manière générale, il n'est pas recommandé d'utiliser des questions faisant référence au passé et à la dimension temporelle et mnésique chez la personne atteinte de troubles neurocognitifs qui présente des difficultés de fonctionnement plus importantes. Il est plutôt recommandé de prendre en compte les différents facteurs et causes possibles de la détresse :

- **La présence de manifestations associées au suicide** = s'assureront qu'une intervenante puisse procéder à l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte ou estimeront eux-mêmes le risque chez la personne.
- **Aucune manifestation associée au suicide** = favoriseront la mise en place d'interventions pour réduire la détresse de la personne.

13.2.1. Facteurs et causes de la détresse

La détresse chez la personne vivant avec un TNC peut être d'origine très variée et causée par une combinaison de plusieurs facteurs souvent en interaction les uns avec les autres. Prendre le temps de bien comprendre la cause du besoin non comblé et d'analyser la situation et l'environnement autour de la personne permet de bien distinguer s'il y a présence de manifestations associées au suicide et d'utiliser ensuite les bons leviers d'intervention avec les membres de l'équipe interprofessionnelle.

Il est à noter que les facteurs et causes de la détresse peuvent être reliés à l'histoire de vie personnelle de la personne sans avoir de lien avec le TNC. Toutefois, les comportements suicidaires ou à risque peuvent aussi être reliés directement à la présence des troubles neurocognitifs. Voici quelques exemples :

Facteurs et causes de la détresse liée au contexte de vie général de la personne

- **À la conscience de sa maladie et de ses répercussions** (Van Wijngaarden, E., Alma, M., & The A.-M., 2019)
 - Grande anxiété vécue par une personne consciente de son état lors de l'annonce de la maladie;
 - Non-acceptation du diagnostic;
 - Peur de l'avenir (perdre ses facultés physiques et cognitives, être dépendant et un fardeau pour ses proches, perdre le contrôle de sa vie, être vulnérable, perdre sa dignité);
 - Peur et méfiance envers les services de santé (sentiment pouvant être accentué suite à la pandémie de la Covid-19 [Melançon, Laforest et al., 2020]) ;
 - Pression de l'entourage pour que la personne demande l'aide médicale à mourir (AMM) ou non admissibilité à l'AMM.
- **À des problématiques d'ordre physique**
 - Douleur chronique non soulagée : mal de hanche, de dents, de ventre dû à la constipation.
- **À des problématiques d'ordre mental**
 - Dépression;
 - Troubles anxieux;
 - Troubles psychotiques;
 - Troubles de personnalité;
 - Antécédents de tentative de suicide, de violence envers soi ou les autres;
- **À des problématiques d'ordre relationnel**
 - Mécanismes reliés à une dépendance relationnelle ou à une anxiété de séparation,
 - Isolement, deuil, etc.

Facteurs et causes de la détresse liée au TNC

- **Symptômes reliés à la maladie elle-même**
- **Besoins compromis ou non satisfaits provoquant des SCPD**

Causes physiologiques

- Douleur, infection, lésions ou blessures;
- Inconfort (mauvais positionnement, froid, chaud, contention);
- Constipation ou diarrhée, besoin de changer sa culotte d'incontinence;
- Fatigue, inactivité physique, besoin de se lever, de bouger, de changer de position;
- Sommeil inadéquat,
- Besoins de base compromis (faim, soif, élimination), etc.;
- Déficits sensoriels;
- Déshydratation, dénutrition, etc.

Causes pharmacologiques

- Facteurs liés à la médication (nouvelle médication, interaction avec d'autres médicaments, etc.);
- Abus de substances;
- Autres conditions médicales ou maladie nécessitant une médication ayant des effets secondaires néfastes ou désagréables, etc.

Causes psychologiques

- Dépression;
- Contrariété ou frustration, angoisse, anxiété ou peur, isolement, ennui, etc.;
- Besoins socioaffectifs non comblés, besoin d'une présence rassurante;
- Antécédents de troubles psychiatriques, etc.

Causes liées à l'environnement physique

- Changement ou nouvel environnement;
- Stimulation insuffisante ou excessive dans l'environnement;
- Privation sensorielle (lunettes, appareil auditif, etc.);
- Absences de repères spatiaux ou temporels (absence de circuit de déambulation, manque d'espaces intimes, absence d'objets familiers);
- Espace trop vaste ou trop restreint;
- Peur ou besoin de fuir un environnement bruyant, menaçant ou nouveau;
- Éclairage inadapté;
- Absence de contrôle sur son environnement immédiat ou impression d'absence de contrôle;
- Contention, mesures d'isolement ou de contrôle.

Causes liées à l'approche et à l'intervention

- Modification de la routine;
- Intrusion rapide dans l'espace personnel;
- Communication ou interventions inadaptées;
- Éléments défavorables liés à l'organisation des services d'un établissement (nouveaux intervenants, instabilité ou manque de personnel, etc.).

13.2.2. Facteurs et causes de la détresse liée au TNC : Pratiques à promouvoir pour soutenir le jugement et l'application des stratégies d'intervention



Multiplier les sources d'informations

Afin d'avoir un regard plus global et complet de la situation, il est important de multiplier les sources d'informations. Ainsi, les membres de l'équipe habilités à dépister approfondiront leur cueillette de données à l'aide d'échanges avec la personne, d'observation directe et indirecte, à la lecture des notes au dossier et à l'aide de concertations avec l'équipe et le proche aidant/réseau (important d'obtenir le consentement de la personne avant de discuter avec le proche, et ce, même si la personne a des troubles neurocognitifs).



Comprendre l'histoire de vie

Lorsque possible, discuter avec la personne, l'entourage et le proche aidant afin de mieux comprendre la situation, l'histoire de vie antérieure et les antécédents suicidaires pour vous aider à mieux cibler les causes de la détresse.



Tenter d'éliminer les causes possibles avant de conclure à un risque suicidaire

Référer la personne vers son médecin, infirmière, ergothérapeute, psychologue ou autres professionnels afin de valider ou éliminer toutes les causes possibles (physiologiques, mentales, etc.) pouvant expliquer la détresse et le risque suicidaire. Agir ainsi permet aussi d'évaluer si des symptômes reliés à la maladie neurodégénérative elle-même ont des impacts sur la personne. Enfin, cela permet de mettre en place des stratégies d'intervention appropriées pour apaiser la détresse et les risques possibles.



Observer la présence de besoins compromis ou non satisfaits provoquant des SCPD

Les besoins compromis ou non satisfaits ainsi que la détresse émotionnelle non explorée peuvent conduire à l'apparition ou l'aggravation des SCPD chez la personne vivant avec un TNC. Dans certains cas, ces SCPD peuvent mettre la personne en danger ou même la conduire au suicide.

Agir sur les besoins compromis ou non satisfaits peut aider à réduire la détresse et diminuer la présence des idées suicidaires ou comportements dangereux. Ne pas hésiter à se poser des questions en lien avec les comportements (incluant l'équipe interprofessionnelle) :

- De quelles manières les besoins non comblés contribuent ou accentuent la détresse émotionnelle, les SCPD, les idéations et le risque suicidaires chez la personne?
- Sur quels aspects de l'intervention et de l'approche puis-je intervenir?

Auprès de l'équipe interprofessionnelle : Partager les informations recueillies, assurer une compréhension commune des besoins de la personne, expliquer les répercussions que l'approche et l'environnement peuvent avoir sur elle. Aussi, il est primordial de documenter ses observations, actions, recommandations et jugement clinique dans les notes au dossier. Enfin, n'hésitez pas à faire la promotion des meilleures pratiques à adopter auprès de la personne.



Demeurer conscient que l'environnement peut avoir un grand impact sur l'état de la personne

Considérant que la personne vivant avec un TNC arrive plus difficilement à comprendre son environnement immédiat, à communiquer ses pensées et à exprimer ses besoins (Aziz Gbaya et al., 2012), il arrive que celle-ci puisse éprouver certaines réactions (agressivité, repli sur soi, agitation, impulsivité, imprévisibilité, errance, etc.). Ces réactions peuvent être provoquées ou exacerbées par différentes causes liées à l'environnement physique et interactionnelles, dont la manière d'entrer en relation avec l'individu. Tenir compte de ces aspects permet donc de se centrer sur les besoins de la personne pour ainsi améliorer son confort et diminuer les risques d'apparition des SCPD. Voici quelques questions à se poser :

- De quelles manières l'environnement contribue ou accentue la détresse émotionnelle, les SCPD, les idéations et le risque suicidaires chez la personne?
- De quelle manière l'environnement influence l'état de la personne?

Ex. : Une personne dans une chambre exiguë se propulse par la fenêtre en raison d'un sentiment d'être prisonnière, etc.

- Comment arriver à diminuer la souffrance de la personne ? Comment puis-je rendre l'environnement plus sécuritaire (diminuer le risque de chute, de blessures physiques), tout en contraignant le moins possible la personne dans ses gestes et déplacements? etc.).

À savoir : Le camouflage de stimuli environnementaux perturbateurs peut parfois être utile pour éviter une désorganisation et l'apparition des SCPD (camoufler un miroir si la personne y voit un étranger menaçant, camoufler certaines portes pour éviter les tentatives de fugue, etc.).

***Rappel : Tel que nommé plus haut, suite à votre cueillette de données :**

- **S'il semble y avoir présence de manifestations associées au suicide** = une estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire doit avoir lieu.
- **S'il n'y a pas de manifestations associées au suicide** = favoriser la mise en place d'interventions pour réduire la détresse émotionnelle de la personne.

13.3. 3^e Dimension : Estimer

Estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire signifie porter un jugement clinique à partir d'une analyse basée sur des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, faits, comportements, paroles, difficultés ou autres). Cette estimation permet de déterminer les actions à poser afin d'assurer la sécurité de la personne et permet de planifier les interventions à court terme pour permettre une diminution du sentiment de détresse.

Toutefois, estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire chez les personnes vivant avec un TNC est un réel défi. Les comportements suicidaires chez cette clientèle ont peu été étudiés, sont peu connus et il n'existerait pas d'outils standardisés ni de protocoles cliniques adaptés et validés spécifiquement pour estimer le risque suicidaire chez cette clientèle (Costanza, Weber et al., 2015).

Ainsi, **l'outil par excellence pour procéder adéquatement à l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire pour la personne vivant avec un TNC demeure le jugement clinique basé sur une analyse globale, approfondie et adaptée à l'unicité et aux besoins de chaque personne.** Ces décisions doivent être prises en équipe interprofessionnelle puisqu'elles nécessitent l'expertise de chacun.

À cet égard, tous les indicateurs importants à tenir en compte dans l'analyse clinique ont permis de développer un outil ([voir annexe 2](#)) spécifique pour Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC. Il s'agit de tous les éléments décrits jusqu'à présent dans ce guide (groupes à risque, signes de détresse, moments critiques, causes et facteurs de la détresse, caractéristiques propres à la personne et à son histoire de vie) en plus des **marqueurs de risque et caractéristiques propres aux troubles neurocognitifs** :

- Diagnostic relié au TNC;
- Niveau d'évolution de la maladie;
- Impacts possibles des troubles neurocognitifs sur la personne :
 - Altération de la mémoire, de la perception du temps, de la compréhension (face à la mort, etc.) et des capacités cognitives en général;
 - Diminution des capacités à communiquer avec autrui et altération de la capacité à exprimer ses émotions ou sa détresse émotionnelle;
 - Imprévisibilité, impulsivité, changement rapide des idées, gestes, comportements;
 - Diminution des capacités exécutives et de planification d'un geste.

Enfin, il est aussi recommandé de se baser sur ces 3 grands indicateurs pour procéder à l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC :

- 1) **Facteurs aggravants et facteurs de protection;**
- 2) **Changement du niveau de fonctionnement habituel;**

3) Risque suicidaire, danger de passage à l'acte et niveau de dangerosité.

13.3.1. Facteurs aggravants et facteurs de protection

Les **facteurs aggravants** sont des attributs qui contribuent au développement et à la sévérité de certains comportements et augmentent le risque de passage à l'acte suicidaire.

Les **facteurs de protection** sont des attributs internes et externes à la personne (les compétences, les forces ou les ressources internes et externes) qui aident la personne à éviter le passage à l'acte suicidaire.

La présence des facteurs de protection est un levier important pour l'intervention tandis que son absence augmente le risque de passage à l'acte. Lorsqu'il y a présence de facteurs de protection, il est important d'en tenir compte dans l'analyse. Ces facteurs doivent être utilisés et connus de l'équipe interprofessionnelle, car ils peuvent contribuer à la diminution de la détresse et au rétablissement de la personne.

Différentes études démontrent l'importance de prendre en compte les facteurs aggravants et les facteurs de protection. À titre d'exemple, il est démontré que **le stade d'évolution de la maladie neurodégénérative** peut être considéré autant comme un moment critique (en début de maladie quand la personne est plus consciente de son état) que comme un facteur de protection. Tel que mentionné par Günak et al. (2021), le risque de

suicide chez les personnes vivant avec un TNC diminue avec la progression de la maladie, voire ils se suicident moins. Ceci s'explique du fait qu'habituellement, plus la maladie évolue, moins la personne est consciente de son état. Ainsi, la planification nécessaire pour poser ce geste devient de plus en plus difficile. Toutefois, il est à noter que même si le risque suicidaire diminue avec l'évolution de la maladie, la personne peut tout de même éprouver des sentiments réels de détresse émotionnelle qui peuvent se traduire par de l'agressivité, de l'anxiété et de l'apathie. Ces émotions amenant des répercussions sérieuses sur la santé et le bien-être peuvent conduire, dans certains cas, à un risque suicidaire. La dépression (Haïdara, L. M., Voyer, P., Carmichael, P.-H., 2021) et le sentiment de rejet social seraient également des éléments très importants à prendre en compte dans la détresse émotionnelle de la personne vieillissante.

D'autre part, selon la méta-analyse du Dr Stéphane Richard-Devantoy et al. (2015), les résultats suggèrent qu'une **difficulté de verbalisation de la souffrance morale** pourrait conduire à un passage à l'acte. De plus, **l'inflexibilité mentale** (incapacité de changer d'activité ou de stratégie mentale) augmenterait les ruminations et serait un facteur prédisposant aux idées suicidaires et tentatives de suicide.



Facteurs aggravants et facteurs de protection

▪ Facteurs aggravants

- La présence d'armes à feu;
- Intoxication, changement drastique dans les habitudes de consommation d'alcool, drogue, médicaments (effets secondaires des médicaments);
- Tentative de suicide dans le passé;
- Émotions négatives qui perdurent dans le temps (colère, etc.); Présence d'un traumatisme;
- Symptômes de dépression masquée ou sévère, troubles anxieux, troubles psychiatriques;
- TNC qui amènent la désinhibition, l'impulsivité, (fronto-temporal, Huntington où le risque serait triplé);
- Difficulté à verbaliser la souffrance, inflexibilité mentale (incapacité à changer d'activité ou stratégie mentale);
- Entrée en résidence ou l'anticipation d'un déménagement en résidence;
- L'annonce d'un TNC;
- Douleur chronique non soulagée, perte d'autonomie;
- Isolement social et affectif;
- Veuvage ou accumulations de pertes, surtout chez les hommes;
- Hommes (75 ans et plus).

▪ Facteurs de protection

Facteurs internes à la personne

- Maladie d'Alzheimer ou autres maladies apparentées au stade avancé avec incapacités à agir ou manque de stratégies de réalisation (ex. : sévérité des atteintes cognitives empêchant une planification suicidaire et l'exécution de celle-ci (Richard-Devantoy et Jollant, 2013));
- Collaboration de la personne à l'aide proposée;
- Capacité pour la personne à espérer une amélioration (raison de vivre, espoir);
- Capacité à se contrôler elle-même et à se calmer rapidement;
- Capacité à identifier des solutions seules ou avec aide, Capacité à prendre soin de soi;
- Capacité d'exprimer ses émotions et ses besoins;
- Présence de sources de satisfactions dans la vie de la personne;
- Engagement communautaire (ex. : activités rattachées à la spiritualité amenant des contacts et un soutien social, participation aux activités dans la résidence, impression de se sentir utile, etc.).

Facteurs externes à la personne

- Réseau ou entourage informé des idées suicidaires vécues par la personne;
- Présence de proche aidant, personne significative ou personnel assurant un lien de confiance, une sécurité et un soutien social et émotionnel

13.3.2. Changement du niveau de fonctionnement habituel

Pour procéder à une estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, la littérature démontre également l'importance d'évaluer le niveau de fonctionnement habituel de la personne (ou niveau de base de la personne).

Or, cumulé à tous les facteurs déjà nommés dans ce guide, **un changement du fonctionnement habituel chez la personne vivant avec un TNC constituerait un indicateur très important du risque suicidaire** (RUSHGQ, 2018).

Ex. : Une personne habituellement calme devient soudainement agitée et ne dort plus suite à une relocalisation dans un nouveau milieu de vie. Ce changement de fonctionnement habituel cumulé avec les facteurs de risques, les caractéristiques reliées au TNC et la situation de vie propre à la personne peuvent être des indicateurs importants du risque suicidaire.

