



*Prévenir*  
le suicide  
*pour*  
*préserver*  
la vie

*Prise de position*



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

**Production**

Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ

**Coordination**

Sylvie Couture, coordonnatrice des publications

Karine Méthot, adjointe à coordonnatrice des publications

**Révision linguistique**

Claire Saint-Georges

**Conception et réalisation graphique**

Marc Senécal / inoxidée

**Distribution**

Centre de documentation

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, boulevard Dorchester Ouest

Westmount (Québec) H3Z 1V4

Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048

Télécopieur : 514 935-5273

[cdoc@oiiq.org](mailto:cdoc@oiiq.org)

[www.oiiq.org](http://www.oiiq.org)

**Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

ISBN-13 : 978-2-89229-416-3

ISBN-13 (version PDF) : 978-2-89229-418-7

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Tous droits réservés

Note – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ, le féminin est utilisé seulement pour alléger la présentation.

AVANT-PROPOS .....	5
<b>Le suicide : un phénomène social important</b> ....	6
<b>L'ampleur du phénomène suicidaire</b> .....	7
Taux de suicide au Québec .....	7
Idées suicidaires et tentatives de suicide .....	8
Impact du suicide sur les proches .....	8
Impact du suicide sur la société .....	9
Particularités des groupes à risque .....	9
<b>Une priorité de santé publique :     diminuer le nombre de suicides.</b> .....	10
<b>Une priorité pour les infirmières</b> .....	11
<b>La prévention du suicide :     une intervention infirmière</b> .....	12
Évaluer le risque de suicide et l'urgence suicidaire .	12
Assurer la sécurité et le suivi clinique de la personne suicidaire .....	12
<b>Position de l'OIIQ</b> .....	13
Une priorité de santé publique .....	13
Une priorité pour les infirmières .....	13
La formation initiale et la formation continue. ....	13
L'organisation des soins et des services .....	13
La recherche .....	13
<b>RÉFÉRENCES.</b> .....	14



**D**evant l'ampleur du phénomène du suicide et de ses répercussions, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) souscrit à la priorité de santé publique de réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide au Québec. En effet, l'OIIQ croit que les infirmières peuvent, en collaboration, avec les professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux ainsi qu'avec les partenaires de la communauté, contribuer grandement à réduire le nombre de tentatives de suicide et de suicides de même que leurs répercussions. En raison de leur exercice professionnel et de leur présence dans divers milieux cliniques du réseau de la santé et des services sociaux, les infirmières sont en mesure de dépister les personnes présentant des signes de détresse ou un risque de suicide et d'agir dans le but d'assurer leur sécurité ainsi que la mise en place d'un suivi clinique.

Depuis la fin des années 1970, une forte hausse du taux de suicide a été observée au Québec, en particulier chez les hommes. En fait, une comparaison des taux de mortalité par suicide dans les pays industrialisés révèle que le Québec se situe au troisième rang derrière la Finlande et le Japon (Institut national de santé publique du Québec, 2006). Bien que ces taux semblent se stabiliser ces dernières années, le suicide constitue toujours un important problème de santé publique. À cet effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mené, depuis 1998, différentes actions afin de prévenir le suicide et a notamment publié la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*. Ce plan d'action a d'ailleurs contribué à la création de divers services d'aide destinés à la population. Par la suite, l'évaluation de l'implantation de ces services a permis de préciser les objectifs à poursuivre (Potvin, 2004). C'est ainsi que la réduction du nombre de suicides figure parmi les priorités de divers programmes gouvernementaux, dont le *Programme national de santé publique du Québec 2003–2012* (MSSS, 2003) et le *Plan d'action en santé mentale 2005–2010* (MSSS, 2005). Tous ces efforts ont certes permis de sensibiliser de nombreux acteurs de la société québécoise au phénomène du suicide. Force est de constater, toutefois, que d'autres mesures s'imposent

pour réduire de façon notable le nombre de suicides et de tentatives de suicide.

En effet, malgré toutes les actions entreprises pour prévenir le suicide, encore trop de personnes au Québec s'enlèvent la vie ou tentent de le faire. Ce phénomène est inquiétant, car il traduit la détresse psychologique et la souffrance d'un grand nombre de Québécois ainsi qu'un malaise palpable dans notre société.

En publiant la prise de position et le guide de pratique clinique *Prévenir le suicide : pour préserver la vie*, l'OIIQ tient aujourd'hui à affirmer son engagement ferme en matière de prévention du suicide.

Il s'agit de deux publications complémentaires. Le premier document présente la position de l'OIIQ sur le rôle que peuvent jouer les infirmières dans la prévention du suicide. Le second document décrit les éléments essentiels pour outiller les infirmières sur le plan du dépistage et de l'évaluation des personnes présentant un risque de suicide, ainsi que des interventions à réaliser auprès d'elles et de leurs proches.

