



PROTOCOLE **SécUrgence** ©

Un protocole d'évaluation et d'accompagnement
des personnes à risque de suicide dans les
urgences du Québec

RAPPORT FINAL – Mars 2022

Coordination et rédaction

Jessica Rassy, inf. PhD, Université de Sherbrooke

Équipe de recherche

Réal Labelle, PhD, Université du Québec à Montréal (UQAM) et Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM)

Caroline Larue, inf. PhD, Université de Montréal et CRIUSMM

Alain Lesage, MD, Université de Montréal et CRIUSMM

Simon Patry, MD, FRCPC, IUSMQ, directeur du CEECTQ, IUSMM, Université de Laval et Université de Montréal

Marie-Hélène Goulet, inf. PhD, Université de Montréal et CRIUSMM

Assistants de recherche

Farida Saadi, IPS en soins aux adultes en néphrologie, Université de Montréal

Camille Brousseau Paradis, MD, Université de Montréal

Chercheurs collaborateurs

Christine Genest, inf. PhD, Université de Montréal et CRIUSMM

Nathalie Maltais, inf. PhD, Université du Québec à Rimouski (UQAR)

Comité consultatif

Catherine Denis, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Christine Laliberté, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Geneviève Lessard, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Laurence Fortier, Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ)

Geneviève Simard, Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ)

Lucie Pelchat, Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)

Kim Basque, Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)

Marie-Josée Poirier, Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM)

Julie Gélinas, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

Dre Caroline Bell, psychiatre

Dre Chrysanthi Psyharis, urgentologue

Stéphan Girard, inf. et proche d'une personne avec expérience vécue

Ariane Cyr, inf. et proche d'une personne avec expérience vécue

Financement

Pour ce projet, Jessica Rassy a reçu une bourse postdoctorale du Réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), une bourse postdoctorale du Réseau Québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés (RQSHA) ainsi qu'un déchargement de sa charge de professeur du Centre de recherche et d'interventions sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE). Caroline Larue a aussi reçu un financement du Centre de recherche de l'institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM) pour ce projet.

Pour citer ce document :

Rassy, J., Lesage, A., Larue, C., Labelle, R. et Consortium (2022). *Protocole SécUrgence : Un protocole d'évaluation et d'accompagnement des personnes à risque de suicide dans les urgences du Québec*.

Dépôt légal – Bibliothèque Nationale du Québec, 2022

ISBN 978-2-9809373-2-3

Table des matières

ABRÉGÉ DU PROJET	5
PROJECT ABSTRACT	6
LEXIQUE	7
INTRODUCTION.....	8
1. PROTOCOLE: MÉTHODE.....	9
1.1 BUT DE L'ÉTUDE.....	9
1.2 MÉTHODE UTILISÉE	9
1.3 PARTICIPANTS AU PROJET	9
1.3.1 Équipe de recherche	10
1.3.2 Comité consultatif.....	10
1.3.3 Premier groupe d'expert	10
1.3.4 Deuxième groupe d'expert	10
1.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	11
1.5 ÉTAPES DU PROJET	11
1.5.1 Étape 1 : Revue de littérature.....	11
1.5.2 Étape 2 : Élaboration de la liste des énoncés du protocole (premier groupe d'experts)	12
1.5.3 Étape 3 : Validation du protocole final par Delphi (deuxième groupe d'experts)	12
1.6 TAUX DE PARTICIPATION.....	12
2. PROTOCOLE: RÉSULTATS DE LA DÉMARCHE	14
2.1 ÉTAPE 1 : REVUE DE LITTÉRATURE	14
2.2 ÉTAPE 2 : ÉLABORATION DE LA LISTE DES ÉNONCÉS DU PROTOCOLE (PREMIER GROUPE D'EXPERTS)	14
2.3 ÉTAPE 3 : VALIDATION DU PROTOCOLE FINAL PAR DELPHI (DEUXIÈME GROUPE D'EXPERTS)	15
2.3.1 Ronde 1.....	15
2.3.2 Ronde 2.....	21
2.3.3 Défis et leviers d'implantation du protocole SécUrgence.....	22
3. PROTOCOLE: RÉSULTATS FINAUX ET PRÉSENTATION DU PROTOCOLE SÉCURGENCE	24
.....	25
3.1 MISE EN GARDE.....	24
3.2 CONSIGNES.....	24
3.3 ÉVALUATION.....	26
3.4 INTERVENTIONS	27
CONCLUSION.....	31
RÉFÉRENCES ET DOCUMENTS CONSULTÉS	32
ANNEXE 1 - ÉVALUATION INITIALE DU RISQUE SUICIDAIRE.....	35
ANNEXE 2 - ÉVALUATION PARTIELLE DU RISQUE SUICIDAIRE	36
ANNEXE 3 - PLAN DE SÉCURITÉ.....	37
ANNEXE 4 - ACCOMPAGNER UNE PERSONNE À RISQUE SUICIDAIRE SANS S'ÉPUISER.....	38

Liste des tableaux

TABEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DES EXPERTS.....	13
TABEAU 2 EXEMPLES DE CHANGEMENTS APPORTÉS À L'ÉTAPE 2	14
TABEAU 3 POINTS FORTS SOULEVÉS PAR LE 1ER GROUPE D'EXPERTS.....	15
TABEAU 4 DEGRÉ DE CONSENSUS ATTEINT À LA PREMIÈRE RONDE DE DELPHI (2E GROUPE D'EXPERTS) POUR LA PERTINENCE, LA CLARTÉ ET LA COMPLÉTUDE POUR CHACUN DES ÉNONCÉS.....	15
TABEAU 5 TOTAL DES ÉNONCÉS ATTEIGNANT UN CONSENSUS POUR LA PERTINENCE À LA 1ÈRE RONDE DE DELPHI	21
TABEAU 6 TOTAL DES ÉNONCÉS ATTEIGNANT UN CONSENSUS POUR LA PERTINENCE LORS DE LA 2E RONDE DE DELPHI	22
TABEAU 7 EXEMPLES DE DÉFIS D'IMPLANTATION DU PROTOCOLE SÉCURGENCE RELEVÉS PAR LE 2E GROUPE D'EXPERTS	22
TABEAU 8 EXEMPLES DE LEVIERS D'IMPLANTATION DU PROTOCOLE SÉCURGENCE RELEVÉS PAR LE 2E GROUPE D'EXPERTS	23

Liste des figures

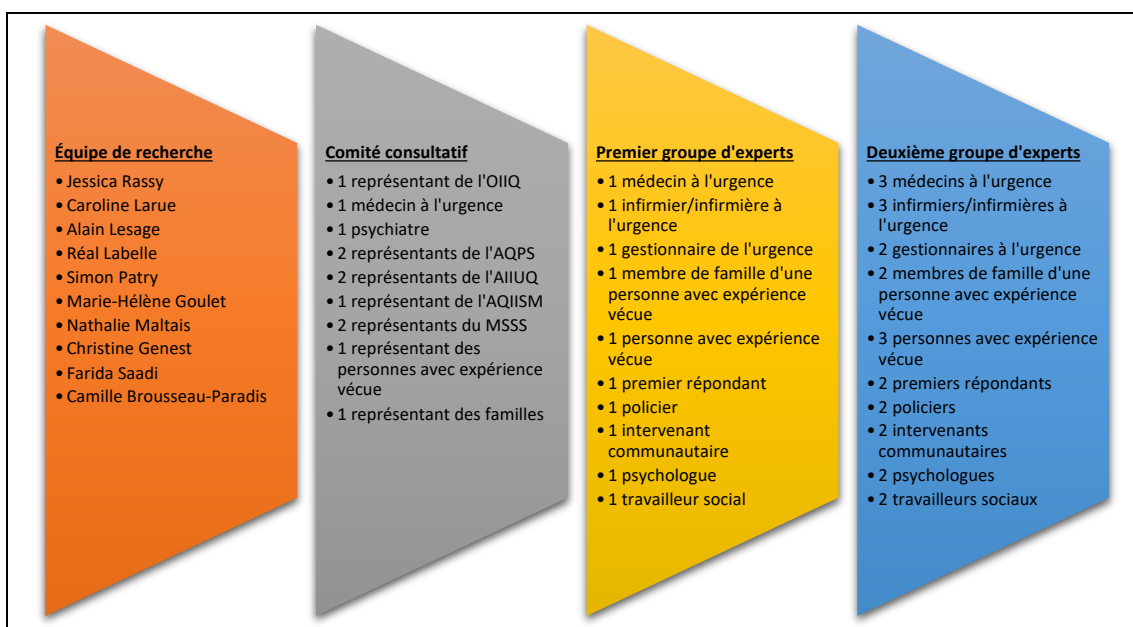
FIGURE 1 LISTE DES PARTICIPANTS AU PROJET	10
FIGURE 2 DÉVELOPPEMENT ET VALIDATION D'UN PROTOCOLE CLINIQUE POUR LES INDIVIDUS À RISQUE DE SUICIDE SE PRÉSENTANT À L'URGENCE.....	11
FIGURE 3 LÉGENDE UTILISÉE POUR LA VALIDATION DE CONTENU DES RONDES 1 ET 2	12
FIGURE 4 ARBRE DÉCISIONNEL DU PROTOCOLE SÉCURGENCE	25
FIGURE 5 ALGORITHME D'ÉVALUATION DU PROTOCOLE SÉCURGENCE	26

ABRÉGÉ DU PROJET

Mise en contexte : Près de la moitié (48,5%) de toutes les personnes décédées par suicide ont visité l'urgence dans l'année précédant leur décès et pour près du tiers (29,5%) de ceux-ci, la visite a eu lieu dans le mois précédant leur suicide.

But du projet : Ce projet visait le développement d'un protocole d'évaluation et d'accompagnement des personnes à risque de suicide qui se présentent dans les urgences du Québec. Ce protocole, adressé aux infirmières, aux médecins et tout autre professionnel concerné des urgences, a été élaboré en étroite collaboration avec les acteurs clés du réseau de la santé et du réseau communautaire ainsi qu'avec les patients et leurs familles.

Méthode : Des groupes de discussion ont été menés avec un premier groupe d'experts pour le développement du protocole. La méthode Delphi a ensuite été utilisée pour la validation du protocole par un deuxième groupe d'experts. Une équipe de chercheurs a soutenu toutes les étapes du projet. Un comité consultatif formé de représentants provinciaux du MSSS, des ordres professionnels, d'associations professionnelles, des organismes communautaires, des représentants des familles et des personnes avec expérience vécue a été consulté à trois moments critiques du projet : en début de projet, après le développement du protocole puis après la validation du protocole.



Résultats : Deux rondes de Delphi ont été menées pour obtenir le consensus final. Dans la première ronde, un consensus quant à la pertinence (au moins 75% des participants ont évalué l'énoncé comme étant pertinent ou très pertinent) a été obtenu pour 50 des 52 énoncés. Dans la deuxième ronde, à la suite des modifications apportées aux deux énoncés n'ayant pas fait consensus, un des deux énoncés a obtenu un consensus. À la suite des deux rondes de Delphi, un seul énoncé a alors été rejeté de la section « interventions générales ». L'arbre décisionnel qui résume l'ensemble des énoncés du protocole SécUrgence est présenté à la page 22 de ce rapport.

