

2021

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

GUIDE DE COMPLÉTION

Formulaires 62-200-049 et 62-200-266
Usagers vulnérables au suicide détection et filet de sécurité

Équipe spécialisée en prévention du suicide

Direction de santé publique

Ce guide s'adresse aux intervenants qui rempliront :

<u>Formulaire 1</u>	« 62-200-049 Usager à risque suicidaire détection et filet de sécurité » ¹
<u>Formulaire 2</u>	« 62-200-266 Suivi du risque suicidaire usager hospitalisé ou hébergé » ¹

Une publication de

**Direction de santé publique du
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
CLSC de l'Ouest-de-l'Île**

4250, boulevard Dagenais Ouest
Laval (Québec) H7R 1L4
Téléphone : 450 627-2530, poste 34888
Courriel : esps.cissslav@ssss.gouv.qc.ca
Site Web: www.lavalensante.com

Rédaction

Virginie Hamel, psychologue et coordonnatrice professionnelle, équipe spécialisée en prévention du suicide, Direction de santé publique

Chantal Renaud, travailleuse sociale, équipe spécialisée en prévention du suicide, Direction de santé publique

Remerciements

Merci à Vickie Arsenault, Samira Nabil et Christine Alary-Gauvreau pour leur collaboration à ce dossier

Secrétariat

Ahlam Zakri, technicienne en administration

Diffusion

Ce document est disponible en version électronique sur l'intranet à l'adresse suivante :
<http://cissslaval.intranet.reg13.rtss.qc.ca/espace-employe/formation/prevention-du-suicide/formations-en-prevention-du-suicide/>

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

ISBN : 978-2-550-89705-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-89706-4 (version PDF)

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, 2021

¹ Formulaires approuvés par la Direction des soins infirmiers (DSI) et la Direction des services multidisciplinaires (DSM), ainsi que par les archives du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	3
présentation du formulaire :	4
généralités du formulaire et description de la légende générale :.....	5
SECTION 1 : Détection	6
SECTION 2 : 5 indicateurs et réévaluation.....	8
SECTION 3 : Les conduites à tenir	14
SECTION 4 : Diagnostics et tentatives de suicide antérieures	17
SECTION 5 : Entourage.....	17
SECTION 6 : Filet de sécurité.....	19
SECTION 7 : Signature.....	22
ANNEXE 1 : Formulaire « Usager à risque suicidaire - Détection et congé » 62-200-049	23
ANNEXE 2 : Formulaire « Suivi du risque suicidaire usager hospitalisé ou hébergé » 62-200-266 .	25
ANNEXE 3 : Extrait du Plan d’audit de la pratique organisationnelle requise (POR)	26
ANNEXE 4 : Les moments critiques	28

PRÉSENTATION DU FORMULAIRE :

Peut être utilisé par :

- Personnel en soins infirmiers, soit les infirmières et infirmières auxiliaires ainsi que les candidates à la profession infirmière (CEPI), les externes et les stagiaires en soins infirmiers.
- Tout professionnel/technicien de la catégorie 4 qui pourrait devoir effectuer la détection d'idées suicidaires d'un usager, à domicile, par téléphone, en visioconférence ou dans le CISSS de Laval.
- Les auxiliaires de santé et de services sociaux ainsi que les préposés aux bénéficiaires NE PEUVENT PAS remplir ces deux outils. Toutefois, il apparaît très pertinent qu'ils le connaissent, afin de savoir quelles informations relayer au besoin vers les autres membres du personnel.

Ce formulaire permet :

- de cerner les usagers à risque de suicide de 14 ans et plus, tel que défini par votre direction (quand ? pourquoi?) (voir annexe 3);
- de documenter et monitorer le risque de suicide chez les usagers détectés;
- d'assurer la sécurité de l'usager pour qui on a détecté un risque de suicide;
- de consigner au dossier l'information obtenue lors de la détection de risque suicidaire ainsi que les démarches réalisées auprès de l'usager pour minimiser ce risque.

Ce formulaire, présenté sous la forme d'une feuille recto verso en couleur, est rempli en une seule fois, par la même personne. Pour un monitoring de l'usager suicidaire, se référer plutôt au formulaire « 62-200-266 Suivi du risque suicidaire usager hospitalisé ou hébergé ». Ce dernier se complète de la même manière que la section 2 du formulaire 62-200-049 (voir p. 7 du présent document).

Ce guide est un outil d'aide à l'utilisation du formulaire. Il est aussi fortement suggéré de suivre la formation disponible en ligne sur l'intranet ([Espace employé > Formation > Prévention du suicide](#)). Notez que le formulaire a été créé à la demande expresse du milieu, car les pratiques actuelles étaient trop variables d'un employé à l'autre et rendaient le suivi difficile. Cet outil, au lieu de vous ajouter du travail, rendra celui-ci plus simple et plus rapide une fois que vous le connaîtrez. Surtout, il vous permet de savoir quelles mesures appliquer afin d'assurer un filet de sécurité, et ce, même à domicile.

- Solliciter son supérieur, coordonnateur ou un collègue au besoin.
- Pour recevoir du soutien non urgent pour vous-même ou encore de l'information, communiquez avec l'équipe spécialisée prévention suicide au 450 627-2530, poste 34888 ou écrire à esps.ciSSLav@ssss.gouv.qc.ca.
- En cas d'urgence, le 911 ou la Ligne prévention suicide Laval : 450 629-2911 ou 1 866-APPELLE.

GÉNÉRALITÉS DU FORMULAIRE ET DESCRIPTION DE LA LÉGENDE GÉNÉRALE :

- Ce formulaire est disponible en version papier et en version dynamique.
- **Pour la version dynamique** : Quelques précisions sont indiquées dans le présent guide. Veillez à ne pas l'imprimer en noir et blanc, mais bien en couleur une fois complété, si requis. Sinon, il est possible de le déposer directement au dossier comme les autres formulaires dynamiques.
- **Pour la version papier** : Puisque ce formulaire est en couleur, il n'est pas permis de photocopier des exemplaires vierges. Il faut absolument les commander auprès de l'imprimerie. Veiller à le numériser en couleur.
 - Commande auprès du service d'imprimerie par l'intranet avec l'autorisation de votre gestionnaire, en indiquant le numéro de répertoire approprié (62-200-049 ou 62-200-266) : <https://www.cognitofrms.com/CISSSDeLaval/Requ%C3%AAtDimprimerie>.
- L'adressographe doit être apposé dans la zone réservée à cette fin dans le haut de chaque page.
- Lorsqu'une note complémentaire est rédigée par le personnel, un astérisque (*) doit être apposé à côté de ses initiales ou du crochet d'une case cochée.
- Les libellés suivis d'un astérisque (*) doivent obligatoirement faire l'objet d'une note complémentaire dans le formulaire « Notes évolution » ou dans l'espace identifié à cette fin « informations supplémentaires/justification clinique ».
- Les cases blanches servent à indiquer le choix approprié, au moyen d'un crochet (√) ou d'un (X).
 - En version dynamique, un X est apposé automatiquement.
- Des libellés personnalisés peuvent être ajoutés dans les sections via les sections « informations supplémentaires/justification clinique » afin de préciser une intervention, une observation ou une information.
 - Si une note complémentaire plus longue que l'espace requis doit être rédigée, utiliser le formulaire « Notes évolution » en précisant le nom de la section et l'heure/date à laquelle se réfère la note complémentaire. La signature de l'intervenant est aussi requise.
 - Version papier : mettre un astérisque * dans la section afin de l'indiquer.
 - En formulaire dynamique : il est impossible de dépasser l'espace prévu. Au besoin, joindre une note d'évolution et l'indiquer dans le formulaire dans la section « informations supplémentaires/justification clinique »
- Le formulaire doit être rempli à l'encre indélébile bleue ou noire (pas d'encre gel ni de stylo effaçable).
- En cas d'erreur d'inscription, mettre entre parenthèses et rayer les inscriptions non conformes, inscrire « erreur d'inscription » ou « erreur de dossier », selon le type d'erreur, et apposer les initiales de l'intervenant au-dessus de la rayure.