L'OIIQ invite toutes les infirmières, quel que soit leur domaine de pratique, à conjuguer leurs efforts pour dépister les signes de détresse des personnes et à intervenir auprès d'elles afin d'atténuer leur désespoir et possiblement de préserver leur vie. Selon les milieux de soins, les infirmières peuvent agir dans les sphères de la promotion, de la prévention, de l'intervention, de la réadaptation et de la postvention.

## LE SUICIDE : UN PHÉNOMÈNE SOCIAL IMPORTANT

**L**e suicide est un phénomène complexe. En effet, le suicide ou les comportements suicidaires semblent résulter de l'interaction complexe entre des caractéristiques individuelles de la personne (facteurs biologiques, génétiques, psychologiques), de son environnement immédiat (famille, amis, travail) et de son environnement local et global (communauté, culture, société) (Organisation mondiale de la Santé, 2002b). Pour mieux comprendre comment surviennent le suicide et les comportements suicidaires, il convient d'évaluer l'influence relative de divers facteurs. Alors que certains d'entre eux augmentent le risque de suicide, d'autres le réduisent (White et Jodoin, 1998). Toutefois, il faut souligner que la souffrance et le désespoir sont toujours présents chez la personne présentant un risque de suicide.

Généralement, avant de passer à l'acte, la personne traverse diverses étapes (Phaneuf et Séguin, 1987). Ainsi, confrontée à des difficultés, elle recherche d'abord activement des solutions pour retrouver un équilibre. Lorsque les stratégies utilisées ne réussissent pas, la souffrance psychique de la personne augmente et des idées suicidaires peuvent survenir. Plus la perception de solutions possibles s'amenuise, plus l'idéation suicidaire s'incruste dans l'esprit de la personne souffrante. Dans cette situation, elle se désespère peu à peu et rumine un projet suicidaire. Finalement, vient l'étape de la cristallisation, de l'élaboration du plan suicidaire, et parfois, du passage à l'acte lorsque la personne perd tout espoir de s'en sortir. À ce moment, la personne qui attende à ses jours souhaite davantage cesser de souffrir que mourir.

### TABLEAU 1 – DÉFINITIONS

Le **suicide** est une mort causée de façon intentionnelle par soi-même. L'intentionnalité est ce qui différencie un décès par suicide d'une mort causée de façon accidentelle par soi-même.

Les **tentatives de suicide** sont des actes intentionnels faits par une personne dans le but de se tuer ; ces actes n'aboutissent pas toujours à la mort.

Les **idées suicidaires** désignent des idées sérieuses d'en finir avec la vie.

Le **processus suicidaire** est l'ensemble des étapes franchies par une personne et qui la mène à s'enlever la vie intentionnellement.

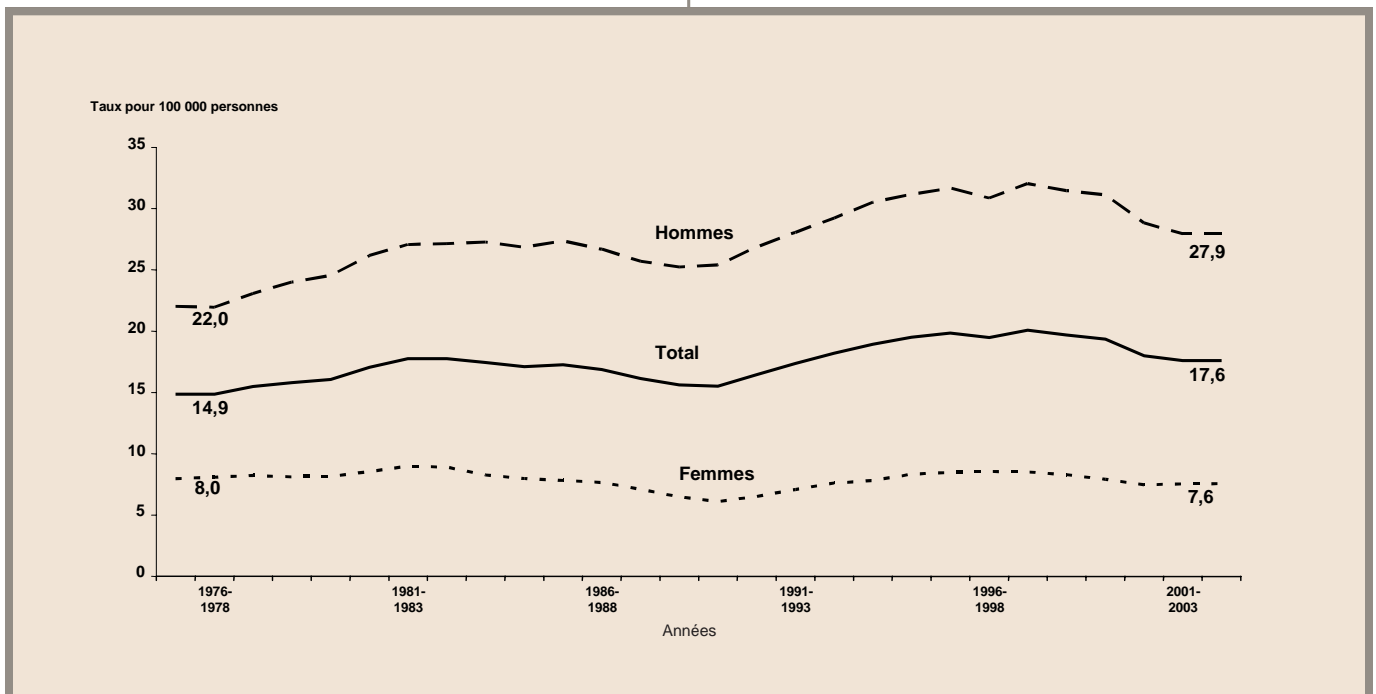
Sources : Mishara et Tousignant (2004) ; Phaneuf et Séguin (1987).

