

GUIDE CLINICO-ADMINISTRATIF EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Orientations complémentaires au protocole interdisciplinaire en prévention du suicide
PID-CEMTL 00091

DIRECTION-CLIENTÈLE : DHSLD et DSRPSD-Interne
PROGRAMME-SERVICES : CHSLD, URFI, Soins post-aigu, UCDG, UTRF
VERSION : Juin 2023

De façon générale, la politique de prévention du suicide (POL-019) et le protocole interdisciplinaire pour la prévention du suicide (PID-CEMTL 00091) visent un arrimage général et le développement d'un langage commun entre les différents programmes-services du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) en regard de la prévention du suicide. Toutefois, les spécificités des différents milieux, entre autres liées aux particularités de leurs clientèles et de la composition des équipes, n'ont pas permis d'emblée le développement d'orientations clinico-administratives détaillées et harmonisées. De ce fait, certains éléments spécifiques qui doivent tenir compte des particularités des usagers et des services offerts, sont ici développés sous forme de documents **complémentaires** à la politique et au protocole interdisciplinaire pour la prévention du suicide.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE:

- Politique de prévention du suicide POL 019 (2017)
- Protocole interdisciplinaire pour la prévention du suicide PID-CEMTL 00091 (2018)
- Cadre de référence pour le consentement aux soins – Direction des services professionnels du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (2017)
- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Modalité de gestion des urgences pédopsychiatriques pour la population de l'est de Montréal (2016)
- Documents de référence concernant les normes et balises en matière de communication de renseignements personnels ou protégés par le secret professionnel
- Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – MSSS (2018)

1. RÔLES ET RESPONSABILITÉS SELON LE NIVEAU D'IMPLICATION¹

1.1. DÉTECTION	
DÉFINITION	En prévention du suicide, on considère la détection comme toute activité qui consiste à relever des indices d'un risque suicidaire (personnes à risque, moments critiques, signes avant-coureurs) et ce, dans le cadre d'interventions variées. Comme il s'agit d'une activité continue qui vise la sécurité des personnes à risque suicidaire, elle concerne tous les employés/intervenants qui doivent être sensibles (ou sensibilisés) aux indices présentés par les personnes à risque suicidaire
OUTIL CLINIQUE PRÉCONISÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Feuille de tournée (PAB) • Feuille de surveillance • Annexe 1 du PID-CEMTL 00091 : aide-mémoire pour la détection du risque suicidaire
TITRES D'EMPLOI VISÉS	<p>Tout le personnel et les professionnels, incluant les médecins, les stagiaires, les bénévoles, les contractuels (MOI et UTRF) et les proches aidants, impliqués dans la prévention et gestion du risque suicidaire auprès des usagers du CIUSSS-EMTL et ce, dans le respect, pour les professionnels, des obligations déjà balisées par les ordres, professionnels et les lois en vigueur.</p> <p>La politique de « prévention du suicide - POL019 » du CIUSSS-EMTL définit « employé/médecin » comme « toute personne qui, par son activité de travail, contribue directement ou indirectement à la prestation des soins et services découlant de la mission du CIUSSS (ex. salarié, cadre, médecin, résident, chercheur, stagiaire, étudiant, bénévole) ».</p>
TÂCHES	<ul style="list-style-type: none"> • Détecte les facteurs de risque suicidaire et la présence de signes avant-coureurs de suicide auprès de la clientèle² • L'intervenant autorisé à faire le dépistage (1.2) procède à ce dernier et avise l'assistante infirmière chef/assistante du supérieur immédiat (AIC/ASI) ou l'infirmière responsable de l'utilisateur; • Les autres intervenants avisent l'assistante infirmière chef/assistante du supérieur immédiat (AIC/ASI) ou à l'infirmière responsable de l'utilisateur dans les plus brefs délais; • Documente rigoureusement au dossier, si prévu dans l'exercice de ses fonctions, les étapes de la démarche clinique réalisée (voir section tenue de dossier – PID-CEMTL 00091) ou transmet l'information à l'assistante infirmière chef/assistante du supérieur immédiat (AIC/ASI) ou à l'infirmière responsable de l'utilisateur afin que cela soit versé au dossier de l'utilisateur; • S'assure du transfert des informations pertinentes, rapidement et idéalement par écrit à tous les points de transition et/ou à l'assistante infirmière chef/assistante du supérieur immédiat (AIC/ASI) ou à l'infirmière responsable de l'utilisateur • De plus, si prévu dans l'exercice de ses fonctions, assurer la continuité des soins à l'occasion du rapport inter quart oral et écrit.

