
CAHIER DE FORMATION

ESTIMATION DE LA DANGÉROSITÉ DANS LE CADRE DE LA LOI P-38.001

À L'ATTENTION DES

SERVICES D'AIDE EN SITUATION DE CRISE DÉSIGNÉS PAR
L'AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET
DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

Québec 



© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005.

ISBN 2-89510-264-3

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Ce document est disponible au centre de documentation de l'Agence : (514) 286-5604
à la section «Documentation» du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.gc.ca

CONÇU PAR : GILLES MARSOLAIS, CONSULTANT EN COLLABORATION AVEC LE COMITÉ SUR LES OUTILS
RÉVISÉ ET APPROUVÉ PAR : BIBIANE DUTIL, CONSEILLÈRE À L'AGENCE DE DEVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX
DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

NOVEMBRE 2005

AVANT-PROPOS

Cette formation fait suite à la session portant sur la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38)*. Elle porte sur les repères de l'estimation de la dangerosité, une responsabilité des Services d'aide en situation de crise désignés (*SASC désignés*).

Cette formation a été élaborée afin de répondre à des questions, comme :

- ✓ Que signifie estimer un danger grave et immédiat?
- ✓ Que faire lorsque la personne, tout en présentant une certaine dangerosité, n'est pas en danger grave et immédiat?
- ✓ En quoi l'estimation de la dangerosité s'inscrit-elle dans une intervention de crise tout en étant différente de l'évaluation du psychiatre?
- ✓ Comment évaluer un danger pour autrui?

Ce document présente les fondements sur lesquels s'appuie *l'Outil d'estimation de la dangerosité* mis à la disposition des *SASC désignés* afin d'uniformiser l'application de la *Loi (voir annexe 5)*.

Ce document est tiré des transparents conçus pour la formation des *SASC désignés* et est présenté dans un format qui vise à favoriser leur utilisation comme guide et aide-mémoire.

La démarche d'implantation du processus de désignation des *SASC* de notre région est le fruit d'une collaboration de différents partenaires, dont, outre les deux concepteurs/formateurs, messieurs Daniel Cossette et Jacques Couture du Centre de crise le Transit, madame Daphnée Morin, chercheure à l'Université du Québec à Montréal, madame Louise Riopel de l'équipe Urgence psychosociale-justice (*UPS-J*) et madame Bibiane Dutil, conseillère à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (*L'Agence*).

Nous exprimons notre gratitude à tous les collaborateurs et les remercions tous et toutes personnellement pour leur implication, leur dévouement et leur créativité qui ont rendu possible la mise en œuvre du mandat de désignation pour la région de Montréal.

Les formateurs

M. Gilles Marsolais possède une maîtrise en travail social et une vaste expérience clinique et de consultation en intervention de crise (actuellement intervenant au Centre de crise IRIS). Ses expériences d'enseignement sur la *Loi P-38* et sur des sujets liés à l'intervention de crise sont nombreuses.

M. Mario Bilodeau possède un baccalauréat en nursing et une maîtrise en éducation aux adultes. Il est intervenant à l'*UPS-J* et est également formateur dans de nombreux domaines dont l'intervention auprès des personnes marginalisées. Il est présentement formateur auprès du Service de police de la ville de Montréal (*SPVM*) sur la *Loi P-38*.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

OUTIL POUR L'ESTIMATION DE LA DANGÉROSITÉ	PAGE 5
1. RAPPELS	PAGE 5
2. OBJECTIFS	PAGE 5
3. MISES EN GARDE	PAGE 6

DEUXIÈME PARTIE

DÉFINITION DES CONCEPTS.....	PAGE 8
1. JURIDIQUES	PAGE 8
1.1 ESTIMATION	PAGE 8
1.2 ÉTAT MENTAL	PAGE 8
1.3 DANGER	PAGE 9
1.3.1 DANGER GRAVE ET IMMÉDIAT	
1.3.2 DANGER GRAVE ET NON IMMÉDIAT	
1.3.3 DANGER NON GRAVE	
1.3.4 DANGÉROSITÉ	
2. CLINIQUES	PAGE 10
2.1 INTERVENTION DE CRISE.....	PAGE 10
2.2 ÉTAPES DE L'ESTIMATION DE LA DANGÉROSITÉ.....	PAGE 10

TROISIÈME PARTIE

REPÈRES POUR L'ESTIMATION DE LA DANGÉROSITÉ	PAGE 13
1. SUICIDE.....	PAGE 13
1.1 CARACTÉRISTIQUES	PAGE 13
1.2 ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE.....	PAGE 13
1.2.1 EXEMPLES DE SIGNES PRÉCURSEURS	
1.3 FACTEURS DE RISQUE	PAGE 14
2. AGRESSION GRAVE OU HOMICIDE	PAGE 15
2.1 CARACTÉRISTIQUES	PAGE 15
2.2 ÉVALUATION DE L'URGENCE	PAGE 15
2.2.1 EXEMPLES DE SIGNES PRÉCURSEURS	
2.3 FACTEURS DE RISQUE.....	PAGE 15
3. MENACE À L'INTÉGRITÉ	PAGE 15
3.1 CARACTÉRISTIQUES	PAGE 15
3.1.1 ENVERS SOI	
3.1.2 ENVERS AUTRUI	
3.2 ÉVALUATION DE L'URGENCE	PAGE 16
3.2.1 CONSIGNES	
3.3. FACTEURS DE RISQUE	PAGE 17
4. NOTION CLINIQUE ET JURIDIQUE DU DANGER	PAGE 17
4.1 TYPE D'INTERVENTIONS REQUISES.....	PAGE 17

ANNEXE 1 : GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE

ANNEXE 2 : LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE(JEUNES/ADULTES/SUICIDE ET AGRESSION GRAVE)

ANNEXE 3 : TABLEAU DE L'ÉTAT MENTAL PAR CATÉGORIE

ANNEXE 4 : LEXIQUE

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE 5 : MODÈLE DE L'OUTIL D'ESTIMATION
BIBLIOGRAPHIE

PREMIÈRE PARTIE

OUTIL POUR L'ESTIMATION DE LA DANGÉROSITÉ

OUTIL POUR L'ESTIMATION DE LA DANGEROUSITÉ

1. RAPPELS

- ✓ Le processus de « déjudiciarisation » contenu dans l'article 8 est un des changements majeurs de la Loi puisqu'il permet d'amener une personne contre son gré au centre hospitalier (CH), et ce, sans l'autorisation du Tribunal et sans évaluation psychiatrique.
- ✓ Les rôles et les responsabilités des *SASC désignés*, sont dans le contexte de cette Loi d'exception, de :
 - Estimer le danger lié à l'état mental de la personne et offrir l'aide que la situation requiert;
 - Rechercher le consentement de la personne pour une consultation à l'urgence du CH¹; lorsqu'en présence d'un danger **grave et immédiat**;
 - Demander l'intervention des policiers pour conduire la personne au CH si elle refuse son consentement.
- ✓ La Loi doit être appliquée lorsque tout a été tenté et qu'il n'existe aucune autre solution pour assurer la protection de la personne ou d'autrui.
- ✓ La rigueur exigée dans l'estimation du danger en lien avec l'état mental a conduit l'Agence à soutenir l'élaboration d'un *Outil d'estimation de la dangerosité*², afin de garantir le caractère exceptionnel de l'application de la Loi.

2. OBJECTIFS

- ✓ **Général**
Permettre à tous les intervenants des *SASC désignés* d'intervenir auprès des personnes présentant un danger lié à leur état mental et décider le cas échéant d'appliquer l'article 8 de la Loi afin de contraindre la personne à être conduite dans un CH.
- ✓ **Spécifiques**
 - Aider les intervenants à poser un jugement sur la situation;
 - Permettre une uniformisation de l'utilisation des outils et des grilles d'évaluation;
 - Favoriser le travail de concertation et de collaboration entre les partenaires.

Les situations d'application de l'article 8 de la Loi sont rares (0.1% - 5% des demandes d'aide). Toutefois, la connaissance de la Loi et de l'*Outil d'estimation* favorisent le maintien du caractère exceptionnel de l'application de la Loi P-38.

¹ Parfois, un hébergement de crise est indiqué.