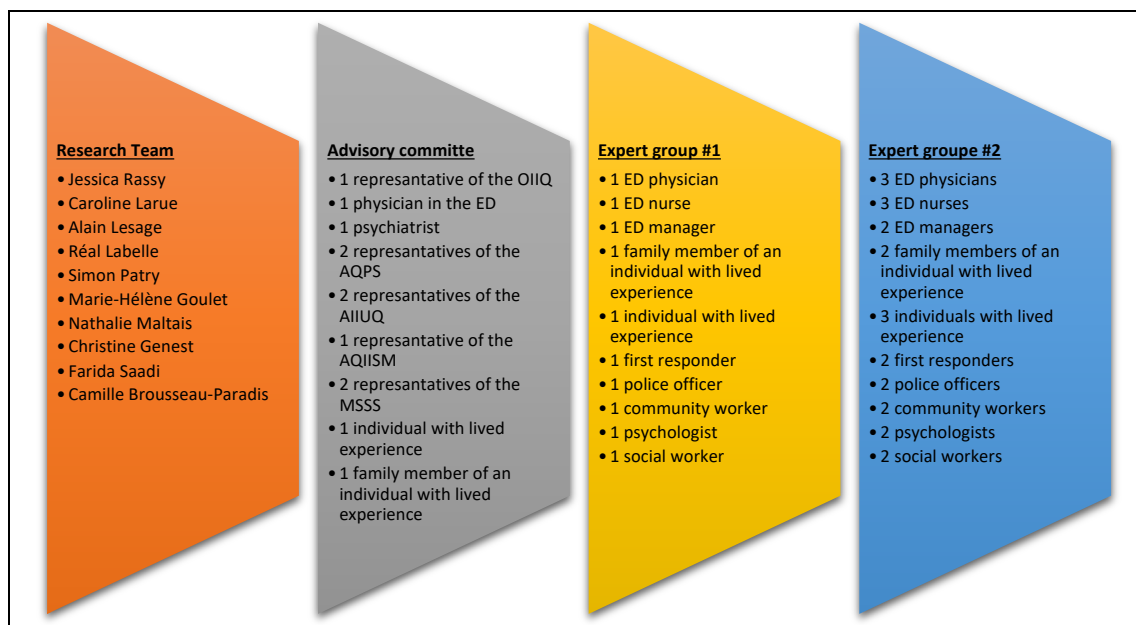
Retombées : L'élaboration et la validation de ce protocole par consensus d'experts permettra d'assurer la sécurité de toutes les personnes à risque de suicide qui se présente aux urgences et ainsi diminuer les décès par suicide des personnes ayant visité les urgences du Québec. Un projet d'évaluation de la faisabilité, de l'acceptabilité et des retombées préliminaires du protocole SécUrgence est maintenant envisagé et sera suivi d'un projet d'implantation du protocole dans les urgences du Québec.

PROJECT ABSTRACT

Background: Nearly half (48.5%) of all suicide victims visited the emergency department in the year preceding their death, and for nearly a third (29.5%) of them, the visit took place in the month preceding their suicide.

Aim of the project: The main objective of this project was to develop a protocol for assessing and accompanying individuals at risk of suicide who present themselves in Quebec emergency rooms. This protocol, intended for emergency room nurses, physicians and all other relevant professionals, was developed in close collaboration with key stakeholders in the health and community networks, as well as with patients and their families.

Method: Focus groups were conducted with a first group of experts for the development of the protocol. The Delphi method was then used for the validation of the protocol by a second group of experts. A team of researchers supported all stages of the project. An advisory committee made up of provincial representatives of the MSSS, professional orders, professional associations, community organizations, family representatives and people with lived experience was consulted at three critical points in the project: at the beginning of the project, after the development of the protocol and after the validation of the protocol.



Results: Two rounds of Delphi were conducted to obtain the final consensus. In the first round, consensus on relevance (at least 75% of participants rated the statement as relevant or very relevant) was achieved for 50 of the 52 statements. In the second round, following modifications to the two statements that did not achieve consensus, one of the two statements achieved consensus. As a result of the two rounds of Delphi, only one statement was then rejected from the "general interventions" section. The decision tree that summarizes all statements of the SecUrgence protocol is presented on page 22 of this report

Conclusions: The development and validation of this protocol by expert consensus will ensure the safety of all individuals at risk of suicide who present themselves to emergency departments and thus reduce suicide deaths of persons who have visited Quebec emergency departments. A project to evaluate the feasibility, acceptability, and preliminary impact of the SecUrgence protocol is now being considered and will be followed by a project to implement the protocol in Quebec emergency rooms.

Lexique

Comportement suicidaire

« Éventail de comportements allant des pensées suicidaires, aux tentatives de suicide jusqu'à la mort par suicide. » (Commission de la santé mentale du Canada, 2018, p. 1)

Évaluation

« L'évaluation clinique comprend à la fois la collecte, l'analyse, l'interprétation des données ainsi que l'établissement des constats qui en découlent. » (OIIQ, 2007)

Idées suicidaires

« Les idées suicidaires sont un signal d'alarme. Elles surviennent quand la souffrance est devenue trop grande et que la personne n'arrive pas à la diminuer avec les moyens qu'elle connaît déjà. » (Gouvernement du Québec, 2022)

Protocole

« Instructions écrites détaillées sur comment compléter une tâche. Décrit comment, quand, où et qui devrait être impliqué dans une tâche. Un protocole peut faire référence à un processus de soins cliniques ou à la relation de travail entre agences. » (Ilott et al, 2006, p. 549, traduction libre)

Risque suicidaire

« Probabilité qu'une personne se suicide à l'intérieur d'une période de deux ans ». (Daigle, Labelle et Girard, 2003)

Suicide

« Mort causée de façon intentionnelle par soi-même. L'intentionnalité est ce qui diffère un décès par suicide d'une mort causée de façon accidentelle par soi-même. » (OIIQ, 2007)

Tentative de suicide

« Comportement autodestructeur associé à une intention certaine de mourir. » (Commission de la santé mentale du Canada, 2018, p. 1)

Introduction

Au Québec, en 2019, 1128 personnes sont décédées par suicide, soit 3 décès par suicide par jour et chaque année, près de 28 000 personnes font des tentatives de suicide, soit environ 76 personnes par jour (Levesque, Rassy et Genest, 2022; Camirand et al, 2016). Malgré une diminution des taux de suicide de près de 25% dans les 15 dernières années au Québec, les statistiques qui relèvent des services de santé, dont celles des urgences hospitalières du Québec, demeurent préoccupantes. Plus précisément, 28,5% des personnes décédées par suicide au Québec ont été hospitalisées dans l'année précédant leur suicide et 75,3% de celles-ci sont décédées par suicide dans le mois suivant leur congé de l'hôpital (Vasiliadis et al, 2015). Plus inquiétant encore, il ressort que 48,7% des personnes décédées par suicide ont visité l'urgence dans l'année précédant leur suicide et 29,5% de celles-ci sont décédées par suicide dans le mois suivant leur congé de l'urgence (Vasiliadis et al, 2015). Les comportements suicidaires sont aussi à la hausse au Québec. D'ailleurs, entre 2008 et 2018, les hospitalisations pour tentative de suicide ont passé de 38,7 à 59,7 par 100 000 personnes chez les femmes et de 30,1 à 38,1 par 100 000 personnes chez les hommes (Levesque, Rassy et Genest, 2022).

D'un milieu à l'autre, un manque de consensus persiste sur les meilleures pratiques à appliquer quant à l'évaluation et à l'accompagnement des personnes à risque de suicide qui se présentent dans les urgences (Bernert, Hom et Roberts, 2014). Cela dit, il s'avère indispensable de procéder à une méthode d'élaboration de protocole basé sur un processus de recherche rigoureux. Tel que recommandé par Bernert, Hom et Roberts (2014) dans leur revue systématique sur les guides de pratique clinique en prévention du suicide, une standardisation des pratiques pourrait grandement améliorer les écarts dans les recommandations issues de la littérature. De nombreux auteurs s'entendent aussi pour dire que les milieux de soins, dont particulièrement l'urgence, devraient implanter une approche systématique par protocole pour mieux prendre en charge les personnes à risque de suicide, comme c'est le cas pour d'autres conditions chroniques telles que le diabète ou l'hypertension (Hogan et Grumet, 2016; Petrik et al, 2015; Holoshitz et al, 2019). Des audits cliniques menés au Nouveau-Brunswick en 2002-2003 (Lesage et al, 2008) et dans l'Est-de-l'Île-de-Montréal en 2016 (Lesage et Fortin, 2018) sur les décès par suicide survenus arrivent à la même recommandation.

Le but de cette étude était donc d'utiliser la méthode Delphi par consensus d'experts pour développer un protocole basé sur les pratiques exemplaires d'évaluation et d'accompagnement des personnes à risque de suicide dans les urgences afin de prévenir davantage de suicides au Québec. Ce protocole vise les personnes effectuant une consultation volontaire ou involontaire (P-38) aux urgences générales et sera adressé aux principaux acteurs-clés des urgences. Les personnes et leurs proches ont d'ailleurs été partie prenante de toutes les étapes du projet, de l'élaboration du protocole jusqu'à sa validation.

Le présent rapport fait d'abord état des étapes ayant mené à l'élaboration du protocole, puis présente la version finale du protocole SécUrgence.

1. Protocole: méthode

1.1 But de l'étude

Le protocole SécUrgence est un protocole d'évaluation et d'accompagnement des personnes à risque de suicide. Il vise à aider les patients qui se rendent à l'urgence volontairement ou non. Il est conçu pour être utilisé par les infirmières, les médecins et tout autre professionnel concerné des urgences du Québec.

Le but de cette étude était d'obtenir un consensus d'experts sur les énoncés à inclure dans le protocole SécUrgence. La question de recherche était « *Quels éléments d'évaluation et d'accompagnement provenant des résultats probants et d'informateurs-clé doivent faire partie des directives d'un protocole visant à prévenir le suicide des personnes à risque se présentant aux urgences?* ».

1.2 Méthode utilisée

La méthode Delphi, qui permet d'obtenir un consensus à partir d'opinions d'experts dans un domaine d'intérêt, a été utilisée pour réaliser cette étude. Cette méthode a été utilisée sur de nombreux protocoles à ce jour et s'est avérée efficace dans le domaine de la santé mentale (Jorm, 2015). Les études Delphi consistent habituellement en deux ou plusieurs rondes qui visent à coter ou à classer des énoncés afin de parvenir à un consensus. Le processus se termine lorsque le consensus est atteint pour une partie ou la totalité des énoncés (Keeney et al, 2011).

1.3 Participants au projet

Ce projet visait à réunir des experts dans le domaine de la prévention du suicide à l'urgence, notamment des professionnels de la santé, des intervenants communautaires, des chercheurs, des décideurs, des personnes ayant une expérience vécue et leurs proches. L'expérience vécue était définie comme une visite à l'urgence pour des comportements suicidaires.

Un échantillonnage de convenance a d'abord été utilisé pour sélectionner les personnes ayant l'expertise voulue (Fortin et Gagnon, 2016). Un échantillonnage boule de neige a ensuite été utilisé pour compléter les groupes d'experts.