1.2. DÉPISTAGE	
DÉFINITION	En prévention du suicide, le dépistage consiste à poser directement auprès de l'utilisateur, la/les questions nécessaires pour valider les intentions suicidaires. Lorsque le dépistage s'avère positif, on doit procéder à l'estimation/évaluation du niveau de risque suicidaire de l'utilisateur ou l'orienter vers un intervenant/professionnel habilité à réaliser cette activité.
OUTIL CLINIQUE PRÉCONISÉ	<ul style="list-style-type: none"> • FORMULAIRE 40022 « Dépistage du risque suicidaire ». Si complété, à joindre lors d'une référence pour estimation/évaluation du niveau de risque suicidaire par un intervenant habilité. * • Processus Audis (DITSA) <p>* disponible(s) en format électronique GDE/OACIS ou peuvent être commandé en version papier</p>
TITRES D'EMPLOI VISÉS	Infirmière auxiliaire, infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, technologue en physiothérapie, nutritionniste, inhalothérapeute, travailleur social, technicien en travail social, aide sociale, agent de relation humaine, psychoéducateur, éducateurs, technicien en éducation spécialisée, intervenants en soins spirituels, et tout professionnel qui œuvre auprès de l'utilisateur

¹ Les intervenants/professionnels qui sont dans un processus d'estimation/évaluation, de planification, d'intervention, de suivi et/ou d'orientation de l'utilisateur à risque suicidaire, doivent en tout temps respecter leur champ d'exercice, leurs obligations professionnelles, y compris la prise en compte de leurs limites. Plus précisément, les titres d'emploi visés aux sections 1.1, 1.2 et 1.3 doivent respecter les tâches préconisées dans les tableaux correspondants. En raison de leur position ou rôle stratégique dans la trajectoire de soin, seulement certains titres d'emploi pourraient être ici être pris en compte de façon plus détaillée.

² Principaux facteurs de risque qui pourraient être détectés dans le cadre de fonctions et d'interventions courantes (voir annexe 1 du PID-CEMTL 00091).

TÂCHES

- Dépiste, à l'admission, lorsque détection positive ou dès qu'avisé, le risque suicidaire chez l'utilisateur en posant directement, de façon claire et sans ambiguïté la question: **pensez-vous au suicide actuellement?**

Le dépistage est fortement recommandé lors d'une évaluation complète réalisée par l'intervenant habilité (admission et/ou annuelle).