13.3.3. Risque suicidaire, danger de passage à l'acte et niveau de dangerosité

La personne vivant avec un TNC qui présente des idées ou des gestes suicidaires vit une grande souffrance émotionnelle qui pourrait évoluer rapidement vers un passage à l'acte suicidaire. Pour ce faire, l'outil d'estimation du risque suicidaire pour la personne vivant avec un TNC propose d'évaluer aussi le **risque suicidaire**, le **danger de passage à l'acte** et le **niveau d'urgence**. Ces indicateurs ont été adaptés aux spécificités de la clientèle vivant avec un TNC et s'inspirent de la littérature et du milieu clinique.

- **Risque suicidaire** = Probabilité qu'une personne se suicide dans un temps donné. Il est le résultat de l'interaction entre les signes de détresse, les moments critiques, les facteurs aggravants et l'absence de facteurs de protection.
- **Danger de passage à l'acte** = Risque réel du passage à l'acte à court terme.
- **Niveau de dangerosité du passage à l'acte** = Niveau d'urgence. Permet de déterminer les priorités sur lesquelles intervenir. Le niveau d'urgence n'est pas un niveau général de danger, mais plutôt la liste des actions et types d'intervention à préconiser et à mettre en place suite aux observations, cueillette d'informations, réponses reçues aux questions, discussions interprofessionnelles, etc. La somme des actions recommandées constituera le plan d'intervention et le plan de sécurité (*Lien à venir*). Comme le processus est dynamique, les types d'intervention et le niveau d'urgence suicidaire varieront selon les besoins et les contextes. Toutefois, il ne faut jamais négliger la détresse émotionnelle réelle vécue par la personne.

Quelques cas de figure selon différents niveaux d'urgence

- **Idées suicidaires sans plan, sans impulsivité ou sans augmentation de la dangerosité** = Identifier et réduire les causes, facteurs, moments critiques, etc.
Exemples :
 - Une personne dit vouloir mourir pour rejoindre son mari;
 - Une personne démontre une détresse émotionnelle, pense à la mort sans vouloir se suicider et accepte l'aide proposée par l'entourage
- **Idées suicidaires avec moyen envisagé non dangereux** = Intervenir sur la détresse et faire des interventions pour aider la personne à retrouver un bien-être. Assurer une vigilance.
Exemples :
 - Une personne dit vouloir se tuer en retenant sa respiration ;

- Une personne répète vouloir se suicider en conduisant sa voiture, alors que la personne n'a pas de voiture et se promène seulement en fauteuil roulant;
 - Une personne ne réussit pas à s'exprimer, démontre un fonctionnement de base différent qu'à l'habitude, démontre des signes de désorganisation et répète un geste qui peut sembler anodin, mais empreint d'une grande détresse émotionnelle (prendre une paille et faire le geste de se trancher le cou).
- **Idées suicidaires avec moyen envisagé dangereux** = Assurer la sécurité immédiatement et poursuivre les interventions selon le jugement clinique.

Exemples :

- Une personne dit vouloir sauter de son lit pour se casser le cou ;
- Un homme âgé de plus de 75 ans, isolé, avec des antécédents suicidaires, vit depuis quelques semaines le deuil de sa femme et a des ruminations envahissantes et récurrentes face à la mort répétant souvent qu'il ira bientôt retrouver sa femme et qu'il prendra les médicaments qu'il trouvera dans sa maison ;
- Une personne affiche une escalade émotionnelle (émotions de plus en plus fortes), est impulsive, a des idées suicidaires récurrentes et un moyen létal à disposition.

Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC : Pratiques à promouvoir pour soutenir le jugement et l'application des stratégies d'intervention



Tenter de bien comprendre la situation et l'élément déclencheur de l'épisode suicidaire

Certaines questions peuvent aider à mieux comprendre :

- Qu'est-ce qui rend la personne triste ?
- S'est-il passé quelque chose dans les derniers jours qui aurait pu favoriser la détresse émotionnelle?
- La personne a-t-elle vécu des changements dans sa vie récemment? (Changement au niveau du diagnostic, médication, etc.).
- La personne souhaite-t-elle mourir ou cesser de souffrir? etc.



Clarifier les intentions derrière les idées suicidaires

La compréhension et les croyances de la personne face à la mort

La compréhension et les croyances face à la mort peuvent être influencées par les capacités cognitives, la maladie, la réalité socioculturelle, les expériences de vie, etc. Explorer les perceptions de la personne en lien avec les répercussions potentielles de sa mort sur son entourage :

- Que ressentez-vous à l'idée de vous enlever la vie?
- Que dirait votre proche aidant si vous étiez mort? etc.

Tenter de défaire des croyances peut être néfaste

Demeurer sensible au fait que tenter de contredire ou de défaire les croyances culturelles, spirituelles ou religieuses peut être inutile voire néfaste, notamment pour la relation avec la personne et son entourage.

Les intentions suicidaires ne peuvent parfois pas être nommées clairement par la personne

Il se peut aussi que les intentions suicidaires ne soient pas formulables verbalement par la personne. Toutefois, même s'il n'y a pas de verbalisations suicidaires par la personne, il est quand même important de tenter de relever la détresse et les comportements suicidaires, s'il y a lieu.

Clarifier sa compréhension en tant qu'intervenante

Tenter de comprendre l'intention de la personne derrière les paroles et comportements. Il n'est pas nécessaire de connaître en profondeur toute l'histoire passée de la personne pour agir sur ses besoins et ses préoccupations actuelles et trouver les bons moyens pour apaiser ses émotions.

Ex. : Un homme se tient devant la fenêtre en disant qu'il faut que ça s'arrête. L'intervenante pourrait lui demander « Que voulez-vous dire exactement par il faut que ça s'arrête? ». Cette simple question pourrait permettre à la personne de développer son idée, sans que l'intervenante interprète à sa façon les propos de l'homme.



Tenter de cerner avec la personne ou l'entourage ce qui influence la durée, la fréquence et l'intensité de la souffrance

Certaines questions peuvent aider à mieux comprendre :

- Depuis quand la personne ressent-elle une détresse émotionnelle?
- À quelle fréquence les moments difficiles et les moments plus faciles sont présents dans une semaine?
- À quels moments de la journée ressent-elle cette détresse?
- Quels sont les moments de la journée qui sont plus faciles pour la personne et qu'est-ce qui est différent à ce moment?

Aider la personne ou son proche aidant/membre du personnel à préciser la façon dont se manifestent les idées et gestes suicidaires

- Est-ce que l'envie de mourir survient chaque jour ou à quels moments de la journée?
- À quels moments l'envie est-elle moins présente?
- Lorsque l'envie est moins présente, la personne est avec qui, que fait-elle?

Explorer le plan suicidaire

(Degré de perturbation de la personne, impulsivité, augmentation de la dangerosité de la conduite suicidaire, etc.). Il faut toujours garder en tête que le plan ou les comportements suicidaires entraînant un danger peuvent survenir rapidement et que l'absence d'un plan ne signifie pas qu'il n'y a pas de danger.

- Y a-t-il un moyen?
- Le moyen est-il accessible?
- Le moyen est-il légal?
- Y a-t-il un moment prévu?
- Y a-t-il un lieu prévu?

Explorer les antécédents d'idées ou de gestes suicidaires

- La personne a-t-elle déjà pensé à s'enlever la vie?
- Y a-t-il eu tentative de suicide dans le passé?
- Combien de fois ?
- La personne s'est-elle blessée ?
- Quel était le contexte entourant la détresse à ce moment?
- Quelles actions ont été entreprises pour que la situation se résorbe? (Ce qui a fonctionné ou pas dans le passé).

Explorer la nature des relations de la personne avec son entourage

- Demander à la personne vers qui elle désire que vous vous tourniez pour l'aider dans la présente situation.
- Tenter de comprendre si les relations sont empreintes de confiance ou tendues, conflictuelles.
- Explorer l'ouverture de la personne à ce que vous collaboriez avec son entourage (demander le consentement).

13.4. 4^e Dimension : Planifier l'intervention

Planifier l'intervention consiste à définir et appliquer les stratégies d'intervention à mettre en place. Les stratégies d'intervention sont utilisées comme levier et peuvent être variables selon l'intensité et la détresse vécue par la personne. Ces stratégies permettent d'en arriver à faire diminuer le niveau de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire.

Ainsi, toute stratégie d'intervention proposée et appliquée doit être basée sur une observation concrète et une analyse rigoureuse favorisant une prise de décision éclairée. Chaque intervention doit s'accompagner d'un objectif clair et doit être inscrite dans le temps (c'est cette notion de temps qui permettra de faire le suivi de la situation). C'est à partir des objectifs bien définis qu'il sera possible d'évaluer l'efficacité et d'effectuer la mise à jour du plan d'intervention et du plan de sécurité.

Planifier l'intervention consiste donc, à partir du plan d'intervention et du plan de sécurité, à assurer un suivi à court et moyen terme. Cela permet de réduire la détresse, assurer la sécurité de la personne en favorisant son retour au bien-être et d'assurer la communication entre toute l'équipe interprofessionnelle.

Cette 4^e dimension comprend 1 grande catégorie d'actions :

1) Définir et appliquer les stratégies d'intervention à partir d'un plan d'intervention et d'un plan de sécurité.

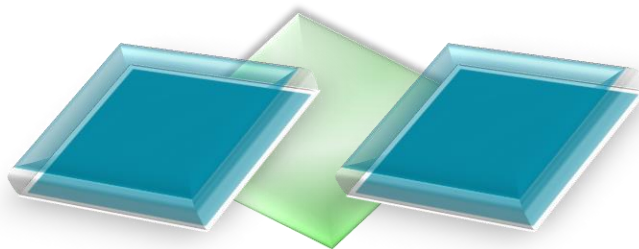
▪ **Choix de stratégies**

Seront déterminées en fonction du jugement clinique du membre de l'équipe habileté à estimer. Ceux-ci interviendront différemment selon les capacités cognitives de la personne :

- **Si la personne a conservé des capacités cognitives et est en mesure de participer à l'amélioration de son état** = il est recommandé de travailler davantage en collaboration avec celle-ci en l'incluant dans son plan d'intervention et à son plan de sécurité (ex. : travailler l'ambivalence, susciter l'introspection, susciter l'espoir, etc.).
- **Si la personne n'est pas en mesure de collaborer** = il est recommandé de travailler davantage sur la mise en place de moyens et de stratégies autour de celle-ci (mettre en place un environnement adapté et sécuritaire, travailler sur l'adaptation du milieu, travailler sur l'approche à privilégier par les membres du personnel, inclure davantage le proche aidant, etc.).

▪ **Fréquence et durée d'un suivi**

Seront déterminées en équipe interprofessionnelle selon le contexte, les besoins et le jugement clinique.



13.4.1. Planifier l'intervention : Pratiques à promouvoir pour soutenir le jugement et l'application des stratégies d'intervention

Avec la personne :



Utiliser une approche centrée sur la personne dans le moment présent

Lorsque l'on intervient avec une personne vivant avec des troubles neurocognitifs, utiliser une approche centrée sur la personne dans le moment présent. Effectivement, comme la personne a des problèmes de mémoire, sa capacité à se projeter dans le temps est limitée (la personne vit dans l'ici et maintenant, l'approche Carpe diem). Il faut aussi se rappeler que les capacités de la personne peuvent changer d'un jour à l'autre et que ces changements demandent de se réajuster régulièrement en s'assurant que la situation n'a pas changé depuis la dernière évaluation.



Renforcer les facteurs de protection et réduire les facteurs de risque

Pour arriver à diminuer le risque de passage à l'acte actuel, tenter d'éliminer les causes des déclencheurs de la détresse, de renforcer les facteurs de protection qui contribuent à protéger la personne et de réduire les facteurs de risque qui augmentent la vulnérabilité et le danger de passage à l'acte.



Susciter l'espoir

Susciter l'espoir permet à la personne de détourner l'attention qu'elle porte à ses soucis vers des aspects positifs de sa vie et vers des solutions à sa situation actuelle. Mais comment arriver à construire l'espoir avec une personne qui n'a plus de repère temporel ni de mémoire ou de souvenir? :

Tenter de mobiliser les forces de la personne, ses ressources, ses compétences et tenter de l'aider à trouver des raisons de vivre en les explorant avec elle et/ou son entourage.

Faites preuve d'empathie et passer le message que le suicide n'est pas une option. Rappeler qu'il existe des moyens accessibles et immédiats pour apaiser la souffrance. Nommer à la personne que sa situation va s'améliorer à court terme.

Pour les personnes qui n'ont pas les capacités cognitives pour faire une introspection, le simple fait de répondre rapidement à ses besoins lui démontre que vous vous préoccupez de son bien-être. Ainsi, vous lui transmettez l'espoir que son état et sa qualité de vie peuvent s'améliorer (ex. : Nous allons vous aider, mon équipe et moi, ainsi que votre proche aidant, s'il y a lieu. Cela vous permettra de vous sentir mieux rapidement).

Ne pas oublier que parfois, de petits changements ou gestes peuvent contribuer à redonner espoir et bien-être à la personne.



Tenter de maintenir un sentiment d'utilité pour la personne

Il est important de fournir à la personne la possibilité de continuer à s'engager dans son quotidien (activités de la vie quotidienne et domestique). Cela lui permet de s'ancrer dans le moment présent, de conserver un sentiment d'utilité et un contact avec son entourage. Lui montrer qu'elle est toujours utile même si ses capacités ne sont plus les mêmes qu'avant en l'impliquant dans de petites tâches, selon ses capacités.



Collaborer avec la personne

Opter toujours pour la recherche de solutions à la situation en collaboration avec la personne, le proche aidant, l'entourage, et ce, même si les capacités cognitives sont diminuées (identifier des stratégies qui l'aident à s'apaiser, miser sur ses forces et ses capacités, etc.).



Soyez conscient de l'importance des contacts humains

Garder en tête que les contacts humains avec des personnes significatives peuvent avoir des effets bénéfiques sur l'état de la personne tout en amenant une diversion positive pour celle-ci. Favoriser, selon les capacités et les désirs de celle-ci, des moments de rencontres, d'échanges et d'activités avec son réseau. Ne pas oublier de demander à la personne d'identifier les gens avec qui elle se sent bien.



Soyez vigilant en cas de négligence ou de maltraitance

Demeurez sensible au fait que la personne ne parlera pas librement si elle perçoit que des conséquences négatives peuvent survenir; notamment dans des situations de négligence ou de maltraitance. Ces situations peuvent d'ailleurs être à l'origine de la détresse psychologique et doivent, sous certaines conditions, faire l'objet d'un signalement. L'implication des proches aidants doit alors se faire avec doigté et vigilance, en considérant la situation dans son ensemble.



Avant de conclure chacune des interventions

À la fin de chacune des interventions, il est important de s'assurer que la personne soit en sécurité et qu'il y ait un retour au calme (avec la mise en place d'un PI comprenant un plan de sécurité). N.B. Il est important d'être conscient que, comme mentionné ci-haut dans le guide, la crise pourrait être masquée et silencieuse, sans agitation apparente. Dans ce cas, le retour à un fonctionnement antérieur ou plus habituel chez la personne (ex. : reprise de l'alimentation, des activités antérieures, etc.) pourrait être le signe d'un certain apaisement émotionnel et retour au calme chez la personne.

Si la personne est en mesure de comprendre, explorer comment elle se sent à la fin de l'intervention :

- La souffrance semble-t-elle avoir diminué?
- Y a-t-il des éléments qui continuent d'inquiéter ou de préoccuper la personne, son proche aidant ou les membres du personnel?
- Explorer ce qui a aidé la personne à se sentir mieux. Si la personne éprouve de la difficulté à verbaliser son ressenti, observer son comportement non verbal et son état.

Avec l'équipe interprofessionnelle



Impliquer et échanger régulièrement avec les membres de l'équipe interprofessionnelle

Est-ce que le personnel (intervenants au dossier, médecin) est au courant de la détresse actuelle de la personne et de ses idées suicidaires?

Peuvent-ils fournir de plus amples informations utiles à l'analyse de la situation? (Ex. : arrive-t-il à la personne d'être impulsive? De se mettre en colère? Quand? Qu'arrive-t-il lorsqu'elle se met en colère? Est-elle dangereuse pour elle-même? Cela a-t-il une influence sur ses idées suicidaires? etc.).

Utiliser le formulaire permettant [d'Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC](#) pour partager une séquence clinique cohérente à l'équipe interprofessionnelle basée sur des faits et observations.

Avec le proche aidant



Favoriser la présence du proche aidant qui se veut un filet de sécurité

La présence du proche aidant est considérée comme un filet de sécurité très important dans la prévention du suicide chez la population en général, mais aussi chez la personne avec un TNC. N'hésitez pas à l'inclure lorsque possible.