**L**a compréhension du phénomène du suicide et de son ampleur exige de tenir compte à la fois des taux de suicide, de tentatives et d'idées suicidaires (Breton, 2004). En effet, les tentatives et les idées suicidaires représentent d'importants facteurs de risque dans le processus suicidaire. La tentative de suicide est le facteur de risque le plus important qu'une personne se suicide par la suite (Brown, Beck, Steer et Grisham, 2000 ; Harris et Barraclough, 1997 ; Isometsa et Lonnqvist, 1998 ; Suokas, Suominen, Isometsa, Ostamo et Lonnqvist, 2001). Dans les faits, la personne qui aboutit à l'urgence, à la suite d'une tentative de suicide, a un risque 100 fois plus élevé de s'enlever la vie par la suite, que la population en général (Owens, Horrocks et House, 2002). Or, les tentatives et les idées suicidaires révèlent la présence d'une grande souffrance et d'une détresse émotionnelle profonde et, assez fréquemment, celle d'un trouble mental (Association internationale pour la prévention du suicide, 2006). Il faut également souligner que le suicide d'une personne a des répercussions importantes sur ses proches et sur la société.

### TAUX DE SUICIDE AU QUÉBEC

Au Québec, de trois à quatre personnes s'enlèvent la vie chaque jour, ce qui représente environ 1 300 décès par suicide chaque année (INSPQ, 2006). Pour la période de 2001-2003, le taux annuel moyen de suicide était de 16,5, soit une fois et demie supérieur à celui de l'ensemble du Canada (11,3) et presque trois fois plus élevé que celui de certaines provinces.

Figure 1 – Taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, 1976-1978 à 2001-2003



Source : Calcul effectué par l'Institut national de santé publique du Québec (Unité Connaissance-Surveillance), cité dans MSSS (2006). © Gouvernement du Québec, 2006. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006. Reproduction autorisée par les Publications du Québec.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à s'enlever la vie ; leur taux de suicide est de trois à quatre fois plus élevé que celui des femmes. En fait, les hommes sont les auteurs de 80 % des suicides. Ainsi, de 1976-1978 à 2001-2003, le taux ajusté de suicide chez les hommes est passé de 22,0 à 27,9, tandis que pour les femmes, il est passé de 8,0 à 7,6 (MSSS, 2006). Un tel écart entre les hommes et les femmes s'observe également dans d'autres pays industrialisés présentant un taux de suicide élevé. Comparativement aux hommes et aux femmes de ces pays, les Québécois occupent le 4<sup>e</sup> rang et les Québécoises le 7<sup>e</sup> rang pour la période de 2000-2002 (St-Laurent et Gagné, 2007).

Les données indiquent aussi que la moitié des suicides concerne des personnes dont l'âge se situe entre 30 et 49 ans (INSPQ, 2004b). Le suicide est également la première cause de décès chez les jeunes de 15 à 29 ans : il représente le tiers des décès de ce groupe d'âge, et ce, tant chez les filles que les garçons.

L'analyse des taux de suicide selon les régions du Québec fait ressortir des différences. Ainsi, la situation est qualifiée de catastrophique dans les régions du Nunavik et du Nord-du-Québec où les taux de mortalité par suicide sont sept fois supérieurs à ceux du Québec et se caractérisent par une forte croissance (INSPQ, 2004b). Par contre, les taux de suicide sont nettement moins élevés dans la région métropolitaine que dans les régions rurales. Il semble que les conditions sociales et matérielles influent sur les taux de suicide. Ainsi, l'appartenance à un groupe démuné plutôt qu'à un groupe favorisé doublerait le taux de suicide (Hamel et Pampalon, 2002).