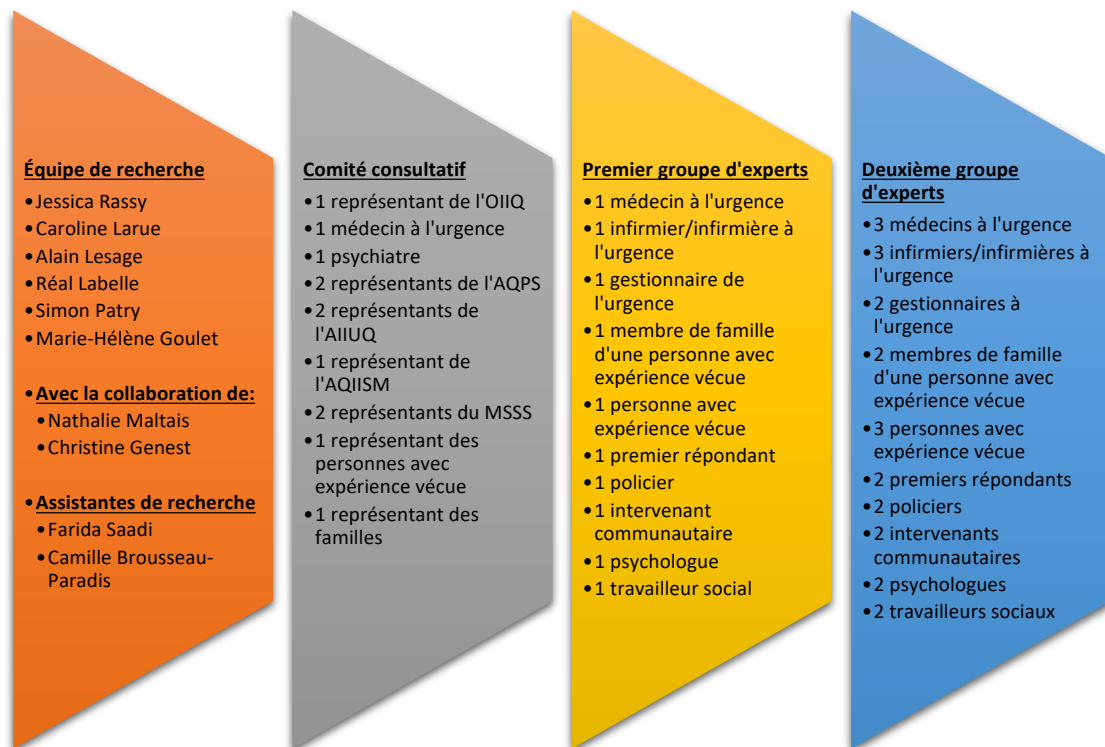
Les critères d'inclusion pour les participants étaient les suivants :

1) Avoir une expérience vécue ou une expertise en prévention du suicide (les professionnels devaient avoir une pratique active et avoir été en contact avec une clientèle à risque de suicide au cours de la dernière année, les personnes avec expérience vécue et leurs proches devaient avoir été vus à l'urgence ou avoir un être cher qui a été vu à l'urgence pour des comportements suicidaires);

2) Avoir de l'intérêt et être disponible pour participer aux réunions et/ou au processus Delphi.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Figure 1 Liste des participants au projet



1.3.1 Équipe de recherche

L'équipe de recherche était composée de Jessica Rassy, Réal Labelle, Caroline Larue, Alain Lesage, Simon Patry, Marie-Hélène Goulet, Nathalie Maltais et Christine Genest. Les rôles de l'équipe de recherche étaient de réaliser la revue de littérature, d'assurer l'évaluation scientifique des études retenues, de veiller au processus de recherche et à sa rigueur et de rédiger les publications associées à l'étude.

1.3.2 Comité consultatif

Un comité consultatif est un « comité non décisionnel dont le mandat consiste à donner des conseils, à formuler des avis ou à faire des recommandations » sur les différentes étapes d'un projet (OQLF, 2019). Dans cette étude, son rôle était de partager son expertise à différents moments de l'élaboration du protocole, à émettre des commentaires sur le protocole avant le processus Delphi, à identifier les membres des groupes d'experts et à se prononcer sur les facteurs facilitants et les défis associés à l'implantation future de la version finale du protocole SécUrgence dans les urgences physiques au Québec.

1.3.3 Premier groupe d'experts

Puisque généralement privilégié, un échantillon de convenance a d'abord été utilisé pour choisir les personnes détenant l'expertise recherchée (Fortin et Gagnon, 2016). Un échantillon de type « boule de neige » a ensuite été utilisé pour compléter les groupes d'experts. Le rôle du premier groupe d'experts était de collaborer au développement du protocole SécUrgence en partageant son expertise pour répondre à la question de recherche.

1.3.4 Deuxième groupe d'experts

Le rôle du deuxième groupe d'experts était de répondre aux questionnaires des différentes rondes de Delphi afin de valider la pertinence, la clarté et la complétude des énoncés du protocole SécUrgence.

1.4 Considérations éthiques

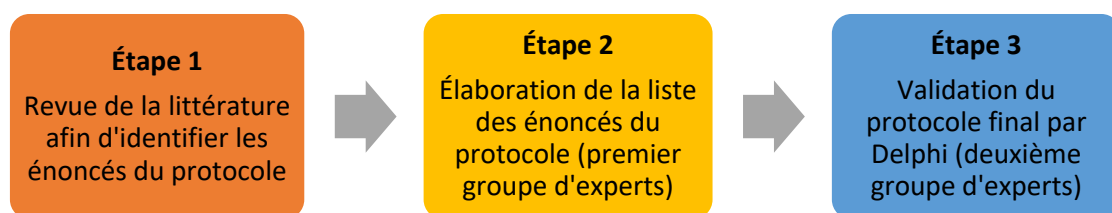
Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a approuvé ce projet et en a assuré le suivi. Des experts potentiels ont été invités à participer au projet par courriel. Le courriel décrivait l'ensemble du projet, les étapes à suivre, la participation souhaitée et les avantages potentiels du projet. Un formulaire de consentement leur était également envoyé par courriel afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée quant à leur participation à l'étude. Le respect de l'autonomie et de la liberté individuelle a été assuré lors du recrutement, ainsi que le maintien d'un consentement libre et éclairé de façon continue. Les participants avaient d'ailleurs l'option de se retirer du projet à tout moment. Puisque le sujet du suicide est délicat, des ressources ont été offertes aux participants lors des échanges par courriel, de la complétion des questionnaires ainsi qu'à chaque rencontre. Un psychiatre, un psychologue et deux infirmières faisaient partie du groupe de recherche et étaient disponibles au besoin pour diriger les participants vers les ressources appropriées. L'inconvénient principal de la participation à cette étude était le temps nécessaire pour assister aux groupes de discussion et remplir les questionnaires. Compte tenu de la pandémie de COVID-19, le consentement de tous les experts participants à l'étude a été obtenu par voie électronique ou verbale.

1.5 Étapes du projet

Afin d'élaborer et de valider le protocole SécUrgence, trois étapes ont été nécessaires : 1) la revue de littérature afin d'identifier les énoncés du protocole clinique, 2) l'élaboration de la liste des énoncés du protocole clinique par un premier groupe d'experts et 3) la validation, à l'aide de la méthode de consensus Delphi, des énoncés finaux du protocole clinique par le deuxième groupe d'experts (figure 2).

Tel que mentionné précédemment, des rencontres avec le comité consultatif ont été réalisées avant la rencontre avec le premier groupe d'experts, avant le processus Delphi avec le deuxième groupe d'experts et avant la rédaction du rapport final.

Figure 2 Développement et validation d'un protocole clinique pour les individus à risque de suicide se présentant à l'urgence



1.5.1 Étape 1 : Revue de littérature

Tout d'abord, une revue de littérature a été effectuée pour déterminer tous les énoncés pertinents et importants à inclure dans le protocole clinique. Pour ce faire, une recherche documentaire approfondie a été effectuée dans les bases de données Medline, Embase, PsychInfo et PubMed. Toutes les publications liées à un guide de pratique, un cadre, un protocole, des lignes directrices ou des recommandations publiées entre 2010 et 2021 ont été retenues pour analyse. Les titres, les résumés et les textes intégraux ont été présélectionnés par deux évaluateurs selon des critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion sont les suivants : 1) met l'accent sur les personnes à risque de suicide (comportements suicidaires), 2) se déroule dans un établissement de soins d'urgence (ou l'équivalent), 3) contient des recommandations claires et précises qui peuvent être facilement intégrées à un protocole. Les critères d'exclusion sont les suivants : 1) articles publiés dans une langue autre que l'anglais ou le français et 2) articles non disponibles en texte intégral.

1.5.2 Étape 2 : Élaboration de la liste des énoncés du protocole (premier groupe d'experts)

Des groupes de discussion focalisée ont été menés avec un premier groupe d'experts (voir Figure 1 pour les membres) afin de recueillir des suggestions d'amélioration et des recommandations pour les énoncés du protocole. Un enregistrement des groupes de discussion a été réalisé et les verbatims ont été transcrits. Des discussions individuelles ont été réalisées pour les personnes ne pouvant pas participer à ces rencontres. Les rencontres avaient lieu virtuellement vu les circonstances de la pandémie COVID-19. Des modifications ont été apportées en conséquence à l'ébauche du protocole SécUrgence.

1.5.3 Étape 3 : Validation du protocole final par Delphi (deuxième groupe d'experts)

La méthode Delphi a été utilisée pour obtenir un consensus sur les énoncés du protocole (retenus à l'étape 2) par un deuxième groupe d'experts. Ce dernier était composé du même type d'experts que le premier, mais en plus grand nombre. Les participants évaluaient les énoncés en fonction de leur pertinence, de leur clarté et de leur complétude (Figure 3). Deux rondes de Delphi ont été menées jusqu'à l'obtention d'un consensus pour la finalisation du protocole. Un consensus de plus de 75 % était nécessaire quant à la pertinence pour conserver les énoncés dans le protocole final. Ceci signifie qu'une proportion d'au moins 75% des répondants évaluait l'énoncé à la fois très pertinent ou pertinent. Aucun énoncé n'a été rejeté basé sur les critères de clarté et de complétude, mais tous les commentaires et suggestions relatifs aux énoncés manquant de clarté ou de complétude ont été inclus dans la version finale du protocole SécUrgence.

Les experts ont partagé leur rétroaction sur les énoncés et suggéré de nouveaux énoncés au besoin à la fin de chaque section du questionnaire. La liste des énoncés suggérés a été revue par deux réviseurs afin de valider que ces nouvelles idées n'étaient pas incluses dans les versions précédentes.

Des rencontres par groupe de discussion focalisée étaient prévues avec les membres du deuxième groupe d'experts pour discuter des items n'ayant pas fait consensus jusqu'à l'obtention d'un consensus final de plus de 75% quant à la pertinence. Cependant, ces rencontres n'ont pas été nécessaires puisque le pourcentage de consensus obtenu était satisfaisant. Le protocole a été finalisé à la lumière des résultats obtenus.