² Se référer à l'annexe 5 pour consulter le modèle

3. MISES EN GARDE

✓ **Outil**

Un outil ou une grille d'évaluation ne sont pas des instruments infaillibles. Il ne faut pas oublier, dans le cadre de leur utilisation, l'importance de la :

- pertinence du jugement clinique dans l'évaluation du danger;
- recherche du contexte de dangerosité;
- proposition des mesures alternatives à la personne en détresse psychologique.

En bref, l'outil est un aide-mémoire.

✓ **Dangerosité**

De manière générale, le diagnostic d'un trouble de santé mentale n'est pas associé à la violence. La question demeure nébuleuse car les problèmes méthodologiques sont complexes pour établir clairement la corrélation. Cependant, les principaux résultats de recherche mettent en lumière les éléments suivants :

- Le fait d'avoir un diagnostic d'un trouble sévère et persistant (par exemple la schizophrénie) ne constitue pas une indication d'un plus grand risque de violence;
- Le fait de vivre une psychose est, néanmoins, lié à une légère augmentation de la violence par rapport à la population en général;
- Le risque de la violence sera sensiblement plus élevé, si la personne en état de psychose aiguë a aussi des problèmes de toxicomanie et des antécédents de comportements violents (constat vérifiable également dans la population en général);
- Le taux de prévalence de consommation de psychotropes des personnes ayant des troubles sévères de santé mentale est plus élevé que la population en générale, ce qui augmente d'autant la probabilité de commettre des actes violents. Il faudra toutefois préciser si ces résultats de recherches américaines s'appliquent au Canada et au Québec;
- Les recherches montrent que chez les personnes ayant un trouble sévère, 5 % sont responsables de la moitié des comportements violents observés;
- Le portrait global demeure celui-ci : une minorité de ces personnes commettent des actes violents tels des homicides et des voies de fait graves alors que la très grande majorité des homicides et autres crimes graves sont commis par des personnes n'ayant aucun problème de santé mentale.

Par ailleurs, il faut mentionner qu'il n'est pas rare que les personnes à risque de passage à l'acte donnent des signes avant-coureurs, acheminent une demande d'aide ou amènent des proches à s'inquiéter. En termes de prévalence, le plus grand danger est le suicide (10 % et +, chez les personnes avec un trouble sévère de même qu'avec un trouble de personnalité limite).

DEUXIÈME PARTIE

DÉFINITION DES CONCEPTS

DÉFINITION DES CONCEPTS

L'estimation du danger lié à l'état mental s'effectue d'une part dans le cadre de la Loi P-38 et d'autre part dans le contexte d'une intervention en situation de crise (*ISC*).

La définition des différents concepts permettra d'approfondir la signification à donner au travail d'estimation de la dangerosité.

1. JURIDIQUES

1.1 ESTIMATION

- ✓ L'estimation de la dangerosité par le *SASC désigné* ne doit pas être assimilée à l'évaluation effectuée par le psychiatre.
- ✓ L'estimation de la dangerosité signifie **porter un jugement sur une situation de faits** (comportements, paroles) qui amène l'intervenant à considérer que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat.
- ✓ L'estimation n'est pas un diagnostic médical ni un jugement définitif sur la dangerosité ce qui est une responsabilité des psychiatres.

1.2 ÉTAT MENTAL

- ✓ Se manifeste par des signes et des symptômes tels que absence d'autocritique, perte de mémoire, jugement perturbé ou altéré, propos incohérents, comportements désorganisés, sentiments de panique, etc.
- ✓ Varie dans le temps et se modifie selon les événements et d'autres facteurs. Il s'observe par le biais des catégories suivantes : le comportement et l'apparence, l'attitude, l'orientation, l'affect ou l'humeur, la pensée, le jugement et la perception.
- ✓ Noter ce qui est observable (par exemple, la personne bouge sans cesse) et non se limiter à décrire en termes généraux comme de l'agitation par exemple.

Se référer à l'annexe 3 pour consulter la liste des signes d'état mental perturbé

1.3 DANGER

La Loi précise 2 niveaux de danger :

- Grave et immédiat;
- Grave et non immédiat.

1.3.1 *DANGER GRAVE ET IMMÉDIAT*

- ✓ Désigne une situation de danger (soi/autrui) qui commande une action immédiate pour protéger la personne ou autrui. Correspond souvent à une situation d'urgence.

1.3.2 *DANGER GRAVE ET NON IMMÉDIAT*

- ✓ Désigne le danger qui donne lieu à la démarche en vue de l'obtention d'une ordonnance d'évaluation psychiatrique.
- ✓ Autrement dit, un état de danger suffisamment grave pour qu'un tiers croit en la nécessité de faire subir une évaluation psychiatrique à la personne qu'elle considère dangereuse, même si celle-ci refuse.

1.3.3 *DANGER NON GRAVE*

- ✓ Un 3^e niveau est implicite puisque la Loi ne demande d'intervenir qu'en situation d'exception et conséquemment de ne *pas intervenir* contre le gré de la personne lorsque le niveau de danger est faible, c'est-à-dire lorsqu'on observe aucune présence d'éléments de danger.
- ✓ Désigne un danger qui est faible et qui ne correspond ni au **danger grave et immédiat** ni au **danger grave et non immédiat**, quoique présentant un certain potentiel de danger.
- ✓ À ce niveau de danger, la Loi protège les droits des personnes qui sont libres de consentir ou non aux soins et services offerts.

1.3.4 *DANGEROUSITÉ*

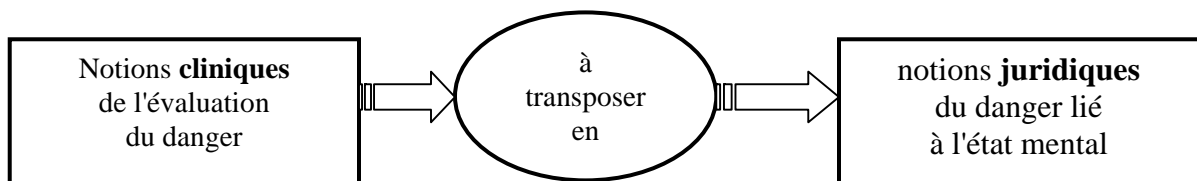
- ✓ Dans ce texte, la notion de dangerosité comprend le danger lié à l'état mental de la personne. En ce sens, l'état mental de la personne (ou l'état de stress lié à la crise) prédispose la personne à commettre des actes dommageables.
- ✓ De manière générale, la jurisprudence a établi que la dangerosité doit être réelle, prévisible et à court terme. Pour plus de précisions, voir le cahier de formation portant sur la Loi P-38.

2. CLINIQUES

2.1 INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE (ISC)

- ✓ L'estimation est **un travail de questionnement sur la dangerosité** à poser à des moments précis de l'ISC dans le but de décider d'appliquer ou non la Loi et des suites à donner à l'intervention selon le résultat de l'estimation;
- ✓ Techniquement, estimer la dangerosité, c'est transposer des notions cliniques en notions juridiques puisqu'il s'agit de déterminer si on est en présence d'un danger grave et immédiat;
- ✓ Il s'agit d'effectuer le lien entre le résultat de l'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'ISC et les notions équivalentes de danger contenues dans la Loi.

Schéma du travail de l'estimation de la dangerosité



- ✓ À noter que dorénavant, les termes *évaluation du danger* (couramment utilisé dans le langage de l'ISC) auront trait aux activités cliniques impliquées dans le fait de prédire un danger à court terme. Par contre, les termes *estimation de la dangerosité* s'adresseront à ce qui est spécifique à la Loi, par exemple pour déterminer un danger grave et immédiat en lien avec un état mental perturbé.

2.2 ÉTAPES DE L'ESTIMATION DE LA DANGEROSITÉ

Afin de traduire cette position, le travail d'estimation est présenté en trois étapes. Il s'agit, en fait, de fondre les étapes de l'ISC aux tâches de l'estimation de la dangerosité.

1^{re} étape : accueil, prise de contact et estimation préliminaire du danger
<ul style="list-style-type: none">✓ Correspond aux premières étapes de l'ISC✓ Estimation préliminaire du danger :<ul style="list-style-type: none">○ Marge de manœuvre;○ Certaines demandes d'aide ne laissent aucune marge de manœuvre (aucun délai pour l'intervention avant le passage à l'acte, par exemple une tentative de suicide en cours);○ Devant une situation d'urgence, faire le 911, avec ou sans le consentement de la personne.