Informez le proche aidant des risques

S'assurer que le proche aidant est au courant de la situation en l'informant des risques présents. Il est judicieux également de l'aider à normaliser ses émotions et recueillir auprès de lui différentes informations utiles pour la poursuite des interventions.



Explorer la situation avec le proche aidant

Est-ce que le proche aidant pose des actions pour soutenir la personne, pour assurer sa sécurité? Qu'est-ce qui fonctionne? Qu'est-ce qui fonctionne moins bien?

Est-ce que le proche aidant a tendance à croire que la personne agit comme cela pour manipuler?

Quels sont ses besoins pour faire face aux comportements suicidaires de son proche?



Offrez un soutien au proche aidant

Informez-vous à savoir si le proche aidant a besoin de soutien et d'être mieux outillé pour agir auprès de la personne et ne pas hésiter à l'aider à identifier ses besoins et obtenir l'aide nécessaire (répit, aide psychologique).

Rappelez-vous qu'il existe un lien entre le confort ou la détresse du proche aidant et l'efficacité à prendre soin de l'autre. Si le proche se sent épuisé et dépassé par les événements, il peut être moins alerte aux signaux de détresse ou moins disponible physiquement et émotionnellement à la détresse de l'autre, ce qui peut avoir diverses conséquences (diminution de la capacité à s'impliquer, négligence, maltraitance, etc.).

Diverses réactions et émotions peuvent survenir chez le proche aidant : déni ou sentiment d'impuissance, culpabilité, colère, inquiétude, détresse, etc. Accueillir avec bienveillance le proche aidant et le soutenir dans sa capacité d'agir contribue ultimement au bien-être et à la sécurité de la personne.

Prenez le temps d'explorer les croyances des proches aidants sur la prévention du suicide. Le proche aidant peut aussi entretenir des croyances amenant des préjugés face aux personnes à risque suicidaire vivant avec un TNC (Ex. : les personnes vivant avec un TNC ne sont plus capables de penser au suicide ou ne sont pas capables de poser un geste suicidaire, etc.). Ainsi, il est important de demeurer sensible au fait qu'il peut être tabou ou très souffrant pour le proche aidant de réaliser que la personne pense au suicide ou qu'elle a posé un geste associé au suicide.

Rappelez-vous que les proches aidants de personnes ayant un TNC sont à haut risque d'épuisement et de dépression; facteurs de risque très élevés pouvant les mener aussi au suicide. Favoriser les moments de répit, entre autres, est très important.



Inclure le proche aidant dans le PI

Habituellement, le proche aidant doit être inclus dans le PI et dans le plan de sécurité à moins que sa présence soit jugée nuisible (Ex. : Le proche aidant pourrait être la cause de la détresse émotionnelle de la personne : maltraitance, abus, etc.)



13.4.2. Définir le plan de sécurité

Il est primordial d'élaborer un **plan de sécurité** à mettre en place lors de futurs moments critiques ou de détresse, comprenant les stratégies spécifiques pour la personne à risque de suicide vivant avec un TNC :



Identifier clairement les moments critiques, signes avant-coureurs d'une crise suicidaire potentielle (surveiller : pensées, humeur, situation, comportement, moments critiques qui peuvent faire basculer la personne vers un passage à l'acte suicidaire). Vous pouvez réfléchir avec les proches aidants à des signaux à observer pour aider à comprendre la détresse de la personne.



Identifier les interventions à favoriser lors d'une prochaine crise suicidaire ou lorsque les pensées ou les comportements non sécuritaires ou suicidaires font surface. Identifiez aussi la meilleure façon de communiquer avec la personne (verbalement, gestes, etc.)



Procéder à une discussion interprofessionnelle afin d'émettre des directives de soins au personnel d'assistance (si des soins d'assistance sont offerts) et pour assurer des mesures de protection requises (ex. : lorsque requis, impliquer d'autres membres de l'équipe comme les ASSS et les PAB selon leur quart de travail (jour/soir/nuit)).



Identifier clairement les rôles de chacun des intervenants, qui interpellent en situation de crise (équipe interprofessionnelle, réseau, organisme d'aide) et identifier leurs coordonnées. Partagez les mécanismes de communication à privilégier et identifiez-les clairement afin qu'il y ait continuité des interventions et filet de sécurité.



Impliquer un membre de l'entourage autant que possible (obtenir l'autorisation de la personne) et s'assurer que les coordonnées pour le joindre sont valides. Faites valoir à l'équipe l'importance d'inclure un proche dans la démarche.



Identifier les principaux éléments qui donnent le goût de vivre à la personne afin de s'en servir ultérieurement.



Vérifier que la personne se sente à l'aise avec le plan d'intervention et le plan de sécurité avant de terminer l'intervention (modalités de suivi, etc.).

Invitez-la à vous recontacter en cas de besoin et lui remettre les coordonnées des [ressources d'aide](#). Advenant que la personne ait des limitations ou des incapacités à vous rejoindre ou qu'elle soit déclarée inapte, inviter les autres membres de l'équipe, le proche aidant ou le représentant légal à vous contacter.



Informez la CC/SAC/ICASI/(ASI ou chef) des interventions effectuées.



Détailler vos interventions et votre analyse clinique (processus de prise de décision tel l'estimation, l'intervention, le suivi, etc.) dans les notes évolutives. Vous êtes encouragé, selon le cas et le contexte, à utiliser le formulaire permettant [d'Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC](#) pour soutenir votre analyse et jugement clinique.



13.5. 5^e Dimension : Réestimer

Réestimer consiste à faire un suivi avec la personne en évaluant si les objectifs ont été atteints, c'est-à-dire si l'épisode suicidaire actuel s'est résorbé et si les stratégies d'intervention établies dans le plan d'intervention et le plan de sécurité permettent d'aider la personne et d'éviter que les idées suicidaires perdurent et s'intensifient. Réestimer permet de s'ajuster afin de planifier les interventions à mettre en place pour diminuer la détresse et sécuriser la personne. Cette 5^e dimension propose donc 1 grande catégorie d'action, soit :

1) Mesurer les impacts et ajuster le plan de sécurité

- **Mesurer** l'atteinte des objectifs;
- **Réajuster**, au besoin, les actions et les mesures de sécurité mises en place;
- **Garder contact** avec les membres de l'équipe interprofessionnelle et avec le réseau, s'il y a lieu, en assurant un suivi et une communication adéquate et efficace;
- **Accompagner, au besoin, vers l'utilisation de ressources appropriées** (impliquer des professionnels spécialisés, référer la personne vers un organisme communautaire, favoriser l'intégration d'activités pour stimuler la personne, organiser des visites ou des contacts téléphoniques réguliers en provenance de membres de l'entourage, etc.).

13.5.1. Réestimer : Pratiques à promouvoir pour soutenir le jugement et l'application des stratégies d'intervention



Porter une attention particulière aux périodes de transition :

Par exemple, les craintes face à une future relocalisation, surtout en début de maladie, pourraient être un élément déclencheur d'une crise suicidaire. Il serait donc justifié que l'équipe assure un suivi lors de ces périodes charnières.



Tenter de cerner l'évolution de la situation depuis la dernière rencontre

Est-ce que la détresse émotionnelle est encore préoccupante ? Si oui, les déclencheurs sont-ils encore les mêmes?

Comment la situation a-t-elle évolué depuis la dernière rencontre? (Nouveaux épisodes de détresse? Comment la personne a-t-elle géré la détresse?)

Le plan de sécurité (moyens, méthodes utilisées) correspond-il encore aux besoins et à la réalité de la personne, du proche aidant, de l'équipe interprofessionnelle? Qu'est-ce qui fonctionne bien ? Y a-t-il des ajustements qui devraient être apportés ou qui ont déjà été apportés?



Toujours prendre en considération l'évolution possible de la maladie neurodégénérative sur l'état de la personne

Les capacités de la personne ont-elles diminué depuis les dernières interventions?

Si oui, cela a-t-il un impact sur la suite des interventions (incapacités de la personne à participer désormais à son plan d'action et son plan de sécurité, ajustements des stratégies d'intervention, de l'environnement, etc.)?



Favoriser l'arrimage et la continuité des services

Transmettre les informations à l'équipe interprofessionnelle pour assurer le suivi selon le respect de la confidentialité, du secret professionnel, des normes de l'établissement et du Code des professions.

Si la personne ne se présente pas au rendez-vous, prévoyez une autre date de rencontre ainsi que les procédures à suivre.



S'intéresser au proche aidant

Comment le proche aidant se sent-il dans son rôle?

Comment les choses se sont-elles passées depuis la dernière fois?

Le proche aidant a-t-il besoin d'aide pour développer des stratégies afin d'intervenir auprès de la personne ?

Est-ce que le proche aidant vit de l'épuisement? A-t-il besoin de répit?

Assurer une communication sur une base régulière avec celui-ci;

Inviter le proche aidant à maintenir une certaine vigilance auprès de la personne souffrante, et ce, selon la situation;

Prévoir un accès rapide aux services pour le proche aidant qui formulerait une demande d'aide pour la personne souffrante ou pour lui-même (selon le cas : offre de service à l'interne ou référence externe).

14. Conclusion

La prévention du suicide chez les personnes vivant avec un TNC est un sujet complexe et multifactoriel. Même si peu d'études existent actuellement sur le sujet et que nous devons tendre vers l'amélioration de notre compréhension entre le risque suicidaire et les troubles neurocognitifs, nous savons qu'intervenir dans ce contexte demande d'investir du temps. Une évaluation rigoureuse et centrée sur la personne est nécessaire pour permettre aux membres de l'équipe de considérer tous les éléments permettant d'analyser la situation afin d'intervenir efficacement.

Nous souhaitons que les retombées de ce guide permettent l'amélioration des pratiques et le développement de nouveaux outils d'intervention (ex. : outils permettant de mieux intervenir avec une personne vivant avec un TNC et éprouvant des troubles du langage, etc.).

De plus, bien que le refus d'obtenir l'aide médicale à mourir (AMM) dans un contexte de TNC ait été identifié dans ce guide comme un moment critique, il n'a pas été développé compte tenu des travaux d'élargissement de l'AMM en cours au Québec. Nous espérons que le sujet fasse l'objet de recherches et que des pistes d'intervention en découlent dans les années à venir.

Enfin, nous espérons que ce guide de soutien à la pratique « *Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un TNC* » favorise l'acquisition de meilleures connaissances, permette aux professionnels et aux équipes d'appuyer leur analyse clinique sur des fondements théoriques adaptés à la clientèle et soit un moteur d'échange entre les intervenantes de toutes disciplines et milieux d'intervention.



Annexe 1 : Le syndrome de glissement

Un concept parfois utilisé, mais très controversé

Même si le terme syndrome de glissement est parfois utilisé dans la pratique clinique au sein de certains milieux gériatriques, son utilisation est très controversée dans la littérature scientifique et dans le monde médical en général. Effectivement, il existe une grande subjectivité dans son application (Weimann Péru, J. Pellerin., 2010) et donc une absence de consensus sur les critères diagnostics. Ainsi, le risque lié à l'utilisation de ce terme est d'écarter les autres causes possibles (ex. : dépression, symptômes reliés à un TNC, signes liés à des causes organiques ou médicamenteuses (délire ou apathie, etc.) (Desmidt, 2019) pour expliquer la détresse ou le désir de mourir de la personne âgée. C'est donc pour ces raisons que l'utilisation du terme « symptômes pouvant être reliés au syndrome de glissement » et non « syndrome de glissement » lui-même (Thomas Desmidt, 2019) a été utilisée dans ce guide.

Comprendre le concept qui entoure les symptômes reliés au syndrome de glissement

Le concept qui entoure les symptômes reliés au syndrome de glissement est défini dans la littérature comme étant une affection spécifique des personnes âgées qui perdraient tout désir de vivre. **Il prendrait la forme d'un processus suicidaire, parfois qualifié de « suicide inconscient » ou de « renoncement prématuré à vivre ».** Effectivement, ce syndrome se manifesterait par une décompensation rapide de l'état général, sans cause organique connue et avec une évolution sévère et souvent irréversible.

Ce syndrome amènerait une perte soudaine de l'autonomie. À force de ne pas bouger, la personne en arriverait à perdre réellement ses capacités physiques amenant de multiples répercussions comme une grande dépendance à autrui pouvant aller jusqu'au décès (ex : perte d'intérêt et arrêt des activités de loisirs, perte de goût à la vie, amaigrissement, affaiblissement, déconditionnement, perte d'intérêt à manger, déshydratation pouvant mener à des infections urinaires, incontinence, épisodes de confusion, augmentation des troubles neurocognitifs, refus de prendre sa médication, de se laver, de se mobiliser, opposition à recevoir des soins, repli sur soi, arrêt de communication, agressivité, etc.)

Les études démontrent que les symptômes pouvant être reliés au syndrome de glissement se développeraieent principalement suite à un choc vécu par la personne qui vivrait d'importantes angoisses liées à la peur de se retrouver seule, au sentiment d'abandon. Tout dépendamment de la personnalité, ce choc pourrait être de causes différentes (ex. : décès d'un proche, déménagement, hospitalisation, éloignement de la famille, conséquences suite à une chute, à une fracture, à une maladie, etc.). Les symptômes pouvant être reliés au syndrome de glissement pourraient aussi s'installer lorsque la personne reprend du mieux et qu'elle se retrouve en période de convalescence. Effectivement, le fait que la maladie ait été **perçue** et vécue comme éprouvante pour la personne pourrait être un élément déclencheur des symptômes.

Enfin, puisque les symptômes reliés au syndrome de glissement sont encore méconnus et controversés et puisqu'ils s'apparentent souvent à une dépression, plusieurs hésitent à consulter rapidement un médecin ou à en parler à l'équipe interprofessionnelle croyant que les symptômes seront de passage et sans conséquences graves. Effectivement, ce concept étant difficile à bien comprendre, il peut parfois être ardu pour le professionnel de départager ce qui appartient à un **refus de traitement conscient et réfléchi**, aux symptômes de **dépression** (dépression masquée ou non), aux symptômes reliés au **TNC**, à des signes liés à des **causes organiques ou médicamenteuses** (délire ou apathie) et à ce qui appartient aux **symptômes reliés au syndrome de glissement** comme tel (soit à une forme de **suicide inconscient** et à un **renoncement prématuré à vivre**).

Les symptômes reliés au syndrome de glissement : Pratiques à promouvoir pour soutenir le jugement et l'application des stratégies d'intervention.



Demeurer à l'affût des signes et symptômes

Si vous constatez une grande perte d'autonomie et un changement d'attitude important qui évolue rapidement peu de temps après un choc vécu par la personne, il faut en parler. Le temps de réactivité de l'intervenante et/ou du proche aidant pour alerter l'équipe interprofessionnelle ou le médecin est primordial. Cela permet de diminuer le risque de décès et d'augmenter les chances que la personne retrouve une certaine autonomie antérieure.



S'assurer que la personne soit bien entourée lors d'une période de convalescence

La période de convalescence représente un moment critique durant lequel des symptômes reliés au syndrome de glissement peuvent s'installer. Il est important de s'assurer que la personne soit bien entourée, aidée et soutenue physiquement et psychologiquement pendant cette période.



Bien préparer les changements de vie ou de milieu

Si un changement de milieu de vie est à prévoir, il est essentiel de bien le préparer avec la personne, lorsque possible, afin qu'elle puisse sentir qu'elle est partie prenante de la décision. Permettre à la personne de choisir son milieu de vie est une pratique à promouvoir et peut permettre d'éviter un sentiment d'abandon et autres conséquences.



Travailler sur le rétablissement psychologique dès l'admission à l'hôpital

Considérant qu'une majorité des personnes ayant des symptômes reliés à un syndrome de glissement auront des conséquences graves et fatales, les soins apportés pour remédier à la situation seront souvent de l'ordre de l'hospitalisation. Travailler sur le rétablissement psychologique dès l'admission à l'hôpital est primordial afin de permettre à la personne de s'exprimer sur sa détresse et ses envies de mourir pour ainsi espérer tendre vers un rétablissement (J. Armstrong, M., Corsentino, P. et al., 2019).

Annexe 2 : Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte chez la personne vivant avec un trouble neurocognitif (TNC)



LR6732

**ESTIMER LA DANGÉROSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE
CHEZ LA PERSONNE VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF (TNC)**

Ce formulaire doit être utilisé si vous jugez que les atteintes cognitives de la personne affectent ses capacités mnésiques, temporelles et fonctionnelles et qu'elle ne semble pas en mesure de répondre au formulaire 6334-Rapport d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Avant de compléter ce formulaire, vous devez vous référer au Guide de soutien « Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un trouble neurocognitif (TNC) », à son aide-mémoire ou aux fiches synthèses.