Figure 3 Légende utilisée pour la validation de contenu des rondes 1 et 2

Pertinence	Clarté	Complétude
1. Très pertinent	1. Très clair	1. Très complet
2. Pertinent	2. Clair	2. Complet
3. Peu pertinent	3. Ambigu	3. Moyennement complet
4. Non pertinent	4. Incompréhensible	4. Incomplet

1.6 Taux de participation

Un total de 10 personnes a participé au premier groupe d'experts et 23 au deuxième groupe d'experts. Au sein du deuxième groupe d'experts, tous les 23 participants ont participé à la première ronde Delphi, mais seulement 16 à la deuxième ronde (tableau 1). Cette baisse de participation est courante dans les études Delphi (Keeney et al, 2011). Le nombre et la variété des experts qui ont terminé la deuxième ronde ont été jugés suffisants pour parvenir à un consensus.

Tableau 1

Caractéristiques des experts

	1^{er} groupe d'experts (n = 10)	2^e groupe d'experts (Ronde 1) (n = 23)	2^e groupe d'experts (Ronde 2) (n = 16)
Caractéristiques	n (%)	n (%)	n %
Domaine d'expertise			
Médecin à l'urgence	1	3 (13.04)	3 (10.00)
Infirmier/ère à l'urgence	1	3 (13.04)	2 (6.67)
Gestionnaire de l'urgence	1	2 (8.70)	2 (6.67)
Premier répondant	1	2 (8.70)	2 (6.67)
Policier	1	2 (8.70)	2 (6.67)
Travailleur social	1	2 (8.70)	1 (3.33)
Psychologue	1	2 (8.70)	1 (3.33)
Intervenant communautaire	1	2 (8.70)	0 (0.00)
Membre de la famille d'une personne avec expérience vécue	1	2 (8.70)	2 (6.67)
Personne avec expérience vécue	1	3 (13.04)	1 (3.33)

2. Protocole : résultats de la démarche

2.1 Étape 1 : Revue de littérature

La revue de littérature, telle que décrite dans la méthode, a été menée par la chercheuse principale du projet et soutenue par un documentaliste ainsi que par l'équipe de recherche. À partir de cette revue de littérature, un groupe d'experts en prévention du suicide constitué des chercheurs du projet (n=8) a dressé une liste d'énoncés choisis pour le protocole. Cette première ébauche du protocole a ensuite été révisée et améliorée par le premier groupe d'experts.

2.2 Étape 2 : Élaboration de la liste des énoncés du protocole (premier groupe d'experts)

Lorsque la première ébauche du protocole a été finalisée en fonction des résultats de la revue de littérature, des groupes de discussion ont été organisés avec le comité consultatif et le premier groupe d'experts. Ces discussions ont permis de recueillir des recommandations et des suggestions d'amélioration quant aux énoncés à intégrer au protocole.

Le tableau 2 présente des exemples de changements apportés à l'ébauche du protocole en fonction des commentaires reçus par le premier groupe d'experts.

Tableau 2

Exemples de changements apportés à l'étape 2

Changements (1 ^{er} groupe d'experts)
• Souligner l'importance de l'alliance thérapeutique • Ajouter des personnes avec une expérience vécue • Tenir compte de la condition physique du patient • Viser une limite de 12 heures plutôt que 24 heures pour attendre de voir un psychiatre ou une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM) • Assurer un environnement sécuritaire à l'urgence • S'informer du moyen de retour à la maison • Insister sur l'importance d'un suivi adéquat • Inclure les proches le plus possible (avec le consentement du patient)

Le premier groupe d'experts a également soulevé plusieurs points forts du protocole, ce qui a permis de valider la pertinence de plusieurs énoncés choisis initialement (voir tableau 3).

Tableau 3Points forts soulevés par le 1^{er} groupe d'experts

Points forts du protocole (1 ^{er} groupe d'experts)
• Adaptabilité et flexibilité • Standardisation • Intégration du jugement clinique • Prise en compte du continuum de soins • Présence d'un plan de sécurité • Structure (directives précises, protocole sécurisant) • Implication des proches • Importance du lien avec les ressources communautaires

2.3 Étape 3 : Validation du protocole final par Delphi (deuxième groupe d'experts)

Deux rondes ont été nécessaires afin d'obtenir un consensus de plus de 75% par la méthode Delphi quant aux énoncés à inclure dans la version finale du protocole SécUrgence.

2.3.1 Ronde 1

Les experts du deuxième groupe ont complété un questionnaire en ligne par *LimeSurvey* afin d'évaluer chacun des énoncés du protocole selon trois critères d'évaluation, soit la pertinence, la clarté et la complétude. Le tableau 4 présente les résultats de cette première ronde d'évaluation.

Tableau 4

Degré de consensus atteint à la première ronde de Delphi (2^e groupe d'experts) pour la pertinence, la clarté et la complétude de chacun des énoncés

Évaluation de la personne qui se présente à l'urgence			
Énoncé	Pertinence	Clarté	Complétude
1. Procéder à une évaluation initiale du risque suicidaire pour toute personne qui se présente à l'urgence	78 %	73 %	78 %
2. Procéder à une évaluation partielle du risque suicidaire pour toute personne qui se présente à l'urgence pour des idées suicidaires ou pour toute personne à l'urgence qui semble avoir des idées suicidaires	87 %	91 %	74 %
3. Procéder à l'évaluation complète du risque suicidaire par un professionnel de la santé mentale pour toute personne à l'urgence avec des comportements suicidaires	100 %	90 %	94 %
3.1 L'évaluation complète doit comprendre l'évaluation du risque suicidaire de la personne et la détermination de l'orientation de la personne	91 %	82 %	74 %

3.2 L'évaluation complète du risque suicidaire de la personne doit être réalisée par une infirmière praticienne en santé mentale ou une infirmière de liaison en santé mentale	91 %	87 %	82 %
3.3 La personne doit être vue par un psychiatre ou une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale dans les 12h suivant son arrivée à l'urgence	95 %	91 %	87 %
Interventions pour toutes les personnes à risque de suicide qui se présentent à l'urgence			
Énoncé	Pertinence	Clarté	Complétude
1. Privilégier un environnement sécuritaire à l'urgence et éviter de laisser attendre la personne dans la salle d'attente	100 %	95 %	91 %
2. Réévaluer le niveau de risque suicidaire à chaque quart de travail et au besoin en tenant compte des moments critiques	95 %	82 %	78 %
3. Assurer une surveillance appropriée au niveau de risque suicidaire	100 %	74 %	73 %
4. Assurer une alliance thérapeutique dès l'arrivée de la personne à l'urgence. (Faire preuve d'empathie, humaniser les soins, utiliser des techniques de relation d'aide, etc)	100 %	100 %	91 %
5. Établir un contact entre la personne qui se présente à l'urgence et une personne avec expérience vécue	52 %	52 %	52 %
6. Impliquer les proches (Le terme « proches » englobe la famille et/ou toute personne significative pour la personne)	91 %	91 %	78 %
6.1 Si les proches sont présents, faire un entretien familial au sujet des idées suicidaires ou des comportements suicidaires pendant l'hospitalisation (Évaluer et documenter l'historique de la situation familiale)	100 %	78 %	78 %
6.2 Si les proches ne sont pas présents, tenter de les contacter pour les inviter à un entretien en personne ou par les technologies de l'information et des communications (TIC)	91 %	83 %	87 %
7. Tenir compte de la condition médicale physique de la personne	100 %	96 %	91 %
8. Assurer l' <i>empowerment</i> de la personne	100 %	61 %	65 %
9. Assurer un congé en toute sécurité	100 %	91 %	87 %
9.1 Remettre de l'information aux proches	100 %	87 %	70 %
9.2 S'assurer de la sécurité de l'environnement à la maison	96 %	78 %	70 %
9.3 S'informer de moyen de transport au retour	96 %	91 %	87 %

9.4 Informer de la ligne téléphonique 1-866-APPELLE	100 %	96 %	87 %
9.5 Faire un premier contact avec la ligne 1-866-APPELLE le soir, la nuit, la fin de semaine si intervenant en santé mentale non disponible	91 %	74 %	65 %
Si l'évaluation complète par un professionnel de la santé mentale détermine que la personne sera prise en charge par une équipe mobile d'intervention de crise			
Énoncé	Pertinence	Clarté	Complétude
1. Établir le premier contact avec la personne à l'urgence par l'équipe mobile de crise et assurer la prise en charge conséquente	100 %	87 %	83 %
2. Obtenir le consentement de la personne pour partager les informations à son sujet avec l'équipe qui assurera le suivi	100 %	100 %	100 %
3. Établir des contacts avec les ressources externes en psychiatrie afin d'assurer le suivi en externe et détailler le tout au dossier	96 %	96 %	100 %
4. Établir le premier contact entre la ressource désignée et la personne pour prendre connaissance	96 %	87 %	87 %
5. Remettre de l'information écrite à la personne en indiquant les coordonnées de la ressource désignée et des personnes joignables 24/7 en cas de besoin (et l'inscrire au plan de sécurité de la personne)	100 %	100 %	87 %
6. Remettre de l'information écrite aux proches (à la famille) en indiquant les coordonnées de la ressource désignée et des personnes joignables 24/7 en cas de besoin (et l'inscrire au plan de sécurité de la personne)	100 %	96 %	87 %
7. Prévoir un rendez-vous avec un psychiatre ou un psychologue (inscrire la date et le nom du professionnel au dossier)	91 %	97 %	91 %
8. S'informer de la présence de la personne à son rendez-vous fixé par le professionnel référent et prendre les initiatives nécessaires en cas d'absence	78 %	78 %	78 %
9. Faire voir la personne par le psychiatre et/ou l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale si jugé nécessaire par le médecin de l'urgence	100 %	96 %	100 %
10. Assurer un congé sécuritaire	100 %	87 %	87 %
10.1 Remettre de l'information aux proches selon la volonté de la personne	96 %	91 %	71 %
11. Réaliser les interventions brèves	87 %	61 %	65 %
11.1 Offrir de l'enseignement	96 %	74 %	74 %

11.2 Co-construire le plan de sécurité avec la personne et ses proches	100 %	100 %	96 %
11.3 Assurer le suivi de type « <i>Caring Contacts</i> »	97 %	95 %	86 %
Si l'évaluation complète par un professionnel de la santé mentale détermine que la personne sera prise en charge par des spécialistes en santé mentale et dépendances (soins ambulatoires)			
Énoncé	Pertinence	Clarté	Complétude
1. Obtenir le consentement de la personne pour partager les informations à son sujet avec l'équipe qui assurera le suivi	96 %	96 %	96 %
2. Organiser un rendez-vous d'ici une semaine par un professionnel de la santé de l'urgence désigné à cet effet, soit l'IPSSM ou infirmière de liaison en santé mentale ou dépendances ou d'un professionnel en santé mentale (p.ex. psychologue ou travailleur social), œuvrant à l'urgence avec l'intervenant principal de la personne dans ce programme	87 %	87 %	87 %
3. Établir des contacts préalables au congé de la personne, par un professionnel de la santé de l'urgence désigné, avec des ressources externes en psychiatrie pour le suivi et détailler le tout au dossier	100 %	100 %	100 %
4. Établir le premier contact entre la ressource désignée et la personne pour se prendre connaissance avant son congé	96 %	87 %	87 %
5. Remettre de l'information écrite à la personne en indiquant les coordonnées d'une ressource et de personnes joignables 24/7 en cas de besoin avant son départ de l'hôpital (et l'inscrire au plan de sécurité de la personne)	96 %	100 %	96 %
6. Remettre de l'information écrite aux proches en indiquant les coordonnées d'une ressource et de personnes joignables 24/7 en cas de besoin avant le départ de la personne de l'hôpital (et l'inscrire au plan de sécurité de la personne)	96 %	96 %	100 %
7. Faire une relance téléphonique après une semaine avec la personne et l'intervenant pour s'assurer de la prise en charge adéquate	83 %	91 %	91 %
8. Prévoir un rendez-vous avec un psychiatre ou un psychologue avant le congé de la personne de l'hôpital (inscrire la date et le nom du professionnel au dossier)	91 %	100 %	96 %
9. S'informer de la présence de la personne à son rendez-vous fixé par le professionnel référent et prendre les initiatives nécessaires en cas d'absence	74 %	87 %	82 %
10. Faire voir la personne par le psychiatre et/ou l'IPSSM avant son congé de l'hôpital, si jugé nécessaire par le médecin de l'urgence	96 %	96 %	92 %
11. Assurer un congé sécuritaire	100 %	87 %	87 %