### **IDÉES SUICIDAIRES ET TENTATIVES DE SUICIDE**

On estime qu'il y a entre 10 et 20 fois plus de tentatives de suicide que de décès par suicide. Une étude réalisée par Boyer et ses collaborateurs (2001) à partir des données de l'Enquête sociale et de santé du Québec de 1998 fait ressortir qu'au cours des douze mois précédents, 4 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus (soit, environ 222 000 Québécois) déclare avoir eu des idées suicidaires. Pour ce qui est des tentatives de suicide, la prévalence est estimée à 5 personnes pour 1 000 ; ce qui signifie que plus de 29 000 personnes de 15 ans et plus rapportent avoir posé un geste pour se suicider au cours de la même période.

Il est difficile de cerner l'ampleur de phénomènes tels que les idées suicidaires et les tentatives de suicide. D'une part, les personnes qui présentent des idéations suicidaires ou attentent à leurs jours ne le déclarent pas nécessairement et, selon la gravité des conséquences, elles ne recourront pas toutes aux services de santé. Selon les données de l'Enquête sociale et de santé, seulement 38 % des personnes qui ont fait une tentative de suicide se sont présentées, par la suite, aux soins d'urgence (Boyer *et al.*, 2001). D'autre part, il semble que la tentative de suicide n'est pas toujours reconnue et déclarée même si la personne se présente aux soins d'urgence (Houle et Poulin, 2006).

### **IMPACT DU SUICIDE SUR LES PROCHES**

On estime que cinq à dix personnes sont touchées par le suicide d'un proche (Association québécoise de prévention du suicide, 2003 ; OMS, 2002a), et une centaine d'autres, s'il se produit en milieu scolaire ou au travail (OMS, 2001). Au Québec, 10 000 personnes sont endeuillées chaque année par le suicide d'un des leurs, et plus de 400 000 sont touchées par une personne qui a des idées suicidaires ou a attenté à sa vie (AQPS, 2003).

Le suicide et les tentatives de suicide ont de multiples répercussions sur les membres de la famille, les amis, les intervenants et la communauté (White, 2005). En plus de la perte d'un proche, le suicide entraîne, chez les personnes endeuillées, des modifications importantes sur les plans physique, affectif et social. L'accompagnement d'une personne présentant des idées suicidaires ou ayant attenté à ses jours constitue une source de stress et fait vivre une charge émotive importante à ses proches.

En fait, les personnes endeuillées par un suicide sont davantage à risque de souffrir d'un trouble mental et même de se suicider (Potash *et al.*, 2000). Entre 15 % et 20 % des personnes qui se suicident connaissaient un proche décédé par suicide ou qui avait fait une tentative de suicide au cours de la dernière année (Mishara et Tousignant, 2004). De plus, 45 % des endeuillés indiquent qu'ils subissent une détérioration de leur état mental et 20 % de ceux-ci déclarent aussi une détérioration de leur condition physique dans les six mois suivant le suicide (Saarinen, Viinamaki, Hintikka, Lehtonen et Lonnqvist, 1999). Les symptômes le plus souvent signalés sont ceux liés à la dépression et au stress post-traumatique,

en plus des sentiments de culpabilité, de honte et des plaintes somatiques. Ces symptômes seraient ressentis de façon plus aiguë par les parents d'enfants suicidés (Saarinen *et al.*, 1999 ; Séguin, Lesage et Kiely, 1995).

Malgré leur détresse, seulement 25 % des proches demanderont de l'aide (Saarinen *et al.*, 1999). Les difficultés à communiquer avec les intervenants et l'impression de quêter de l'information freinent la recherche d'aide (MSSS, 1998 ; Potvin, 2004). Or, les proches d'une personne à risque de se suicider expriment le besoin de consulter, afin de communiquer leurs observations et d'exprimer leurs inquiétudes (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2006b). Il est primordial de répondre à leurs besoins en matière d'information et de soutien, sinon ils finiront par s'éloigner de cette personne.

### IMPACT DU SUICIDE SUR LA SOCIÉTÉ

Le suicide entraîne également des coûts économiques importants. Ces coûts proviennent, en partie, de la perte de potentiel économique imputable aux personnes mortes par suicide. Ils proviennent aussi des frais médicaux et des soins engendrés par les tentatives de suicide, de même que du poids financier que représentent les soins pour les familles de ces personnes. Dans le monde entier, le coût annuel des comportements suicidaires se chiffre en milliards de dollars.

### PARTICULARITÉS DES GROUPES À RISQUE

Il est difficile de prévoir avec certitude qu'une personne se suicidera. Divers facteurs personnels, familiaux et environnementaux sont susceptibles d'influencer les actions d'une personne. Certains facteurs peuvent déclencher ou précipiter un acte suicidaire tandis que d'autres agiront comme des facteurs de protection. On remarque toutefois que la plupart des personnes qui se suicident ont mené une vie ponctuée de difficultés qui ont à leur tour influencé leur développement personnel et leur santé psychologique, ainsi que leurs relations familiales et sociales (Séguin, Lesage, Turecki, Daigle et Guy, 2005).