1 — DESCRIPTION DE LA SITUATION (signes de détresse, moments critiques repérés, déclencheurs de la détresse)

2 — RISQUE SUICIDAIRE

Détresse émotionnelle et expression d'un désir de mourir (provenant de la personne elle-même et/ou observations de l'entourage)

- Y a-t-il manifestation d'une détresse émotionnelle? (colère, désarroi, tristesse, apathie, etc.) Oui Non **Précisions :** _____
- Quelle est la perception de la personne face à sa situation actuelle? (sens donné à la mort, etc.) : _____
- Y a-t-il des verbalisations, comportements, signes actuels exprimant un désir de mourir? Oui Non **Précisions :** _____
- Y a-t-il des verbalisations, comportements, signes actuels exprimant un désir de se suicider? Oui Non **Précisions :** _____

Degré de perturbation de la personne (Physique/verbal/psychologique)

- Le niveau de fonctionnement habituel de la personne a-t-il changé? (plus agitée, sommeil perturbé, capacité d'effectuer ses activités quotidiennes habituelles) Oui Non **Précisions :** _____
- La personne a-t-elle des comportements perturbateurs? (SCPD, agitation, désorganisation, agressivité) Oui Non **Précisions :** _____
- L'environnement et l'approche des intervenants influencent-ils les comportements suicidaires perturbateurs? Oui Non **Précisions :** _____
- Le degré de perturbation se manifeste-t-il par une escalade émotionnelle et comportementale? (détresse qui s'amplifie et qui affecte la pensée, l'humeur, le comportement) Oui Non **Précisions :** _____

Idéations suicidaires

- Y a-t-il présence de ruminations, idéations et verbalisations suicidaires? (fréquence, sévérité) Oui Non **Précisions :** _____
 - o Si oui, sont-elles influencées par la présence de comportements perturbateurs? (SCPD, agitation, etc.) Oui Non
- Des interventions ont-elles été tentées pour diminuer la présence d'idéations/comportements suicidaires? (diversion, etc.) Oui Non **Précisions :** _____
 - o Si oui, précisez les stratégies/interventions qui ont fonctionné : _____

Impulsivité associée à un comportement suicidaire et danger entraîné par ce comportement

- Y a-t-il présence impulsivité instabilité comportementale état de panique qui génèrent une dangerosité comportement suicidaire? Oui **Précisions :** _____

3 — DANGER DE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Tentative de suicide dans le passé fugue dans le passé acte violent **Si oui, précisez** (fréquence, quand, sévérité – élément déclencheur, perception actuelle de la personne : déçue d'être en vie) : _____

Source : Inspiré du Rapport d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (14 ans et plus) du CISSSLAU FP-CISSL-6334

Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un TNC

Nom :

Prénom :

Dossier :

Le comportement suicidaire se répète-t-il dans le temps? (qu'il soit exprimé de façon identique à la dernière fois ou non) Oui Non
Précisions : _____

Le geste dangereux (fugue, acte violent) se répète-t-il dans le temps? (qu'il soit exprimé de façon identique à la dernière fois ou non)
 Oui Non Précisions : _____

Planification du suicide (peut diverger selon le degré d'atteinte des fonctions cognitives)

- Y a-t-il un acte planifié, imminent? (peu importe le réalisme du scénario) Oui Non Précisions : _____

- Y a-t-il un moyen déterminé? (même si le moyen semble illogique ou anodin) Oui Non Précisions : _____

- La personne a-t-elle accès au moyen? Oui Non Précisions : _____
o Si oui, la personne a-t-elle la capacité physique et cognitive pour passer à l'acte? Oui Non Précisions : _____

Incapacité à se contrôler (impulsivité, etc.)

Oui Non Précisions : _____

Incapacité à prendre soin de soi (ou non collaborante aux soins, refuse qu'on prenne soin d'elle)

Oui Non Précisions : _____

Incapacité à espérer un changement en raison d'une diminution de ses capacités cognitives (raisons de vivre, espoir) (perception de la personne/observations de l'entourage)

Oui Non Précisions : _____

Absence de réseau, isolement (habite avec/liens affectifs, présence soutenante/filet de sécurité)

Oui Non Précisions : _____

Synthèse de mon évaluation pouvant guider le niveau d'urgence

Désir de mourir :

A- Pas d'idées suicidaires, mais expression du désir de mourir sans impulsivité ou sans augmentation de la dangerosité

B- Pas d'idées suicidaires, mais expression du désir de mourir avec impulsivité et/ou augmentation de la dangerosité

Planification du suicide :

C- Idées suicidaires sans plan, sans impulsivité ou sans augmentation de la dangerosité

D- Idées suicidaires avec moyen envisagé non dangereux

E- Idées suicidaires avec moyen envisagé dangereux

Autre :

La personne n'a pas d'idées suicidaires, toutefois elle adopte des comportements dangereux nécessitant des interventions afin de la protéger des risques possibles

4 — FACTEURS AGGRAVANTS À TENIR COMPTE DANS L'ANALYSE CLINIQUE

(Tenir compte également du degré des atteintes cognitives et d'évolution de la maladie)

FACTEURS DE PROTECTION À TENIR COMPTE DANS L'ANALYSE CLINIQUE

(Tenir compte également du degré des atteintes cognitives et d'évolution de la maladie)

5 — ANALYSE CLINIQUE ET RECOMMANDATIONS

(Analyse : après avoir complété les sections précédentes, en tenant compte des facteurs aggravants, de protection et du degré des atteintes cognitives, quelle est mon analyse clinique, le niveau d'urgence d'intervenir, etc.)

(Recommandations : actions à entreprendre pour réduire risque suicide, diminuer détresse, augmenter sécurité et bien-être à court, moyen terme.)

État de la personne à la fin de la rencontre : Calme Collaborante Agitée Agressive Autre (spécifiez) : _____

Moments critiques/déclencheurs à surveiller dans le futur : (Éléments susceptibles d'augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire) : _____

Impacts du TNC à tenir compte (diminution capacités à communiquer, etc.) et moyens de communication à privilégier auprès de la personne : _____



**ESTIMER LA DANGEROUSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE
CHEZ LA PERSONNE VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF (TNC)**

Nom, coordonnées intervenant significatif : _____ Coordonnées validées

Nom, coordonnées proche aidant impliqué : _____ Coordonnées validées

Nature de l'implication du proche aidant : _____

Un soutien est-il donné au proche aidant : _____

Coordonnées autres ressources impliquées : _____

Poursuite des interventions : Suivi régulier Modéré Intensif

Précision : _____

Autre(s) suivi(s) requis :

- Aucun
- SAPA-SAD
- Suivi étroit
- Crise
- Service ou organisme spécifique
- Santé mentale
- Signalement ou signalement ou suivi avec Curateur public
- Signalement pour maltraitance
- Autres (spécifiez) : _____

Prochain rendez-vous prévu (aaaa-mm-jj) : _____

Plan en cas d'absence au rendez-vous : Oui Non Précision : _____

Consentement pour divulguer l'information contenue au rapport : Oui Non À qui : _____

Date du consentement (aaaa-mm-jj) : _____

Consentement donné par qui (la personne, représentant légal, consentement substitué) : _____

RAPPEL IMPORTANT :

Compléter le plan de sécurité en impliquant la personne (si possible), ses proches, l'équipe interprofessionnelle.

Organiser une rencontre interdisciplinaire et s'assurer qu'un suivi soit fait.

INFORMATIONS À PARTAGER LORS DE LA RENCONTRE INTERDISCIPLINAIRE (résumé de votre analyse clinique et recommandations, moment critique/déclencheur à surveiller, impact du TNC sur la personne et son entourage, moyen de communication à privilégier pour intervenir auprès de la personne, principales directives du plan de sécurité, rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe et du milieu de vie, etc.).

Nom de l'intervenant	Signature	Permis	aaaa/mm/jj

Annexe 3 : Aide-mémoire au Guide de soutien à la pratique Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un TNC

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

AIDE-MÉMOIRE

Guide de soutien « Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un **TROUBLE NEUROCOGNITIF (TNC)**¹ ».

DSAP A-SAD : GUICHET, SAD, RI-RPA, CH et SG

Attention aux perceptions qui limitent le repérage

Les idées suicidaires chez les personnes vivant avec un TNC sont un phénomène sous-estimé :

- Questionner ses préjugés (limitent-ils mes interventions, m'amènent-ils à banaliser ou à éviter d'aborder la détresse de l'autre?).
- Prendre le temps de comprendre le sens que la personne donne à la mort et au suicide.
- Tenter de comprendre les maux au-delà des mots (le TNC altère souvent la capacité de communiquer).
- Prendre en considération toutes manifestations associées au suicide et ce, même si le geste semble insensé ou inoffensif. Une intervention est nécessaire pour déterminer la dangerosité et l'urgence d'agir.

Si la sécurité de la personne est compromise

Déterminer et mettre en place les mesures de protection requises avec la personne :

- La diriger, l'accompagner physiquement vers l'intervenant pivot ou CC/SAC/ICASI/supérieur immédiat et s'assurer qu'elle :
 - 1- Est dans un environnement physique approprié à sa condition;
 - 2- N'a pas accès à des objets pouvant compromettre sa sécurité;
 - 3- Bénéficiera de la présence ou l'implication d'un proche, autant que possible;
 - 4- Selon ses capacités, comprend les mesures de protection établies afin d'assurer sa sécurité (ou le réseau est informé);
 - 5- Est référée vers les ressources d'urgence (contactez-vous-même la ressource si vous le jugez pertinent).

Repérer la personne vulnérable au suicide

Exemples d'éléments à repérer	
Moments critiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annonce d'un dx (surtout les 6 premiers mois et s'il entraîne un processus dégénératif ex : TNC, cancer, etc.) ▪ Hospitalisation ou déménagement (surtout si non souhaité) ▪ Personne non admissible à l'aide médicale à mourir ▪ Perte significative : Décès conjoint/proche aidant, perte permis conduire (surtout chez les hommes) ▪ Perte d'autonomie amenant une grande dépendance à autrui ▪ Maltraitance
Signes de détresse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Messages verbaux (« Je veux aller rejoindre mon conjoint(e) ») ▪ Épuisement, dépression, anxiété, isolement, changement de comportement ▪ Perte d'appétit soudaine, refus de prendre sa médication, refus des soins, perte de poids, etc. ▪ Comportements d'agitation de type SCOPD (agitation physique, verbale, syndrome crépusculaire, etc.)

Repérage positif si vous êtes

- Un membre du personnel = Référer à l'intervenant pivot ou CC/SAC/ICASI/supérieur immédiat pour qu'il y ait poursuite des interventions.
- Un intervenant = Procéder au dépistage.

Dépister la présence d'idées suicidaires

- Si la personne n'est pas en mesure de répondre aux 3 questions proposées dans la procédure prévention du suicide en DSAPA-SAD = Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC à partir des facteurs et causes à l'origine de la détresse émotionnelle pour clarifier ce qui appartient à la détresse émotionnelle vs au désir de mourir ou de se suicider.



Exemples de facteurs et causes de détresse	
Conscience de la maladie et de ses répercussions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anxiété lors de l'annonce de la maladie, non acceptation du diagnostic, peur de l'avenir et des pertes à venir, méfiance envers les services de santé
Problématiques d'ordre physique, mental ou relationnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur chronique non soulagée, anxiété, etc.
Symptômes reliés à la maladie (TNC)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démence à corps de Lewy amenant des idées délirantes ou hallucinations

¹ Au besoin, se référer au Guide de soutien « Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un trouble neurocognitif (TNC) ». [\(Clic ici\)](#)
Source : Inadapté de l'aide-mémoire « [Repérer et identifier une personne en acte d'autosuicide à risque de suicide, DSAPA](#) ».

Besoins compromis ou non répondus (SCPD)	<ul style="list-style-type: none"> Comportements de type SCPD (causes physiologiques, pharmacologiques, psychologiques)
Environnement physique	<ul style="list-style-type: none"> Chambre trop exigüe amenant une désorganisation, privation sensorielle, absence de repères, éclairage inadéquat, etc.
Approche utilisée	<ul style="list-style-type: none"> Intrusion rapide dans l'espace personnel, communication non adaptée, changement de routine, etc.

Estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire

Quelques indicateurs importants à tenir compte	
Caractéristiques et impacts du TNC à tenir compte	<ul style="list-style-type: none"> Type du dx, stade d'évolution de la maladie, degré d'atteintes cognitives et présence ou non de SCPD Capacité de la personne à faire référence à ses expériences passées Capacité à exprimer ses besoins et capacité de communiquer avec l'autre, etc.
Facteurs aggravants	<ul style="list-style-type: none"> Dévoilement d'un scénario, d'un moyen, intoxication, impulsivité ou agitation Isolément, perte d'autonomie, dépression, certains types de TNC plus à risque (Dx fronto temporal et Huntington lorsque la personne a encore la capacité de fonctionner), absence d'un filet de sécurité, fermeture à recevoir de l'aide
Facteurs de protection	<ul style="list-style-type: none"> Capacité à se contrôler et à prendre soin de soi, capacité cognitive suffisante pour reconnaître le problème et espérer un changement, collaboration de la personne, capacité à exprimer ses besoins Présence d'un réseau, soutien social et émotionnel Démence Alzheimer ou autres démences au stade avancé avec incapacités à agir
Fonctionnement habituel	<ul style="list-style-type: none"> Changement du niveau de fonctionnement habituel de la personne (changement de comportement, sommeil perturbé, altération des capacités à effectuer ses activités quotidiennes habituelles)
Comportements perturbateurs	<ul style="list-style-type: none"> Comportements perturbateurs qui génèrent un danger de blessure, mort, comportement suicidaire (SCPD, agitation, impulsivité, désorganisation, agressivité) Impact de l'environnement autour de la personne et l'approche utilisée par l'entourage Présence d'escalade émotionnelle et comportementale (détresse qui s'amplifie et qui affecte la pensée, l'humeur, le comportement).
Risque suicidaire (Probabilité)	<ul style="list-style-type: none"> Présence de ruminations, idées et verbalisations suicidaires (fréquence, sévérité). Sont-elles influencées par les comportements perturbateurs? Des interventions ont-elles été tentées pour diminuer la présence d'idées et comportements suicidaires (diversion, etc.). Ont-elles fonctionné?
Danger de passage à l'acte (Risque réel)	<ul style="list-style-type: none"> Tentative de suicide, fugue, acte violent présent ou passé (Quand, sévérité, élément déclencheur) Le geste se répète-t-il dans le temps (qu'il soit exprimé de façon identique ou non) Planification du suicide, peu importe le réalisme du scénario (peut diverger selon le degré d'atteintes des fonctions cognitives) Moyen déterminé (même si le moyen semble illogique ou anodin), accès au moyen, capacité physique et cognitive de passer à l'acte? Moyen légal?
Niveau de dangerosité (Niveau d'urgence)	<ul style="list-style-type: none"> Suite à cette estimation, quelles sont les priorités sur lesquelles je dois intervenir? Quelle est la liste des actions et les types d'interventions à préconiser (ajouter au plan de sécurité et plan d'intervention) Rappel : il peut y avoir une grande différence entre une personne nommant le désir de mourir sans évoquer de scénario ni de moyen et entre une personne avec une planification précise et un moyen légal à portée de main.




Réestimer pour mesurer les impacts de vos interventions

- Réviser le plan de sécurité, prendre en considération l'évolution possible du TNC, la diminution des capacités de la personne (impact sur la collaboration, capacité à communiquer). Les besoins du proche aidant ont-ils changé, les rôles des membres de l'équipe interprofessionnelle doivent-ils être ajustés, etc.).

Confidentialité et consentement

- Que la personne soit déclarée inapte ou non au sens de la loi, tenter d'obtenir son consentement avant de transmettre les informations sur le risque suicidaire à moins que la sécurité ou celle d'autrui soit menacée. Dans ce cas, partager uniquement les informations visant à assurer la sécurité aux personnes susceptibles de porter secours.

Ressources d'urgence (Ne demeurez jamais seul dans vos dossiers)

PERSONNES À RISQUE DE SUICIDE ET LEUR PROCHE	INTERVENANTS DU CISSS BLAU (BOUTIN CLINIQUE)
24h sur 24h, 7 jours sur 7  Centre de prévention du suicide Faubourg 1 866-APELLE (227-3553)  Info-Social 8-11  Suicide.ca : clavardage, texto, ressources, outils	<ul style="list-style-type: none"> Ligne partenaire d'Info-Social 450-420-4174 (ne.jamais.transmettre.ca numéro à un usage) Centre de prévention du suicide Faubourg au 1 866 APELLE (277-3553) Équipe de crise en santé mentale de votre secteur
Ressources pour les personnes vivant avec un TNC et leurs proches : (ressources non spécifiques à la prévention du suicide)	<ul style="list-style-type: none"> Société d'Alzheimer 1 800 978-7881 Malcom Aloïc Alzheimer 450 860-6225 L'Antridant 578 888-0211 L'Appui Laurentides 1 855 592-3007

Annexe 4 : Plan de sécurité



LR6733

PLAN DE SÉCURITÉ POUR LA PERSONNE PRÉSENTANT DES IDÉATIONS SUICIDAIRES ET VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF (TNC)

Avant de compléter ce formulaire, vous devez vous référer au Guide de soutien « Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un trouble neurocognitif (TNC), à son aide-mémoire ou aux fiches synthèses.