11.1 Remettre de l'information aux proches selon la volonté de la personne	96 %	100 %	96 %
12. Réaliser les interventions brèves avant le congé de la personne	96 %	74 %	74 %
12.1 Offrir de l'enseignement	91 %	70 %	65 %
12.2 Co-construire le plan de sécurité avec la personne et ses proches	100 %	100 %	96 %
12.3 Assurer le suivi de type « Caring Contacts »	91 %	91 %	87 %

Si l'évaluation complète par un professionnel de la santé mentale détermine que la personne sera prise en charge par des soins de première ligne / organismes communautaires

Énoncé	Pertinence	Clarté	Complétude
1. Obtenir le consentement de la personne pour partager les informations à son sujet avec l'équipe qui assurera le suivi	96 %	96 %	96 %
2. Organiser un rendez-vous avec le médecin de famille et les professionnels de première ligne connus dans un délai maximal d'une à deux semaines; Faire une relance téléphonique après une à deux semaines avec la personne et l'intervenant psychosocial public ou privé pour s'assurer de la prise en charge adéquate	87 %	78 %	87 %
3. Offrir systématiquement l'intervention de crise à distance fournie par le CIUSSS/CISSS si la personne n'a pas d'intervenant psychosocial de première ligne avant son congé de l'urgence	100 %	96 %	91 %
4. Établir des contacts préalables au congé de la personne avec des ressources externes en psychiatrie pour le suivi et détailler le tout au dossier	91 %	100 %	100 %
5. Établir le premier contact entre la ressource désignée et la personne pour se prendre connaissance avant son congé	100 %	91 %	91 %
6. Remettre de l'information écrite à la personne en indiquant les coordonnées d'une ressource et de personnes joignables 24/7 en cas de besoin avant son congé de l'hôpital (et l'inscrire au plan de sécurité de la personne)	100 %	100 %	100 %
7. Remettre de l'information écrite aux proches en indiquant les coordonnées d'une ressource et de personnes joignables 24/7 en cas de besoin avant le congé de la personne de l'hôpital (et l'inscrire au plan de sécurité de la personne)	100 %	100 %	96 %
8. Prévoir un rendez-vous avec un psychiatre ou un psychologue avant le congé de la personne de l'hôpital (inscrire la date et le nom du professionnel au dossier)	87 %	100 %	100 %

9. S'informer de la présence de la personne à son rendez-vous fixé par le professionnel référent et prendre les initiatives nécessaires en cas d'absence	69 %	78 %	78 %
10. Faire voir la personne par le psychiatre et/ou l'IPSSM avant son congé de l'hôpital, si jugé nécessaire par le médecin de l'urgence	96 %	96 %	87 %
11. Assurer un congé sécuritaire	100 %	83 %	87 %
12. Remettre de l'information aux proches selon la volonté de la personne	96 %	91 %	91 %
13. Réaliser les interventions brèves suivantes avant le congé de la personne	91 %	74 %	70 %
13.1 Offrir de l'enseignement	83 %	65 %	70 %
13.2 Co-construire un plan de sécurité avec la personne et ses proches	100 %	96 %	96 %
13.3 Assurer un suivi de type « Caring Contacts »	96 %	83 %	87 %

Si l'évaluation complète par un professionnel de la santé mentale détermine que la personne sera hospitalisée en psychiatrie

Énoncé	Pertinence	Clarté	Complétude
1. Informer la personne des étapes à venir	100 %	100 %	100 %
2. Réaliser les interventions brèves avant le congé de la personne	100 %	78 %	78 %
2.1 Offrir de l'enseignement	91 %	78 %	78 %
2.2 Co-construire un plan de sécurité avec la personne et ses proches	96 %	96 %	91 %
2.3 Assurer la mise en place à l'urgence de toutes les mesures de sécurité et réaliser une réévaluation du risque suicidaire à chaque quart de travail et au besoin, jusqu'au transfert à l'unité hospitalière de psychiatrie	100 %	83 %	82 %
2.4 Assurer un suivi auprès de l'équipe de l'unité de psychiatrie, transmettre toute l'information recueillie pendant l'épisode à l'urgence et inscrire le tout au dossier	100 %	100 %	96 %

Légende : **Vert** : au-dessus de 75%
Jaune : limite mais ne touche pas la pertinence
Orange : ne touche pas la pertinence mais faible donc à retravailler
Rouge : la pertinence (75%) n'a pas été atteinte

Des 51 énoncés qui ont été présentés au deuxième groupe d'experts lors de la première ronde, seulement deux n'ont pas fait consensus quant à la pertinence (voir tableau 5). Le premier énoncé, contenu dans la catégorie « interventions générales », consistait à *établir un contact entre la personne qui se présente à l'urgence et une personne avec expérience vécue*. Le deuxième énoncé, inclus dans la catégorie « soins ambulatoires : services de première ligne et organismes communautaires », était de *s'informer de la présence de la personne à son rendez-*

vous fixé par le professionnel référent et prendre les initiatives nécessaires en cas d'absence. Puisqu'aucun consensus n'a été atteint pour ces deux énoncés, une deuxième ronde de Delphi a été effectuée.

Tableau 5

Total des énoncés atteignant un consensus pour la pertinence à la 1^{ère} ronde de Delphi

Catégorie d'énoncés	Nombre total d'énoncés	Nb d'énoncés faisant consensus (%)	Nb d'énoncés ne faisant pas consensus (%)
Évaluation	3	3 (100)	0 (0)
Interventions générales	9	8 (89)	1 (11)
Soins ambulatoires : équipe mobile de crise	11	11 (100)	0 (0)
Soins ambulatoires : services de santé mentale et dépendances	12	12 (100)	0 (0)
Soins ambulatoires : services de première ligne et organismes communautaires	12	11 (92)	1 (8)
Pré-hospitalisation	4	4 (100)	0 (0)
Total		49 (96%)	2 (4%)

Avant la deuxième ronde, des changements ont été apportés aux deux énoncés problématiques en fonction des commentaires reçus par le deuxième groupe d'experts. Pour le premier énoncé, des renseignements supplémentaires ont été fournis sur la façon d'établir un contact à l'urgence avec une personne avec expérience vécue. Des résultats probants supplémentaires ont aussi été ajoutées pour appuyer l'énoncé. Pour ce qui est du deuxième énoncé, à la suite des recommandations du groupe d'experts, l'équipe de recherche a choisi de le diviser en deux énoncés distincts, l'un portant sur les services de première ligne et l'autre, sur les organismes communautaires. En effet, l'absence de consensus pour cet énoncé semblait principalement dû à la confusion entre ces deux types de services.

Quant à la clarté des énoncés, un consensus a été obtenu pour 42/51 (82 %) énoncés. En ce qui concerne la complétude des énoncés, un consensus a été obtenu pour 40/51 (78 %) énoncés. Aucun énoncé n'a été rejeté basé sur les critères de clarté et de complétude, mais tous les commentaires et suggestions relatifs aux énoncés manquant de clarté ou de complétude ont été inclus dans la version finale du protocole SécUrgence.

2.3.2 Ronde 2

À la première ronde, deux énoncés ont été déclarés problématiques quant à leur pertinence. Tel que discuté précédemment, le premier énoncé a été bonifié et le deuxième a été divisé en deux nouveaux énoncés distincts. Ainsi, trois énoncés ont été présentés au groupe d'experts lors de la deuxième ronde. Le tableau 6 présente le consensus obtenu quant à la pertinence de ces trois énoncés. À la suite de cette deuxième ronde de Delphi, le premier énoncé a été rejeté du protocole final et les deux autres ont été conservés.

Tableau 6

Total des énoncés atteignant un consensus pour la pertinence lors de la 2^e ronde de Delphi

Catégorie d'énoncés	Nombre total d'énoncés	Nb d'énoncés faisant consensus (%)	Nb d'énoncés ne faisant pas consensus (%)
Interventions générales	1	0 (0)	1 (100)
Soins ambulatoires : services de première ligne	1	1 (100)	0 (0)
Soins ambulatoires : organismes communautaires	1	1 (100)	0 (0)

2.3.3 Défis et leviers d'implantation du protocole SécUrgence

À la troisième étape du projet, en plus de valider le protocole par la méthode Delphi, le deuxième groupe d'experts s'est prononcé quant aux défis et aux leviers d'implantation du protocole dans les urgences du Québec. Les tableaux 7 et 8 présentent une brève synthèse des réponses principales obtenues aux deux questions posées.

Tableau 7

Exemples de défis d'implantation du protocole SécUrgence relevés par le 2^e groupe d'experts

Défis d'implantation du protocole SécUrgence
• Communication entre tous les acteurs-clés concernés • Distinction des rôles entre les acteurs-clés • Uniformisation du langage • Prise en considération du triage et des défis de la plateforme MEDURGE • Standardisation pour tous les milieux • Ressources humaines et matérielles (environnement sécuritaire) • Continuum de soins, transitions, coordination • Réticence au changement du personnel soignant

Tableau 8

Exemples de leviers d'implantation du protocole SécUrgence relevés par le 2^e groupe d'experts

Leviers d'implantation du protocole SécUrgence
• Implication de personnes avec expérience vécue • Désignation d'un intervenant de liaison • Bonification des protocoles déjà en place • Respect des meilleures pratiques et arrimage avec les pratiques organisationnelles requises (POR) en lien avec la prévention du suicide pour les organismes concernés • Implication des proches dans toutes les étapes du processus • Implication des équipes de crises • Formation adéquate du personnel soignant • Bonne communication entre les acteurs-clé concernés • Reconnaissance de l'expertise de chacun, dont les partenaires

3. Protocole : résultats finaux et présentation du protocole SécUrgence

Les étapes précédemment décrites ont mené à la version finale du protocole SécUrgence. Il s'agit d'un protocole d'évaluation et d'accompagnement des personnes à risque de suicide dans les urgences du Québec. Il a été conçu pour être utilisé par les infirmier/ères, les médecins ainsi que tout autre professionnel concerné des urgences du Québec afin d'assurer une évaluation systématique et un accompagnement sécuritaire des personnes avec un risque suicidaire dans un continuum de soins impliquant les ressources internes et externes. Les différents éléments du protocole SécUrgence sont résumés par un arbre décisionnel (voir figure 4) et présentés en détails dans les sections suivantes.