Population cible (voir aussi annexe 3)

- Ce formulaire devrait être utilisé auprès des personnes suivantes :
 - personnes de 14 ans et plus faisant partie d'un groupe ciblé dans une direction;
 - personnes de 14 ans et plus étant considérées à risque (ex. : personnes souffrant de troubles de santé mentale, personnes souffrant de troubles de dépendance, personnes ayant fait une tentative de suicide dans le passé, hommes en situation de vulnérabilité);
 - personnes qui montrent des signes et symptômes de détresse (directs ou indirects);
 - tout usager qui nous inquiète.
- * Dans tous les cas, le jugement clinique doit s'appliquer.**

SECTION 1 : DÉTECTION

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec</p> <p>USAGER À RISQUE SUICIDAIRE DÉTECTION ET FILET DE SÉCURITÉ</p> <p>Installation :</p>	<p>ADRESSOGRAPHE</p>
DÉTECTION	
<p>1. Détection du risque suicidaire en 3 questions :</p> <p><input type="checkbox"/> Idées suicidaires actuellement <input checked="" type="checkbox"/> A pensé au suicide dernièrement (3 derniers mois) <input type="checkbox"/> A fait une tentative dans la dernière année</p> <p>2. Si détection faite ET négative : faire une note d'évolution</p> <p>3. Si détection positive : ✓ oui à au moins une de ces questions, compléter la grille ci-dessous.</p>	

 Poser les **3 questions de détection du risque suicidaire**. Cocher toute réponse « Oui » de l'usager dans la case appropriée.

On peut poser les questions de la façon suivante :

- *Est-ce que vous pensez au suicide? OU Est-ce que ça fait mal au point de vouloir vous enlever la vie?*
- *Avez-vous pensé au suicide dans les derniers mois?*
- *À quelle fréquence?*
- *À quel moment ces idées se sont-elles arrêtées?*
- *Avez-vous déjà tenté de vous suicider?*
- *Quand?*
- *Approfondir au besoin : Dans quel contexte avez-vous fait cette tentative?*

➡ **Détection négative** : En cas de « Non » aux trois questions, rédiger une note d'évolution indiquant sommairement qu'une détection des idées suicidaires a été faite (indiquer les raisons qui en ont suscité la nécessité au besoin), et que la détection est négative. Indiquer si connu tout moment critique (voir annexe 3) ultérieur ou signes à surveiller personnalisés.

➡ **Détection positive** : « Oui » à au moins une des 3 questions (cocher laquelle ou lesquelles), poursuivre avec la suite du formulaire.

SECTION 2 : 5 INDICATEURS ET RÉÉVALUATION

Scénario : Comment, Où, Quand (COQ)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partiel ou complet, non imminent (+48 h) *	<input type="checkbox"/> Complet et imminent (- de 48 h)*
Intoxication	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui/cohérent	<input type="checkbox"/> Oui/incohérent, attention médicale requise
Impulsivité	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Impulsif/contact avec la réalité	<input type="checkbox"/> Perte de contact avec la réalité/ perte de contrôle
Ouverture à recevoir de l'aide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	*Justification clinique :
Filet de sécurité fiable/présent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Niveau global de risque	<input type="checkbox"/> Risque faible	✓ 2 ou +	✓ 1 ou +
		<input type="checkbox"/> Risque moyen	<input type="checkbox"/> Risque élevé
Surveillance Recommandée Hospitalisation/Hébergement	Régulière	Unités : q 15 min Urgence : 1:4 Sous P-38 pour idées suicidaires : 1:4	Unités et Urgence : 1:1 Prescription médicale ou accord du supérieur
RÉÉVALUATION : lors de changements de situation, si hospitalisation : aux 24 heures			

Déterminer la case à cocher appropriée pour chaque indicateur à l'aide des questions suivantes (ou information équivalente)

1. Présence d'un scénario de suicide

Questions à poser

- Avez-vous déjà pensé au moyen de le faire?
- Avez-vous accès à ce moyen? Savez-vous comment vous le procurer?
- Avez-vous accès à une arme à feu à la maison?
- Avez-vous pensé à l'endroit où vous pouvez le faire?
- Avez-vous pensé au moment où vous pouvez le faire?

Bien que le truc mnémotechnique « COQ » soit indiqué sur le formulaire, savoir « comment, où et quand » une personne planifie ou non de se suicider ne suffit pas à faire une évaluation adéquate du risque suicidaire. C'est pourquoi il ne s'agit que du premier indicateur. Il est crucial de continuer avec les 4 autres indicateurs ci-dessous.

2. Intoxication

Dans le contexte où nous intervenons auprès d'une personne suicidaire, nous n'évaluons pas si elle a un problème de dépendance. Ce que nous allons vérifier, c'est si sa consommation la met en danger d'un passage à l'acte.

Questions à poser

- Certaines personnes, qui ont beaucoup de difficultés, consomment de l'alcool ou des drogues pour essayer d'engourdir leur souffrance. Est-ce que vous avez consommé dernièrement? Pensez-vous le faire à votre retour?
- Qu'est-ce que vous avez consommé depuis deux jours?

Observation à réaliser

- Est-il cohérent? Est-il possible d'être en interaction avec lui?

3. Impulsivité et agitation

Observations à réaliser

- L'utilisateur est-il visiblement agité?
- Parle-t-il vite et fort?
- Fait-il preuve d'agressivité?
- Est-il en perte de contact avec la réalité : symptômes de psychose, de délire, de démence?
- A-t-il déjà été agressif? (Vérifier l'historique au dossier ou auprès du proche)

Questions à poser

- *Est-ce qu'il vous arrive d'entendre ou de voir des choses que les autres ne semblent pas voir ou entendre?*
- *Si je vous demande de définir votre capacité à ne pas vous faire du mal sur une échelle de 1 à 10, où 10 représente le parfait contrôle, quel chiffre donneriez-vous actuellement? En général?*
- *Si l'on vous pose la même question au sujet de votre capacité à ne pas briser d'objets ou à ne pas faire du mal à quelqu'un, quel chiffre donneriez-vous?*
- *Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de perdre le contrôle et d'agir physiquement? Jusqu'où cela peut-il aller? À quand remonte votre dernière perte de contrôle?*

4. Présence d'un filet de sécurité

Observations à réaliser

- L'utilisateur est-il accompagné par quelqu'un? Pouvez-vous faire confiance à cette personne?
- Si l'utilisateur quitte subitement, pouvez-vous compter sur quelqu'un pour le protéger? Avez-vous déjà parlé à cette personne?

Questions à poser

- *Qui est au courant de vos idées suicidaires?*
- *Qui pourrait nous aider s'il savait que vous pensez au suicide?*
- *Accepteriez-vous d'en parler?*

5. Ouverture à recevoir de l'aide

Observations à réaliser

- L'utilisateur a-t-il déjà un suivi auquel il adhère?
- Accepte-t-il les démarches et les services d'aide que vous lui proposez?