- ✓ Ce plan de sécurité est utilisé si vous jugez que les atteintes cognitives de la personne affectent ses capacités mnésiques, temporelles et fonctionnelles.
- ✓ Selon ses capacités, il est important d'inclure la personne, son proche aidant ou l'équipe interprofessionnelle au moment de compléter le plan de sécurité.

1 - SIGNAUX D'ALARME

Quels sont les événements ou les situations à risque de faire augmenter mes idées suicidaires (moments critiques, éléments déclencheurs)?

Quels sont mes signes avant-coureurs à tenir compte lorsque je me sens moins bien ou que j'ai des idées suicidaires?

- Émotions, sensations corporelles : _____
- Comportements, SCPD : _____
- Changement de l'apparence physique, comportement, escalade émotionnelle (poings fermés, désorganisation, etc.) : _____
- Autres : _____

2 - LES STRATÉGIES QUI M'AIDENT

Quelles sont les stratégies qui me font du bien et qui peuvent être utilisées pour accentuer mon bien-être et diminuer mes pensées suicidaires?

- Stratégies de diversion : _____
- Techniques de relaxation, participation activités sociales, domestiques, etc. : _____
- Autres : _____

3 - MES PERSONNES-RESSOURCES

- ✓ Ces personnes sont en mesure de me soutenir et d'assurer ma sécurité.
- ✓ Ces personnes sont informées de ce plan de sécurité et acceptent d'intervenir au besoin.

Nom de la personne et téléphone : _____

Nom de la personne et téléphone : _____

Source : FP-CISSS-6344 Plan de sécurité chez un usager présentant des idées suicidaires (14 ans et plus)

Nom :

Prénom :

Dossier :

4 - RESSOURCES SPÉCIALISÉES ET PROFESSIONNELLES À CONTACTER LORS D'UNE CRISE

Nom de l'intervenant et téléphone : _____

Hôpital et téléphone : _____

Centre de prévention suicide Faubourg (1-866-APPELLE (277-3553) : _____

Info-social (811, option 2) : _____

Service d'urgence (911) : _____

Lignes d'écoute et coordonnées : _____

5 - STRATÉGIES À PRENDRE POUR SÉCURISER L'ENVIRONNEMENT

Cette étape permet d'identifier des moyens pour rendre l'environnement plus sécuritaire.

- Quels sont les moyens, articles, meubles, produits dangereux qui devraient être sécurisés? : _____

- J'ai accès à des armes à feu : Oui Non

- Comment rendre mon environnement plus sécuritaire et me protéger? _____

6 - MOYENS À PRENDRE POUR REVENIR À UN BIEN-ÊTRE ET DONNER L'ENVIE DE VIVRE

- Quelles sont les choses ou les personnes qui sont significatives pour moi, qui favorisent un retour au calme ou au bien-être? Les choses ou les personnes qui contribuent à me tenir en vie ou qui m'ont gardé en vie dans le passé (raisons de vivre)? : _____

Le plan de sécurité est établi avec :

La personne Son proche L'équipe interprofessionnelle

Consentement pour divulguer l'information au plan de sécurité : Oui Non À qui : _____

➤ Date du consentement (aaaa-mm-jj) : _____

Consentement donné par qui (la personne elle-même, représentant légal ou consentement substitué) : _____

Je (usager), _____ et/ou je (proche aidant), _____
(Nom, prénom) (Nom, prénom)

me sens suffisamment outillé(e) et en confiance pour appliquer le plan de sécurité. Date : _____
(aaaa-mm-jj)

IMPORTANT : L'équipe interprofessionnelles est informée de l'existence de ce plan de sécurité et chaque membre connaît son rôle à jouer?
 Oui Non


Nom de l'intervenant

Signature

Permis

aaaa/mm/jj

Annexe 5 : Gabarit de notes



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Gabarit de notes

Estimer le risque suicidaire chez la personne vivant avec un TNC

Date, heure, endroit où l'estimation a eu lieu et description de la situation

- Origine et signes de la détresse émotionnelle, moments critiques, déclencheur, etc.

Risque suicidaire et danger de passage à l'acte

- Détresse actuelle de la personne vivant avec un TNC¹
- Désir de mourir et sens donné à la mort et au suicide
- Degré de perturbation de la personne
- Scénario actuel et antécédents d'idées ou de gestes suicidaires

Facteurs de risque

- Condition et état qui peuvent accroître le risque
- Éléments de l'histoire de vie personnelle, familiale et traumatiques qui peuvent accroître le risque

Facteurs de protection

- Capacités internes
- Présence de l'entourage et capacité à assurer la sécurité et promouvoir le bien-être
- Lien de confiance et collaboration dans les interventions
- Forces et ressources pouvant contribuer à protéger la personne vivant avec un TNC

Analyse *Toujours se baser sur le jugement clinique et discussions interdisciplinaires*

- Impression finale quant au risque suicidaire (enjeux, moments critiques à surveiller dans le futur, etc.)

Opinion professionnelle

Recommandations

Plan de sécurité établi avec la personne et/ou l'entourage significatif

- Mesures pour assurer la sécurité / réduire l'accès au moyen / surveillance / moyens d'apaisement identifiés
- Ressources disponibles
- Mesures pour soutenir l'entourage

Fin de l'entretien et démarches requises

- État de la personne à la fin de la rencontre [calme, anxieuse], démarches, résultats, mesures prises pour la sécurité, etc.

Suivi requis / prochains rendez-vous prévus / consentement à divulguer l'information

- Divulguer quoi à qui / consentement de la personne elle-même ou consentement substitué

Délais ou date de révision du plan de sécurité et des moyens utilisés

Noms et coordonnées des personnes impliquées

- Intervenant, proche aidant, ressource communautaire, etc.)

Signature et date

¹ Au besoin, se référer au Guide de soutien « Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un trouble neurocognitif (TNC) et à son aide-mémoire. (Lien à venir)

Ref. : CISSS des Laurentides, Janvier 2023. [Gabarit de note RSIPA Dépistage du risque de chute - Prévention des chutes](#) Page 1 de 1

Annexe 6 : Vignettes cliniques

Les 6 vignettes cliniques suivantes permettent d'aborder différents thèmes liés à l'intervention auprès des personnes à risque de suicide vivant avec un TNC.



Sans fournir de réponses exhaustives, les pistes d'action proposées visent à ouvrir la discussion entre les membres de l'équipe interprofessionnelle ainsi qu'à soutenir le jugement clinique et les réflexions face aux situations délicates et complexes qui peuvent être vécues dans l'intervention. À noter que ces vignettes cliniques sont fictives, mais plusieurs éléments sont inspirés de situations réelles.

Enfin, prendre note que pour proposer des exemples concrets, les informations contenues dans les vignettes n° 4 et 5 ont été transposées dans le document *Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC*.

VIGNETTE CLINIQUE N° 1

THÈME ABORDÉ

Éviter de conclure trop rapidement à un risque suicidaire alors que la personne exprime plutôt une détresse émotionnelle sans désir de mourir

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Madame Tremblay est âgée de 80 ans. Elle a reçu il y a environ un an un diagnostic de trouble neurocognitif non spécifié. Elle a également éprouvé au cours de sa vie quelques épisodes dépressifs avec anxiété. Mme Tremblay habite seule en condo. Son fils unique demeure en Nouvelle-Écosse et Mme a peu de contacts avec lui. Elle qualifie sa relation de non significative, ce qui lui fait beaucoup de peine. Son seul aidant est son ancien voisin. Celui-ci est très impliqué auprès de Mme, autant pour les soins que pour les accompagnements aux rendez-vous médicaux. Puisque Mme Tremblay a de plus en plus de pertes de mémoire et qu'elle est désorientée dans le temps, son fonctionnement au quotidien s'en trouve affecté. Elle ne sait plus quel moment de la journée nous sommes, elle oublie rapidement la tâche en cours, elle n'arrive plus à faire ses courses ni ses repas. Son moral est à la baisse et elle demeure couchée une bonne partie de la journée.

L'entourage de Mme Tremblay est de plus en plus préoccupé par sa perte d'autonomie (incapacité cognitive à faire ses démarches et à organiser les étapes pour mener à bien une tâche, oublie les démarches en cours, présente un manque du mot qui l'empêche de formuler et d'exprimer des demandes, etc.). Il y a quelques semaines, l'aidant a demandé de l'aide au soutien à domicile pour Mme Tremblay. Mme refuse les services la plupart du temps affirmant être tout à fait autonome. Pour sa part, le médecin de famille de Mme lui a recommandé de déménager en RPA constatant qu'elle ne pourrait dorénavant plus demeurer seule. Mme Tremblay en fut très affectée et refusa de déménager.

Quelques jours plus tard, la TS assignée au dossier de Mme Tremblay l'a rejointe par téléphone. Mme pleurait, affirmait vouloir être seule, vouloir mourir en paix et racrocha l'appareil. La TS s'est donc déplacée au domicile afin de procéder au dépistage du risque suicidaire de Mme Tremblay. La TS a pris le temps de poser les 3 questions de dépistage et de questionner Mme sur ses intentions réelles ainsi que sur la cause de sa détresse. La TS constata que Mme n'avait jamais fait de tentative de suicide, mais qu'elle exprimait n'avoir aucune raison de vivre et se sentir inutile. Mme verbalisa qu'elle pensait souvent à la mort, mais ne voulait pas s'enlever la vie. Son discours était parfois décousu et incohérent : quelquefois Mme mentionnait qu'elle n'avait identifié aucun moyen pour mettre fin à ses jours et soudain, dans la même discussion, mentionnait qu'elle pourrait sans doute sauter en bas du balcon, sachant très bien que sa chute ne serait pas fatale.

Finalement, l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire a permis à Mme Tremblay d'exprimer sa détresse et d'apaiser sa souffrance, se sentant comprise et non jugée. La cause de la souffrance était davantage reliée à la douleur de faire face à sa perte d'autonomie et à la relocalisation envisagée plutôt qu'à un désir de s'enlever la vie. La TS a pu explorer différentes pistes de solutions avec elle, lui permettant d'accepter l'aide et ainsi faciliter son maintien à domicile.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

- Aider Mme à diminuer son anxiété en lui permettant d'exprimer ce qu'elle ressent, dans ses propres mots.
- Valider le sens que Mme donne à ses propos, au désir de mourir.
- Aider Mme à retrouver un sentiment d'utilité et de plaisir dans son quotidien.
- Explorer les sources d'intérêts de Mme, de son histoire de vie afin d'identifier des activités quotidiennes qui pourraient stimuler son sentiment d'utilité et lui donner une raison de vivre.
- Mettre l'emphase sur les forces et capacités de Mme (empowerment).
- Impliquer Mme dans les services qui pourraient l'aider dans son quotidien, que ce soit à domicile ou dans les démarches pour choisir une ressource d'hébergement, en fonction de ses capacités.
- Impliquer le proche aidant (avec le consentement de Mme) afin d'aider l'équipe interprofessionnelle à mieux la connaître, ses goûts, ses intérêts et ce qui lui fait du bien pour que tous puissent en teinter leurs interventions.
- Impliquer le proche aidant afin de soutenir Mme et lui rappeler régulièrement les solutions qui ont été mises en place pour permettre le maintien à domicile et l'aider à se sentir plus utile.
- Être conscients, l'équipe interprofessionnelle et le proche aidant, que Mme a des pertes de mémoire avec une grande fluctuation dans son humeur. L'envie de mourir revient souvent dans son discours, donc les interventions seront probablement à faire régulièrement afin d'amener Mme dans un sentiment de bien-être autant que possible.
- Réévaluer au besoin le risque suicidaire.



VIGNETTE CLINIQUE N° 2

THÈME ABORDÉ

Dans les dossiers complexes, l'importance capitale de travailler en interdisciplinarité, de favoriser une bonne communication entre les différents acteurs et d'adapter spécifiquement les interventions en contexte de prévention du suicide et de SCPD.

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Monsieur Valiquette est âgé de 77 ans et il est atteint d'un TNC mixte avec SCPD. Il souffre également de dépression depuis quelques années. M. Valiquette est marié depuis longtemps avec sa conjointe. Celle-ci ainsi que son beau-frère sont très impliqués auprès de lui. Monsieur est connu pour faire des chutes volontaires, c'est-à-dire qu'il se lance délibérément au sol pour se blesser.

Récemment, M. fut hospitalisé suite à des blessures causées par une chute. Alors qu'il était à l'hôpital, M. Valiquette exprima à plusieurs reprises son désir de mourir. De plus, pendant son hospitalisation, M. s'enfuit en taxi à l'insu du personnel soignant dans le but de retourner chez lui. M. fut ramené au centre hospitalier par les policiers. Au congé de l'hôpital, M. fut relocalisé en RI puisque son épouse ne se sentait plus en mesure de lui offrir les soins nécessaires à domicile.

Dans la ressource d'hébergement, monsieur continue à chuter régulièrement, parfois volontairement, parfois à cause de pertes d'équilibre. Il présente des comportements d'agitation et d'agressivité verbale et physique (agrippe les préposées par le bras, déplace rageusement des meubles sur l'unité, etc.). Les membres du personnel tentent de faire diversion afin de l'apaiser. Toutefois, la diversion semble faire de moins en moins effet et une escalade des SCPD est constatée. M. tient des propos incohérents à caractère sexuel et suicidaire et il refuse souvent de prendre sa médication. Un agent de sécurité a été mis en place pour le surveiller afin d'assurer sa sécurité et celle d'autrui. Toutefois, au moment où l'agent de sécurité fut distrait, monsieur Valiquette s'étendit sur le carrelage au sol et se frappa violemment la tête à plusieurs reprises en exprimant vouloir mourir et disparaître. M. fut rapidement dirigé par ambulance à l'hôpital. Après les examens médicaux de routine, monsieur fut retourné à la ressource. Le soir même, M. retournait au centre hospitalier à la suite d'une autre tentative de suicide.

Au moment où M. fut plus calme, la TS pu procéder à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire afin de mieux comprendre, entre autres, la cause de sa détresse psychologique. Dans ses mots, M. pu exprimer son sentiment d'être trahi par son épouse suite à son hébergement et son incompréhension face à la nécessité d'être hébergé dans cette ressource. Sa compréhension et sa capacité à communiquer étant très limitées en raison des atteintes cognitives, la TS éprouve, encore à ce jour, beaucoup de difficulté à accompagner M. pour diminuer son sentiment de détresse qui l'habite constamment.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

- **Comprendre le concept relié aux SCPD comme étant l'expression de la détresse émotionnelle vécue par la personne.**
- **Travailler en interdisciplinarité vers un objectif commun, qu'il s'agisse des membres du personnel du centre hospitalier, de la RI, de la préposée aux bénéficiaires, l'agent de sécurité, la TS, des intervenants de l'équipe en santé mentale et ce, en assurant une très bonne communication fluide et bidirectionnelle, élément essentiel. Ne jamais oublier de toujours bien clarifier les rôles de chacun des membres de l'équipe, qui ont tous une importance à divers niveaux.**
- **Travailler de concert avec les différentes ressources spécialisées pour être guidé ou dirigé (service de téléconsultation de l'unité régionale SCPD du CISSSLAU, etc.)**
- **Outiller et sensibiliser les professionnels à la détresse exprimée par monsieur à travers un contexte de délirium et d'agitation comportementale.**
- **Encourager la présence ou l'implication de l'épouse et du beau-frère, afin de favoriser une présence chaleureuse et rassurante.**
- **Adapter l'environnement pour le rendre sécuritaire, offrir une surveillance accrue.**
- **Tenter de diminuer le sentiment de détresse en personnalisant la chambre de monsieur afin de lui donner le sentiment d'être chez lui, lui offrir collations ou repas maison préparés par les proches, etc.**
- **Bien connaître l'histoire de vie de M. et tenter de l'impliquer ou de le faire participer à différentes tâches, etc.**

VIGNETTE CLINIQUE N° 3

THÈME ABORDÉ

L'importance de déterminer l'élément déclencheur ou la cause réelle de la détresse exprimée ainsi que la manière dont elle peut être soulagée.

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Madame Leduc est âgée de 76 ans et elle a reçu récemment un diagnostic de TNC léger. Elle se situe dans les premiers stades de la maladie. Elle a également un diagnostic de dépression chronique et elle prend des antidépresseurs depuis de nombreuses années. Madame Leduc est veuve depuis 15 ans et elle habite seule en appartement, dans une résidence privée pour aînés autonomes. Elle a de légères pertes de mémoire à court terme, elle répète régulièrement les mêmes choses. Sa capacité de rétention de l'information est faible et il lui est difficile de faire de nouveaux apprentissages. Toutefois, elle est fonctionnelle dans son milieu de vie et ne reçoit aucun service. Mme a un fils unique avec qui elle n'a plus de contacts car celui-ci a des problèmes de consommation et il est sans domicile fixe. Mme en est très attristée. La nièce de Mme est son unique proche. Elle est peu disponible, mais adéquate lorsque présente auprès de sa tante.