Et, idéalement, les questions suivantes :
 - Est-ce que vous avez pensé au suicide dans les six derniers mois?
 - Avez-vous déjà tenté de vous suicider dans la dernière année?³
Le dépistage est positif si la personne répond OUI à au moins une question, alors qu'il est négatif si l'utilisateur répond NON à toutes les question(s) posée(s)
- DÉPISTAGE POSITIF :
- a) Poursuit avec l'estimation/évaluation du niveau de risque suicidaire si autorisé (voir point 1.3) et avise l'assistante infirmière chef/assistante du supérieur immédiat (AIC/ASI) OU réfère immédiatement vers l'assistante infirmière chef/assistante du supérieur immédiat (AIC/ASI) ou à l'infirmière ou l'intervenant habilité à estimer/évaluer le niveau de risque suicidaire en maintenant un contact avec l'utilisateur jusqu'à ce que l'autre intervenant prenne la relève. Informer, au besoin, de la présence de motifs sérieux d'inquiétude en lien avec le risque suicidaire lors de la référence.
 - b) S'assure que l'utilisateur soit dans un environnement sécuritaire, qu'il fait l'objet d'une surveillance adéquate et/ou met en place les mesures nécessaires pour assurer sa sécurité
 - c) Prendre les moyens ou entreprendre des démarches pour réduire l'accès aux moyens et aux armes pouvant être utilisés par l'utilisateur suicidaire pour passer à l'acte
 - d) S'assure du transfert des informations pertinentes, rapidement et idéalement par écrit à tous les points de transition et/ou à l'équipe de soins
 - e) Documente rigoureusement au dossier de l'utilisateur les étapes de la démarche clinique réalisée (voir section tenue de dossier – PID-CEMTL 00091)
- DÉPISTAGE NÉGATIF :
- a) En cas de doute le jugement clinique à préséance : l'intervenant peut poursuivre en estimant/évaluant le niveau de risque suicidaire si autorisé ou référer, au besoin, vers l'AIC/ASI, l'infirmière ou autre intervenant habilité à l'estimation/évaluation.
 - b) Poursuit la trajectoire de soins en lien avec la raison de consultation principale, oriente au besoin vers les ressources en prévention du suicide et procède, selon le jugement clinique, à des dépistages subséquents lors du suivi clinique.
- En UTRF :** Lorsque l'intervenant qui est habilité à dépister, mais qui n'est pas habilité à estimer-évaluer, effectue un dépistage positif, il doit se référer à l'ASI pour poursuivre avec l'évaluation du risque suicidaire.

Avis au lecteur

Si l'utilisateur présente un trouble neurocognitif majeur (TNC) et que vous avez un doute sur la validité du résultat obtenu, le jugement clinique du professionnel doit être appliqué pour la suite du processus. Il est recommandé d'interpeller les membres de l'équipe interdisciplinaire et de poursuivre la surveillance. S'il est impossible de réaliser le dépistage, il est important d'en documenter la raison et de le consigner au dossier de l'utilisateur et d'assurer la sécurité de l'utilisateur et le suivi au besoin.