Questions à poser

- *Quels services d'aide vous ont déjà aidé dans les moments difficiles?*
- *Comment voyez-vous la possibilité de consulter les services d'aide en ce moment?*

Scénario : Comment, Où, Quand (COQ)	<input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Partiel ou complet, non imminent (+ 48 h) *	<input type="checkbox"/> Complet et imminent (- de 48 h)*
Intoxication	<input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui/cohérent	<input type="checkbox"/> Oui/incohérent, attention médicale requise
Impulsivité	<input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Impulsif/contact avec la réalité	<input type="checkbox"/> Perte de contact avec la réalité, perte de contrôle
Ouverture à recevoir de l'aide	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	*Justification clinique* :
Filet de sécurité fiable et présent	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Niveau global de risque	<input type="checkbox"/> Risque faible	✓ 2 ou +	
		<input checked="" type="checkbox"/> Risque moyen	<input type="checkbox"/> Risque élevé

- Niveau global de risque** : Une fois toutes les questions posées, déterminer le niveau de risque à l'aide du tableau. Les X encadrés (X) sont des exemples. Toujours commencer par la droite : s'il y a un crochet ou plus dans la colonne de droite, c'est risque élevé (on s'arrête là). S'il n'y en a aucun, passer à la colonne suivante. S'il y a 2 crochets ou plus dans la colonne du milieu, c'est risque moyen. S'il y en a 1 ou moins, c'est risque faible (jaune). Ça ne peut pas être risque absent.

Scénario : Comment, Où, Quand (COQ)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partiel ou complet, non imminent (+48 h) *	<input type="checkbox"/> Complet et imminent (- de 48 h)*
Intoxication	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui/cohérent	<input type="checkbox"/> Oui/incohérent, attention médicale requise
Impulsivité	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Impulsif/contact avec la réalité	<input type="checkbox"/> Perte de contact avec la réalité/ perte de contrôle
Ouverture à recevoir de l'aide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	*Justification clinique :
Filet de sécurité fiable/présent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Niveau global de risque	<input type="checkbox"/> Risque faible	✓ 2 ou +	
		<input type="checkbox"/> Risque moyen	<input type="checkbox"/> Risque élevé
Surveillance Recommandée Hospitalisation/Hébergement	Régulière	Unités : q 15 min Urgence : 1:4 Sous P-38 pour idées suicidaires : 1:4	Unités et Urgence: 1:1 Prescription médicale ou accord du supérieur
RÉÉVALUATION : lors de changements de situation, si hospitalisation : aux 24 heures			

- Surveillance recommandée** : Pour les usagers hospitalisés ou hébergés (CHSLD, RI-RTF, RPA, etc.), une fois le niveau de risque déterminé (faible, moyen ou élevé), identifier le type de surveillance recommandée associée, soit celui juste en dessous.
 - Régulière** : implique le même niveau qu'à l'habitude, dans le cadre des tâches habituelles, ni plus ni moins.
 - Unités q 15 min ou Urgence 1 : 4** : ou toute autre appellation. Implique une surveillance accrue. Par exemple : contact visuel chaque 15 minutes ou diminuer le ratio à 4 usagers par employé. Les expressions q 15 et 1 : 4 ont été conservées puisqu'elles constituent la pratique courante en milieu hospitalier ou hébergement. En externe, il faudra, par la suite, ajuster les interventions à ce niveau de surveillance, en fonction du contexte habituel de l'utilisateur.

- **1 : 1** : Signifie que l'utilisateur a besoin d'une surveillance constante par un membre du personnel ou un proche au courant des idées suicidaires. Ne peut être laissé seul ou on doit utiliser d'autres méthodes pour s'assurer qu'il soit en sécurité. Les conduites à tenir (CAT) seront donc ajustées à ce niveau de surveillance recommandée.
- **Hospitalisation/hébergement** : par exemple : chambre avec vue sur le poste, contention chimique ou physique, etc.
- **En ambulatoire**: par exemple : demeurer avec l'utilisateur jusqu'à ce qu'une autre personne arrive et soit mise au courant; demander un transport en centre hospitalier et attendre l'arrivée des ambulanciers, etc.

Pour plus d'informations, voir la **Politique relative à l'encadrement de la surveillance constante No : 150-2019-DSM**. Extrait des principes directeurs : *Le niveau de surveillance choisi doit être le moins contraignant possible pour l'utilisateur et être appliqué pour la plus courte durée possible. Une surveillance constante est appliquée en dernier recours lorsque l'état clinique de l'utilisateur le requiert et qu'aucune autre mesure ni stratégie d'intervention ne permet de diminuer les risques. Lorsqu'appliquée, la surveillance constante doit être effectuée dans une perspective de relation d'aide, dans le respect de la dignité, de l'autonomie et de la sécurité de l'utilisateur. La collaboration de l'utilisateur est sollicitée en tout temps.*

- **Réévaluation** : On doit réévaluer le risque suicidaire lors de changements chez l'utilisateur, tant à l'interne qu'en ambulatoire. Par changement, il est question par exemple : changement dans l'état général, dans les habitudes, dans la consommation de substances, dans les AVD-AVQ. On entend aussi les transitions importantes (déménagement, congé, etc.) ou moments critiques comme opportunité pour réévaluer. Voir la dernière page de ce document pour plus d'informations sur les moments critiques.

Pour en savoir plus à propos de la manière de réagir si vous devez poser les mêmes questions à répétition et comment faire preuve de compassion et de patience à l'égard des usagers qui trouvent difficile d'entendre souvent les mêmes questions : assurez-vous d'avoir suivi l'atelier qui accompagne cet outil disponible sur l'intranet (pour renseignements : esps.cissslav@ssss.gouv.qc.ca).

➡ **En ambulatoire** : la réévaluation signifie remplir un nouveau questionnaire, puisqu'il y aura eu un congé entre les deux. On doit remplir le formulaire au complet, en une fois.

➡ **En cas d'hospitalisation OU hébergement** : réévaluation minimalement chaque 24 heures. Dans ce cas, plutôt que remplir un formulaire complet chaque fois, on préconise la démarche suivante :

- Première passation lors d'un épisode d'hospitalisation ou hébergement : formulaire complet, bien qu'il soit possible que la section « filet de sécurité » soit incomplète à ce moment.

- Suivi : formulaire « 62-200-266 Suivi du risque suicidaire usager hospitalisé ou hébergé ». Chaque page de ce formulaire permet 6 passations (mêmes questions).
- Au moment du congé (temporaire ou définitif) : à nouveau un formulaire complet 62-200-049, s'assurer de bien remplir les sections Entourage, Filet et Avant tous les départs.

Exemple 1 : un usager arrive à l'urgence et y passe 20 heures. Il est, par la suite, transféré en psychiatrie.

- Arrivée : passation du formulaire 62-200-049 complet, l'information au verso sera partielle.
- En cours de séjour à l'urgence : d'ici le congé, formulaire 62-200-266. Il devrait donc être complété au moins une fois d'ici le congé (minimum chaque 24 heures ou selon la fréquence requise/changements survenus).
- Au moment du congé de l'urgence et transfert vers la psychiatrie : si de nouvelles informations, concernant le filet de sécurité ou autre (verso du formulaire), sont disponibles, compléter à nouveau le formulaire 62-200-049. Sinon le 62-200-266 convient.
- À l'arrivée en psychiatrie : remplir un formulaire 62-200-049 et le formulaire d'évaluation initiale en psychiatrie. Par la suite, débiter un nouveau formulaire 62-200-266 et remplir une passation (sur les 6 disponibles) lors de chaque détection effectuée.
- Au moment de n'importe quel congé (temporaire ou définitif) : remplir un formulaire complet 62-200-049, qui permettra de noter au dossier les mesures de sécurité prises avec l'usager suicidaire pour son congé.
- Au retour : si requis, débiter ou poursuivre un 62-200-266 tout en indiquant les mesures de sécurité dans l'unité.
- Congé définitif : si l'usager cesse d'avoir des idées suicidaires avant son congé, il est tout de même recommandé de compléter un formulaire 62-200-049 au congé, afin de préparer avec l'usager, et son proche s'il y a lieu, tout moment critique qui pourrait réactiver les idées suicidaires (voir annexe 4).

Si l'usager a un suivi dans l'établissement ou avec un partenaire, il est recommandé de partager l'information concernant le risque suicidaire avec eux de façon formelle et sans présumer qu'ils seront mis au courant par le dossier ou l'usager. Veiller à toujours le faire dans le respect des normes concernant le consentement.