À ce sujet, les résultats des autopsies psychologiques portant sur des personnes décédées par suicide font ressortir un taux de psychopathologie de 90 % et un taux d'états comorbides de près de 70 % (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2006).

Les affections les plus fréquentes sont les troubles de l'humeur (60 %), la toxicomanie (41 %) et les troubles de personnalité (41 %) (Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki, 2004 ; Lesage *et al.*, 1994 ; cités dans Séguin *et al.*, 2006).

Les hommes sont particulièrement à risque de suicide, notamment lorsqu'ils subissent des pertes sur le plan affectif et social (p. ex., perte d'emploi ou des capacités à occuper un emploi). Leur difficulté à demander de l'aide les rend davantage vulnérables dans les épreuves et même lorsqu'ils demandent de l'aide, ils ne parviennent pas toujours à faire comprendre leurs besoins.

Les personnes âgées subissent, pour leur part, de multiples pertes d'ordre physique, affectif ou social. Dans ces circonstances, l'annonce d'une maladie grave ou incapacitante, le décès d'un(e) conjoint(e) ou la perte du permis de conduire peuvent être perçus comme des épreuves difficiles à surmonter. Or, 80 % des actes suicidaires des personnes âgées surviennent en période de dépression, laquelle n'est pas toujours diagnostiquée et traitée. Le fait que les symptômes se manifestent d'une façon atypique ou que ces signes soient considérés comme faisant partie du vieillissement pourrait expliquer cette situation (Richard-Guerroudj, 2006).

Chez les jeunes, les pertes, les difficultés amoureuses et scolaires, l'isolement, le rejet ou la stigmatisation engendrent des situations éprouvantes. Leur vision du temps est plus courte ; une perspective de six mois peut leur paraître interminable. L'impulsivité jumelée à la prise de drogues ou d'alcool lève les inhibitions et peut devenir une combinaison dangereuse en situation de crise.

Quant aux autochtones, la perte du sens de leur continuité culturelle semble un élément important à considérer (White, 2005).

**E**n 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, laquelle a favorisé la création de différents services. Malgré les efforts déployés à ce jour, la prévention du suicide demeure toujours l'une des priorités du *Programme national de santé publique 2003–2012* qui a pour objectif de réduire le nombre de tentatives de suicide et de suicides d'ici 2012 (MSSS, 2003). La prévention du suicide se concrétise par des actions dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention, de l'intervention, de la réadaptation et de la postvention.

Parmi les actions mises de l'avant par la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, citons les lignes d'intervention téléphonique 24 heures/7 jours, l'intervention en période de crise suicidaire (évaluation, aide, suivi et relance), l'intervention préventive pour les personnes en difficulté, les services de postvention et les services aux endeuillés, la diffusion d'information et le soutien aux proches. Ces mesures ont encouragé diverses initiatives régionales visant la sensibilisation et l'engagement de la population dans la prévention du suicide (ASSSL, 2006a).

Le *Programme national de santé publique 2003–2012* préconise de nombreuses activités en vue de réduire le nombre de suicides : promotion et soutien des pratiques cliniques préventives ; organisation d'activités de sensibilisation aux risques posés par les médicaments et les armes à feu gardés à domicile, ainsi qu'aux moyens d'en limiter l'accès ; établissement de réseaux de sentinelles ; concertation avec les partenaires du réseau et des autres secteurs afin de diminuer la tolérance au suicide et sa banalisation.

Pour compléter ces activités, le *Plan d'action en santé mentale 2005–2010* (MSSS, 2005) se concentre sur les personnes les plus vulnérables, notamment sur les hommes en situation de crise et sur les personnes à risque élevé de suicide. De plus, il prévoit une concertation avec les instances régionales et nationales autochtones, afin d'établir des stratégies d'action adaptées aux besoins des communautés autochtones.

La prévention du suicide exige d'être particulièrement à l'affût des signes de détresse et de souffrance, d'être en mesure de reconnaître la personne à risque, d'établir un lien de confiance avec elle, d'assurer sa sécurité et enfin, de voir à la mise en place d'un suivi clinique. Elle requiert aussi d'établir une alliance avec les proches, de les informer et de les soutenir.

Il importe également de contribuer à la coordination et à la concertation des divers partenaires présents dans la communauté.

En plus de reposer sur une excellente connaissance des facteurs de risque, des groupes à risque ainsi que des moyens à prendre pour entrer en communication avec eux, la prévention du suicide exige de l'infirmière qu'elle connaisse ses forces, ses limites, ses préjugés et ses croyances car, dans ce domaine, l'attitude est tout aussi importante que le savoir.