2^e étape : intervention de crise

- ✓ Approfondissement de la crise et stratégies alternatives ou offre de service :
 - Les stratégies alternatives suggérées peuvent comprendre la recherche d'aide auprès de services de crise (*CIC, CSSS, services de suivi intensif, Centre de prévention du suicide, etc.*) ou une consultation à l'urgence d'un Centre Hospitalier.
- ✓ Vérification de la collaboration de la personne au regard des interventions proposées.



3^e étape : estimation finale et actions appropriées

- ✓ C'est à cette étape que l'intervenant répond de manière finale aux questions suivantes :
Est-ce que l'état mental de la personne présente un danger? :
 - Grave et immédiat;
 - Grave et non immédiat;
 - Non grave.
- ✓ Pour chacune de ces trois situations :
Est-ce que la personne collabore ou non aux interventions ou aux mesures proposées?
- ✓ Suivant le résultat de l'estimation, l'intervenant décide de l'orientation ou du suivi de crise à effectuer ainsi que des actions à entreprendre en vertu des dispositions de la Loi P-38 s'il y a lieu (*se référer à la troisième partie, point 4.1*)

TROISIÈME PARTIE

REPÈRES POUR L'ESTIMATION DE LA DANGÉROSITÉ

REPÈRES POUR L'ESTIMATION DE LA DANGEROUSITÉ

La présentation des repères fait référence à trois types de danger : suicide – agression grave/homicide – menace à l'intégrité. À l'instar de certaines régions, nous avons convenu de reconnaître cette dernière catégorie dans les types de danger car nous considérons que les caractéristiques des catégories suicide et agression grave/homicide sont trop limitées pour refléter adéquatement le travail des *SASC désignés* dans le contexte de la Loi P-38.

1. SUICIDE

1.1 CARACTÉRISTIQUES

- ✓ Idée, plan, menace et tentative de suicide, automutilation.

1.2 ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE

- ✓ Mesurer la probabilité à court terme (24 à 48 heures) d'un passage à l'acte et ce en lien avec la crise actuelle. Celle-ci est liée à la situation vécue, elle est fluctuante et peut varier rapidement dans le temps.
- ✓ Fait appel à l'intensité de la crise, aux signes et aux indices précurseurs, mais surtout à la force des idées suicidaires et au plan de suicide.
- ✓ À partir de la grille élaborée par l'Association québécoise de la prévention du suicide (*AQPS*, voir annexe 1), la plus couramment utilisée en intervention de crise.
- ✓ Identifier le niveau d'urgence (faible, moyen et élevé) que l'on détermine par les réponses aux questions : **C**omment ? – **O**ù ? – **Q**uand ? (**COQ**), lesquelles réfèrent principalement à la planification du passage à l'acte.

1.2.1 EXEMPLES DE SIGNES PRÉCURSEURS

- Messages directs et indirects tels que l'annonce de l'intention de suicide à des proches;
- Comportement autodestructeur;
- Désespoir, impuissance, sentiment important d'échec, sentiment d'humiliation;
- Absence d'intérêt pour des projets d'avenir;
- Lettre d'adieu.

Les signes précurseurs peuvent aider à identifier une personne sur la pente d'un passage à l'acte.

1.3 FACTEURS DE RISQUE

- ✓ Les facteurs de risque n'entrent pas directement dans la mesure de l'*urgence* du danger. Par contre, ils requièrent une attention particulière lors de l'évaluation de la dangerosité et de l'intervention subséquente.
- ✓ Ils font appel au passé de la personne, sa personnalité, à son histoire etc., mais également à son contexte de vie.
- ✓ Ils accroissent l'état de tension émotionnelle ressentie par la personne en situation de crise.
- ✓ La présence de nombreux facteurs de risque augmente la probabilité **théorique** du passage à l'acte. Noter que certains facteurs sont plus importants que d'autres, par exemple, les hommes sont deux fois plus à risque de suicide que la population en général ainsi qu'une personne schizophrène l'est vingt fois plus.
- ✓ Cependant, un grand nombre de facteurs de risque ne peut amener à conclure à l'imminence d'un passage à l'acte au moment de l'évaluation, ni à l'inverse que l'absence de facteurs offre une protection contre tout passage à l'acte.
- ✓ Lorsque les facteurs de risque sont nombreux, le processus suicidaire ou d'agression peut s'activer plus rapidement d'où l'importance en pareil cas de :
 - Évaluer le niveau d'*urgence* avec précision et ce à plusieurs reprises au cours du suivi de crise;
 - Utiliser une plus grande directivité dans l'intervention lorsque nécessaire;
 - S'assurer que la personne reçoit une aide appropriée à sa condition (par exemple : faire une relance)
- ✓ L'évaluation du *niveau d'urgence* du danger étant primordiale, la cueillette des informations sur les facteurs de risque est secondaire lors d'une intervention au téléphone ou en contexte d'urgence car elle ne permet pas une évaluation approfondie.
- ✓ Parfois, à un niveau d'urgence « *moyen* » et en présence de nombreux facteurs de risque (ex. : les niveaux 3 ou 4 incluant l'impulsivité), l'intervenant insistera afin que des mesures de sécurité soient prises au moyen du soutien d'un tiers, par exemple ou pour que la personne soit suivie psychosocialement ou médicalement. En cas d'échec, il pourra décider de ne pas attendre que le danger atteigne un niveau grave et immédiat avant d'intervenir avec la police.

Voir l'annexe 2 pour consulter le tableau des « Facteurs de risque de suicide chez les adultes » ainsi que les « Facteurs de risque de suicide chez les jeunes ». Ces derniers sont présentés à titre indicatif seulement.

2. AGRESSION GRAVE OU HOMICIDE

2.1 CARACTÉRISTIQUES

- ✓ Idée, menace, plan et tentative d'agression ou d'homicide.

2.2 ÉVALUATION DE L'URGENCE

Tenir compte que la personne peut être réticente à demander de l'aide

- ✓ Appliquer la même grille d'évaluation que pour l'urgence suicidaire, mais vérifier en plus l'existence d'une victime potentielle et accessible ou d'un groupe de personnes identifiées.
- ✓ Surveiller, l'escalade dans les menaces et les comportements d'agression récents.
- ✓ Noter que les incidents de violence qui ont conduit une personne ayant un trouble sévère de santé mentale au CH impliquent habituellement des épisodes de bris de meubles et/ou une menace ou un assaut mineur sur les membres de la famille.
- ✓ Agir avec prudence au 1^{er} épisode de psychose.

2.2.1 Exemples de signes précurseurs

- Discours centré sur la violence et l'agression;
- Menace verbale envers la victime et/ou son entourage;
- Gestes d'agression récents, bris de matériel;
- Cruauté envers les animaux.

2.3 FACTEURS DE RISQUE

Voir l'annexe 2 pour consulter le tableau des « Facteurs de risque d'homicide et d'agression.

3. MENACE À L'INTÉGRITÉ ENVERS SOI/AUTRUI

3.1 CARACTÉRISTIQUES

3.1.1 ENVERS SOI

- ✓ Menace pour la vie de la personne en raison des troubles de l'attention, perception déformée de la réalité, perte de mémoire, jugement altéré dû à un trouble cognitif tel la maladie d'Alzheimer. Par exemple : demeurer à l'extérieur sans vêtements appropriés par un froid sibérien ou lors d'un épisode de psychose aiguë, par exemple, vouloir mettre le feu à sa maison pour expier ses péchés;

3.1.2 ENVERS AUTRUI

- ✓ Menace à l'intégrité d'autrui en raison d'un état mental très perturbé alors que l'intention de la personne est difficile à déterminer. Par exemple : une personne avec un délire de persécution.
- ✓ Que ce soit une menace pour soi ou autrui, il s'agit toujours d'une perception déformée de la réalité et le jugement altéré peuvent amener une personne à poser, envers elle-même, des gestes imprévisibles et impulsifs menaçants, **sans intention manifeste ou apparaissant comme telle.**

3.2 ÉVALUATION DE L'URGENCE

- ✓ Méthode du COQ limitée, étant donné que dans la menace à l'intégrité, l'intention est non manifeste ou absente, il est suggéré de porter attention aux éléments suivants pour compenser la limite du COQ :
 - Événements récents indiquant une escalade des comportements pouvant menacer l'intégrité de la personne ou celle d'autrui;
 - Absence totale d'autocritique en rapport avec le danger;
 - Agitation ou une désorganisation importante de la personne;
 - Incapacité totale à entrer en relation avec une personne significative ou un intervenant.