³ Adapté de l'Association québécoise de prévention du suicide - AQPS

1.3. ESTIMATION / ÉVALUATION

DÉFINITION	L'évaluation d'une personne en situation de crise ou l'appréciation (estimation) du risque de passage à l'acte ne sont pas des activités réservées, étant donné leur nature urgente. En prévention du suicide, la finalité de l'évaluation vise à déterminer à la fois le niveau de risque suicidaire et l'orientation
OUTIL CLINIQUE PRÉCONISÉ	<p>Selon les particularités de la clientèle et/ou la formation reçue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • FORMULAIRE EST10103 « Rapport d'intervention auprès de personne suicidaire » (à l'utilisation exclusive des intervenants ayant reçu au préalable la formation « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques » offerte par SAM)* • FORMULAIRE 40021 (canevas à l'utilisation des intervenants n'ayant pas reçu obligatoirement une formation spécifique)* • FORMULAIRE 40143 - GÉRIS* • FORMULAIRE 40023 - Plan de sécurité* • CARTE DE RÉFÉRENCE CIUSSS-EMTL (au congé) • Processus Audis (DITSA) <p style="text-align: right; font-size: small;">* disponible(s) en format électronique GDE/OACIS ou peuvent être commandé en version papier</p>
TITRES D'EMPLOI VISÉS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Éducateur, technicien en éducation spécialisée, infirmière auxiliaire et techniciens en travail social, agent de relation humaine ayant reçu la formation ✓ Travailleur social, psychoéducateurs et infirmières, en tout temps
TÂCHES	<ul style="list-style-type: none"> • Évalue/estime le risque suicidaire chez la personne • S'assure que l'utilisateur soit dans un environnement sécuritaire, qu'il fait l'objet d'une surveillance adéquate et/ou met en place les mesures nécessaires pour assurer sa sécurité immédiate • Prendre les moyens ou entreprendre des démarches pour réduire l'accès aux moyens et aux armes pouvant être utilisés par l'utilisateur suicidaire pour passer à l'acte • Mobilise l'équipe interdisciplinaire en fonction des besoins, des facteurs de risque et/ou du niveau de risque suicidaire, notamment afin de débiter un plan de sécurité et/ou d'ajuster le PII • Au besoin, accompagne ou oriente l'utilisateur vers les services les plus adaptés en fonction de ses besoins, des facteurs de risque et/ou du niveau de risque suicidaire • Informe, l'assistante infirmière chef/assistante du supérieur immédiat (AIC/ASI), le personnel d'encadrement clinique et/ou son supérieur immédiat le cas échéant • Assure le transfert des informations pertinentes, rapidement et idéalement par écrit à tous les points de transition • Documente rigoureusement au dossier de l'utilisateur les étapes de la démarche clinique réalisée (voir section tenue de dossier – PID-CEMTL 00091), incluant les facteurs de risque/protection et les moments critiques <p>SUIVIS ET CONTINUITÉ DE SOINS</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assure de la continuité des soins en procédant, selon l'évolution clinique de l'utilisateur et du niveau de risque suicidaire et dans le respect des procédures déjà existantes s'il y a lieu et du jugement clinique, à la réévaluation et l'ajustement de la fréquence des réévaluations ainsi que des mesures de sécurité mises en place • Vérifie, s'il y a lieu, si l'utilisateur a déjà un suivi actif dans la communauté et prend contact avec son intervenant • Vérifie la possibilité d'impliquer les proches et/ou le représentant légal de l'utilisateur dans le suivi, en leur fournissant les outils et les ressources disponibles pour soutenir l'utilisateur à risque suicidaire ainsi que pour prendre soin d'eux-mêmes • Poursuit la rédaction ou ajuste le plan de sécurité en collaboration avec l'utilisateur et les proches <p>PLANIFICATION DE CONGÉ/TRANSFERT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans la cadre d'un congé, oriente et/ou réfère l'utilisateur vers les services les plus adaptés en fonction de ses besoins, des facteurs de risque et/ou du niveau de risque suicidaire • Assure le transfert des informations pertinentes, rapidement et idéalement par écrit à tous les points de transition et/ou à l'équipe de soins/interdisciplinaire • Actualise le plan de sécurité en collaboration avec l'utilisateur et ses proches