**E**n raison de leur profession et de la mission sociale qui en découle, les infirmières peuvent jouer un rôle important dans la prévention du suicide, car elles interviennent auprès de personnes de tous les âges susceptibles de ressentir de la détresse, d'avoir des idées suicidaires ou d'attenter à leurs jours. En effet, selon une recension des écrits, il ressort que 75 % des personnes qui se sont suicidées ont consulté un intervenant de première ligne dans l'année précédant le suicide et 50 % l'ont fait au cours du mois précédant le suicide (Luoma, Martin et Pearson, 2002). Ainsi, quel que soit le domaine clinique dans lequel elles exercent, les infirmières sont bien placées pour dépister les personnes présentant des signes de détresse. Dans les faits, elles sont souvent le premier contact pour les personnes souffrantes ; elles occupent donc une place privilégiée pour intervenir auprès d'elles.

Dans le cadre de leur pratique quotidienne, tel que mentionné précédemment, les infirmières doivent être à l'affût des signes de détresse et de souffrance chez une personne, établir avec elle un lien de confiance, évaluer le risque de suicide et l'urgence suicidaire, assurer la sécurité de celle-ci et contribuer à la mise en place d'un suivi clinique. Elles doivent également établir une alliance avec les proches, les impliquer et les soutenir. Les infirmières doivent travailler en concertation avec les divers partenaires impliqués dans les soins et services compris dans la communauté.

**L**a prévention du suicide est une activité clinique qui fait partie de la pratique professionnelle des infirmières. Les interventions qu'elle englobe s'inscrivent d'ailleurs dans l'activité « évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique », évaluation qui comprend notamment la reconnaissance des signes de détresse et le dépistage du risque de suicide et de l'urgence suicidaire. Elles sont également prévues dans les activités liées à la « surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier » (LII, art. 36). De plus, ces activités comprennent le suivi clinique des personnes à risque (soins, traitements, administration de médicaments selon une ordonnance).

La prévention du suicide exige, entre autres, que l'infirmière soit compétente pour dépister, évaluer et intervenir auprès des personnes et de leurs proches en collaboration avec les membres de l'équipe multidisciplinaire ou pour les diriger vers des ressources appropriées. Pour ce faire, l'infirmière doit connaître les services disponibles au sein de l'établissement où elle travaille, les protocoles internes et les ententes intersectorielles établies entre les différents partenaires de la région desservie, y compris les modalités de référence. Elle doit être au fait des différentes lois et de leur application selon les milieux de pratique. Les interventions infirmières doivent également tenir compte des nouvelles connaissances scientifiques dans le domaine de la prévention du suicide.

Toutefois, la prévention du suicide requiert, avant tout, la reconnaissance de l'importance de la vie humaine et le respect du principe de bienfaisance, du principe d'autonomie et du respect des droits de la personne. L'infirmière doit donc tenir compte de l'état mental de la personne, tenter de soulager sa souffrance, l'informer des traitements disponibles, des bienfaits possibles et susciter l'espoir chez elle. Pour y parvenir, l'infirmière doit d'abord bien se connaître. En effet, la connaissance de soi est un élément des plus importants car elle influence l'attitude, le « comment », qui est tout aussi important que le « quoi faire » (Blondeau, 1999). À cet égard, la supervision clinique constitue un outil important pour l'acquisition et le développement d'habiletés relationnelles dans la pratique clinique.

## ÉVALUER LE RISQUE DE SUICIDE ET L'URGENCE SUICIDAIRE

L'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire font partie de l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne. Après l'établissement d'un climat de confiance avec la personne à risque de suicide, la connaissance des divers facteurs de risque et des facteurs de protection, des groupes à risque ainsi que l'utilisation d'outils d'évaluation pertinents permettront à l'infirmière de porter un jugement clinique et de prendre des mesures pour protéger la personne et renforcer les éléments susceptibles de constituer une protection contre son comportement suicidaire. Toutefois, les capacités d'observation et les habiletés cliniques de l'infirmière à établir une alliance thérapeutique sont essentielles car aucun outil de mesure ne permet, à lui seul, de déterminer si une personne risque de se suicider.

## ASSURER LA SÉCURITÉ ET LE SUIVI CLINIQUE DE LA PERSONNE SUICIDAIRE

Après avoir reconnu les signes de détresse signalant un risque ou une urgence suicidaire chez une personne, il importe de prendre les moyens nécessaires pour assurer sa sécurité. L'infirmière doit alors chercher à gagner la confiance de la personne, écouter le récit de sa difficulté à vivre, intervenir auprès d'elle et de ses proches, les accompagner dans la recherche de solutions. Elle peut les aider à reconnaître et à développer leurs capacités de résolution de problèmes. Selon la nature du problème, le milieu de soin et les compétences qu'elle possède, l'infirmière peut accompagner ou diriger la personne vers une autre ressource. Dans tous les cas, elle doit impliquer les proches à chaque étape, s'assurer d'établir un filet de sécurité autour de la personne à risque et intervenir en concertation avec les autres professionnels de l'équipe et les partenaires de la communauté.