3.2.1 CONSIGNES

- ✓ Consulter des collègues car les manifestations d'un épisode psychotique ainsi que l'évolution des troubles cognitifs sont rarement subites et laissent une marge de manœuvre pour une telle consultation. Cependant, lors d'un premier épisode psychotique, l'évaluation de la dangerosité est plus difficile et exige une prudence supplémentaire car la personne manifeste rarement une autocritique face à ses comportements.
- ✓ Agir avec précaution lorsque la demande provient d'un tiers.
- ✓ Il est à noter que les demandes d'estimation concernant des maladies avec des déficits cognitifs, par exemple la maladie d'Alzheimer, proviennent généralement de tiers et sont rares. Généralement, ces personnes sont protégées de plusieurs manières : aidants naturels, régime de protection tel une curatelle et autres.
- ✓ Le contexte des personnes pour qui une estimation de la dangerosité est demandée est caractérisé par une détérioration soudaine de leur condition (absence d'un proche protecteur) et/ou un problème pour l'accès à une évaluation médicale.

- ✓ Lorsqu'il y a du danger, le niveau est plus élevé si la personne n'a aucun soutien social et si l'évolution de la maladie est avancée car la personne est moins en mesure de prendre des mesures pour se protéger. Par ailleurs, il est important de distinguer un comportement marginal d'un danger lié à un état mental perturbé.
- ✓ Si un tableau clinique est trop complexe ou nécessite des connaissances médicales pour l'estimation, par exemple, certaines situations d'anorexie, de traumatisme crânien, il faut orienter la personne vers le Centre Hospitalier (*Voir 4.1 pour types d'interventions requises*).

3.3 FACTEURS DE RISQUE

Il n'existe pas de facteurs de risque spécifiques à la menace à l'intégrité dans la littérature. Il est suggéré de consulter les consignes ci-dessus énumérées.

4. NOTION CLINIQUE ET JURIDIQUE DU DANGER

Techniquement, le travail de l'estimation de la dangerosité se résume à effectuer la transposition de la mesure de l'*urgence* du danger aux notions de danger contenues dans la Loi.

Table de correspondance			
Niveau de danger « clinique »		➔	Niveau de danger « juridique »
Niveaux	Pointage		
Élevé	6,7,8	➔	grave et immédiat
Moyen	4,5	➔	grave et non immédiat
Faible	1,2,3	➔	non grave

4.1 TYPE D'INTERVENTIONS REQUISES

En tenant compte du fait que la personne peut collaborer ou refuser de collaborer aux interventions proposées, le résultat de l'estimation de la dangerosité devra cibler une des six possibilités suivantes :

1.	Danger non grave	+	collaboration
2.	Danger non grave	+	refus de collaboration
3.	Danger grave et non immédiat	+	collaboration
4.	Danger grave et non immédiat	+	refus de collaboration
5.	Danger grave et immédiat	+	collaboration
6.	Danger grave et immédiat	+	refus de collaboration

Suivant le résultat de l'estimation finale, des actions spécifiques sont à entreprendre dans le cadre de la Loi et des plans d'intervention à établir en terme de suivi de crise.

1.	Danger non grave	+	collaboration
-----------	-------------------------	---	----------------------

- La Loi ne s'applique pas.
- Intervention :
 - Assumer le suivi de crise;
 - Référer vers les ressources appropriées : *CSSS*, organismes communautaires; hébergement de crise, etc.

2.	Danger non grave	+	refus de collaboration
-----------	-------------------------	---	-------------------------------

- La Loi ne s'applique pas.
- Intervention :
 - Donner à la personne les coordonnées des ressources d'aide;
 - Faire des relances, si nécessaire.

3.	Danger grave et non immédiat	+	collaboration
-----------	-------------------------------------	---	----------------------

- La Loi ne s'applique pas.
- Intervention :
 - Convenir d'un plan de protection avec la personne si nécessaire;
 - Assumer le suivi de crise dont l'intervention dans le milieu ou avec hébergement si nécessaire;
 - Référer vers les ressources appropriées : *CSSS*, organismes communautaires, hébergement de crise, *CH*.

4.	Danger grave et non immédiat	+	refus de collaboration
-----------	-------------------------------------	---	-------------------------------

- La Loi s'applique pour la démarche en vue d'obtenir une ordonnance de garde provisoire. Suggérer au tiers qui a demandé de l'aide d'entreprendre cette démarche.³
- Intervention :
 - Si la démarche judiciaire ne s'applique pas, relance (par téléphone ou dans le milieu), si nécessaire.

³ Dans les situations où l'intervenant de crise est le seul à être au courant de la situation, envisager d'entreprendre la démarche pour l'obtention d'une ordonnance d'évaluation psychiatrique

5.	Danger grave et immédiat	+	collaboration
-----------	---------------------------------	---	----------------------

- La Loi ne s'applique pas;
- Intervention :
 - Orientation vers le CH concerné et accompagnement de la personne au CH si possible. Appel au 911, si nécessaire (ex. tentative en cours, personne en grande agitation);
 - si l'estimation est faite au téléphone et que la marge de manœuvre est mince : *appel au 911*
 - ou si la personne a elle-même demandé de l'aide (présente une marge de manœuvre) : *Voir si hébergement de crise est pertinent.*

Dans certains cas, si l'orientation en CH ne s'applique pas ou si la personne n'est pas gardée au CH, l'orientation à l'hébergement de crise peut être appropriée.

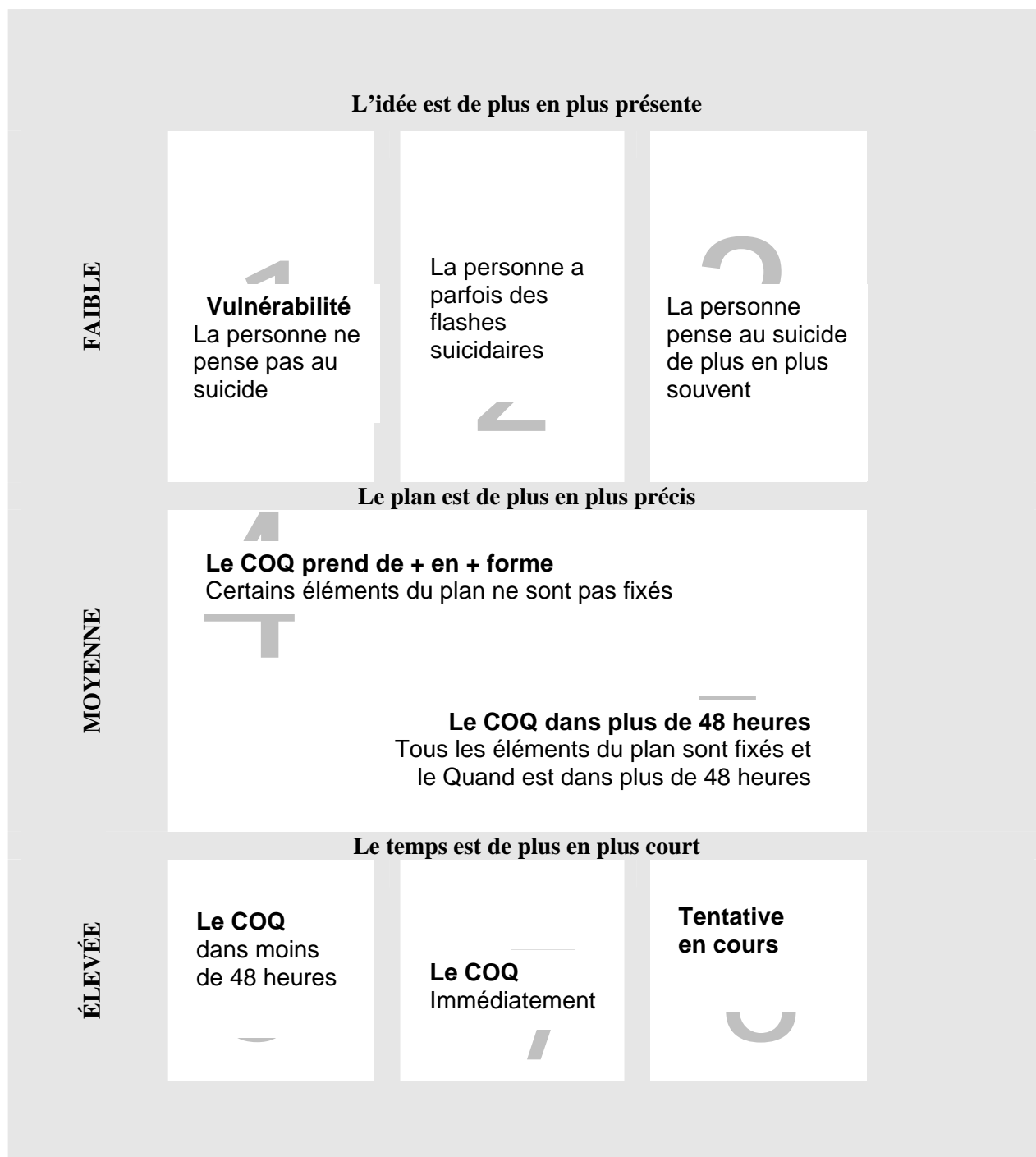
6.	Danger grave et immédiat	+	refus de collaboration
-----------	---------------------------------	---	-------------------------------