Récemment, Mme a dû être hospitalisée à cause d'un problème cardiaque. Son état médical s'est stabilisé avec le temps, mais le personnel soignant a constaté qu'elle présentait un affect dépressif important. Mme est apathique, pleure beaucoup, mentionne que sa vie est inutile, ne comprend pas pourquoi elle est encore sur Terre et exprime à quelques reprises son souhait de disparaître et de mourir. Avant de signer le congé, l'équipe soignante fait une requête en service social afin d'évaluer la cause de la détresse, le risque suicidaire et s'il est sécuritaire que Mme Leduc retourne chez elle. L'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire de la TS démontre que Mme Leduc est consciente de ses pertes cognitives et qu'elle n'arrive pas à accepter sa perte d'autonomie ni les pertes fonctionnelles à venir. Mme Leduc a le sentiment de n'être plus bonne à rien, mais ne souhaite pas mourir.

La TS a constaté que Mme Leduc aimait par moments sortir de sa chambre pour aller aider les autres personnes hospitalisées. Elle a constaté qu'à ce moment, Mme Leduc semblait heureuse, elle riait et semblait oublier qu'elle avait des atteintes cognitives.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

- **Concier et collaborer en équipe (ergothérapeute, infirmière, TS, médecin, psychiatre) afin de trouver des pistes d'intervention pour soulager la détresse de madame et l'aider à diminuer ses symptômes dépressifs.**
- **Maintenir madame au centre hospitalier le temps de stabiliser son état, dans un plan d'intervention concerté.**
- **Impliquer graduellement madame auprès des autres personnes hospitalisées afin de leur offrir son aide, stimuler l'empowerment.**
- **Offrir à madame un environnement similaire à un milieu de vie.**
- **Explorer de quelle façon la proche aidante souhaite s'impliquer.**
- **Favoriser la réflexion et la prise de décision de Mme concernant une éventuelle relocalisation en RPA de type familial, où madame pourrait s'impliquer et maintenir son sentiment d'utilité.**
- **Mettre l'emphase sur ses capacités et ses forces, malgré les atteintes cognitives, par exemple son altruisme et son désir d'aider les autres dans leurs activités de la vie quotidienne.**
- **Être conscient de la fragilité de l'état émotionnel de Mme Leduc ainsi que de son état de conscience et d'inquiétude face à son TNC et réévaluer le risque suicidaire au besoin.**
- **Au congé du centre hospitalier, transmettre, si pertinent et nécessaire, les informations pertinentes (RPA, proche aidant, CLSC) pour le suivi du dossier (avec le consentement de Mme).**

VIGNETTE CLINIQUE N° 4

THÈME ABORDÉ

L'importance des interventions pouvant être réalisées afin de combler les besoins de façon à diminuer la détresse et l'anxiété de la personne.

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Madame Laberge est âgée de 78 ans. Elle souffre d'un trouble neurocognitif diagnostiqué depuis plus de 5 ans et les pertes cognitives sont en progression constante. Mme est veuve et elle demeure en RPA suite au décès de son mari. Elle a une fille unique qui est sa seule proche aidante. Celle-ci est très impliquée auprès de sa mère. Madame Laberge présente d'importantes difficultés d'orientation dans l'espace et le temps, causant une perte de repères et provoquant par le fait même un fort sentiment d'angoisse et d'incompréhension chez Mme. Elle a des épisodes d'incontinence de plus en plus fréquents, ne sachant plus utiliser seule les toilettes. Lorsque cela arrive, Mme devient anxieuse et elle cache ses vêtements souillés dans ses tiroirs.

La fille de Mme Laberge l'appelle à tous les jours et Mme lui demande de venir la chercher à chaque fois. Étant donné qu'elle ne participe à aucune activité et n'a aucun loisir, Mme exprime un sentiment envahissant d'ennui. Elle verbalise ses sentiments ainsi : « Je ne sers plus à rien, il n'y a rien à faire ici, je n'ai pas d'amis, je ne connais personne, que le bon Dieu vienne me chercher, je ne veux plus vivre comme ça ».

Quelques mois plus tard, la fille de Madame prit la décision de déménager sa mère dans une autre RPA offrant plus de services et ayant une approche centrée sur les besoins de la personne. La fille constata que madame s'adapta rapidement à son nouveau milieu de vie et qu'elle participait à plusieurs activités (aide à la préparation des repas et à la vie de la maison, etc.). De plus, Mme acceptant l'aide discrète des intervenantes (aller à la toilette, etc.), l'anxiété reliée aux épisodes d'incontinence et à l'utilisation des toilettes fut moins apparente. Maintenant, lorsque la fille appelle sa mère, Mme Laberge est de belle humeur et n'exprime plus l'envie de mourir. Les conversations sont courtes car Mme est souvent attendue pour participer aux activités.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

- Évaluer quels sont les besoins non comblés (besoin d'aller à la toilette, incompréhension de l'environnement, ennui, isolement, etc.).
- Explorer quelles sont les émotions ressenties face à certains comportements qui pourraient causer de la détresse (ex. : sentiment de honte et anxiété en lien avec les incontinences, etc.).
- Se questionner si le milieu de vie est le meilleur endroit pour répondre aux besoins de la personne vivant avec un TNC.
- Impliquer le proche aidant afin de mieux identifier les goûts, intérêts et préférences des gens vivant avec un TNC, en vue de mieux cibler les activités et loisirs pouvant répondre aux besoins.
- Offrir du soutien au personnel des ressources afin de les outiller face à leurs interventions auprès des gens vivant avec un TNC.

**ESTIMER LA DANGEROUSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE
CHEZ LA PERSONNE VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF (TNC)**

Ce formulaire doit être utilisé si vous jugez que les atteintes cognitives de la personne affectent ses capacités mnésiques, temporelles et fonctionnelles et qu'elle ne semble pas en mesure de répondre au formulaire 6334-Rapport d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Avant de compléter ce formulaire, vous devez vous référer au Guide de soutien « Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un trouble neurocognitif (TNC), à son aide-mémoire ou aux fiches synthèses.

1 — DESCRIPTION DE LA SITUATION (signes de détresse, moments critiques repérés, déclencheurs de la détresse)

- **Situation** : TNC qui dégénère rapidement et perte d'autonomie (incontinence, difficulté à utiliser les toilettes).
- **Signes de détresse** : Expression d'un désir de mourir et sentiment d'inutilité, incompréhension, ennui et isolement (n'a pas d'ami). Angoisse, anxiété (Mme a-t-elle des symptômes dépressifs?).
- **Moments critiques** : Veuve et demeure en RPA depuis le décès de son mari.
- **Déclencheurs** : Mme a de plus en plus d'épisodes d'incontinence ne sachant plus utiliser les toilettes, devient anxieuse, cache ses vêtements.

2 — RISQUE SUICIDAIRE

Détresse émotionnelle et expression d'un désir de mourir (provenant de la personne elle-même et/ou observations de l'entourage)

- Y a-t-il manifestation d'une détresse émotionnelle? (colère, désarroi, tristesse, apathie, etc.) **Oui** **Non Précisions** :
Détresse émotionnelle et envie de mourir présentes. Quelle est l'intention de la dame, ses émotions sous-jacentes? À investiguer
- Quelle est la perception de la personne face à sa situation actuelle? (sens donné à la mort, etc.) :
« Je ne peux plus vivre comme ça » semble exprimer un sentiment d'inutilité, de perte de valeur, d'ennui et isolement (n'a pas d'ami). À investiguer

- Y a-t-il des verbalisations, comportements, signes actuels exprimant un désir de mourir? **Oui** **Non Précisions** :

« Je ne sers plus à rien », « Que le bon Dieu vienne me chercher », « Je ne veux plus vivre comme ça ».

- Y a-t-il des verbalisations, comportements, signes actuels exprimant un désir de se suicider? **Oui** **Non Précisions** :
À l'ère vue, ne semble pas y avoir un risque de passage à l'acte suicidaire, mais plutôt une façon d'exprimer sa détresse et déprime. À investiguer

Degré de perturbation de la personne (Physique/verbal/psychologique)

- Le niveau de fonctionnement habituel de la personne a-t-il changé? (plus agitée, sommeil perturbé, capacité d'effectuer ses activités quotidiennes habituelles) **Oui** **Non Précisions** :

Anxieuse, cache ses vêtements, ne participe pas aux activités

- La personne a-t-elle des comportements perturbateurs? (SCPD, agitation, désorganisation, agressivité) **Oui** **Non Précisions** :
Pouvons supposer que cacher ses vêtements souillés pourrait être un SCPD, mais pourrait aussi être une façon de cacher sa perte d'autonomie. À investiguer en questionnant davantage Mme et l'entourage.

- L'environnement et l'approche des intervenants influencent-ils les comportements suicidaires perturbateurs? **Oui** **Non Précisions** :
La 1ère RPA ne répondait pas aux besoins, augmentait la détresse et les comportements perturbateurs? Une approche centrée sur les capacités de Mme, approche discrète et aidante au niveau de ses incontinences et l'établissement d'une routine pour aller à la toilette l'a aidée significativement.

- Le degré de perturbation se manifeste-t-il par une escalade émotionnelle et comportementale? (détresse qui s'amplifie et qui affecte la pensée, l'humeur, le comportement) **Oui** **Non Précisions** :

La détresse est disparue lorsque Mme a été relocalisée dans une RPA répondant à ses besoins, offrant une approche plus adaptée.

Idéations suicidaires

- Y a-t-il présence de ruminations, idéations et verbalisations suicidaires? (fréquence, sévérité) **Oui** **Non Précisions** :

Depuis sa relocalisation, Mme est calme et ne démontre plus de signe de détresse.

- o Si oui, sont-elles influencées par la présence de comportements perturbateurs? (SCPD, agitation, etc.) **Oui** **Non**

Précisions : _____

- Des interventions ont-elles été tentées pour diminuer la présence d'idéations/comportements suicidaires? (diversion, etc.) **Oui** **Non**

Précisions : _____

- o Si oui, précisez les stratégies/interventions qui ont fonctionné :

Le changement de RPA avec une approche centrée sur la personne et une approche plus discrète d'aide, ainsi que la participation de Mme à certaines activités et aux tâches de la maison ont permis de diminuer sa détresse émotionnelle.

Impulsivité associée à un comportement suicidaire et danger entraîné par ce comportement

- Y a-t-il présence impulsivité instabilité comportementale état de panique qui génèrent une dangerosité comportement suicidaire?
 Oui **Non Précisions** : _____

3 — DANGER DE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Tentative de suicide dans le passé fugue dans le passé acte violent **Oui, précisez** (fréquence, quand, sévérité – élément déclencheur, perception actuelle de la personne : déçue d'être en vie) : Pas nommé dans la vignette.

Le comportement suicidaire se répète-t-il dans le temps? (qu'il soit exprimé de façon identique à la dernière fois ou non) Oui Non
 Précisions : _____

Le geste dangereux (fugue, acte violent) se répète-t-il dans le temps? (qu'il soit exprimé de façon identique à la dernière fois ou non)
 Oui Non Précisions : _____

Planification du suicide (peut diverger selon le degré d'atteinte des fonctions cognitives)

- Y a-t-il un acte planifié, imminent? (peu importe le réalisme du scénario) Oui Non Précisions : _____
- Y a-t-il un moyen déterminé? (même si le moyen semble illogique ou anodin) Oui Non Précisions : _____
- La personne a-t-elle accès au moyen? Oui Non Précisions : _____
 - o Si oui, la personne a-t-elle la capacité physique et cognitive pour passer à l'acte? Oui Non Précisions : _____

Incapacité à se contrôler (impulsivité, etc.)
 Oui Non Précisions : **Semble être capable de nommer à sa fille ses besoins et son état d'être.**

Incapacité à prendre soin de soi (ou non collaborante aux soins, refuse qu'on prenne soin d'elle)
 Oui Non Précisions : **Accepte que l'on prenne soin d'elle.**

Incapacité à espérer un changement en raison d'une diminution de ses capacités cognitives (raisons de vivre, espoir) (perception de la personne/observations de l'entourage)
 Oui Non Précisions : **Ne semble pas être capable puisque ses fonctions cognitives dégradent très rapidement. À investiguer**

Absence de réseau, isolement (habite avec/liens affectifs, présence soutenance/filet de sécurité)
 Oui Non Précisions : **Fille très présente.**

Synthèse de mon évaluation pouvant guider le niveau d'urgence à intervenir

Désir de mourir :

- A- Pas d'idées suicidaires, mais expression du désir de mourir sans impulsivité ou sans augmentation de la dangerosité
- B- Pas d'idées suicidaires, mais expression du désir de mourir avec impulsivité et/ou augmentation de la dangerosité

Planification du suicide :

- C- Idées suicidaires sans plan, sans impulsivité ou sans augmentation de la dangerosité
- D- Idées suicidaires avec moyen envisagé non dangereux
- E- Idées suicidaires avec moyen envisagé dangereux

Autre :

- La personne n'a pas d'idées suicidaires, toutefois elle adopte des comportements dangereux nécessitant des interventions afin de la protéger des risques possibles

4 — FACTEURS AGGRAVANTS À TENIR COMPTE DANS L'ANALYSE CLINIQUE
 (Tenir compte également du degré des atteintes cognitives et d'évolution de la maladie)
 Dégradation rapide des fonctions cognitives (cet élément peut être un facteur aggravant comme un facteur de protection). Déménagement récent dans une nouvelle RPA. 1^{er} milieu de vie qui n'offre pas une approche adaptée aux besoins de Mme. Décès de son mari avant sa relocalisation.

FACTEURS DE PROTECTION À TENIR COMPTE DANS L'ANALYSE CLINIQUE
 (Tenir compte également du degré des atteintes cognitives et d'évolution de la maladie)
 Présence d'un réseau social, bonne adaptation dans sa 2^e RPA, accepte l'aide offerte, présence de sources de satisfaction dans la vie de la personne et engagement communautaire (participe aux activités RPA). Fille présente et aidante.

5 — ANALYSE CLINIQUE ET RECOMMANDATIONS

-Selon les informations recueillies lors de l'évaluation et observations, la dame présente une détresse émotionnelle reliée à sa difficulté à utiliser la toilette seule, ce qui génère des incontinences et engendre des sentiments de honte et d'anxiété.
 -Mme a encore conscience de ses difficultés et sa perception d'elle-même en est affectée.
 -Se sent inutile car ne fait aucune activité et ne parvient pas à se lier d'amitié avec d'autres résidents, engendrant un sentiment d'ennui et d'isolement.
 -Détresse manifestée via des verbalisations (je ne veux plus vivre ainsi, souhaite que le bon Dieu vienne la chercher).
 -Interventions visant la compensation des difficultés ont eu un impact direct sur la détresse émotionnelle de Mme (qualité de vie et l'humeur de Mme se sont améliorées et son anxiété a diminué : se sent utile en participant aux tâches, socialise, participe aux activités de la RPA).
 -Considérons donc, dans les circonstances actuelles, que le risque de passage à l'acte est très faible. Poursuivons donc le suivi régulier.

Recommandations :

- Élimination : Rappels réguliers, mais discrets pour salle de bain, pictogramme toilette sur porte, signalisation toilettes, paniers à linge identifiés, etc.
- Investigations plus approfondies lors de l'expression des envies de mourir (identifier les déclencheurs d'anxiété et de détresse).
- Améliorer le sentiment d'utilité par le biais d'activités et de menues tâches dans la RPA (ex : aider préparation repas, participer aux différents services auprès des résidents, explorer intérêts et passe-temps antérieurs, etc.).
- Divertir Mme lors des appels avec sa fille en la recentrant sur des pensées apaisantes.
- Faire le lien avec la RPA pour communiquer les informations importantes (avec autorisation de Mme).

État de la personne à la fin de la rencontre : Calme Collaborante Agitée Agressive Autre (spécifiez) : _____

Impacts du TNC à tenir compte (diminution capacités à communiquer, etc.) et moyens de communication à privilégier pour intervenir auprès de la personne Pas de spécificités à ce niveau.

Moments critiques/déclencheurs à surveiller dans le futur : (Éléments susceptibles d'augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire) :
 Être à l'affût des verbalisations face à la mort, surveiller symptômes en lien avec les incontinences et la gestion de la salle de bain.

**ESTIMER LA DANGEROUSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE
CHEZ LA PERSONNE VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF (TNC)**

Nom, coordonnées intervenant significatif : xx Coordonnées validées

Nom, coordonnées proche aidant impliqué : filie Coordonnées validées

Nature de l'implication du proche aidant : présence hebdomadaire, belle collaboration

Un soutien est-il donné au proche aidant : au besoin

Coordonnées autres ressources impliquées : xx

Poursuite des interventions : Suivi régulier Modéré Intensif

Précision : xx

Autre(s) suivi(s) requis :

- Aucun
- SAPA-SAD
- Suivi étroit
- Crise
- Service ou organisme spécifique
- Santé mentale
- Signalement ou suivi avec Curateur public
- Signalement pour maltraitance
- Autres (spécifiez) : _____

Prochain rendez-vous prévu (aaaa-mm-jj) : xx

Plan en cas d'absence au rendez-vous : Oui Non Précision : xx

Consentement pour divulguer l'information contenue au rapport : Oui Non À qui : xx

Date du consentement (aaaa-mm-jj) : xx

Consentement donné par qui (la personne, représentant légal, consentement substitué) : xx

RAPPEL IMPORTANT :

Compléter le plan de sécurité en impliquant la personne (si possible), ses proches, l'équipe interprofessionnelle.