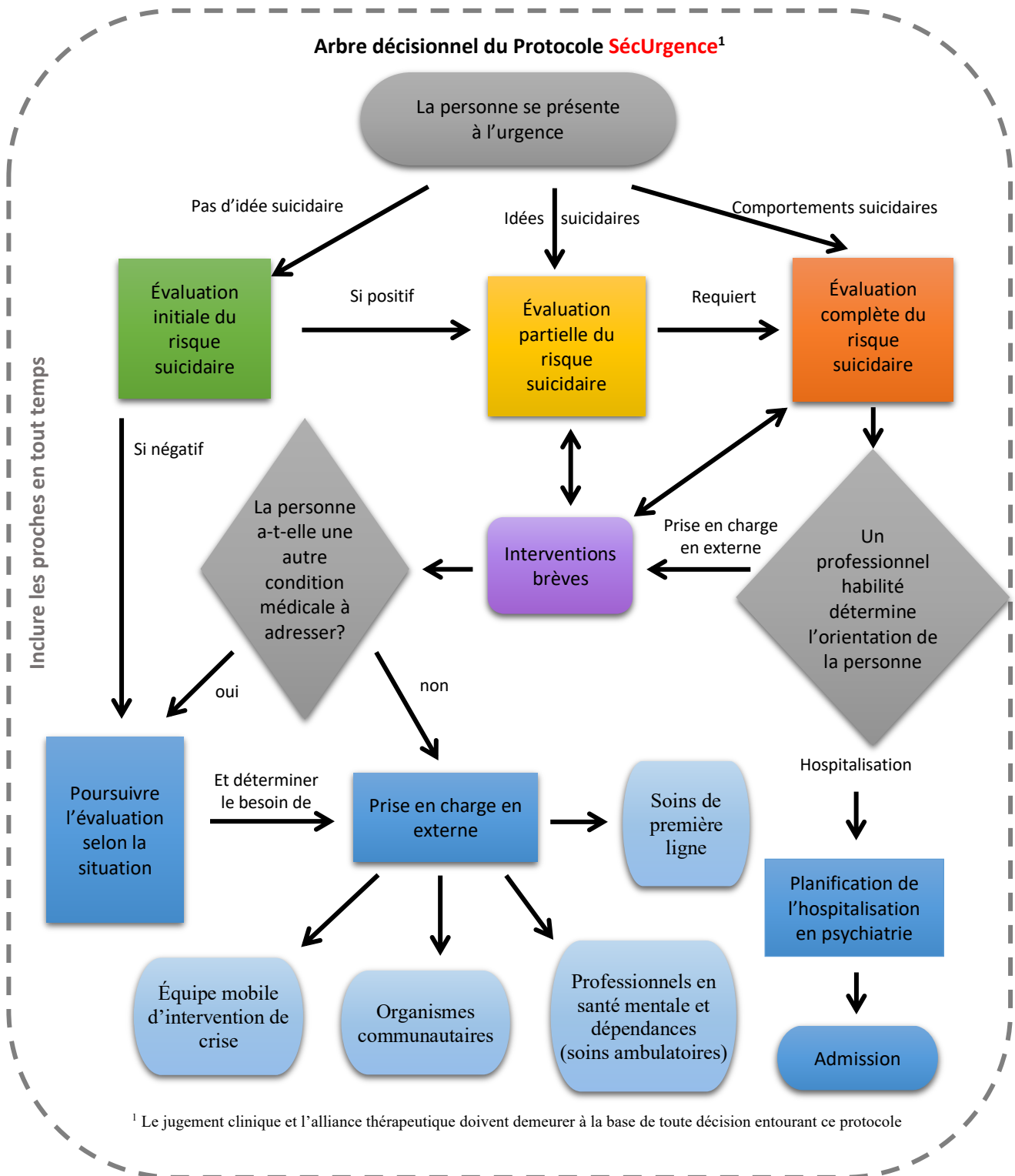
3.1 Mise en garde

Ce protocole vise à être utilisé chez toute personne de 14 ans et plus se présentant à l'urgence. Bien que les jeunes de moins de 14 ans peuvent aussi présenter un risque suicidaire, ce protocole n'a pas été élaboré pour tenir compte des particularités d'évaluation et d'intervention pour ce groupe d'âge.

3.2 Consignes

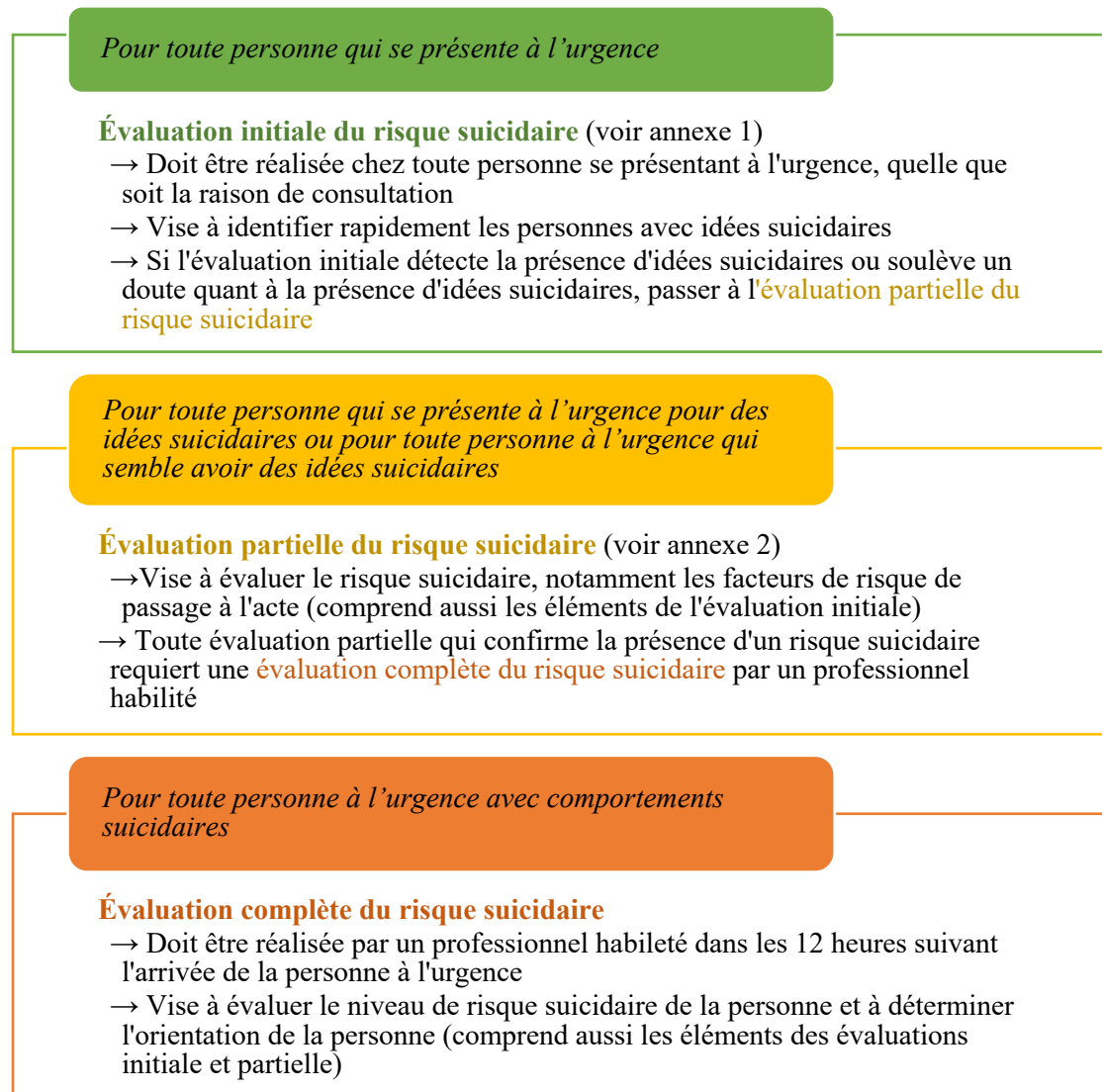
- ✓ Vérifier d'abord si la personne est disposée à un court entretien en fonction de sa condition mentale ou de son état de consommation. Si l'état de la personne ne permet pas l'entretien (ex. état d'intoxication, psychose), observer et réévaluer la personne jusqu'à ce que celle-ci soit disposée à cet entretien.
- ✓ Toute personne intoxiquée doit être évaluée par l'infirmière de liaison des dépendances, qu'elle présente ou non des indices de risque suicidaire.

Figure 4 Arbre décisionnel du protocole SécUrgence¹



3.3 Évaluation

Figure 5 Algorithme d'évaluation du protocole SécUrgence



3.4 Interventions

Pour toute personne à risque de suicide à l'urgence

- ☐ Privilégier un environnement sécuritaire à l'urgence et éviter de laisser attendre la personne dans la salle d'attente.
- ☐ Réévaluer le niveau de risque suicidaire à chaque quart de travail et au besoin en tenant compte des moments critiques
- ☐ Assurer une surveillance appropriée au niveau de risque suicidaire
- ☐ Assurer une alliance thérapeutique dès l'arrivée de la personne à l'urgence (ex. faire preuve d'empathie, humaniser les soins, utiliser des techniques de relation d'aide, etc.)
- ☐ Impliquer les proches, soit toutes personnes significatives pour la personne, et ce, en respectant la confidentialité
 - ✓ Si les proches sont présents, faire un entretien en présence de la personne au sujet des idées suicidaires ou des comportements suicidaires pendant le séjour à l'urgence
 - Évaluer et documenter le soutien des proches et l'historique de la situation familiale (s'il s'agit de membres de la famille)
 - ✓ Si les proches ne sont pas présents, tenter de les contacter pour les inviter à un entretien en personne ou via les technologies de l'information et des communications (TIC)
- ☐ Tenir compte de la condition médicale physique de la personne
- ☐ Assurer une communication adéquate
- ☐ Assurer l'empowerment de la personne (ex. considérer la personne comme partie-prenante de son rétablissement)
- ☐ Réaliser les **interventions brèves** suivantes :

- ✓ Offrir de l'enseignement
- ✓ Co-construire le plan de sécurité avec la personne et ses proches (voir annexe 3 pour le plan de sécurité)
- ✓ Remettre de l'information aux proches (voir annexe 4 pour un exemple d'outil d'accompagnement des proches)
- ✓ Informer et initier un contact avec la ligne téléphonique 1-866-APPELLE
- ✓ S'informer de la sécurité de l'environnement à la maison et faire des recommandations au besoin
- ✓ S'informer du moyen de transport au retour
- ✓ Assurer un suivi de type « Caring Contacts » au départ de l'hôpital
 - Communications brèves avec la personne après son congé de l'urgence par un membre d'un organisme communautaire ou de l'équipe mobile de crise désignée : les coordonnées de la personne et de ses proches sont communiquées avec la personne concernée, selon un protocole établi entre l'organisme communautaire/l'équipe mobile de crise et le milieu (Reger et al, 2017).