2. ORIENTATIONS CLINICO-ADMINISTRATIVES SELON LE NIVEAU DE RISQUE SUICIDAIRE⁴

Niveau de risque suicidaire	Gestion du risque suicidaire	Type de suivi dans la communauté	Note
<p>FAIBLE (Jaune)</p> <p>Peu de danger de passage à l'acte dans les 48 h</p>	<p>Proposer un suivi et/ou orienter l'utilisateur vers un programme-services adéquat</p>	<p>En tenant compte des particularités propres à chaque situation clinique, promouvoir, <u>lorsque pertinent</u>, une amorce de suivi en lien avec le risque suicidaire dans un délai de ≤ 72 heures** favorisant la continuité des services</p>	<p>En tout temps, en raison des possibles changements du niveau de risque suicidaire, une haute vigilance doit être de mise</p> <p>Préconiser une référence personnalisée (appel téléphonique)</p>
<p>MODÉRÉ (Orange)</p> <p>Danger de passage à l'acte dans plus que 48 h</p>	<p>Mettre en place ou s'assurer d'un suivi intensif dans un délai de ≤ 24 heures et/ou réaliser une référence personnalisée auprès d'un centre de crise</p> <p>En cas de refus de soins et services, en présence de motifs sérieux d'inquiétude en lien avec le risque suicidaire, réévaluer afin de déterminer si l'application de la loi est nécessaire pour assurer la sécurité de l'utilisateur*</p>	<p>ÉTROIT</p> <p>Mesure visant à s'assurer que la personne qui est ou qui a été à niveau de risque suicidaire élevé et qui quitte l'établissement puisse avoir accès à un suivi intensif de façon rapide. Cela se traduit notamment en une prise de contact et/ou amorce d'un suivi intensif en lien avec le risque suicidaire dans un délai de ≤ 24 heures.***</p>	<p>Au besoin, rédiger un plan de sécurité en collaboration avec l'utilisateur</p> <p>Si possible, inclure les proches dans les démarches de suivi</p> <p>Identifier des stratégies de rétroaction/suivi pour assurer la continuité des services entre points de transitions (ex. confirmation de prise en charge/suivi lors d'une référence/transfert)</p>
<p>ÉLEVÉ (Rouge)</p> <p>Danger de passage à l'acte imminent ou dans les 48 h</p>	<p>Accompagner l'utilisateur vers un centre hospitalier ou faire appel au 911. En cas de refus de soins et services, application de la loi au besoin*</p>	<p>Transmettre l'information pertinente à tous les points de transition et/ou à l'équipe de soins/interdisciplinaire</p> <p>Documenter rigoureusement au dossier de l'utilisateur les étapes de la démarche clinique réalisée</p> <p>Il est attendu que les éléments entourant une crise suicidaire soient colligés au dossier dans les plus brefs délais</p> <p>L'orientation repose d'abord et avant tout sur le jugement du professionnel et celui-ci prévaut en tout temps</p>	

* Loi P38 « Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui » et/ou chapitre P-34.1 « Loi sur la protection de la jeunesse » ; ** Formation « Repérer l'utilisateur vulnérable au suicide et appliquer les mesures de protection requises », Association québécoise de prévention du suicide ; *** Prévention du suicide – Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux MSSS p.49

⁴ Adapté du « Protocole d'évaluation et de suivi des personnes présentant un risque suicidaire » préparé par le comité de prévention du suicide sous la responsabilité de la direction des services généraux et services spécifiques aux adultes – CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel (février 2015) ainsi que des documents produits par le sous-comité « Vigie » Agrément et gestion de risques - POR Prévention du suicide du CIUSSS-EMTL (2016-2017)

2.1. ABSENCE D'ÉLÉMENTS D'URGENCE/DANGÉROSITÉ (vert)

	USAGER ACCEPTANT LES SOINS ET SERVICES	USAGER REFUSANT LES SOINS ET SERVICES
INTERVENTIONS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ S'assurer que le cumul des facteurs de protection prévaut sur les facteurs de risque ✓ Maintenir une vigilance, assurer le suivi, poursuivre l'intervention et réévaluer périodiquement ✓ Au besoin, compléter une référence externe complémentaire ✓ Remettre à l'utilisateur les coordonnées de la ligne québécoise de prévention du suicide (1 866 277-3553) et de l'équipe mobile Résolution (514 351-9592) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Remettre à l'utilisateur les coordonnées de la ligne québécoise de prévention du suicide (1 866 277-3553) et de l'équipe mobile Résolution (514 351-9592)

2.2. NIVEAU DE RISQUE FAIBLE (jaune)

- ✓ La carte de référence à l'équipe mobile « Résolution » est remise à l'utilisateur avant son congé dans tous les cas;