Exemple 2 : un usager a congé (de la psychiatrie ou de l'urgence), sans référence interne/externe spécifique.

- Arrivée : passation du formulaire 62-200-049 complet.
- En cours de séjour : d'ici le congé, formulaire 62-200-266. Il devrait donc être complété au moins une fois d'ici le congé (minimum chaque 24 heures ou selon la fréquence requise/changements survenus).
- Au moment de n'importe quel congé (temporaire ou définitif) : remplir un formulaire complet 62-200-049, qui permettra de noter au dossier les mesures de sécurité prises avec l'usager suicidaire pour son congé.
- Congé définitif : si l'usager cesse d'avoir des idées suicidaires avant son congé, il est tout de même recommandé de compléter un formulaire 62-200-049 au congé, afin de préparer avec l'usager, et son proche s'il y a lieu, tout moment critique qui pourrait réactiver les idées suicidaires (voir annexe 4).

Si l'usager a un suivi dans l'établissement ou avec un partenaire, il est recommandé de partager l'information concernant le risque suicidaire avec eux de façon formelle et sans présumer qu'ils seront mis au courant par le dossier ou l'usager. Veiller à toujours le faire dans le respect des normes concernant le consentement.

SECTION 3 : LES CONDUITES À TENIR

<p>Conduites à tenir (CAT)</p> <p>Interventions et surveillance (Pour tous sauf si spécifié autrement)</p> <p><i>À ajuster et modifier au besoin ou selon le jugement clinique</i></p>	<input type="checkbox"/> Surveiller changement de l'état général/comportement <input type="checkbox"/> Miser sur le filet de sécurité (VERSO) <input type="checkbox"/> Surveiller l'environnement <input type="checkbox"/> Identifier/réduire les risques potentiels <input type="checkbox"/> Élaborer / actualiser : PI-PSI-PII-PTI <input type="checkbox"/> Recommander <i>Estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire</i> par professionnel formé	<input type="checkbox"/> Tout ce qui se fait en Faible USAGER HOSPITALISÉ <input type="checkbox"/> Récupérer objets personnels <input type="checkbox"/> Limiter accès objets dangereux <input type="checkbox"/> Si pertinent : port de la jaquette EXTERNE/AMBULATOIRE <input type="checkbox"/> Référer pour <i>Estimation complète de la dangerosité</i> d'ici 24 h par professionnel formé → Filet de sécurité obligatoire (VERSO) <input type="checkbox"/> Si professionnel absent : 811, 2 (si entente : ligne partenaires) <input type="checkbox"/> Référer Centre de Crise	<input type="checkbox"/> Tout ce qui se fait en Moyen <input type="checkbox"/> Aider l'utilisateur à se calmer <input type="checkbox"/> Empêcher accès aux objets dangereux <input type="checkbox"/> Surveiller lors des déplacements EXTERNE/AMBULATOIRE <input type="checkbox"/> Référer pour <i>Estimation complète de la dangerosité</i> immédiate par professionnel formé → Surveillance constante <input type="checkbox"/> Si professionnel non disponible : 811, 2 (si entente : ligne partenaires) <input type="checkbox"/> Appel 911
<p>Accès au moyen</p>	<input type="checkbox"/> Oui (intervenir et documenter) * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A. Si arme à feu, contacter ligne J'ai un doute, j'appelle 1 800 731-4000		

Intervention et surveillance/conduites à tenir : cocher toutes les conduites mises en place. On peut cocher des CAT dans plus d'une colonne, surtout en risque moyen ou élevé, car les moyens s'additionnent jusqu'en rouge. Le jugement clinique demeure primordial.

Exemple : l'utilisateur est en risque moyen. Je peux cocher tant les CAT en jaune qu'en orange.

À moins d'indication spécifique, les CAT s'appliquent tant en ambulatoire qu'en contexte d'hospitalisation/hébergement. Il est entendu que pour les CAT qui requièrent la mise en place d'une action régulière et non ponctuelle, il est requis de l'inclure au PI, PSI, PII et/ou PTI (ex. : surveiller le changement de l'état général).

▪ RISQUE FAIBLE (JAUNE)

- **Surveiller changement de l'état général/comportement** : porter une attention sur tout changement qui pourrait indiquer une détérioration de la condition (soi-même ou demander aux proches, aux autres professionnels au dossier) et l'inclure au PI, PSI, PII et/ou PTI si pertinent.
- **Miser sur le filet de sécurité** : s'assurer de mettre en place un filet de sécurité solide comprenant des alternatives au suicide, des ressources d'aide, l'implication des proches si disponible et l'inclure au PI, PSI, PII et/ou PTI si pertinent.

- **Surveiller l'environnement** : vérifier l'accès au moyen, la dangerosité du mode de vie (ex : habiter seul, consommer, conduites à risque, etc.) et l'inclure au PI, PSI, PII et/ou PTI si pertinent.
- **Identifier/réduire les risques potentiels** : tant au niveau du lieu, des relations ou des moments critiques (voir annexe 4) et l'inclure au PI, PSI, PII et/ou PTI si pertinent.
- **Élaborer/actualiser PI-PSI-PII-PTI** : tenir compte au plan des idées suicidaires et l'adapter en conséquence.
- **Recommander Estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire par professionnel formé** : documenter au dossier les démarches faites en ce sens (ex. : copie de la référence ou note). Peut se faire par la plupart des intervenants psychosociaux ainsi que par d'autres membres du personnel qui ont reçu la formation. Cette estimation est plus détaillée que la détection et permettra d'identifier plus facilement les leviers d'intervention. N'implique pas nécessairement une prise en charge par celui qui la fera.

▪ RISQUE MOYEN (ORANGE)

USAGER HOSPITALISÉ/HÉBERGÉ

- **Récupérer objets personnels** : enlever de la chambre les objets personnels potentiellement dangereux en fonction du contexte.
- **Limitier accès objets dangereux** : même sous supervision, déterminer s'il est sécuritaire que l'usager ait accès à certains objets. Au besoin, en restreindre l'usage pour le moment et l'inclure au PI, PSI, PII et/ou PTI si pertinent.
- **Si pertinent : port de la jaquette** : déterminer s'il est plus sécuritaire de retirer les vêtements (ex. : risque de strangulation) et l'inclure au PI, PSI, PII et/ou PTI si pertinent.

EXTERNE/AMBULATOIRE

- **Référer pour estimation complète de la dangerosité d'ici 24 heures par professionnel formé → Filet de sécurité obligatoire** : documenter au dossier les démarches faites en ce sens (ex. : copie de la référence ou note). Peut se faire par la plupart des intervenants psychosociaux ainsi que par d'autres membres du personnel qui ont reçu la formation. Cette estimation est plus détaillée que la détection et permettra d'identifier plus facilement les leviers d'intervention. N'implique pas nécessairement une prise en charge par celui qui la fera. EN ORANGE : doit avoir lieu d'ici 24 heures. D'ici là, un filet de sécurité est obligatoire. Dans un tel contexte, le filet DOIT comprendre : au moins une personne qui peut protéger l'usager durant les prochaines 24 heures. Envisager la sécurisation du domicile, selon les mêmes principes que les CAT pour hospitalisation et hébergement.
- **Si professionnel absent : 811, option 2 (si entente : ligne partenaires)** : pour procéder à l'estimation complète de la dangerosité ou intervention psychosociale, en l'absence d'accès à un professionnel d'ici les 24 heures, contacter Info-Social (811, option 2) ou la ligne partenaires.