Afin d'assurer la sécurité de la personne présentant un risque de suicide et la mise en place d'un suivi, l'infirmière note ses décisions cliniques dans le plan thérapeutique infirmier et les justifie dans ses notes au dossier (OIIQ, 2006). Ces données permettront d'assurer la continuité des soins et des services. En outre, l'infirmière s'assure aussi que les membres de l'équipe de soins connaissent les directives leur permettant d'observer et de signaler les signes pertinents à la poursuite de l'intervention.

### **UNE PRIORITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE**

L'OIIQ mobilise les infirmières pour faire face au problème de santé publique que constitue le grand nombre de suicides et de tentatives de suicide au Québec.

L'OIIQ demande que tous les moyens soient mis en œuvre pour diminuer la détresse des personnes et ainsi contribuer à la réduction du nombre de suicides et de tentatives de suicide.

L'OIIQ souhaite que les infirmières se préoccupent aussi des proches, car les tentatives de suicide et le suicide d'une personne touchent grandement ceux-ci. Le suicide complique la résolution du deuil et accroît le risque que d'autres personnes de l'entourage imitent le geste.

### **UNE PRIORITÉ POUR LES INFIRMIÈRES**

L'OIIQ mobilise les infirmières pour diminuer le nombre de suicides et de tentatives de suicide :

L'infirmière doit profiter de la confiance que lui accorde la population et de la place privilégiée qu'elle occupe dans le système de santé pour exercer une grande vigilance à l'égard des personnes à risque de se suicider. Pour ce faire, elle doit établir un lien de confiance, dépister les signes avant-coureurs, évaluer le potentiel suicidaire d'une personne, y compris le risque et l'urgence suicidaire, intervenir pour assurer la sécurité de la personne, impliquer et soutenir les proches, susciter l'espoir et travailler en concertation avec les partenaires de soins.

L'infirmière, quel que soit son milieu d'exercice, doit connaître les personnes à risque de suicide afin d'intervenir de façon appropriée.

L'infirmière doit impliquer et soutenir les proches de la personne à risque de suicide dans l'évaluation et la planification de l'intervention visant la protection de la personne (filet de sécurité).

L'infirmière doit assurer la sécurité et le suivi clinique des personnes à risque de suicide en indiquant dans le plan thérapeutique infirmier (PTI) ses décisions cliniques ainsi que les directives nécessaires.

L'infirmière doit connaître les ressources d'aide spécialisées dans la prévention du suicide compris dans sa communauté,

de même que les protocoles de collaboration interdisciplinaire et intersectorielle.

L'infirmière doit contribuer à diffuser des connaissances scientifiques auprès de la population, contribuant ainsi à diminuer le stigma lié aux personnes présentant des comportements suicidaires ou des troubles mentaux.

### **LA FORMATION INITIALE ET LA FORMATION CONTINUE**

La formation initiale des infirmières doit permettre l'acquisition des connaissances nécessaires à l'évaluation du potentiel suicidaire d'une personne, à la reconnaissance des groupes à risque et de leurs particularités, ainsi qu'au développement des habiletés d'intervention.

La formation continue doit offrir aux infirmières, particulièrement à celles travaillant en première ligne, des programmes de formation en matière de dépistage des signes de détresse et d'intervention afin d'assurer la sécurité des personnes suicidaires, la participation de leurs proches et la continuité des services.

### **L'ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES**

L'établissement doit offrir aux infirmières la possibilité de consulter un professionnel clinicien désigné par l'établissement.

L'établissement doit rendre accessible, à chaque infirmière, les mécanismes de référence et les protocoles établis entre les établissements et les partenaires de la région.

Le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) est invité à recommander, en priorité à l'établissement, de la formation continue sur le dépistage des signes de détresse et les interventions liées à la prévention du suicide.

### **LA RECHERCHE**

Les infirmières doivent faire partie des équipes de recherche et contribuer au développement des connaissances en matière de prévention du suicide.

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (2006a). *Évaluation du programme de formation en prévention du suicide sur le territoire de la MRC d'Antoine-Labelle*, Saint-Jérôme, ASSSL, Direction de santé publique.

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (2006b). *Tous ensemble pour la vie : programme-cadre de formation de citoyens et d'intervenants en prévention du suicide*, trousse pour les intervenants, Saint-Jérôme, ASSSL, Direction de santé publique.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., et Turecki, G. (2004). « Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis », *BMC Psychiatric*, vol. 4, p. 37.

Association internationale pour la prévention du suicide (2006). *Journée mondiale de prévention du suicide : la connaissance apportée de nouveaux espoirs* [www.med.uio.no/iasp/french/wspd/2006/JIPS\_2006\_Francais%5b1%5d.pdf].