Si l'évaluation complète par un professionnel de la santé mentale détermine que la personne nécessite un accompagnement en externe

Accompagnement de la personne avant son congé par une équipe mobile d'intervention de crise

- ☐ Informer la personne des étapes à venir
- ☐ Faire voir la personne par le psychiatre, l'IPSSM ou tout autre professionnel habilité si jugé nécessaire par le médecin de l'urgence
- ☐ Lorsque requis, obtenir le consentement de la personne pour partager les informations à son sujet avec l'équipe qui assurera le suivi
- ☐ Établir le premier contact avec la personne à l'urgence par l'équipe mobile de crise et assurer un accompagnement conséquent
- ☐ Établir des contacts avec les ressources externes en psychiatrie afin d'assurer le suivi en externe et détailler le tout au dossier
- ☐ Établir le premier contact entre toute autre ressource désignée et la personne pour prendre connaissance
- ☐ Prévoir un rendez-vous avec un professionnel habilité en santé mentale (inscrire la date et le nom du professionnel au dossier)
- ☐ Remettre de l'information écrite à la personne en indiquant les coordonnées de la ressource désignée et des personnes joignables 24/7 en cas de besoin (et l'inscrire au plan de sécurité de la personne)
- ☐ Remettre de l'information écrite aux proches en indiquant les coordonnées de la ressource désignée et des personnes joignables 24/7 en cas de besoin (et l'inscrire au plan de sécurité de la personne)
- ☐ S'informer de la présence de la personne à son rendez-vous fixé par le professionnel référent et prendre les initiatives nécessaires en cas d'absence

Accompagnement par des professionnels en santé mentale et dépendances (soins ambulatoires)

- ☐ Informer la personne des étapes à venir
- ☐ Faire voir la personne par le psychiatre, l'IPSSM ou tout autre professionnel habilité avant son congé de l'hôpital, si jugé nécessaire par le médecin de l'urgence
- ☐ Lorsque requis, obtenir le consentement de la personne pour partager les informations à son sujet avec l'équipe qui assurera le suivi
- ☐ Organiser un rendez-vous d'ici une semaine par un professionnel de la santé de l'urgence désigné à cet effet, soit l'IPSSM ou l'infirmière en santé mentale ou dépendances, ou un professionnel en santé mentale (p.ex. psychologue ou travailleur social) œuvrant à l'urgence avec l'intervenant principal de la personne dans ce programme

- ☐ Établir des contacts préalables au congé de la personne, par un professionnel de la santé de l'urgence désigné, avec des ressources externes en psychiatrie pour le suivi et détailler le tout au dossier
- ☐ Établir le premier contact entre toute autre ressource désignée et la personne pour prendre connaissance avant le congé
- ☐ Prévoir un rendez-vous avec un professionnel habilité en santé mentale avant le congé de la personne de l'hôpital (inscrire la date et le nom du professionnel au dossier)
- ☐ Remettre de l'information écrite à la personne en indiquant les coordonnées d'une ressource et de personnes joignables 24/7 en cas de besoin avant son départ de l'hôpital (et l'inscrire au plan de sécurité de la personne)
- ☐ Remettre de l'information écrite aux proches en indiquant les coordonnées d'une ressource et de personnes joignables 24/7 en cas de besoin avant le départ de la personne de l'hôpital (et l'inscrire au plan de sécurité de la personne)
- ☐ Prévoir une relance téléphonique après une semaine avec la personne et l'intervenant pour assurer un accompagnement adéquat
- ☐ S'informer de la présence de la personne à son rendez-vous fixé par le professionnel référent et prendre les initiatives nécessaires en cas d'absence

Accompagnement par des soins de première ligne / organismes communautaires

- ☐ Informer la personne des étapes à venir
- ☐ Faire voir la personne par le psychiatre, l'IPSSM ou tout autre professionnel habilité avant son congé de l'hôpital, si jugé nécessaire par le médecin de l'urgence
- ☐ Lorsque requis, obtenir le consentement de la personne pour partager les informations à son sujet avec l'équipe qui assurera le suivi
- ☐ Organiser un rendez-vous avec le médecin de famille et les professionnels de première ligne connus dans un délai maximal d'une à deux semaines
- ☐ Offrir systématiquement l'intervention de crise à distance fournie par le CIUSSS/CISSS si la personne n'a pas d'intervenant psychosocial de première ligne avant son congé de l'urgence
- ☐ Établir des contacts préalables au congé de la personne avec des ressources externes en santé mentale pour le suivi et détailler le tout au dossier
- ☐ Établir le premier contact entre la ressource désignée et la personne pour prendre connaissance avant son congé
- ☐ Prévoir un rendez-vous avec un professionnel habilité en santé mentale avant le congé de la personne de l'hôpital (inscrire la date et le nom du professionnel au dossier)
- ☐ Remettre de l'information écrite à la personne en indiquant les coordonnées d'une ressource et de personnes joignables 24/7 en cas de besoin avant son congé de l'hôpital (et l'inscrire au plan de sécurité de la personne)

- ☐ Remettre de l'information écrite aux proches en indiquant les coordonnées d'une ressource et de personnes joignables 24/7 en cas de besoin avant le congé de la personne de l'hôpital (et l'inscrire au plan de sécurité de la personne)
- ☐ Si la prise en charge est en première ligne: S'informer de la présence de la personne à son rendez-vous fixé par le professionnel référent et prendre les initiatives nécessaires en cas de son absence
- ☐ Si la prise en charge est en milieu communautaire : Avec l'accord du patient, s'informer auprès de la ressource des modalités de suivi et prendre les initiatives nécessaires pour assurer le suivi avec le patient
- ☐ Prévoir une relance téléphonique après une à deux semaines avec la personne et l'intervenant psychosocial public ou privé pour assurer un accompagnement adéquat

Si l'évaluation complète détermine que la personne sera hospitalisée en psychiatrie

- ☐ Informer la personne des étapes à venir
- ☐ Planifier l'admission en psychiatrie
- ☐ Assurer la mise en place à l'urgence de toutes les mesures de sécurité et réaliser une réévaluation du risque suicidaire à chaque quart de travail ou selon jugement clinique, jusqu'au transfert à l'unité hospitalière de psychiatrie
- ☐ Assurer un suivi auprès de l'équipe de l'unité de psychiatrie, transmettre toute l'information recueillie pendant l'épisode à l'urgence et inscrire le tout au dossier

Conclusion

Le protocole SécUrgence permettra d'améliorer l'expérience de soins des patients à risque de suicide qui se présentent à l'urgence, ainsi que de leurs proches. Un tel protocole clinique a également le potentiel de diminuer les taux de suicide au Québec tout en assurant un meilleur arrimage entre les différents acteurs-clés en prévention du suicide. Toutefois, des recherches supplémentaires sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité du protocole SécUrgence dans les urgences du Québec. Pour ce faire, un projet pilote d'implantation du protocole SécUrgence sera alors réalisé et fera l'objet d'une évaluation avant d'être implanté dans la pratique infirmière et médicale des urgences du Québec.

Références et documents consultés

- Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. (2019). *Comment accompagner une personne suicidaire sans s'épuiser*. Repéré à : <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/planification-du-conge/membres-de-lentourage/>
- Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. (2019). *Guide d'élaboration du plan de sécurité*. Repéré à : <https://www.aqiism.org/prevention-du-suicide/generalites/references/>
- Bernert, R. A., Hom, M. A. et Roberts, L. W. (2014). A Review of Multidisciplinary Clinical Practice Guidelines in Suicide Prevention: Toward an Emerging Standard in Suicide Risk Assessment and Management, Training and Practice. *Academic Psychiatry*, 38, 585-592. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0180-1>
- Camirand, H., Traoré, I. et Baulne, J. (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014- 2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Résultats de la deuxième édition, Québec, Institut de la statistique du Québec. Repéré à <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015-pour-en-savoir-plus-sur-la-sante-des-quebecois-resultats-de-la-deuxieme-edition.pdf>
- Cappocia, L. et Labre, M. (2015). *Caring for adult patients with suicide risk: a consensus-based guide for emergency departments*. In. Waltham, MA: Education Development Center, Inc, Suicide Prevention Resource Center.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2018). *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux de recherche ultérieurs*. Ottawa (Ontario). https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2018-12/Research_on_suicide_prevention_dec_2018_fr.pdf
- Daigle, M., Labelle, R. et Girard, C. (2003). *Cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec*.
- Fortin, M. F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. 3^e éd. Québec : Chenelière Éducation.
- Gouvernement du Québec (2022, 26 février). *Prévenir le suicide*. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/prevenir-le-suicide#c1685>
- Hogan, M. F., et Grumet, J. G. (2016). Suicide Prevention: An Emerging Priority For Health Care. *Health Aff (Millwood)*, 35(6), 1084-1090. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1672. PMID: 27269026.
- Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J. et Stanley, B. (2019). Application of the Zero Suicide Model in Residency Training. *Acad Psychiatry*, 43(3), 332-336. doi: 10.1007/s40596-019-01022-0. Epub 2019 Jan 23. PMID: 30674005.
- Ilott, I., Rick, J. O., Patterson, M., Turgoose, C. et Lacey, A. (2006). What is protocol-based care? A concept analysis. *Journal of nursing management*, 14(7), 544-552.

- Jorm, A. F. (2015). Using the Delphi expert consensus method in mental health research. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(10), 887-897. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0004867415600891>
- Keeney, S., Hasson, F. et McKenna, H. P. (2011). *The delphi technique in nursing and health research*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444392029>
- Labelle, R. (2011). La psychothérapie cognitive de l'adolescent dépressif et suicidaire. *Perspectives Psy*, 50(3), 220-230.
- Lesage, A. et Fortin, G. (2018). *Procédure et résultats préliminaires de l'audit systématique des cas de suicide dans le CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal (CEMTL)*
- Lesage, A., Séguin, M., Guy, A., Daigle, F., Bayle, M. N., ... et Turecki, G. (2008). Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick: the case for coordinating specialist mental health and addiction services. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(10), 671-678. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370805301006>
- Levesque, P., Pelletier, É. et Perron, P. A. (2021). Le suicide au Québec : 1981 à 2017 — Mise à jour 2021. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 25 pages https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2720_suicide_quebec_2021.pdf
- National Institute of Mental Health (2017). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit. Répéré à : <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials>
- Office québécoise de la langue française (2019). Comité consultatif. Repéré à : http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8360721.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie : Guide de pratique clinique*, rédigé par F. Laflamme, [Westmount (Québec)], Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ, 47 p
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A. et Barrios, F. X. (2010). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-54
- Petrik, M. L., Gutierrez, P. M., Berlin, J. S. et Saunders, S. M. (2015). Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments: a qualitative study of provider perspectives. *Gen Hosp Psychiatry*, 37(6), 581-586. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2015.06.018. Epub 2015 Jun 30. PMID: 26208868.
- Posner, K., Melvin, G.A., Stanley, B., Oquendo, M.A. et Gould, M. (2007). Factors in the assessment of suicidality in youth. *CNS Spectrums*, 12(2), 156-162.
- Reger, M. A., Luxton, D. D., Tucker, R. P., Comtois, K. A., Keen, A. D., ... et Thompson, C. (2017). Implementation methods for the caring contacts suicide prevention intervention. *Professional psychology: research and practice*, 48(5), 369.
- Stanley, B. et Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264.

Steele, M. et Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescent. Part 1: Etiology and risk factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(1), 21-45.

Vasiliadis, H. M., Ngamini-Ngui, A. et Lesage, A. (2015). Factors associated with suicide in the month following contact with different types of health services in Quebec. *Psychiatric Services*, 66(2), 121-126.
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201400133>

Annexe 1 - Évaluation initiale du risque suicidaire



Voici un exemple d'outil pouvant être utilisées pour compléter l'évaluation initiale du risque suicidaire. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais plutôt de suggestions pouvant guider l'évaluation. En tout temps, le jugement du clinicien est requis afin d'assurer une évaluation globale et adaptée au contexte.