- **Référer au Centre de crise** : parfois, l'utilisateur n'a pas besoin d'être hospitalisé, mais bénéficierait d'un suivi ou hébergement en Centre de crise. Dans ce cas, les contacter directement et ils évalueront la situation avec vous (coordonnées au verso du formulaire).
- **RISQUE ÉLEVÉ (ROUGE)**
 - **Aider l'utilisateur à se calmer** : tenter d'aider l'utilisateur à se calmer (ex. : le regarder, parler calmement/doucement, écouter, prendre le temps).
 - **Empêcher l'accès aux objets dangereux** : restreindre complètement l'accès et l'usage de tout objet pouvant être dangereux.
 - **Surveiller lors des déplacements** : pour tous les déplacements.

EXTERNE/AMBULATOIRE

- **Référer pour estimation complète de la dangerosité immédiate par professionnel formé → surveillance constante** : documenter au dossier les démarches faites en ce sens (ex. : copie de la référence ou note). Peut se faire par la plupart des intervenants psychosociaux ainsi que par d'autres membres du personnel qui ont reçu la formation. Cette estimation est plus détaillée que la détection et permettra d'identifier plus facilement les leviers d'intervention. N'implique pas nécessairement une prise en charge par celui qui la fera. EN ROUGE : doit avoir lieu immédiatement. D'ici là, surveillance constante obligatoire (ex. : rester physiquement avec l'utilisateur en attendant que le professionnel puisse se déplacer ou prendre la ligne).
- **Si professionnel non disponible : 811, option 2 (si entente : ligne partenaires)** : pour procéder à l'estimation complète de la dangerosité ou intervention psychosociale, en l'absence d'accès à un professionnel immédiatement, contacter Info-Social (811, option 2) ou la ligne partenaires.
- **Appel 911** : lorsque la situation le requiert (danger imminent, tentative déjà effectuée, trop grande désorganisation), composer le 911 et demander l'intervention des secours.
- **Accès au moyen** : en cas d'accès au moyen (peu importe le contexte), il faut intervenir. Cela peut impliquer de retirer le moyen, empêcher l'accès ou s'occuper de la gestion (ex. : distribuer les comprimés, être accompagné lors d'usage de couteaux). Poser la question sur l'accès à une arme à feu. En cas d'hospitalisation : poser la question sur l'accès à une arme au domicile avant de devoir procéder au congé.

SECTION 4 : DIAGNOSTICS ET TENTATIVES DE SUICIDE ANTÉRIEURES

Tentatives de suicide antérieures : Oui, indiquer date(s) : _____ Non

Dx connus/rapportés par l'usager : Oui Non Précisez : _____

Libellé avec * = note complémentaire/justification clinique obligatoire Initiales : _____

62-200-049
Date : 2021-01-07
DOSSIER MÉDICAL

USAGER À RISQUE SUICIDAIRE DÉTECTION ET FILET DE SÉCURITÉ

1 de 2

- **Tentatives de suicide antérieures** : indiquer la date des tentatives de suicide antérieures, s'il y a lieu et cocher « Oui ». En l'absence de tentatives antérieures (mais que la question a été posée), cocher « Non ». *Les tentatives de suicide antérieures dans la dernière année sont particulièrement significatives.*
- **Dx connus/rapportés par l'usager** : cocher « Oui » et indiquer un diagnostic pertinent pour la situation (santé physique ou mentale) connu ou rapporté par l'usager. En l'absence de diagnostic (mais que la question a été posée), cocher « Non ».
- **Initiales** : indiquer les initiales de la personne qui a rempli le formulaire au bas de la première page.

➡ En version dynamique :

- Si on imprime la version dynamique une fois complétée, apposer ses initiales au stylo bleu sur la version imprimée.
- Si on dépose la version dynamique directement, on peut inscrire ses initiales à l'aide du clavier.

SECTION 5 : ENTOURAGE

L'usager consent à l'implication d'un proche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom du proche : _____ Coordonnées : _____	
ENTOURAGE	
Aucune démarche auprès du proche car...	Informations supplémentaires/justification clinique
<input type="checkbox"/> Aucun proche disponible	
<input type="checkbox"/> Proche refuse	
<input type="checkbox"/> Proche inadéquat pour ce rôle ou incapable en ce moment *	
Démarches auprès du proche	
Vérification faite si le proche de l'usager a des idées suicidaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Moments critiques potentiels identifiés par le proche	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non

- **L'utilisateur consent à l'implication d'un proche** : cocher « Oui » si l'utilisateur consent à l'implication d'un proche en lien avec ses idées suicidaires. Cette personne devra donc être mise au courant des idées suicidaires, si elle ne le sait pas déjà. Si l'utilisateur accepte, indiquer **le nom** et les **coordonnées** de la personne. En cas de refus de l'utilisateur, cocher « Non ». Toutefois, tenter de revenir sur le sujet durant la rencontre, l'hospitalisation ou au fil du suivi.
- **Aucune démarche auprès du proche, car...** : dans le cas où l'utilisateur a accepté, mais qu'il n'est pas possible d'impliquer un proche, indiquer la raison au moyen d'une des 3 cases : **Aucun proche disponible** (habite trop loin, usager n'a pas de proche), **Proche refuse** (après qu'on l'ait contacté), **Proche inadéquat ou incapable en ce moment** (ex. : vit des choses trop difficiles en ce moment, est lui-même suicidaire, est un ex-conjoint et l'utilisateur pense au suicide en lien avec la rupture, etc.), sans toutefois indiquer la raison puisqu'il s'agit d'une information qui devra figurer au besoin au dossier du proche lui-même. Si le proche a besoin d'une référence ou d'une intervention, procéder comme à l'habitude et documenter le tout selon les règles.
- **Démarches auprès du proche** :
 - Une fois le contact établi avec le proche, il importe de lui demander s'il a lui-même des **idées suicidaires**. On coche « Oui » si la vérification a été faite, et « Non » si nous ne l'avons pas vérifié. En cas d'idées suicidaires du proche de l'utilisateur, il faudra veiller à ce qu'une intervention documentée (dans son dossier à lui ou une note info-tiers dans le dossier de l'utilisateur) soit faite et, bien entendu, il ne pourra alors pas être le proche désigné pour l'utilisateur. On peut alors demander à ce proche s'il connaît une autre personne qui pourrait jouer ce rôle. Demander à l'utilisateur s'il accepte que nous contactions la personne suggérée.
 - Demander au proche s'il peut identifier des **moments critiques** à venir dans la vie de l'utilisateur (voir annexe 4). Le cas échéant, les noter dans la case « Informations supplémentaires/justification clinique » pour que tout futur professionnel puisse les connaître.

SECTION 6 : FILET DE SÉCURITÉ

FILET DE SÉCURITÉ		
Si entourage présent, aviser le proche :		
Risque suicidaire actuel de l'utilisateur	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	Informations supplémentaires/justification clinique
Façon d'assurer la sécurité au domicile <small>Si arme à feu, contacter ligne J'ai un doute, j'appelle 1 800 731-4000</small>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pertinence de référence en Centre de crise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
AVANT TOUS LES DÉPARTS		
Informez le proche et l'utilisateur du moment du congé	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	Informations supplémentaires/justification clinique
Identifier/prévoir les moments critiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Faire une référence au Centre de crise L'Îlot <small>No pour clinicien seulement: 450 629-3550</small>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Référence pour suivi si requis (trajectoire usuelle)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Envoyer à l'équipe traitante l'information sur la situation, incluant la dangerosité suicidaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	
Convenir avec proche et usager : modalités de relance et suivi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Remettre dépliants pertinents et ressources disponibles : → Ligne 1 866-APPELLE (277-3553); Centre de crise et de prévention du suicide (l'Îlot), médecin, 811, 2, etc.	<input type="checkbox"/> Proche <input type="checkbox"/> Usager	
Évaluation/réévaluation du risque suicidaire en vue du congé réalisée par professionnel formé ou médecin	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	
L'utilisateur a quitté accompagné	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	
Documenter au dossier <i>Risque actuel, Planification du congé et Filet de sécurité</i> mis en place	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	
En cas d'absence d'un proche, assurer un filet de sécurité auprès de la personne suicidaire <small>(ex : référence à l'Îlot; maintien de l'hospitalisation si requis; exploration du réseau de l'utilisateur afin de trouver une personne susceptible de jouer ce rôle, etc.)</small>		

FILET DE SÉCURITÉ

Aspect essentiel : la gestion du départ fait partie des soins.