- La Loi s'applique (article 8)
- Intervention :
 - Appel aux policiers;
 - Accompagnement de la personne au CH, informations transmises aux policiers et au CH;

Si l'estimation se fait au téléphone, appeler les policiers qui détermineront la démarche à poursuivre : transport au CH avec ou sans recours à *UPS-Justice*, selon leur évaluation des conditions entourant leur intervention.

ANNEXES

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE



* **SOURCE** : Programme accrédité de formation intervenir en situation de crise suicidaire – Association québécoise de prévention du suicide

ADULTES – FACTEURS DE RISQUE DE SUICIDE

- Problème de toxicomanie, intoxication présente (incidence : 30-50 % des suicides);
- Tentatives antérieures dans les 2-3 dernières années (surveiller les dernières tentatives et leur létalité);
- État dépressif (diagnostiqué ou pas), particulièrement la dépression majeure. Pour la schizophrénie, trouble bipolaire et trouble de personnalité limite, porter attention à une phase ou une période de dépression;
- Isolement social prononcé;
- Suicide d'une personne (proche) significative;
- Problèmes économiques de longue durée;
- Homme (surtout de 30-49 ans);
- Événement déclenchant ou stressant - souvent une perte importante ou des relations conflictuelles (en particulier dans un contexte de séparation conjugale);
- Impulsivité, hostilité;
- Moyens envisagés dangereux : armes à feu, pendaison.

JEUNES – FACTEURS DE RISQUE DE SUICIDE (liste non exhaustive)

- Problèmes de longue durée de relations avec ses pairs;
- Perte amoureuse;
- Décrochage scolaire ou échec majeur à l'école;
- Rejet ou perception de rejet par les pairs ou la famille;
- Pauvreté des parents (chômage à long terme);
- Abus et négligence (avant 12 ans);
- Homosexualité (dans les mois précédant la divulgation de l'identité sexuelle en raison du contexte social - homophobie - qui rend particulièrement difficile l'affirmation de l'orientation sexuelle chez les jeunes);
- Impulsivité, désespoir, hostilité;
- Problème de toxicomanie;
- Tentatives antérieures;
- Diagnostic psychiatrique. Les plus fréquents : la dépression majeure, les troubles bipolaires, un début de schizophrénie, l'anxiété aiguë, les troubles de conduite et une personnalité antisociale.

À noter comme chez les adultes, un problème de toxicomanie, des tentatives antérieures de suicide, un état dépressif sont des facteurs de risque importants.

ADULTES – AGRESSION GRAVE ET HOMICIDE

- Problème de toxicomanie;
- Antécédents de violence et d'incarcération en raison d'agissements violents;
- État psychotique aigu (en particulier hallucinations avec voix qui commandent des agressions, délire de persécution ou délire de perte de contrôle, i.e. la personne croit que des forces extérieures essaient de contrôler ses pensées);
- Trouble de personnalité antisociale ou de psychopathie;
- Absence d'autocritique;
- Problèmes économiques de longue durée;
- Victime de violence ou de négligence durant l'enfance;
- Cessation ou prise inadéquate de la médication (neuroleptique);
- Homme de 18-35 ans (écart homme/femme moins prononcé chez les personnes ayant un trouble sévère de santé mentale);
- Impulsivité, hostilité;
- Les personnes proches (parent, conjoint) sont les victimes les plus à risque.

À noter que les 3 premiers facteurs de risque sont les plus importants

TABLEAU DE L'ÉTAT MENTAL PAR CATÉGORIE

Ce document est inspiré d'une formation donnée par le CSSS Jeanne-Mance.⁴

COMPORTEMENT ET APPARENCE

SUR LE PLAN NON VERBAL

Description de ce qui est observé au niveau du comportement de la personne et de son apparence.

- Comprend l'apathie, l'insomnie, la perte de poids importante, l'absence de réponse à des besoins vitaux (alimentation, hygiène...), l'impulsivité, des gestes explosifs, l'agitation, la fébrilité, et tout autre comportement jugé problématique.

Exemples :

- La personne bouge sans cesse, ne peut demeurer en place;
- Elle est repliée sur elle-même, garde le silence;
- Elle frappe les murs et lance des objets dans sa cuisine.

SUR LE PLAN VERBAL (DISCOURS)

Description de la forme du discours, tel : lent, très rapide, désinhibé, hypocondriaque.

Exemples :

- La personne parle sans arrêt et passe d'un sujet à l'autre;
- Elle parle lentement et de manière quasi inaudible;
- Elle refuse de parler;
- Elle crie et blasphème sans arrêt.

ATTITUDE

Description de l'état d'esprit de la personne en lien avec l'intervention, tel : la suspicion, la méfiance

Exemples :

- La personne est méfiante;
- Elle défie les intervenants, elle est hostile à leur présence;
- Elle est indifférente à la présence des intervenants;
- Elle est figée, ne parvient pas à parler.

⁴ Bilodeau, M., Brouillet, H., 2003, *Intervenir avec une personne dont l'état mental présente un risque*. Programme de formation destiné au Service de Police de la Ville de Montréal, CLSC des Faubourgs – Urgence psychosociale – Justice pp. 14-15

Il est important de tenir compte que l'attitude de la personne peut évoluer durant l'intervention ou l'entrevue. Par ailleurs, une certaine anxiété est normale lors d'un premier contact avec une personne en autorité (policier) ou avec un intervenant en santé mentale.

ORIENTATION

Description de l'orientation de la personne dans le temps, l'espace et en rapport aux personnes.

Exemples :

- La personne ne sait pas quel jour nous sommes;
- Elle ne sait pas à quel endroit elle se trouve;
- Elle ne reconnaît pas les gens autour d'elle (leur rôle, leur fonction).

AFFECT OU HUMEUR

Description des émotions dominantes, notamment l'anxiété, une angoisse importante, la tristesse, des sentiments dépressifs, un sentiment de détresse profonde, des accès de rage. Ainsi que la description de certaines caractéristiques des affects tels qu'ils peuvent apparaître au premier abord (leur caractère approprié, changeant, etc.).

Exemples :

- La personne est triste, elle pleure et se dit tannée de vivre dans cet état;
- Elle est en colère et se dit victime de l'intolérance des voisins;
- Elle est euphorique, présente des rires inappropriés à la situation;
- Elle passe du rire aux pleurs très rapidement.

PENSÉE

Description du contenu de la pensée tel qu'il se traduit à partir du discours de la personne.

- o Comprend incohérence, idées délirantes et de grandeur, de persécution, de contrôle externe (une force extérieure contrôle ses pensées), etc. Inclus également les idées récurrentes et persistantes.

Exemples :

- La personne est incohérente, elle fait référence à une tempête de neige en plein été;
- Elle semble délirante, parle des ovnis, des terroristes, de prostitution d'une manière telle qu'on n'arrive pas à la suivre;
- Elle est grandiose – se dit être la Reine d'Angleterre ;
- Elle est persécutée – se dit menacée par des gens, les politiciens, les grands patrons des médias lui veulent du mal.

JUGEMENT

Description des éléments indiquant une difficulté à saisir les rapports entre différents éléments. Porter attention à l'autocritique de la personne face aux limites posées par son handicap ou son état mental du moment. L'absence d'autocritique caractérise souvent un jugement perturbé et peut conduire à une menace à l'intégrité de la personne ou envers autrui.