	USAGER ACCEPTANT LES SOINS ET SERVICES	USAGER REFUSANT LES SOINS ET SERVICES
SUIVI ET INTERVENTIONS SUR L' UNITÉ DE SOINS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Surveillance ÉTROITE (à chaque 15 minutes ou plus souvent si requis (l'utilisateur peut être localisé en tout temps); ✓ L'infirmière réévalue la condition de santé physique et mentale ainsi que le niveau de risque de suicide minimalement à chaque 8 heures et au besoin, les obligations professionnelles en matière d'évaluation des autres intervenants demeurent; ✓ Élaborer un plan de sécurité avec l'utilisateur et ses proches ✓ Un suivi est offert à l'utilisateur par l'équipe interdisciplinaire formée en lien avec le risque suicidaire pendant l'épisode de soins et services; ✓ Offrir à l'utilisateur de prendre contact avec l'équipe mobile Résolution (514 351-9592) s'il le désire pour un suivi étroit au congé; ✓ En tout temps, lors d'un transfert vers une autre unité ou établissement, s'assurer de la transmission de l'information de façon personnalisée en lien avec le risque suicidaire 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'infirmière contacte le médecin traitant ou son remplaçant. ✓ L'infirmière réévalue la condition de santé physique et mentale ainsi que le niveau de risque de suicide minimalement à chaque 8 heures et au besoin; ✓ Outre l'infirmière, l'intervenant habileté qui a réalisé la première évaluation réévalue selon son jugement clinique et transmet l'information à l'infirmière traitante. ✓ Surveillance ÉTROITE (à chaque 15 minutes ou plus souvent si requis (l'utilisateur peut être localisé en tout temps); ✓ Travailler l'ambivalence et demeurer disponible
CONGÉ DÉFINITIF ET SORTIES	<p>Congé temporaire et sorties :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réévaluer le niveau de risque suicidaire avant et après les sorties ou le congé temporaire ✓ Lors d'un congé temporaire, remettre les coordonnées de Résolution et de l'équipe traitante à l'utilisateur et ses proches. S'assurer, selon le jugement clinique, d'un filet de sécurité (avec consentement) <p>Congé définitif:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réévaluer le niveau de risque suicidaire avant le congé de façon concertée et en interdisciplinarité ✓ Informer de la situation l'AIC/ASI ✓ Selon la trajectoire, l'infirmière contacte le service assurant la prise en charge subséquente pour l'aviser de la situation et une prise de contact dans les 72 heures avec le patient. ✓ Offrir à l'utilisateur de prendre contact avec l'équipe mobile Résolution (514 351-9592) s'il le désire pour un suivi étroit au congé; ✓ Remettre à l'utilisateur et au proche les coordonnées de la ligne québécoise de prévention du suicide (1 866 277-3553) et de l'équipe mobile Résolution (514 351-9592) ainsi que son plan de sécurité s'il y a lieu ✓ Réviser le plan de sécurité et s'assurer que l'utilisateur a une copie avec elle. Impliquer les proches, si possible. 	<p>Si l'utilisateur veut quitter de façon définitive contre l'avis médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ L'infirmière contacte le médecin traitant ou son remplaçant. ✓ Informer de la situation l'AIC/ASI ✓ Un suivi est offert à l'utilisateur par le biais d'une référence externe ✓ L'intervenant tente d'obtenir la collaboration de l'utilisateur pour définir son plan de sécurité et de suivi ✓ Si le refus persiste, expliquer comment obtenir un suivi/relance dans le cas où l'utilisateur change d'idée ✓ Remettre à l'utilisateur les coordonnées de la ligne québécoise de prévention du suicide (1 866 277-3553) et de l'équipe mobile Résolution (514 351-9592) ainsi que son plan de sécurité s'il y a lieu avant son départ ✓ Documenter le refus de suivi au dossier et informer de la situation l'AIC/ASI et le gestionnaire clinique