Association québécoise de prévention du suicide (2003). *Programme accrédité de formation : intervenir en situation de crise suicidaire*, Montréal, AQPS.

Blondeau, D. (sous la dir. de) (1999). *Éthique et soins infirmiers*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Boyer, R., St-Laurent, D., Préville, M., Légaré, G., Massé, N., et Poulin, C. (2001). « Idées suicidaires et parasuicides », dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*, 2<sup>e</sup> éd., Québec, ISQ, p. 355-367.

Breton, J.J. (2004). « Les indicateurs en prévention du suicide : proposition d'un cadre conceptuel pour le XXI<sup>e</sup> siècle », dans F. Chagnon et B.L. Mishara (sous la dir. de), *Évaluation de programmes en prévention du suicide*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 41-63.

Brown, G.K., Beck, A.T., Steer, R.A., et Grisham, J.R. (2000). « Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, n<sup>o</sup> 3, p. 371-377.

Hamel, D., et Pampalon, R. (2002). *Traumatismes et défavorisation au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Harris, E.C., et Barraclough, B. (1997). « Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis », *British Journal of Psychiatry*, vol. 170, n<sup>o</sup> 3, p. 205-228.

Houle, J., et Poulin, C. (2006). *Surveillance des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de la région montréalaise*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique.

Institut national de santé publique du Québec (2004b). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ?*, Québec, INSPQ.

Institut national de santé publique du Québec (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses*, Québec, INSPQ.

Isometsa, E.T., et Lonnqvist, J.K. (1998). « Suicide attempts preceding completed suicide », *British Journal of Psychiatry*, vol. 173, n<sup>o</sup> 12, p. 531-535.

Lesage, A.D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., et al. (1994). « Suicide and mental disorders: A case-control study of young men », *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, n<sup>o</sup> 7, p. 1063-1068.

*Loi sur les infirmières et les infirmiers* [LII], L.R.Q., c. I-8.

Luoma, J.B., Martin, C.E., et Pearson, J.L. (2002). « Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence », *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, n<sup>o</sup> 6, p. 909-916.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Québec, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Québec, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : cadre de référence*, Québec, MSSS, p. 15.

Mishara, B.L., et Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2006). *Le plan thérapeutique infirmier : la trace des décisions cliniques de l'infirmière*, Montréal, OIIQ.

Organisation mondiale de la Santé (2001). *La prévention du suicide : indications pour les médecins généralistes*, Genève, OMS.

Organisation mondiale de la Santé (2002a). *Deuil et suicide : indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent*, Genève, OMS.

Organisation mondiale de la Santé (2002b). *La prévention du suicide : indications pour professions de santé primaire*, Genève, OMS.

Owens, D., Horrocks, J., et House, A. (2002). « Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review », *British Journal of Psychiatry*, vol. 181, n<sup>o</sup> 3, p. 193-199.

Phaneuf, J., et Séguin, M. (1987). *Suicide : prévention et intervention – Guide à l'usage des intervenants*, Montréal, Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse.

Potash, J.B., Kane, H.S., Chiu, Y.F., Simpson, S.G., MacKinnon, D.F., McInnis, M.G., *et al.* (2000). « Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: Clinical and familial relationships », *American Journal of Psychiatry*, vol. 157, n° 12, p. 2048-2050.

Potvin, N. (2004). *Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Richard-Guerroudj, N. (2006). « Suicide, le mal de l'âge », *L'Infirmière magazine*, n° 222 (suppl.), p. 5-9.

Saarinen, P.I., Viinamaki, H., Hintikka, J., Lehtonen, J., et Lonnqvist, J. (1999). « Psychological symptoms of close relatives of suicide victims », *European Journal of Psychiatry*, vol. 13, n° 1, p. 33-39.

Séguin, M., Brunet, A., et LeBlanc, L. (sous la dir. de) (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*, Saint-Laurent, Gaëtan Morin Éditeur.

Séguin, M., Lesage, A., et Kiely, M.C. (1995). « Parental bereavement after suicide and accident: A comparative study », *Suicide & Life - Threatening Behavior*, vol. 25, n° 4, p. 489-498.

Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Daigle, F., et Guy, A. (2005). *Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003*, Fredericton, Ministère de la Santé [www.gnb.ca/0055/pdf/3182-f.pdf].

St-Laurent, D., et Gagné, M. (2007). *Surveillance des suicides au Québec : les décès imputables aux suicides dans la population québécoise*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Suokas, J., Suominen, K., Isometsa, E., Ostamo, A., et Lonnqvist, J. (2001). « Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide: Findings of a 14-year follow-up study », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 104, n° 2, p. 117-121.

White, J. (2005). *Preventing Suicide in Youth: Taking Action With Imperfect Knowledge*, Vancouver, University of British Columbia, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry.

White, J., et Jodoin, N. (1998). *Before-the-Fact Interventions: A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention*, Victoria (CB), Ministry for Children and Families.