Exemples :

- La personne a une autocritique faible (même si elle est à la rue en plein hiver, elle ne reconnaît pas que cela puisse être dangereux);
- Elle présente un jugement altéré à cause de la consommation d'alcool, de perte de mémoire ou de pensées délirantes.

PERCEPTION

Description de la présence ou non d'une altération de la perception telle les hallucinations (habituellement auditives) ou de l'état de conscience.

Exemples :

- La personne affirme entendre des voix la nuit – ces voix lui disent qu'elle devra fuir car on lui veut du mal;
- Elle dit que des voix lui commandent de blesser le voisin parce qu'il ne croit pas en Dieu;
- Elle dit avoir des araignées sur ses jambes, elle se gratte sans arrêt, et ce, jusqu'au sang.

ANNEXE 4

LEXIQUE

Loi P-38	Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui
SASC désignés	Services d'aide en situation de crise désignés
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
UPS-J	Urgence psychosociale-justice
AGENCE	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal
CH	Centre hospitalier
T.A.Q.	Tribunal administratif du Québec
MD	Médecin
C.A.S.	Commission des affaires sociales
SPVM	Service de police ville de Montréal
CIC	Centre d'intervention de crise
ISC	Intervention en situation de crise

OUTIL D'ESTIMATION DE LA DANGÉROSITÉ
DANS LE CADRE DE LA LOI P-38 ET DANS LE CONTEXTE D'UNE INTERVENTION DE CRISE

É T A P E	ESTIMATION PRÉLIMINAIRE AU MOMENT DE LA PRISE DE CONTACT		
	DEMANDE D'AIDE Estimation préliminaire du danger	Type	Niveau
		☺ SUICIDE, AUTOMUTILATION ☺ AGRESSION GRAVE/ HOMICIDE ☺ MENACE À L'INTÉGRITÉ (SOI/AUTRUI)	☺ FAIBLE ☺ MOYEN ☺ ÉLEVÉ
1	En situation de danger grave et immédiat et en l'absence d'une marge de manœuvre, faire appel au 911.		

É T A P E	INTERVENTION	
	2	☺ IDENTIFICATION DES MÉCANISMES D'ADAPTATION ET AUTRES ☺ CRÉATION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ☺ RECHERCHE DE STRATÉGIES ALTERNATIVES/OFFRE DE SERVICES ☺ VÉRIFICATION DE LA COLLABORATION DE LA PERSONNE AU REGARD DES INTERVENTIONS PROPOSÉES

É T A P E	ESTIMATION FINALE			
	PRÉSENCE DE DANGER			
	ÉTAT DE LA PLANIFICATION (C.O.Q.)	NIVEAU DU DANGER (24-48 HR)	INTERVENTIONS ET APPLICATION DE LA LOI	
AVEC COLLABORATION			SANS COLLABORATION	
3	PLAN NON DÉFINI MOYEN ET/OU VICTIME NON ACCESSIBLE(S)	FAIBLE COTE 1-2-3	DANGER NON GRAVE : LA LOI NE S'APPLIQUE PAS	DANGER NON GRAVE : LA LOI NE S'APPLIQUE PAS
	PLAN PARTIELLEMENT DÉFINI ➤ MOYEN/VICTIME IDENTIFIÉ(ES) OU ACCESSIBLE(S) ➤ MENACE DE PASSAGE À L'ACTE		MOYEN COTE 4-5	DANGER GRAVE ET NON IMMÉDIAT : LA LOI NE S'APPLIQUE PAS
	PLAN DÉFINI ➤ MOYEN/VICTIME IDENTIFIÉ(ES) ET ACCESSIBLE(S) ➤ MENACE DE PASSAGE À L'ACTE	ÉLEVÉ COTE 6-7-8	DANGER GRAVE ET IMMÉDIAT : LA LOI NE S'APPLIQUE PAS	DANGER GRAVE ET IMMÉDIAT : APPLICATION DE L'ARTICLE 8 DE LA LOI

FACTEURS DE RISQUE	
RISQUES SUICIDAIRES (adulte)	RISQUES D'AGRESSION GRAVE / HOMICIDE
➤ PROBLÈME DE TOXICOMANIE, INTOXICATION PRÉSENTE ➤ TENTATIVES ANTERIEURES (AU COURS DES 2-3 DERNIÈRES ANNÉES) ➤ ÉTAT DÉPRESSIF (DIAGNOSTIQUÉ OU PAS), PORTER ATTENTION À LA DÉPRESSION MAJEURE. SCHIZOPHRÉNIE, TROUBLE BIPOLAIRE ET TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE, PORTER ATTENTION AUX PHASES DE DÉPRESSION ➤ ISOLEMENT SOCIAL PRONONCÉ ➤ SUICIDE D'UNE PERSONNE SIGNIFICATIVE ➤ PROBLÈMES ÉCONOMIQUES DE LONGUE DURÉE ➤ HOMME ÂGÉ SURTOUT ENTRE 30 ET 49 ANS ➤ ÉVÉNEMENT DÉCLENCHANT OU STRESSEUR (SOUVENT UNE PERTE IMPORTANTE) OU RELATIONS CONFLICTUELLES (EN PARTICULIER DANS UN CONTEXTE DE SÉPARATION CONJUGALE) ➤ IMPULSIVITÉ, HOSTILITÉ ➤ MOYENS ENVISAGÉS ACCESSIBLES ET DANGEREUX : ARME À FEU, PENDAISON N.B. : LES 3 PREMIERS FACTEURS DE RISQUE SONT LES PLUS IMPORTANTS	➤ PROBLÈME DE TOXICOMANIE ➤ ANTÉCÉDENTS DE VIOLENCE ET D'INCARCÉRATION EN RAISON D'AGISSEMENTS VIOLENTS ➤ ÉTAT PSYCHOTIQUE AIGU : EN PARTICULIER, HALLUCINATIONS AVEC VOIX QUI COMMANDENT DES AGRESSIONS, DÉLIRE DE PERSÉCUTION OU DÉLIRE DE PERTE DE CONTRÔLE : LA PERSONNE CROIT QUE DES FORCES EXTÉRIEURES ESSAIENT DE CONTRÔLER SES PENSÉES (MENACE À L'INTÉGRITÉ) ➤ TROUBLE DE PERSONNALITÉ ANTISOCIALE OU PSYCHOPATHIE ➤ ABSENCE D'AUTOCRITIQUE ➤ PROBLÈMES ÉCONOMIQUES DE LONGUE DURÉE ➤ VICTIME DE VIOLENCE OU DE NÉGLIGENCE DURANT L'ENFANCE ➤ CESSATION OU PRISE INADÉQUATE DE LA MÉDICAMENT, SURTOUT LES NEUROLEPTIQUES ➤ HOMME ÂGÉ SURTOUT ENTRE 18 ET 35 ANS ➤ IMPULSIVITÉ, HOSTILITÉ N.B. : - LES PROCHES (PARENT, CONJOINT) SONT LES VICTIMES À RISQUE. LES INCIDENTS DE VIOLENCE QUI ONT CONDUIT UNE PERSONNE AYANT UN TROUBLE SÉVÈRE DE SANTÉ MENTALE AU CH IMPLIQUENT HABITUELLEMENT DES ÉPISODES DE BRIS DE MEUBLES ET/OU UNE MENACE OU UN ASSAUT MINEUR SUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE. IL FAUT AGIR AVEC PRUDENCE LORS DU PREMIER ÉPISODE DE PSYCHOSE. - LES 3 PREMIERS FACTEURS DE RISQUE SONT LES PLUS IMPORTANTS

Inspiré du comité d'expertise clinique crise-suicide des Laurentides, 2002, produit par le comité d'Outils de Montréal, revu et corrigé par : Bibiane Dutil, conseillère aux établissements de l'ADRLSSSM et Gilles Marsolais, consultant, septembre 2005.