Les usagers sont le plus souvent en sécurité lorsqu'ils sont dans nos établissements. Cependant, les soins ne se limitent pas à la durée du séjour physique : c'est aussi la manière dont nous allons nous assurer que les usagers seront en sécurité de retour dans leur milieu habituel. Le milieu de vie ne pouvant demeurer constamment sur ses gardes, il importe de bien transmettre l'information concernant la dangerosité suicidaire actuelle, les moments critiques prévisibles et prévoir le filet de sécurité.

C'est d'ailleurs l'aspect où nous sommes le moins performant. C'est aussi pour combler cette lacune que le formulaire a été créé : il permet de, systématiquement, prévoir et documenter les démarches entreprises pour assurer la sécurité au moment des départs (temporaires ou définitifs) et d'assurer une meilleure communication.

- Au moment du congé (tous types : fin de séance pour externe ou ambulatoire, fin d'épisode, congé temporaire, congé définitif, etc.), il est **IMPÉRATIF** de prévoir un filet de sécurité approprié à la situation. Ce sont les spécificités de chaque cas qui permettront de définir ce qui sera requis.
- Cocher « Oui » pour les moyens qui ont été mis en place et « Non » pour ce qui ne sera pas fait, car non nécessaire ou non pertinent. Lorsque vous cochez « non » parce que c'est impossible, il est important de dire pourquoi dans la case « Informations supplémentaires/justification clinique » pour apporter des précisions au besoin.
- **Avec l'entourage** (s'il y a lieu):
 - **Risque suicidaire actuel de l'utilisateur** : donner uniquement les informations à propos du risque suicidaire au proche. Cela lui permettra de mieux jouer son rôle. Parler du plan envisagé et de ce qui maintient le risque.
 - **Façon d'assurer la sécurité au domicile** : faut-il ou non empêcher l'accès à certains objets? Comment gérer la Rx? Accès arme à feu (si arme à feu, contacter ligne *J'ai un doute, j'appelle* 1 800 731-4000)? L'utilisateur peut-il rester seul ou non? etc. Comment poser les questions sur le risque actuel au besoin? Mettre en évidence les coordonnées des ressources.
 - **Pertinence de référence en Centre de crise** : expliquer au proche à quel moment il devrait faire appel au Centre de crise et comment le faire (811, option 2 ou 911).
- **Informé le proche et l'utilisateur du moment du congé** : il est très important que le proche et l'utilisateur puissent préparer le congé. Les aviser à l'avance.
- **Identifier/prévoir les moments critiques** : au courant du séjour, aborder avec l'utilisateur, et son proche s'il y a lieu, quels seraient des moments où les idées suicidaires pourraient revenir (ex : moment difficile anticipé, voir annexe 3) et surtout, que fera l'utilisateur face à un tel moment.
- **Faire une référence au Centre de crise L'Îlot** : si sa crise psychosociale n'est pas encore résorbée, mais qu'une hospitalisation n'est plus requise. Possibilité de suivi ou d'hébergement (temporaire). Numéro pour clinicien seulement: 450 629-3550. Si hors de Laval, référer au Centre de crise de la région.
- **Référence pour suivi si requis (trajectoire usuelle)** : si un suivi d'une autre nature est requis (TS, psychologue, ergothérapie, etc.), suivre la trajectoire de référence habituelle.
- **Envoyer à l'équipe traitante l'information sur la situation, incluant la dangerosité suicidaire** : peu importe le type de suivi (même médical), il est pertinent pour eux de savoir que l'utilisateur a été suicidaire. Puisque la numérisation des dossiers peut parfois prendre du temps, surtout en cas d'hospitalisation, il est important de les aviser.
- **Convenir avec proche et usager : modalités de relance et suivi** : Déterminer si pertinent quand aura lieu le suivi, en personne ou par téléphone, qui doit relancer, etc. Avec un usager suicidaire, il est opportun de s'assurer qu'il y aura bien un suivi et qu'il sera planifié en fonction du risque identifié.
- **Remettre dépliants pertinents et ressources disponibles** :
 - Ex. : Ligne 1 866-APPELLE (277-3553), Centre de crise et de prévention du suicide (l'Îlot), médecin ou 811, option 2.

- **Évaluation/réévaluation du risque suicidaire en vue du congé réalisée par professionnel formé ou médecin** : si toutefois cela n'est pas fait, cocher « Non » et indiquer la raison dans la zone « Informations supplémentaires/justification clinique ».
 - **Si vous êtes en externe/ambulatoire, la réponse est toujours « non » puisque vous n'avez évidemment pas accès à une telle personne à moins d'être formé vous-même. Toutefois, si le risque est élevé (rouge), vous aurez procédé aux mesures de sécurité requises pour la situation.**
- **L'usager a quitté accompagné** : ou encore, lorsque vous avez quitté, l'usager n'était pas seul. Dans certains contextes, cela est impossible. C'est toutefois recommandé avec tout usager suicidaire, encore plus lors d'un congé à la suite d'idées suicidaires. Cocher ce qui s'applique au départ de cet usager. Si cela aurait été nécessaire, mais se révèle impossible, l'indiquer dans la zone « Informations supplémentaires/justification clinique »
- **Documenter au dossier *Risque actuel, Planification du congé et Filet de sécurité mis en place*** : le formulaire 62-200-049 « Usager à risque suicidaire détection et filet de sécurité » convient à cet effet, alors cocher « Oui ». Autrement, il faut rédiger une note d'évolution où toutes les informations y sont détaillées.

La formation « Détecter l'usager en perte d'autonomie vulnérable au suicide » disponible sur l'intranet comprend un module supplémentaire, non abordé dans ce document, sur la manière de travailler dans un contexte où il est impossible de modifier le problème de la personne suicidaire.

La particularité d'une intervention en contexte d'idées suicidaires avec une clientèle en perte d'autonomie ou récurrente est le sentiment d'impuissance plus grand qu'elle peut susciter. En effet, les intervenants cherchent habituellement à « régler » la situation qui amène les gens à penser au suicide. Lorsque c'est la maladie ou l'âge, c'est souvent impossible. Il importe donc de changer l'angle d'intervention, afin de redonner espoir aux personnes, ce qui permettra du même coup de diminuer votre propre sentiment d'impuissance.

Pour un rappel au quotidien, n'hésitez pas à utiliser l'outil « Saviez-vous que? » disponible sur l'intranet :

http://cisslaval.intranet.reg13.rtss.qc.ca/fileadmin/intranet/ciss_laval/Carrefour_clinique/Pratiques_professionnelles/Soins_infirmiers/outils_cliniques/Saviez-vous_que/Saviez_vous_que_risque_suicidaire_VF.pdf

SECTION 7 : SIGNATURE

Signature : _____	Date : _____	Heure : _____
Nom lettres moulées/permis : _____	Titre d'emploi : _____	
Libellé avec * = note complémentaire/justification clinique obligatoire		

62-200-049
Date : 2020-03-17
DOSSIER MÉDICAL

USAGER À RISQUE SUICIDAIRE DÉTECTION ET CONGÉ

2 de 2

- Tout membre du personnel qui réalise une observation ou une intervention auprès de l'usager a la responsabilité d'apposer ses initiales à la fin de la page 1 du formulaire « *Usager à risque suicidaire détection et filet de sécurité* » et d'indiquer ses nom et prénom en lettres moulées ainsi que son titre d'emploi à la fin du formulaire, dans la section prévue à cette fin et de signer à la page 2.