Organiser une rencontre interdisciplinaire et s'assurer qu'un suivi soit fait.

INFORMATIONS À PARTAGER LORS DE LA RENCONTRE INTERDISCIPLINAIRE (résumé de votre analyse clinique et recommandations, moment critique/déclencheur à surveiller, impact du TNC sur la personne et son entourage, moyen de communication à privilégier pour intervenir auprès de la personne, principales directives du plan de sécurité, rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe et du milieu de vie, etc.).

<u>xx</u>	<u>xx</u>	<u>xx</u>	<u>xx</u>
Nom de l'intervenant	Signature	Permis	aaaa/mm/jj

VIGNETTE CLINIQUE N° 5

THÈME ABORDÉ

Susciter l'espoir en invitant la personne à se tourner vers ses forces et les aspects positifs de sa vie.

Accompagner la personne pour lui permettre de trouver ses solutions en mobilisant ses ressources et compétences.

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Monsieur Bérubé est âgé de 60 ans et il a reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer précoce il y a 8 mois. Il est un ancien professionnel de la santé à la retraite. Lors de l'annonce du diagnostic, le médecin de monsieur Bérubé lui a également retiré son permis de conduire. Celui-ci a été fortement ébranlé par ces deux événements et pour tenter de gérer les émotions qui en découlaient, il a commencé à consommer de l'alcool de façon régulière. Les conflits de couple ont débuté et son épouse, n'en pouvant plus, a exigé à monsieur qu'il soit hébergé en RPA.

Suite à sa relocalisation, monsieur Bérubé continuait à entretenir un fort sentiment d'injustice, de manque de respect ainsi qu'une impression de manque de considération envers son jugement et ses capacités. Il exprimait avec colère se sentir privé de ses droits et libertés. Il verbalisait ces propos : « Pourquoi moi? Pourquoi dois-je quitter ma maison? C'est trop difficile, ce n'est pas une vie. Si je suis pour vivre de cette façon, je souhaite plutôt mourir ». Le personnel de la résidence, inquiet, a avisé la travailleuse sociale du CLSC des propos suicidaires de monsieur Bérubé. La TS rencontra M. afin de procéder à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.

La TS a rapidement constaté que monsieur avait un grand besoin de parler, verbaliser ses émotions et de se sentir compris. Le besoin d'être autonome et de ne pas être pris en charge ressortait de ses propos. Monsieur a également exprimé le besoin d'expérimenter des relations égalitaires, le droit de pouvoir continuer à fumer et consommer de l'alcool régulièrement de façon sécuritaire. Les rencontres régulières avec la TS, ainsi que la mise en place de stratégies visant à adapter le milieu de vie aux besoins de monsieur ont fait diminuer les idées suicidaires puisque celui-ci s'est senti compris et respecté. Être consulté pour trouver des solutions lui a permis de se sentir considéré et concerné.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

- **Encourager la personne à trouver ses propres solutions en mobilisant ses ressources et compétences, tout en lui permettant de reprendre du pouvoir sur sa vie.**
- **Outiller le personnel soignant face aux interventions à préconiser afin d'adapter le milieu de vie pour qu'il réponde aux besoins de la personne vivant avec un TNC.**
- **Permettre à la personne d'exprimer ses émotions quant à sa réalité, ses peurs, ses préoccupations et lui offrir une écoute accueillante et bienveillante.**
- **Travailler en concertation avec le personnel du milieu de vie vers un objectif commun.**

**ESTIMER LA DANGÉROSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE
CHEZ LA PERSONNE VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF (TNC)**

Ce formulaire doit être utilisé si vous jugez que les atteintes cognitives de la personne affectent ses capacités mnésiques, temporelles et fonctionnelles et qu'elle ne semble pas en mesure de répondre au formulaire 6334-Rapport d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Avant de compléter ce formulaire, vous devez vous référer au Guide de soutien « Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un trouble neurocognitif (TNC), à son aide-mémoire ou aux fiches synthèse.

1 — DESCRIPTION DE LA SITUATION (signes de détresse, moments critiques repérés, déclencheurs de la détresse)

Signes détresse : Expression d'un désir de mourir : « C'est trop difficile, je ne souhaite pas vivre de cette façon, plutôt mourir ». Consommation d'alcool.

Moments critiques : Retrait du permis de conduire, annonce du diagnostic d'Alzheimer, difficultés de couple, relocalisation en RPA contre son gré, conscient de sa maladie et de ses répercussions.

2 — RISQUE SUICIDAIRE

Détresse émotionnelle et expression d'un désir de mourir (provenant de la personne elle-même et/ou observations de l'entourage)

- Y a-t-il manifestation d'une détresse émotionnelle? (colère, désarroi, tristesse, apathie, etc.) **Oui** **Non** **Précisions :**

Colère, incompréhension, désarroi, sentiment de manque de respect et de considération à son endroit.

- Quelle est la perception de la personne face à sa situation actuelle? (sens donné à la mort, etc.) :

Fort sentiment d'injustice face à ses droits et libertés suite à sa relocalisation en RPA.

- Y a-t-il des verbalisations, comportements, signes actuels exprimant un désir de mourir? **Oui** **Non** **Précisions :**

Expression d'un désir de mourir : « C'est trop difficile, je ne souhaite pas vivre de cette façon, plutôt mourir »

- Y a-t-il des verbalisations, comportements, signes actuels exprimant un désir de se suicider? **Oui** **Non** **Précisions :**

L'histoire ne le dit pas. À investiguer.

Degré de perturbation de la personne (Physique/verbal/psychologique)

- Le niveau de fonctionnement habituel de la personne a-t-il changé? (plus agitée, sommeil perturbé, capacité d'effectuer ses activités quotidiennes habituelles) **Oui** **Non** **Précisions :**

Consommation d'alcool depuis la survenue des moments critiques, conflits de couple

- La personne a-t-elle des comportements perturbateurs? (SCPD, agitation, désorganisation, agressivité) **Oui** **Non** **Précisions :**

Agressivité, colère. Investiguer la nature et la manifestation de ces comportements.

- L'environnement et l'approche des intervenants influencent-ils les comportements suicidaires perturbateurs? **Oui** **Non** **Précisions :**

Retrait des droits de M. face à sa consommation (cigarette, alcool), ainsi que la relocalisation à la demande de l'épouse accentuent le sentiment d'incompréhension, de perte d'autonomie et de perte de liberté.

- Le degré de perturbation se manifeste-t-il par une escalade émotionnelle et comportementale? (détresse qui s'amplifie et qui affecte la pensée, l'humeur, le comportement) **Oui** **Non** **Précisions :**

Présence de plus de conflits de couple. Est-ce que l'agressivité et la colère ont augmenté? À investiguer.

Idéations suicidaires

- Y a-t-il présence de ruminations, idéations et verbalisations suicidaires? (fréquence, sévérité) **Oui** **Non** **Précisions :**

Semble y avoir beaucoup de ruminations. À investiguer.

o Si oui, sont-elles influencées par la présence de comportements perturbateurs? (SCPD, agitation, etc.) **Oui** **Non**

Précisions? : À investiguer

- Des interventions ont-elles été tentées pour diminuer la présence d'idéations/comportements suicidaires? (diversion, etc.) **Oui** **Non**

Précisions :

o Si oui, précisez les stratégies/interventions qui ont fonctionné : Oui, avec la TS qui a offert une écoute active à M., lui permettant de se sentir compris tout en favorisant son besoin d'autonomie, de relations égalitaires et son droit de fumer et consommer de l'alcool. Les rencontres avec la TS ont permis la mise en place de stratégies visant à adapter le milieu de vie aux besoins de M. et ont favorisé la diminution des idées suicidaires.

Impulsivité associée à un comportement suicidaire et danger entraîné par ce comportement

- Y a-t-il présence impulsivité instabilité comportementale état de panique qui génèrent une dangerosité comportement suicidaire?

Oui **Non** **Précisions :** Probablement...N'est pas nommé clairement dans la vignette. À investiguer.

3 — DANGER DE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Tentative de suicide dans le passé fugue dans le passé acte violent Si oui, précisez (fréquence, quand, sévérité – élément déclencheur, perception actuelle de la personne : déçue d'être en vie) : À investiguer.

Source : Inspiré du Rapport d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (14 ans et plus) du CISSSLAU FP-CISS-6334

Le comportement suicidaire se répète-t-il dans le temps? (qu'il soit exprimé de façon identique à la dernière fois ou non) Oui Non
 Précisions ? : À investiguer.

Le geste dangereux (fugue, acte violent) se répète-t-il dans le temps? (qu'il soit exprimé de façon identique à la dernière fois ou non)
 Oui Non Précisions? : À investiguer.

Planification du suicide (peut diverger selon le degré d'atteinte des fonctions cognitives)

- Y a-t-il un acte planifié, imminent? (peu importe le réalisme du scénario) Oui Non Précisions? : À investiguer _____
- Y a-t-il un moyen déterminé? (même si le moyen semble illogique ou anodin) Oui Non Précisions? : À investiguer _____
- La personne a-t-elle accès au moyen? Oui Non Précisions? : À investiguer.
 - o Si oui, la personne a-t-elle la capacité physique et cognitive pour passer à l'acte? x Oui Non Précisions : _____

Incapacité à se contrôler? (impulsivité, etc.)
 Oui Non Précisions : En présence de la TS, M. démontre sa capacité d'exprimer ses besoins et parle de ce qui est important pour lui. Toutefois, sa capacité à se contrôler serait à investiguer.

Incapacité à prendre soin de soi (ou non collaborante aux soins, refuse qu'on prenne soin d'elle)
 Oui Non Précisions ? : À investiguer. Toutefois, M. exprime clairement son besoin de pouvoir boire de l'alcool et fumer de façon sécuritaire, ce qui laisse penser qu'il a une certaine capacité à prendre soin de lui

Incapacité à espérer un changement en raison d'une diminution de ses capacités cognitives (raisons de vivre, espoir) (perception de la personne/observations de l'entourage)
 Oui Non Précisions : Semble en mesure d'espérer un changement puisque les rencontres avec la TS lui ont permis de se sentir concerné et respecté et de trouver des compromis afin de lui permettre de fumer et de consommer de l'alcool de façon sécuritaire.

Absence de réseau, isolement (habite avec/liens affectifs, présence soutenance/filet de sécurité)
 Oui Non Précisions : Personnel de la RPA présent. Bon lien avec la TS. L'épouse est présente, mais le lien entre elle et M. serait à investiguer. M. a-t-il un réseau social autre que son épouse (famille, amis?).

Synthèse de mon évaluation pouvant guider le niveau d'urgence

Désir de mourir :

- A- Pas d'idées suicidaires, mais expression du désir de mourir sans impulsivité ou sans augmentation de la dangerosité
- B- Pas d'idées suicidaires, mais expression du désir de mourir avec impulsivité et/ou augmentation de la dangerosité

Planification du suicide :

- C- Idées suicidaires sans plan, sans impulsivité ou sans augmentation de la dangerosité
- D- Idées suicidaires avec moyen envisagé non dangereux
- E- Idées suicidaires avec moyen envisagé dangereux

Autre :

- La personne n'a pas d'idées suicidaires, toutefois elle adopte des comportements dangereux nécessitant des interventions afin de la protéger des risques possibles

4 — FACTEURS AGGRAVANTS À TENIR COMPTE DANS L'ANALYSE CLINIQUE
 Conscient de sa maladie (semble être dans les 1er mois suivant l'annonce du dx). Habitudes de consommation à surveiller (possibilité d'augmentation, d'impulsivité). Perte permis conduire (qui le prive de liberté). Déménagement en RPA (décision ne vient pas de lui). Difficultés de couple.

FACTEURS DE PROTECTION À TENIR COMPTE DANS L'ANALYSE CLINIQUE
 Présence de sources de satisfaction dans la vie de M. (alcool, cigarettes). Capacité d'exprimer ses émotions et ses besoins. Capacité à faire des compromis. Conjointe? (à valider si facteur de protection ou non).

5 — ANALYSE CLINIQUE ET RECOMMANDATIONS

- Il est possible de croire que M. vit des difficultés d'adaptation suite au dx d'Alzheimer, l'amenant à consommer de l'alcool pour engourdir les émotions négatives. De plus, le retrait du permis de conduire semble avoir affecté le sentiment d'autonomie et d'indépendance de M. et avoir engendré diverses émotions (colère, sentiment d'injustice). Emotions exacerbées par le déménagement en RPA et le sentiment d'être infantilisé et pris en charge.
- Peu d'informations sur la nature des difficultés conjugales, mais il se pourrait que M. n'ait pas accès à un soutien optimal pour traverser ces épreuves et qu'il ait de la difficulté à comprendre la raison de son hébergement (ex : difficulté de la conjointe à s'occuper d'une personne avec un TNC, etc.).
- Étant un ancien professionnel de la santé, M. souhaite probablement être considéré pour ses connaissances et ne pas être réduit au statut d'usager.
- Considérons donc que ces facteurs peuvent avoir contribué au développement du désir de mourir chez M. À cet égard, dans les circonstances actuelles et en tenant compte des facteurs aggravants et de protection, considérons que le risque de passage à l'acte est modéré.

Recommandations :

- Demeurer vigilant et investiguer: moments critiques, déclencheurs. Appliquer mesures sécurité si nécessaire (risque d'impulsivité, agressivité, colère).
- Permettre la consommation sécuritaire et modérée d'alcool et cigarettes (sources de satisfactions actuelles de M.).
- Pourrait être pertinent de voir auprès de l'épouse quel rôle elle est prête à jouer auprès de son conjoint pour l'aider dans ces importants changements que sont l'acceptation du dx, la perte du permis de conduire, le déménagement, etc.
- Inviter le médecin traitant à expliquer à M. les raisons l'ayant mené à retirer son permis de conduire.
- Permettre la visite régulière d'un intervenant pour instaurer un lien de confiance et permettre à M. de pouvoir s'exprimer sur son vécu.
- L'impliquer dans la mise en place de ses soins, faire appel à ses compétences, connaissances et adopter une approche égalitaire avec lui.

État de la personne à la fin de la rencontre : Calme Collaborante Agitée Agressive Autre (spécifiez) :

Moments critiques/déclencheurs à surveiller dans le futur : (Éléments susceptibles d'augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire) : Être à l'affût des verbalisations face à la mort, Surveiller toutes situations pouvant donner la perception à M. de le priver de sa liberté et bafouer ses droits.

Impacts du TNC et moyens de communication à privilégier pour intervenir auprès de la personne Pas de spécificités à ce niveau

**ESTIMER LA DANGEROUSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE
CHEZ LA PERSONNE VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF (TNC)**

Nom, coordonnées intervenant significatif : xx _____ Coordonnées validées

Nom, coordonnées proche aidant impliqué : xx _____ Coordonnées validées

Nature de l'implication du proche aidant : À investiguer _____

Un soutien est-il donné au proche aidant : À investiguer _____

Coordonnées autres ressources impliquées : xx _____

Poursuite des interventions : Suivi régulier Modéré Intensif

Précision : _____

Autre(s) suivi(s) requis :

- Aucun
- SAPA-SAD
- Suivi étroit
- Crise
- Service ou organisme spécifique
- Santé mentale
- Signalement ou suivi avec Curateur public
- Signalement pour maltraitance
- Autres (spécifiez) : suivi psychosocial _____

Prochain rendez-vous prévu (aaaa-mm-jj) :xx _____

Plan en cas d'absence au rendez-vous : Oui Non Précision : _____

Consentement pour divulguer l'information contenue au rapport : Oui Non À qui : xx _____

Date du consentement (aaaa-mm-jj) : xx _____

Consentement donné par qui (la personne, représentant légal, consentement substitué) :xx _____

RAPPEL IMPORTANT :

Compléter le plan de sécurité en impliquant la personne (si possible), ses proches, l'équipe interprofessionnelle.

Organiser une rencontre interdisciplinaire et s'assurer qu'un suivi soit fait.

INFORMATIONS À PARTAGER LORS DE LA RENCONTRE INTERDISCIPLINAIRE (résumé de votre analyse clinique et recommandations, moment critique/déclencheur à surveiller, impact du TNC sur la personne et son entourage, moyen de communication à privilégier pour intervenir auprès de la personne, principales directives du plan de sécurité, rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe et du milieu de vie, etc.).

xx	xx	xx	xx
Nom de l'intervenant	Signature	Permis	aaaa/mm/jj

CDM 1400M071 Révisé (2022-02-15) - DSM

Projet médical

VIGNETTE CLINIQUE N° 6

THÈME ABORDÉ

L'importance de valider et d'éliminer toutes les causes possibles (physiques, environnementales, émotionnelles, etc.) pouvant expliquer la détresse.