ESTIMATION DE L'ÉTAT MENTAL	
COMPORTEMENT ET APPARENCE	
<p>PLAN NON VERBAL</p> <p>DESCRIPTION DE CE QUI EST OBSERVÉ AU NIVEAU DU COMPORTEMENT DE LA PERSONNE ET DE SON APPARENCE. COMPREND L'APATHIE, L'INSOMNIE, LA PERTE DE POIDS IMPORTANTE, L'ABSENCE DE RÉPONSE À DES BESOINS VITAUX (ALIMENTATION, HYGIÈNE...), L'IMPULSIVITÉ, LES GESTES EXPLOSIFS, L'AGITATION, LA FÉBRILITÉ, ET TOUT AUTRE COMPORTEMENT JUGÉ PROBLÉMATIQUE.</p> <p>EXEMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ LA PERSONNE BOUGE SANS CESSER, NE PEUT DEMEURER EN PLACE ➤ ELLE EST REPLIÉE SUR ELLE-MÊME, GARDE LE SILENCE ➤ ELLE FRAPPE LES MURS ET LANCE DES OBJETS DANS SA CUISINE 	<p>PLAN VERBAL (DISCOURS)</p> <p>DESCRIPTION DE LA FORME DE DISCOURS TELS : DISCOURS LENT, TRÈS RAPIDE, DÉSINHIBÉ, HYPOCONDRIQUE.</p> <p>EXEMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ LA PERSONNE PARLE SANS ARRÊT ET PASSE D'UN SUJET À L'AUTRE ➤ ELLE PARLE LENTEMENT ET DE MANIÈRE QUASI INAUDIBLE ➤ ELLE REFUSE DE PARLER ➤ ELLE CRIE ET BLASPHEME SANS ARRÊT
ATTITUDE	
<p>DESCRIPTION DE L'ÉTAT D'ESPRIT DE LA PERSONNE EN LIEN AVEC L'INTERVENTION TEL QUE LA SUSPICION, LA MÉFIANCE.</p> <p>EXEMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ LA PERSONNE EST MÉFIANTE ➤ ELLE DÉFIE LES INTERVENANTS, ELLE EST HOSTILE À LEUR PRÉSENCE ➤ ELLE EST INDIFFÉRENTE À LA PRÉSENCE DES INTERVENANTS ➤ ELLE EST FIGÉE, NE PARVIENT PAS À PARLER <p><i>N.B. : TENIR COMPTE QUE L'ATTITUDE DE LA PERSONNE PEUT ÉVOLUER DURANT L'INTERVENTION OU L'ENTREVUE. PAR AILLEURS, UNE CERTAINE ANXIÉTÉ EST NORMALE LORS D'UN PREMIER CONTACT AVEC UNE PERSONNE EN AUTORITÉ (POLICIER) OU AVEC UN INTERVENANT EN SANTÉ MENTALE.</i></p>	
ORIENTATION	
<p>DESCRIPTION DE L'ORIENTATION DE LA PERSONNE DANS LE TEMPS, L'ESPACE.</p> <p>EXEMPLES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ LA PERSONNE NE SAIT PAS QUEL JOUR NOUS SOMMES ➤ ELLE NE SAIT PAS À QUEL ENDROIT ELLE SE TROUVE ➤ ELLE NE RECONNAÎT PAS LES GENS AUTOUR D'ELLE (LEUR RÔLE, LEUR FONCTION) 	
AFFECT OU HUMEUR	
<p>DESCRIPTION DES ÉMOTIONS DOMINANTES, NOTAMMENT L'ANXIÉTÉ, UNE ANGOISSE IMPORTANTE, LA TRISTESSE, LES SENTIMENTS DÉPRESSIFS, UN SENTIMENT DE DÉTRESSE PROFONDE, LES ACCÈS DE RAGE. AUSSI, DESCRIPTION DE CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DES AFFECTS TELS QU'ILS PEUVENT APPARAÎTRE AU PREMIER ABORD (LEUR CARACTÈRE APPROPRIÉ, CHANGEANT, ETC.)</p> <p>EXEMPLES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ LA PERSONNE EST TRISTE, ELLE PLEURE ET SE DIT TANNÉE DE VIVRE DANS CET ÉTAT ➤ ELLE EST EN COLÈRE ET SE DIT VICTIME DE L'INTOLÉRANCE DES VOISINS ➤ ELLE EST EUPHORIQUE, PRÉSENTE DES RIRES INAPPROPRIÉS À LA SITUATION 	
PENSÉE	
<p>DESCRIPTION DU CONTENU DE LA PENSÉE TEL QU'IL SE TRADUIT À PARTIR DU DISCOURS DE LA PERSONNE. COMPREND INCOHÉRENCE, IDÉES DÉLIRANTES ET DE GRANDEUR, DE PERSÉCUTION, DE CONTRÔLE EXTERNE (UNE FORCE EXTÉRIEURE CONTRÔLE SES PENSÉES) ETC. INCLUS ÉGALEMENT LES IDÉES RÉCURRENTES ET PERSISTANTES.</p> <p>EXEMPLES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ LA PERSONNE EST INCOHÉRENTE, ELLE FAIT RÉFÉRENCE À UNE TEMPÊTE DE NEIGE EN PLEIN ÉTÉ ➤ ELLE SEMBLE DÉLIRANTE, PARLE DES OVNIS, DES TERRORISTES, DE PROSTITUTION D'UNE MANIÈRE TELLE QU'ON N'ARRIVE PAS À LA SUIVRE ➤ ELLE EST GRANDIOSE – SE DIT ÊTRE LA REINE D'ANGLETERRE ➤ ELLE EST PERSÉCUTÉE – SE DIT MENACÉE PAR DES GENS, LES POLITIENS, LES GRANDS PATRONS DES MÉDIAS LUI VEULENT DU MAL 	
JUGEMENT	
<p>DESCRIPTION DES ÉLÉMENTS INDIQUANT UNE DIFFICULTÉ À SAISIR LES RAPPORTS ENTRE DIFFÉRENTS ÉLÉMENTS. PORTER ATTENTION À L'AUTOCRITIQUE DE LA PERSONNE FACE AUX LIMITES POSÉES PAR SON HANDICAP OU SON ÉTAT MENTAL DU MOMENT. L'ABSENCE D'AUTOCRITIQUE CARACTÉRISE SOUVENT UN JUGEMENT PERTURBÉ ET PEUT CONDUIRE À UNE MENACE À L'INTÉGRITÉ DE LA PERSONNE OU ENVERS AUTRUI.</p> <p>EXEMPLES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ LA PERSONNE EST À LA RUE EN PLEIN HIVER, ELLE NE RECONNAÎT PAS QUE CELA PUISSE ÊTRE DANGEREUX POUR ELLE : AUTOCRITIQUE FAIBLE ➤ LA PERSONNE CONSOMME DES PSYCHOTROPES, ET PRÉSENTE DES PERTES DE MÉMOIRE OU DES PENSÉES DÉLIRANTES : AUTOCRITIQUE FAIBLE 	
PERCEPTION	
<p>DESCRIPTION DE LA PRÉSENCE D'UNE ALTÉRATION DE LA PERCEPTION OU DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE TELLES : LES HALLUCINATIONS (HABITUELLEMENT AUDITIVES).</p> <p>EXEMPLES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ LA PERSONNE DIT ENTENDRE DES VOIX LA NUIT QUI LUI DISENT QU'ELLE DEVRA FUIR CAR ON LUI VEUT DU MAL ➤ ELLE DIT QUE DES VOIX LUI COMMANDENT DE BLESSER LE VOISIN PARCE QU'IL NE CROIT PAS EN DIEU ➤ ELLE DIT AVOIR DES ARAIGNÉES SUR SES JAMBES, ELLE SE GRATTE SANS ARRÊT, ET CE, JUSQU'AU SANG 	