➡ En version dynamique :

- Si on imprime la version dynamique une fois complétée, apposer sa signature au stylo bleu sur la version imprimée.
- Si on dépose la version dynamique directement, on laisse la ligne signature en blanc. La signature par mot de passe fera office de signature.

ANNEXE 1 : FORMULAIRE 62-200-049 « USAGER À RISQUE SUICIDAIRE - DÉTECTION ET CONGÉ »

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec</p> <p>USAGER À RISQUE SUICIDAIRE DÉTECTION ET FILET DE SÉCURITÉ</p> <p>Installation :</p>			
DÉTECTION			
<p>1. Détection du risque suicidaire en 3 questions :</p> <p><input type="checkbox"/> Idées suicidaires actuellement <input type="checkbox"/> A pensé au suicide dernièrement (3 derniers mois) <input type="checkbox"/> A fait une tentative dans la dernière année</p> <p>2. Si détection faite ET négative : faire une note d'évolution</p> <p>3. Si détection positive : ✓ oui à au moins une de ces questions, compléter la grille ci-dessous.</p>			
Scénario : Comment, Où, Quand (COQ)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partiel ou complet, non imminent (+48 h) *	<input type="checkbox"/> Complet et imminent (- de 48 h) *
Intoxication	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui/cohérent	<input type="checkbox"/> Oui/incohérent, attention médicale requise
Impulsivité	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Impulsif/contact avec la réalité	<input type="checkbox"/> Perte de contact avec la réalité/ perte de contrôle
Ouverture à recevoir de l'aide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	*Justification clinique :
Filet de sécurité fiable/présent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Niveau global de risque	<input type="checkbox"/> Risque faible	✓ 2 ou + <input type="checkbox"/> Risque moyen	✓ 1 ou + <input type="checkbox"/> Risque élevé
Surveillance Recommandée Hospitalisation/Hébergement	Régulière	Unités : q 15 min Urgence : 1:4 Sous P-38 pour idées suicidaires : 1:4	Unités et Urgence: 1:1 Prescription médicale ou accord du supérieur
RÉÉVALUATION : lors de changements de situation, si hospitalisation : aux 24 heures			
<p>Interventions et surveillance :</p> <p>Conduites à tenir (CAT) (Pour tous sauf si spécifié autrement)</p> <p>À ajuster et modifier au besoin ou selon le jugement clinique</p>	<input type="checkbox"/> Surveiller changement de l'état général/ comportement <input type="checkbox"/> Surveiller l'environnement <input type="checkbox"/> Élaborer / actualiser : PI, PSI, PII et/ou PTI <input type="checkbox"/> Identifier/réduire les risques potentiels <input type="checkbox"/> Miser sur le filet de sécurité (VERSO) <input type="checkbox"/> Recommander Estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire par une <u>personne</u> formée	<input type="checkbox"/> Tout ce qui se fait en Faible USAGER HOSPITALISÉ <input type="checkbox"/> Récupérer objets personnels <input type="checkbox"/> Limiter accès objets dangereux <input type="checkbox"/> Si pertinent : port de la jaquette EXTERNE/AMBULATOIRE <input type="checkbox"/> Référer pour Estimation complète de la dangerosité d'ici 24 h par professionnel formé <input type="checkbox"/> Filet de sécurité obligatoire (VERSO) <input type="checkbox"/> Si professionnel absent : 811 option 2 (si entente : ligne partenaires) <input type="checkbox"/> Référer Centre de Crise	<input type="checkbox"/> Tout ce qui se fait en Moyen <input type="checkbox"/> Aider l'utilisateur à se calmer <input type="checkbox"/> Empêcher accès aux objets dangereux <input type="checkbox"/> Surveiller lors des déplacements EXTERNE/AMBULATOIRE <input type="checkbox"/> Référer pour Estimation complète de la dangerosité immédiate par professionnel formé <input type="checkbox"/> → Surveillance constante <input type="checkbox"/> Si professionnel non disponible : 811 option 2 (si entente : ligne partenaires) <input type="checkbox"/> Appel 911
Accès au moyen	<input type="checkbox"/> Oui (intervenir et documenter) * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A. Si arme à feu, contacter J'ai un doute, j'appelle 1 800 731-4000		
Tentatives de suicide antérieure : <input type="checkbox"/> Oui, indiquer date(s) : _____ <input type="checkbox"/> Non			
Dx connus/rapportés par l'utilisateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez : _____			
Libellé avec * = note complémentaire/justification clinique obligatoire			Initiales : _____
62-200-049 Date : 2021-01-07 DOSSIER MEDICAL	USAGER À RISQUE SUICIDAIRE DÉTECTION ET FILET DE SÉCURITÉ		1 de 2

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec</p> <p>USAGER À RISQUE SUICIDAIRE DETECTION ET FILET DE SÉCURITÉ</p>			
L'usager consent à l'implication d'un proche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom du proche : _____ Coordonnées : _____			
ENTOURAGE			
Aucune démarche auprès du proche car... <input type="checkbox"/> Aucun proche disponible <input type="checkbox"/> Proche refuse <input type="checkbox"/> Proche inadéquat pour ce rôle ou incapable en ce moment *		Informations supplémentaires/justification clinique	
Démarches auprès du proche Vérification faite si le proche de l'usager a des idées suicidaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Moments critiques potentiels identifiés par le proche <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non			
FILET DE SÉCURITÉ			
Si entourage présent, aviser le proche : Risque suicidaire actuel de l'usager <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non Façon d'assurer la sécurité au domicile <small>Si arme à feu, contacter J'ai un doute, j'appelle 1 800 731-4000</small> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pertinence de référence en Centre de crise <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Aucun proche disponible après recherche : <input type="checkbox"/> Informations supplémentaires/justification clinique
AVANT TOUS LES DÉPARTS			
Informer l'usager (et le proche s'il y a lieu) du moment du congé <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non Identifier/prévoir les moments critiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Faire une référence au Centre de crise L'Îlot <small>Numéro pour clinicien seulement: 450 629-3550</small> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Référence pour suivi si requis (trajectoire usuelle) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Envoyer à l'équipe traitante l'information sur la situation, incluant dangerosité suicidaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A Convenir avec l'usager et le proche s'il y a lieu : modalités de relance et suivi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Remettre dépliants pertinents et ressources disponibles : <small>→ Ligne 1 866-APPELLE (277-3553); Centre de crise et de prévention du suicide (l'Îlot), médecin, 811 option 2, etc.</small> <input type="checkbox"/> Proche <input type="checkbox"/> Usager Evaluation/réévaluation du risque suicidaire en vue d'un congé, réalisée par une personne formée ou médecin (aux points de transition) <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non L'usager a quitté accompagné <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Documenter au dossier <i>Risque actuel, Planification du congé et Filet de sécurité</i> mis en place <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*		Informations supplémentaires/justification clinique	
En cas d'absence d'un proche, assurer un filet de sécurité auprès de la personne suicidaire <small>(ex : référence à l'Îlot; maintien de l'hospitalisation si requis; exploration du réseau de l'usager afin de trouver une personne susceptible de jouer ce rôle, etc.)</small>			
Signature : _____ Date : _____ Heure : _____ Nom lettres mouillées/permis : _____ Titre d'emploi : _____ Libellé avec * = note complémentaire/justification clinique obligatoire			

62-200-049
 Date : 2021-01-07
 DOSSIER MÉDICAL

USAGER À RISQUE SUICIDAIRE DÉTECTION ET FILET DE SÉCURITÉ

2 de 2

ANNEXE 2 : FORMULAIRE 62-200-266

« SUIVI DU RISQUE SUICIDAIRE USAGER HOSPITALISÉ OU HÉBERGÉ »