Demandez au patient :

1. Au cours des dernières semaines, avez-vous souhaité être mort ? ☐ Oui ☐ Non
2. Au cours des dernières semaines, avez-vous pensé que vous ou votre famille seriez mieux si vous étiez mort ? ☐ Oui ☐ Non
3. Au cours des dernières semaines, avez-vous pensé à vous suicider ? ☐ Oui ☐ Non
4. Avez-vous déjà essayé de vous suicider ? ☐ Oui ☐ Non
Si Oui, comment ? _____

Quand ? _____

Si le patient répond **Oui** à l'une de ces questions, posez-lui cette question relative à l'acuité :

5. Pensez-vous en ce moment à vous suicider ? ☐ Oui ☐ Non

Prochaines étapes :

Si le patient a répondu « Non » aux questions 1 à 4, le dépistage est terminé (il est inutile de poser la question n° 5). Il n'est pas nécessaire d'intervenir (*Note : Le jugement clinique peut toujours annuler un dépistage négatif).

Si le patient a répondu « Oui » à l'une des questions 1 à 4, ou refusé de répondre, il s'agit d'un **dépistage positif**. Posez la question n° 5 afin d'évaluer l'acuité :

- ☐ « Oui » à la question n° 5 = **dépistage positif aigu** (risques imminents identifiés)
 - Le patient nécessite une **évaluation complète de santé mentale/sécurité STAT**.
 - Le patient ne peut partir sans être soumis à une **évaluation de sécurité**.
 - Surveillez le patient. Retirez de la chambre tout objet dangereux. Avertissez le médecin ou le clinicien responsable du soin au patient.
- ☐ « Non » à la question n° 5 = **dépistage positif non aigu** (risques potentiels identifiés)
 - Le patient nécessite une **brève évaluation de sécurité quant au suicide afin de déterminer s'il est nécessaire de procéder à une évaluation complète de santé mentale**.
 - Le patient ne peut partir sans être soumis à une **évaluation de sécurité**.
 - Avertissez le médecin ou le clinicien responsable du soin au patient.

Offrez les ressources à tous les patients

- 24/7 Ligne nationale de prévention du suicide 1-800-273-TALK (8255) - En Espagnol : 1-888-628-9454
- 24/7 Crisis Text Line : Envoyer un SMS avec le mot « HOME » au 741-741

Source : National Institute of Mental Health, 2017

Annexe 2 - Évaluation partielle du risque suicidaire



Voici quelques exemples de questions pouvant être utilisés pour compléter l'évaluation partielle du risque suicidaire. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais plutôt de suggestions pouvant guider l'évaluation. En tout temps, le jugement du clinicien est requis afin d'assurer une évaluation globale et adaptée au contexte.

Poser les questions suivantes à toute personne qui confirme avoir récemment pensé à mettre fin à ses jours (les propos peuvent venir de la personne elle-même ou de ses proches)

ÉLÉMENT D'ÉVALUATION	SUGGESTION DE QUESTIONS
Planification suicidaire	✓ Récemment, avez-vous pensé à un plan pour mettre fin à vos jours?
Intention suicidaire	✓ Avez-vous l'intention de mettre fin à vos jours?
Condition de santé physique et/ou mentale significative	✓ Avez-vous reçu des traitements pour un problème de santé physique ou mentale? ✓ Avez-vous un problème de santé mentale qui vous affecte dans votre vie de tous les jours?
Abus de substance	✓ Avez-vous consommé 4 ou plus (femmes) ou 5 ou plus (hommes) verres en une occasion dans le dernier mois ou avez-vous utilisé de la drogue ou des médicaments pour des raisons non médicales dans le dernier mois? ✓ Est-ce que l'alcool ou la drogue a déjà été un problème pour vous?
Irritabilité/agitation/agressivité/impulsivité	✓ Récemment, vous êtes-vous senti très anxieux ou agité? ✓ Avez-vous eu des conflits ou vous êtes-vous retrouvé dans des bagarres ou des chicanes? ✓ Avez-vous eu des ennuis après avoir fait des choses impulsives que vous souhaiteriez ne pas avoir faites? À observer : Y a-t-il des indices clairs d'irritabilité, d'agitation ou d'agressivité?

Annexe 3 - Plan de sécurité

ÉTAPE 1 : Dépister les signes d'alarme d'une crise suicidaire	
1-	_____
2-	_____
3-	_____
ÉTAPE 2 : Stratégies d'adaptation internes – Ce que je peux faire pour me distraire sans contacter personne	
1-	_____
2-	_____
3-	_____
ÉTAPE 3 : Situations sociales et personnes qui peuvent m'aider à me distraire	
1-	_____
2-	_____
3-	_____
ÉTAPE 4 : Personnes à qui je peux demander de l'aide	
1-	_____ Téléphone : _____
2-	_____ Téléphone : _____
ÉTAPE 5 : Professionnels ou ressources spécialisées que je peux contacter en moment de crise	
1-	_____ Téléphone : _____
2-	_____ Téléphone : _____
3-	Urgence la plus proche : _____
4-	Ligne d'intervention téléphonique de prévention du suicide : 1-866-APPELLE
ÉTAPE 6 : Moyens pour rendre mon environnement sécuritaire	
1-	_____
2-	_____
3-	_____

Source : Inspiré de Stanley & Brown, 2012

Annexe 4 - Accompagner une personne à risque suicidaire sans s'épuiser



QUOI ÉVITER?

- De faire la morale.
- De rester silencieux.
- De minimiser la gravité de la souffrance.
- De garder le secret.
- De rester seule face à la situation.

JE PEUX AIDER MON PROCHE SI...

- J'ai un bon contact avec lui.
- Je veux l'aider.
- Je me sens capable d'accueillir ses émotions.
- J'ai la capacité à le prendre au sérieux.
- Je suis capable de parler directement du suicide.
- Je ne suis pas déprimé ou suicidaire présentement.

JE PRENDS SOIN DE MOI !

- Je ne prends pas tout sur mon dos.
- Je développe un réseau de soutien.
- Je reconnais, j'exprime et je mets mes limites.
- J'exprime mes craintes à mon proche.
- Je demande de l'aide.
- Je prends du temps pour moi, pour rire, avoir du plaisir, évacuer mon stress, me détendre.
- Je m'alimente bien, je dors bien et je fais de l'exercice.



SAVIEZ-VOUS QUE?

- Souvent les personnes qui ont des idées suicidaires ne veulent pas arrêter de vivre, elles veulent arrêter de souffrir.
- Parler ouvertement du suicide et poser directement des questions n'augmentent les risques de suicide.
- Un proche peut aider à diminuer la souffrance et aider la personne à prévenir le suicide.
- Il peut y avoir des indices de la présence d'une crise suicidaire.
- Une menace suicidaire, c'est toujours sérieux.

QU'EST-CE QUI PEUT AUGMENTER LE RISQUE SUICIDAIRE?

- La perte d'un emploi.
- Une rupture amoureuse ou un divorce.
- Des échecs touchant ses raisons de vivre.
- Des événements vécus de façon honteuse ou humiliante.
- Des démêlés avec la justice.
- De la violence conjugale.
- L'annonce d'une maladie (ex. diagnostic psychiatrique, cancer, etc.).
- Un changement de médicaments (ex. : nouvel antidépresseur).
- Des problèmes reliés à la consommation de drogue ou au jeu (ex. : rechute, sevrage, dettes).
- Le fait d'aller vivre en résidence pour aîné ou la perte d'autonomie.



PLAN DE SÉCURITÉ ÉTABLI AVEC VOTRE PROCHE

MOYENS QUE VOUS VOULEZ METTRE EN PLACE POUR PRENDRE SOINS DE VOUS

POUR OBTENIR DE L'AIDE

Ligne Infosocial	8-1-1
Ligne de prévention suicide (pour les proches également)	1-866 APPELLE (277-3553)
Centre jeunesse	_____
Médecin de famille	_____
Centre hospitalier	_____
Centre antipoison	1-800-463-5060
Organisme de soutien	_____
Police et ambulance	9-1-1
_____	_____
_____	_____



QU'EST-CE QUI PEUT DIMINUER LE RISQUE SUICIDAIRE?

- Avoir des liens significatifs avec la famille et des amis.
- Être capable de demander et d'accepter de l'aide.
- Avoir une bonne estime de soi.
- Pouvoir partager ses sentiments et ses émotions.
- Avoir un bon suivi pour ses problèmes de santé et de dépendance.
- S'appuyer sur ses valeurs et ses croyances spirituelles.
- Faire des activités significatives et bien occuper son temps libre.
- Avoir des projets, se fixer des objectifs pour l'avenir.
- Être capable de résoudre ses problèmes.
- Avoir une bonne capacité de gérer son stress.
- Cultiver l'espoir.

COMMENT SE PRÉPARER AU CONGÉ DE L'HÔPITAL?

- Avant de quitter l'hôpital, posez des questions à l'infirmière, au médecin ou à tout autre intervenant.
- Prenez des informations sur le risque suicidaire, les facteurs qui augmentent et diminuent le risque et les moyens de prévention.
- Sécurisez le domicile en mettant hors de portée les moyens tel que : médicaments, arme à feu, etc.
- Entourez-vous de personnes qui peuvent vous soutenir.
- Tentez d'établir une relation de confiance avec votre proche.
- Discutez ouvertement avec votre proche de ce qu'il compte faire s'il a des idées suicidaires (plan de sécurité).

Comment accompagner une personne à risque suicidaire sans s'épuiser

Dépliant à l'intention des membres de l'entourage



PRÉVENTION & GESTION DES CONDUITES SUICIDAIRES en milieu hospitalier



Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en santé mentale
(AQISM)

QUELS SONT LES INDICES À OBSERVER CHEZ VOTRE PROCHE?

- Il s'isole ou reste seul de longues heures.
- Il est triste, découragé, agressif, irritable, ennuyé comme s'il n'avait plus de plaisir.
- Il s'éloigne des gens qu'il aime, de ses activités préférées, de son travail et de ses études.
- Il dort beaucoup ou presque pas.
- Il mange moins et il n'a pas d'appétit.
- Il néglige son hygiène ou son apparence.
- Il parle de son testament.
- Il met de l'ordre dans ses effets ou donne des objets significatifs.
- Il apparaît soudainement heureux ou soulagé alors que rien n'est réglé et qu'il est déprimé.
- Il a des comportements à risque : conduite automobile dangereuse ou consommation d'alcool, drogue, médicaments, etc.

SOYEZ PARTICULIÈREMENT ATTENTIF À CE TYPE DE MESSAGE

- « J'ai le goût de mourir »
- « Je veux en finir, j'ai trop mal »
- « Je voudrais que Dieu vienne me chercher »
- « Vous seriez bien mieux sans moi »
- « Bientôt, je n'aurai plus de problèmes »

EN CAS DE DOUTE...

- Choisissez un bon moment pour parler.
- Dites-lui que vous vous inquiétez pour lui.
- Demandez-lui simplement ce qui ne va pas.
- Posez la question directement : « Est-ce que tu penses au suicide? ».