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (1998). *Fact Sheet, Violence and mental illness*, 5 p.
- Association québécoise de suicidologie. (1996). *Le suicide : comprendre et intervenir*. Dossier d'information sur la problématique du suicide., 21 p.
- Association québécoise de prévention du suicide. (2003), *Grille d'évaluation de l'urgence suicidaire*, Programme accrédité de formation, Intervention en situation de crise suicidaire.
- BEAULIEU, D. (1999). *Guide pratique sur les droits en santé mentale*, MSSS, Direction des communications, 116 p.
- BEAULIEU, D., n.d., *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Exposé préparé pour le colloque national sur l'intervention en situation de crise.
- BEAULIEU, D., PICHETTE, P. (2001). *Cadre de référence - Modalités d'application de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Régie régionale de la santé et des services sociaux Bas Saint-Laurent, 46 p. et annexe.
- BILODEAU, M., BROUILLET, H. (2003). *Intervenir avec une personne dont l'état mental présente un risque*. Programme de formation destiné au Service de Police de la Ville de Montréal, CLSC des Faubourgs, Urgence psychosociale-Justice, 39 p.
- BLAIS, M., RENAUD, A.-M. (1997). Le suicide chez les adolescents, *Recherches en bref*, Centre de recherche sur les services communautaires, Faculté des Sciences sociales, Université de Laval, 20 p.
- CROCKER, A. (2004). Troubles mentaux graves et violence – Prévalence, évaluation et gestion du risque in T. Lecompte et C. Leclerc, *Manuel de réadaptation psychiatrique*. (pp. 275-313). Montréal. Presses de l'Université du Québec.
- Comité d'expertise clinique crise-suicide. (2002). *Outil d'estimation de la dangerosité dans le cadre de l'intervention en situation de crise*, Régie régionale des Laurentides, 11 p. et annexes.
- DOLAN, M., DOYLE, M. (2000). Violence risk prediction, Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist, *British Journal of Psychiatry*, 177, 303-311.
- DOUCET, A., HORTH, M.-E., MARSOLAIS, G. (2003). *Procédure d'estimation en situation de crise en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : Région Saguenay-Lac-Saint-Jean*, CLSC du Norois, Centrale Info-Social, 35 pages.
- DOYE, M. (1999). *Outil pour estimer la dangerosité et évaluer l'urgence*, Document de travail, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 19 p.
- DUTIL, B. (2003). La Loi sur la protection de personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., P-38.001) : une loi d'exception, *Intervention*, no 119
- FLOREZ-ARBOLEDA, J. et al. (1996). *Mental Illness and Violence : Proof or Stereotype*, Health Canada, 144p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (1997), *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, Éditeur officiel du Québec.

- GOUTAINE. (2004). *Les comportements d'agitation pathologique*.
<http://www.geocities.com/bpradines/CAP.html>
- HUCKER, S., (2004). *Psychiatric Aspects of Risk Assessment, Psych Direct – Evidence Based Mental Health Education and Information* (Université McMaster, Ontario, Can.).
<http://www.violence-risk.com/risk/assessment.htm>
- INSTITUT PHILIPPE PINEL, n.d. *Psychose, violence et contention*. Colloque sur la dangerosité. Institut Philippe Pinel.
- JULIEN, M., LAVERDURE, J. (2004). *Avis sur la prévention du suicide chez les jeunes.*, Institut National de santé publique du Québec, 50 p.
- KINDERMAN, P., COOKE, A. (2000). *Recent advances in understanding mental illness and psychotic experience*. The British Psychological Society. Division of Clinical Psychology, 82 p.
- LAFLEUR, P-A. (1998). *Le patient psychiatrique dangereux : définition, description, évaluation in Développements récents en santé mentale*. Dossier de la formation permanente, Barreau du Québec, (pp. 21-42). Montréal. Ed. Yvon Blais Inc.
- MILLAUD, F. ROY, R., GENDRON, P., AUBUT, J. (1992). Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques, *Revue canadienne de psychiatrie*, nov. pp. 608-613.
- MISHARA, B., L., TOUSIGNANT, M. (2004, *Comprendre le suicide*, Collection Partenaires, Montréal, Les Presses de l'université de Montréal, 172 p.
- MORRISSETTE, P. (1981) *Le suicide, évaluation du potentiel suicidaire*, 48 p.
- PAYETTE, T., TOUSIGNANT, M. (1998). *Polytoxicomanies et suicide chez les hommes*, Association québécoise de prévention du suicide, *Vis-à-vie*, 8 (2), 1998.
- PETRUNICK, M. n.d. *Les modèles de dangerosité : analyse des lois et pratiques relatives aux délinquants dangereux dans divers pays 1994-02*. Solliciteur général du Canada, Services gouvernementaux du Canada, 110 p.
- SÉGUIN, M., HUON, P. (1999) *Le Suicide – Comment prévenir, comment intervenir*. Les éditions Logiques, 194 p.
- SHEA, S. C. (2002). *The Practical Art of Suicide Assessment . A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counsellors*. 316 pages.
- ST-LAURENT, D., TENNINA, S. (2000). *Résultat de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 1996*. Ministère de la santé et des services sociaux et le Bureau du Coroner, Gouvernement du Québec, 59 p.
- WALSH, E., BUCHANAN, A., FAHY, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence, *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- VEILLEUX, A.M., ALLARD, H. (1998, Les recours et la représentation du patient psychiatrique selon la nouvelle Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, *Développements récents en santé mentale*. Dossier de la formation permanente, Barreau du Québec, (pp. 147-176)Montréal. Ed. Yvon Blais Inc.
- ZEALBERG, J.J., SANTOS, A. (1996). *Comprehensive emergency mental health care*, NY. W.W. Norton & Co., 290 p.

- BEAULIEU, D., 1998, *Formation sur les droits et recours en santé mentale, Guide de participation à l'intention des intervenants et des intervenantes*, MSSS, 127 p.
- BEAULIEU, D., n.d., *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental ...* Exposé préparé pour le colloque national sur l'intervention en situation de crise
- BEAULIEU, D., Pichette, P., 2001, *Cadre de référence - Modalités d'application de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Régie régionale de la santé et des services sociaux Bas Saint-Laurent, 46 p. et annexe.
- CLSC DES FAUBOURGS, 2003, *L'UPS-J et la Loi 38.001 - Cadre de référence*, 13 p.
- CLSC DES FAUBOURGS, 2004, *Urgence Psychosociale-Justice - La collaboration est Essentielle*. Dépliants d'information.
- COMITÉ DE COORDINATION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES POUR LA RÉGION 6A, 1995, *Protocole pour application de la sectorisation dans les Urgences Psychiatriques de la Région 6A*, 10 p.
- DAIGNEAULT, M-M. 1998, *Le projet de loi 39 : trop ou pas assez? L'intervention policière auprès des personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Service de la formation permanente, Bureau du Québec, 165, Ed. Yvon Blais, pp. 43-76
- DUSSAULT, Y., 2003, *Divulguer des renseignements confidentiels en vue de protéger des personnes, L'informateur public et privé*, vol. 9, no 2, 2-11.
- FORGET, J., 1993, *De la garde en établissement et de l'examen psychiatrique*, Collection Code civil du Québec, AHQ, 14 p et annexes
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1997, *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- JARRY, Monique, 2002, *La dangerosité, un état de la jurisprudence, Être protégé malgré soi*, Service de la formation permanente, Bureau du Québec, 165, Ed. Yvon Blais, pp. 31 à 47
- LAFORÉST, C., MÉNARD, C., 2000, *Modèle d'application en CLSC de la loi ... (C-75)*, Région Saguenay-Lac St-Jean, Centre Maria-Chapdeleine (Mistassini), CH-CHSLD-CLSC Cléophas-Claveau (Ville de la Baie), CLSC Carrefour de santé Jonquière (Jonquière), CLSC des Prés Bleus (Saint-Félicien), CLSC du Grand Chicoutimi (Chicoutimi).
- LAFRENIÈRE, H., 2001, *Entente de services pour les situations de crise et suicide, Centres de réadaptation, Centres hospitaliers, CLSC, Centre prévention suicide, Info-Santé régionale, Services ambulanciers, Services policiers, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides*, 66 p.
- DIRECTION DE LA COORDINATION DES SERVICES, 2001, *Cadre de référence relatif à l'application de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q. c. P-38.001)*, Document de travail, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay - Lac St-Jean, 22 p. et annexes.
- MASSE, C., 1998, *Rôle et responsabilité du psychiatre selon la Loi sur la protection des pers. atteintes de maladie mentale*, Barreau du Québec, Colloque su service d'éducation permanente portant sur les récents développements en droit de la santé mentale, 46 p.
- MÉNARD, J.-P., 1998, *Les grands principes de la nouvelle Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour soi ou pour autrui, Développements récents en santé mentale, dossier de la formation permanente*, Barreau du Québec, Ed. Yvon Blais Inc.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Services de santé mentale, 2003, La sectorisation des Services psychiatriques de courte durée pour adultes, protocole d'accueil des usagers, règles d'application*, 14 p.

VEILLEUX, A.M., Allard, H., 1998, *Les recours et la représentation du patient psychiatrique selon la nouvelle Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Développements récents en santé mentale, dossier de la formation permanente, Barreau du Québec*, Ed. Yvon Blais Inc. pp. 147-176