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Madame Venne est âgée de 86 ans et elle est atteinte d'un trouble neurocognitif de type vasculaire qui est à un stade modéré à sévère. Elle demeure en ressource intermédiaire depuis 5 ans. Elle est veuve et a trois enfants qui sont très présents et bienveillants. Madame a un manque du mot important, ce qui fait que son entourage doit deviner ce qu'elle tente d'exprimer. Il faut guider en tout temps Mme lors de ses activités de la vie quotidienne, puisque sa mémoire et sa compréhension sont très diminuées.

Depuis environ un mois, le personnel de la RI et les enfants constatent que Mme Venne ne s'alimente presque plus. Elle rejette sa nourriture et grimace au moment de s'alimenter. Elle repousse les plats et se fâche en levant le poing en direction des intervenants lorsqu'ils insistent pour qu'elle mange. Elle ne mange plus que des desserts et ce, avec ses mains car elle ne sait plus comment utiliser des ustensiles. Les enfants sont très préoccupés car ils constatent que leur mère perd du poids. Des signes de dénutrition commencent à se manifester. La famille se questionne donc si Madame Venne exprime le désir de se laisser mourir en refusant de s'alimenter. L'équipe planifie donc une rencontre de concertation où la famille est également présente, afin de mieux comprendre la situation de Mme Venne. Différentes hypothèses sont alors soulevées :

- Elle ne souhaite plus vivre et il faut respecter son choix;
- Elle a déjà exprimé son désir qu'on ne s'acharne pas lorsque la maladie aurait trop évolué et qu'elle deviendrait agressive;
- Mme a une douleur qui l'empêche de manger;
- Il y a trop de bruit dans la salle à manger et Mme n'arrive pas à se concentrer;
- Mme a toujours aimé les desserts, il faut lui laisser ce plaisir;
- Il s'agit de SCPD développés en raison de besoins compromis : sa culotte d'incontinence n'a pas été changée récemment et cela la rend irritable;
- En sa présence, les intervenantes discutent de leur vie privée et cela la dérange.

Toutes ces hypothèses auraient pu être bonnes, toutefois, considérant que Mme réagissait surtout pendant les repas, un examen buccodentaire a révélé la présence d'une gingivite, de deux caries et d'une dent brisée, occasionnant pour Mme Venne de la douleur et une hypersensibilité au chaud et au froid.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

- Importance de privilégier les rencontres interprofessionnelles avec les professionnels concernés afin d'avoir accès à l'expertise de tous.
- Valider et éliminer toutes les causes possibles pouvant expliquer la détresse avant de statuer à un risque suicidaire ou à des SCPD.
- Tout compte fait, même si dans le cas de cette dame les causes expliquant sa détresse étaient d'ordre physique, il était très adéquat de faire quand même le processus d'estimation de la dangerosité du risque suicidaire pour une personne vivant avec un TNC. Cette évaluation, faite en équipe, permet d'entendre et de valider les préoccupations de la famille et les encourage à signaler à l'équipe interprofessionnelle toute forme de détresse vécue par leur proche dans le futur.



Annexe 7 : Ressources d'aide

Ressources d'aide

Important : Les ressources d'aide (TNC et SCPD) ne répondent pas spécifiquement aux urgences suicidaires, mais pourraient, selon le cas, aider un intervenant à mieux comprendre les signes, symptômes et comportements d'une personne à risque de suicide vivant avec un TNC.

Ressources disponibles pour estimer la dangerosité du passage à l'acte pour toutes clientèles



- Centre de prévention suicide (CPS)
[Faubourg](#)
1-866-[APPELLE](#)
- [811](#) (info social option 2)



- Services du CISSSLAU
(Équipe de crise de votre secteur)



- [Suicide.ca](#)

Ressources d'aide pour les personnes vivant avec un TNC et leurs proches



- [Société d'Alzheimer](#) 1-800-978-7881
- [L'Antr'aidant](#) 579-888-0211
- [Maison Aloïs Alzheimer](#) 450-660-6225
- [L'Appui Laurentides](#) 1-855-592-3007

Ressources de consultation pour TNC et SCPD (uniquement pour les intervenants des équipes du CISSSLAU)



- [Clinique de la mémoire](#) du CISSSLAU
450-432-2777 #23231



- Service de téléconsultation de [l'Unité Régionale SCPD](#) CISSSLAU

Annexe 8 : Documents de références

Alphs, Brashear et al. (2016). *Considerations for the assessment of suicidal ideation and behavior in older adults with cognitive decline and dementia*. *Alzheimer's and Dementia*, p. 48-59.

Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. *Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier chez la personne âgée*. <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/generalites/introduction/>

Association québécoise en prévention du suicide. (2014). *La prévention du suicide des aînés au Québec : Comprendre, s'inspirer, agir*. <https://aqps.info/>

Aziz Gbaya et al. (2012). *Les maladies neurodégénératives*. Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. https://archive.alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/brochures-conversations/conversations_maladies-neurodegeneratives-et-comportements-reactifs.pdf

Bardon, Morin et al. (2020). *Processus clinique de prévention du suicide auprès des personnes ayant une DI ou un TSA (AUDIS)*. <https://ditsasuicide.ca/wp-content/uploads/2020/10/Processus-clinique-de-prevention-du-suicide-aupres-des-personnes-ayant-une-DI-ou-un-TSA-27oct.pdf>

Bazinet, Gohier et al. (2021). *Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-825-03W.pdf>

Bigault et Walter. (2019). *Prévention du suicide des personnes âgées en France. Vers une stratégie multimodale de lutte contre la dépression et l'isolement : CQFDI*. *Revue Perspectives, Opinion*. P S35-S37.

Blondin Ruel, Rock-André. (2023). *Mieux comprendre le suicide chez les personnes de 65 ans et plus : Des repères pour intervenir lorsque l'âgisme alimente le désespoir*. Essai doctorale. Université du Québec à Montréal.

Bouchard et Durand. (2018). *Prendre soin de moi tout en prenant soin de l'autre. Guide de prévention de l'épuisement destiné aux proches aidants*. 2^e édition. Regroupement des aidants naturels de la Mauricie. <https://ciusssmcq.ca/telechargement/627/guide-de-prevention-de-l-epuisement-aux-proches-aidantes-et-aux-proches-aidants>

Boyer, Guelfi et al. (2018). *Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*. Haute autorité de santé (HAS). American psychiatric association. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf

Bruneau, Voyer et al. (2014). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Ministère de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>

Bur. (2020). *Modifications neuropsychologiques associées à la vulnérabilité aux conduites suicidaires chez le sujet âgé; étude de la cognition sociale*. Médecin et pathologie. Hal open science. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03174516>

Canadian mental health association. (2020). *Plan de sécurité pour prévenir le suicide*. Trousse d'outils pour la prévention du suicide.

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2021). *Politique d'intervention en matière de suicide*. Protocole *Intervenir auprès de la personne vulnérable au suicide au soutien à domicile ainsi qu'en centre d'hébergement de soins de longue durée*.

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides. (2016). *Politique fouille et saisie sécuritaire*. https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciss_laurentide_s/Soins_et_services/Ressources_hebergement/PO_Politique_fouille_et_saisie.pdf

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides. (2023). Procédure *Intervenir auprès d'une personne à risque de suicide*. PROC 2022 DSAPA-SAD 052.

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides. (2019). *Procédure de non-réponse lors des services et des visites planifiées pour les clientèles vulnérables* (PROC 2019 DSAPA 40)

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides. (2017). *Programme de prévention et de gestion des comportements suicidaires en centre d'hébergement et de soins de longue durée*.

Code des professions du Québec, R.L.R.Q., c. C-26.
<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26>

Costanza, Kerstin et al. (2015). *Maladies neurologiques et suicide : de la neurobiologie au manque d'espoir*. Revue médicale suisse. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-461/maladies-neurologiques-et-suicide-de-la-neurobiologie-au-manque-d-espoir>

Crocker, Clare et al. (2006). *Giving up or finding a solution? The experience of attempted suicide in later life*. Aging and mental health. p.638-647

Desmidt. (2019). *Le syndrome de glissement*. La revue du praticien. <https://www.larevuedupraticien.fr/article/le-syndrome-de-glissement#:~:text=Le%20syndrome%20de%20glissement%20serait,apr%C3%A8s%20un%20intervalle%20libre%20de>

Diggle-Fox. (2016). *Assessing suicide risk in older adults*. Vol. 41. No 10. p. 28-35.

Draper, Peisah et al. (2010). *Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia*. Alzheimer's and Dementia. P. 75-82.

Éthier, Poirier et al. (2014). *L'évaluation des besoins en matière de prévention du suicide chez les aînés*. Rapport de recherche Université Laval.

Gaillard. (2020). *Qu'est-ce que le syndrome de glissement chez les personnes âgées*. <https://www.retraiteplus.fr/sante/syndrome-glissement/est-que-syndrome-glissement-chez-les-personnes-agees>

Geoffroy et al. (2021). *Prévenir le suicide pendant la pandémie de la COVID-19*. Réseau de recherche en santé des populations du Québec. Chaire de recherche du Canada en prévention du suicide.

Gujral, Butters et al. (2021). *Late-Onset suicide : A dementia prodrome?* Science Direct. p. 709-713.

Günak, Barnes and all. (2021). *Risk of suicide attempt in patients with recent diagnosis of mild cognitive impairment or dementia*. JAMA psychiatry. p.659-666. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0150>

Haïdara, L. M., Voyer, P., Carmichael, P.-H. (2021). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Perspective Infirmière, 18(3), 24-29.

Hamel, Lane et al. (2010). *Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Service de développement, d'adaptation et d'intégrité 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. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>

Haute autorité de santé. (2022). *Les suicides et tentatives de suicide de patients*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/rapport_les_suicides_et_tentatives_de_suicide_de_patients_juillet_2022.pdf

Haute autorité de santé. (2018). *Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf.

Hawton, Lascelles et al. (2022). *Assessment of suicide risk in mental health practice : shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management*. Personal view. *Lancet psychiatry*. P. 1-7.

Holmstrand, Hallberg et al. (2021). *Associated factors of suicidal ideation among older persons with dementia living at home in eight European countries*. *Aging and mental health*. p. 1730-1739. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1745143>

International psychogeriatric association. (2012). *The IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia*. https://www.ipa-online.org/UserFiles/file/IPA_BPSD_Specialists_Complete_Guide_Online_2015_Final.pdf

Intervention de réévaluation cognitive pour la prévention du suicide pour les adultes d'âge moyen et plus âgés hospitalisés pour suicide. (2019). (Méta analyse, (CRISP).

J. Armstrong, M., Corsentino, P. et al. (2019). *Cause of death and end-of-life experiences in individuals with dementia with lewy bodies*. *The American Geriatrics Society. JAGS* 67; p. 67-73.

J. Diehl-Schmid, R. Jox et al. (2017). *Suicide and assisted dying in dementia : what we know and what we need to know*. A narrative literature review. *International Psychogeriatrics*. P. 1-13.

Kim, Yang et al. (2017). *Effectiveness of a community-based program for suicide prevention among elders with early-stage dementia : a controlled observational study*. *Geriatric nursing*. P. 97-105.

Kok, Richard-Devantoy et al. (2019). *Suicidal ideation is common in autosomal dominant Alzheimer's disease at-risk persons*. *Geriatric psychiatry*. P. 1-9.

L'approche Carpe diem. <https://alzheimercarpediem.com/lapproche-carpe-diem/lapproche-carpe-diem/>

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2021). *Lignes directrices nationales : Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)*. Toronto : Baycrest Centre for Geriatric Care. https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2021/06/CCSMH_Depression_Guidelines_FR_FINAL.pdf

Labarre. (2017). *Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) Faire la différence par l'approche*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CEVQ). https://www.umoncton.ca/umcs-epv/files/umcs-epv/wf/wf/pdf/karine_labarre_scpd_prof_faire_la_difference_par_lapproche.pdf

Lacoursière, Reid et al. (2016). *Le guide SCPD. Symptômes comportementaux psychologiques de la démence*. Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides. https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_laurentides/Espace_employe/FOR_programmes_d_orientations/Orientation_medecine-chirurgie/Guide_SCPD_-_Janvier_2016.pdf

Loi sur les services de santé et les services sociaux, R.L.R.Q. c S-4.2. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2>

Melançon, Laforest et al. (2020). *Prévenir la violence et le suicide dans un contexte de pandémie de Covid-19 – quelques pistes*. INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2994-prevenir-violence-suicide-covid19.pdf>

Ministère de la santé et des services sociaux. (2014). *Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-08W.pdf>

Ministère de la santé et des services sociaux. (2022). *Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs, orientations ministérielles*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/>

N. Weimann Péru, J. Pellerin. (2010). *Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge*. L'encéphale 36 S, D1-D6.

O'Connorand Nock. (2014). *The psychology of suicidal behaviour*. Suicide 2. p.73 à 84.

Phaneuf et Margot. (2008). *Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance*. http://www.prendresoins.org/wpcontent/uploads/2013/02/Le_jugement_cliniqucet_outil_professionnel_dimportance.pdf

Régner, I., Mazerolle, M., Alescio-Lautier, B. et al. (2016). *Aging Stereotypes Must be Taken Into Account for the Diagnosis of Prodromal and Early Alzheimer Disease*. Alzheimer disease and associated disorders, 30(1), 77–79. <https://doi.org/10.1097/WAD.000000000000129>

Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec. (2018). *Approche interprofessionnelle structurée pour la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements perturbateurs reliés au délirium et autres troubles neurocognitifs en UCDG*. https://rushgq.org/wp-content/uploads/2020/06/RUSHGQ_SOMMAIRE_Approche_comportement_perturbateur_en_UCDG_5fev2018.pdf

Richard-Devantoy et Jollant. (2013). *Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge?* Vol. 37, no.2 p.151-173

Richard-Devantoy, Kefi et al. (2014). *Crise suicidaire et maladie d'Alzheimer débutante : intérêt d'une analyse neuropsychologique détaillée*. Annales Medico-Psychologiques. P 1-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2013.10.003>

Richard-Devantoy, S. & Wilhelmy, M. (2015). *Peut-on parler de libre choix dans le déterminisme cognitif des conduites suicidaires des aînés?* L'information psychiatrique, 91, 729-739. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1399>

Schmutte, Maust et al. (2021). *Suicide risk in the first year following dementia diagnosis : a national study of U.S. older adults*. Geriatric psychiatry. P. 18-19.

Schmutte, Olfson et al. (2021). *Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults*. *Alzheimer's and Dementia*. P. 1-10.

Société d'Alzheimer. (2022). *Les troubles cognitifs légers*. <https://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs/autres-formes-de-troubles-neurocognitifs/pathologies-liees-0>

Société Alzheimer. (2021). *Maladie de Huntington*. https://alzheimer.ca/sites/default/files/formulaires/Maladie-Huntington_Soci%C3%A9t%C3%A9-Alzheimer_0.pdf

Société d'Alzheimer. *Communiquer avec une personne atteinte d'un trouble neurocognitif*. <https://alzheimer.ca/fr/les-aides-et-le-soutien/un-ami-ou-un-membre-de-ma-famille-est-atteint-dun-trouble-neurocognitif-2>

Société Alzheimer du Canada. (2011). *Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne*. https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/culture_exec_summary_f.pdf

Thomas Desmidt. (2019). *Le syndrome de glissement*. *La revue du praticien*. Vol. 69. P. 80 à 82.

Van Wijngaarden, E., Alma, M., & The A.-M. (2019). *The eyes of others are what really matters : The experience of living with dementia from an insider perspective*. *PLoS ONE* 14(4), e0214724.

Viau-Quesnel et Teasdale-Dubé. (2020). *Détresse suicidaire chez le proche aidant d'une personne atteinte de démence : portrait de la situation et stratégies d'adaptation*. UQTR. <https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2020-02/CHUM-2020-Prevention-du-suicide-VIAU-QUESNEL.pdf>

Voyer et al. (éditions 2012 et 2021). *Les soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. ERPI

Wallyn. (2022). *Syndrome de glissement : la descente aux enfers des personnes âgées*. <https://autonome-a-domicile.com/syndrome-de-glissement/>

Wikimédia. (2022). *Troubles neurocognitifs*. https://wikimedi.ca/wiki/Troubles_neurocognitifs#:~:text=L'atteinte%20de%20multiples%20fonctions,l'aspect%20fonctionnel%20est%20atteint

Won Kong and Young Park. (2022). *Understanding suicide risk in people with dementia and family caregivers in south korea : A systematic review*. *Behavioral sciences*. p. 1-12. 7. <https://doi.org/10.3390/bs12040097>

*Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides*

Québec 