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval Québec SUIVI DU RISQUE SUICIDAIRE USAGER HOSPITALISÉ OU HÉBERGÉ Installation : _____											
A joindre obligatoirement au formulaire « 62-200-049 USAGER À RISQUE SUICIDAIRE DÉTECTION ET FILET DE SÉCURITÉ »											
Année :	mm-jj :	Heure :			mm-jj :	Heure :			mm-jj :	Heure :	
		Faible	Moyen	Elevé	Faible	Moyen	Elevé	Faible	Moyen	Elevé	
Scénario (COQ)			*	*		*	*		*	*	
Intoxication											
Impulsivité											
Ouverture à recevoir de l'aide											
FILET DE SÉCURITÉ (fiable et présent)											
NIVEAU DE RISQUE											
Accès au moyen	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A.			<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A.			<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A.				
Signature	_____			_____			_____				
Nom (lettres moulées), titre d'emploi	_____			_____			_____				
Informations supplémentaires/justification clinique : mm/jj : _____ Heure : _____											
Nom (lettres moulées), titre d'emploi :					Signature :						
Année :	mm-jj :	Heure :			mm-jj :	Heure :			mm-jj :	Heure :	
		Faible	Moyen	Elevé	Faible	Moyen	Elevé	Faible	Moyen	Elevé	
Scénario (COQ)			*	*		*	*		*	*	
Intoxication											
Impulsivité											
Ouverture à recevoir de l'aide											
FILET DE SÉCURITÉ (fiable et présent)											
NIVEAU DE RISQUE											
Accès au moyen	<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A.			<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A.			<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N.A.				
Signature	_____			_____			_____				
Nom (lettres moulées), titre d'emploi	_____			_____			_____				
Informations supplémentaires/justification clinique : mm/jj : _____ Heure : _____											
Nom (lettres moulées), titre d'emploi :					Signature :						
Libellé avec * = note complémentaire/justification clinique obligatoire ou note d'évolution											

62-200-266
Date : 2021-01-07
DOSSIER MÉDICAL

SUIVI DU RISQUE SUICIDAIRE USAGER HOSPITALISÉ OU HÉBERGÉ

1 de 1

ANNEXE 3 : EXTRAIT DU PLAN D'AUDIT DE LA PRATIQUE ORGANISATIONNELLE REQUISE (POR)

(VERSION DU 4 MAI 2021, LIBELLÉ DU TEST DE CONFORMITÉ 1)

Critère 1 - Les usagers à risque de suicide sont cernés (OUI/NON\S. O.)

2 catégories sont possibles :

- Les services pour lesquels tous les usagers sont considérés à risque
- Les services où les usagers sont à risque seulement s'ils présentent certains facteurs

a. Les usagers des services suivants ciblés par la POR sont d'emblée considérés à risque de suicide :

Direction du programme jeunesse

- ✓ *Jeunes en difficulté*
- ✓ *Santé mentale en communauté*

Direction de la protection de la jeunesse

- ✓ *Protection de la jeunesse*

Direction programme santé mentale et dépendance

- ✓ *Santé mentale (usagers inscrits et admis)*
- ✓ *Dépendances (usagers inscrits et admis)*
- ✓ *AAOR*
- ✓ *Info-Social*
- ✓ *Consultation sociale ou psychologique*
- ✓ *Volet psychosocial en contexte de sécurité civile*

Direction des services professionnels

- ✓ *Service santé de l'établissement de détention Leclerc*

- b. Les usagers des autres services visés doivent être **défectés** en fonction des facteurs de risque (pensées suicidaires, tentative antérieure, détresse, impulsivité, abus de substance, etc.) ou des moments critiques auxquels ils font face. À noter que ces services doivent identifier les moments critiques généraux et spécifiques s'appliquant à leurs clientèles respectives :

Direction du programme jeunesse et Direction de la protection de la jeunesse

- ✓ Périnatalité et obstétrique

Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche

- ✓ Soins primaires (GMF-U)

Direction des services professionnels

- ✓ Soins primaires (GMF Ste-Rose)
- ✓ Services courants
- ✓ Info-Santé

Direction des soins infirmiers

- ✓ Urgence

Direction des programmes en déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique

- ✓ Déficience physique (SAD, HJR) (usagers inscrits et admis)
- ✓ Di-TSA (CRDI, TGC) (usagers inscrits et admis)

Direction du programme de soutien autonomie des personnes âgées

- ✓ Soins de longue durée CHSLD

- c. Systématiquement (a.) ou selon les facteurs de risques présents (b.) :

Un repérage/détection du risque de suicide est réalisé ✓

- ✓ Pense au suicide actuellement
- ✓ A pensé au suicide dans les derniers mois
- ✓ A fait une tentative de suicide dans la dernière année

ANNEXE 4 : LES MOMENTS CRITIQUES²

Parfois ce sont les moments critiques qui indiquent que la personne peut être plus proche d'un passage à l'acte suicidaire. C'est pour cette raison qu'il ne faut pas se fier uniquement à la planification du suicide, mais prendre en considération tous les événements de vie qui protègent la personne du suicide ou qui la rendent plus vulnérable à un tel acte.

Les personnes qui ont fait des tentatives de suicide indiquent qu'avant le passage à l'acte, elles n'auraient pas nécessairement pu répondre à la question « quand penses-tu passer à l'acte? », mais que ceux sont des éléments rattachés aux moments critiques ou à l'augmentation du désespoir qui ont entraîné le passage à l'acte. Il est donc important de ne pas se fier seulement à la présence de signes pour déterminer la pertinence d'aller vérifier la présence d'idées suicidaires. Depuis, on regarde les moments critiques qui devraient nous amener à être proactifs. Voici une liste non exhaustive de moments critiques fréquents, tirés de populations variées (en général, hommes, troubles de dépendance, jeunes, personnes en perte d'autonomie). Pour en savoir plus, visionnez les ateliers « Détecter l'usager vulnérable au suicide », disponibles sur l'intranet.

- Échec touchant les raisons de vivre
- Traumatisme (ex. : abus physique ou sexuel, violence, etc.)
- Démêlés avec la justice, mesures disciplinaires, conflits
- Perte d'argent brusque et importante (consommation ou jeu)
- *Down* de stimulant
- Événements faisant vivre de l'abandon ou exclusion
- Sortie d'hébergement/d'une structure encadrante
- Aggravation du *pattern* de consommation (quantité, fréquence), rechute
- Perte ou transition significative/ anticipation de : emploi, rupture, argent, statut, etc.
- Échec ou événement vécu de façon honteuse ou humiliante
- Enjeux de médication (ex. : 1^{er} mois d'antidépresseurs, dosage, assiduité)
- Annonce ou aggravation d'un diagnostic
- Perte de permis de conduire (surtout pour les hommes)
- Tentative de suicide dans le milieu de vie
- Placement, modification ou prolongement du placement
- Perte de privilèges (mesures disciplinaires, dont celles qui sont liées à l'incapacité des parents)

² Casey, S. et Roy, F. (2014) Repérer la personne vulnérable au suicide et appliquer les mesures de protection requises, *AQPS, Suicide Action Montréal*.

Langlois, P., Roy, F., Simard, A., Dufour, G., Pelchat, L., Marchessault, P. (2016) Les adolescents de 14 ans et plus vulnérables au suicide, notre rôle et nos responsabilités. À l'intention des intervenants de 1^{er} niveau des services de protection et de réadaptation dans les CISSS et CIUSSSS. Québec, AQPS, *CPS de Québec, CIUSSS Capitale Nationale*.

Pelchat, L., F. Roy, B. Lavoie et J. Bazinet (2015). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques – Déclinaison jeunesse (14-18 ans)*. Guide du formateur, 1^{re} éd., Québec, Association québécoise de prévention du suicide, 45 p.

Roy, F. et Beaulieu, D. (2014). Agir en sentinelle pour la prévention du suicide. Guide du formateur, 2^e éd., mise à jour par Pelchat, L., Québec, Association québécoise de prévention du suicide.

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval**

Québec 