2.3. NIVEAU DE RISQUE MODÉRÉ (orange)

	USAGER ACCEPTANT LES SOINS ET SERVICES	USAGER REFUSANT LES SOINS ET SERVICES
SUIVI ET INTERVENTIONS SUR L' UNITÉ DE SOINS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Surveillance : ÉTROITE (à chaque 15 minutes ou plus souvent si requis); ✓ L'infirmière réévalue la condition de santé physique et mentale ainsi que le niveau de risque de suicide à chaque 8 heures et au besoin. Les obligations professionnelles en matière d'évaluation des autres intervenants demeurent; ✓ Réduire l'accès aux moyens et aux armes pouvant être utilisés par l'utilisateur suicidaire pour passer à l'acte ✓ Un suivi est offert à l'utilisateur par l'équipe interdisciplinaire formée en lien avec le risque suicidaire pendant l'épisode de soins et services; ✓ Élaborer un plan de sécurité avec l'utilisateur et ses proches ✓ Informer l'AIC/ASI/PEC de la situation ✓ En tout temps, lors d'un transfert vers une autre unité ou établissement, s'assurer de la transmission personnalisée de l'information en lien avec le risque suicidaire 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'infirmière contacte le médecin traitant ou son remplaçant. ✓ L'infirmière réévalue la condition de santé physique et mentale ainsi que le niveau de risque de suicide minimalement à chaque 8 heures et au besoin; ✓ Outre l'infirmière, l'intervenant habileté qui a réalisé la première évaluation réévalue selon son jugement clinique et transmet l'information à l'infirmière traitante. ✓ Surveillance ÉTROITE (à chaque 15 minutes ou plus souvent si requis (l'utilisateur peut être localisé en tout temps); ✓ Réduire, autant que possible, l'accès aux moyens et aux armes pouvant être utilisés par l'utilisateur suicidaire pour passer à l'acte ✓ Travailler l'ambivalence, afin d'obtenir la collaboration de l'utilisateur à l'évaluation et au suivi. ✓ Si le refus persiste, demeurer disponibles pour un suivi ✓ Documenter le refus de suivi au dossier ✓ Informer de la situation l'AIC/ASI
CONGÉ	<p>En cas de sorties à l'extérieur de l'installation ou de congé temporaire : <u>L'infirmière peut, selon son évaluation, replanifier les sorties, conjointement avec la personne et ses proches, notamment afin de mettre en place les interventions requises.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réévaluer le niveau de risque suicidaire avant et après les sorties ou le congé temporaire ✓ Lors d'un congé temporaire, remettre les coordonnées de Résolution et de l'équipe traitante à l'utilisateur et ses proches. <p>Au congé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réévaluer le niveau de risque suicidaire avant le congé de façon concertée et en interdisciplinarité ✓ Informer de la situation l'AIC/ASI ✓ Selon la trajectoire, l'infirmière (et l'intervenant impliqué le cas échéant) contacte le service assurant la prise en charge subséquente pour l'aviser de la situation et une prise de contact et/ou amorce d'un suivi intensif en lien avec le risque suicidaire dans un délai de ≤ 24 heures avec le patient. ✓ Appeler l'équipe mobile Résolution (514 351-9592) pour du soutien clinique à l'équipe interdisciplinaire au besoin et/ou offrir à l'utilisateur de prendre contact avec eux s'il le désire pour un suivi étroit au congé ; ✓ Remettre à l'utilisateur et à ses proches les coordonnées de la ligne québécoise de prévention du suicide (1 866 277-3553) et de l'équipe mobile Résolution (514 351-9592) ainsi que son plan de sécurité s'il y a lieu ✓ Réviser le plan de sécurité et s'assurer que l'utilisateur a une copie avec elle. Impliquer les proches, si possible. 	<p>Si l'utilisateur a congé définitif contre l'avis médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Un suivi est offert à l'utilisateur par le biais d'une référence personnalisée externe ✓ Proposer une relance le lendemain pour prise de contact et/ou amorce d'un suivi intensif en lien avec le risque suicidaire dans un délai de ≤ 24 heures par l'équipe mobile Résolution (Tél. 514 351-9592) ou l'intervenant pivot de l'ambulatoire si connu. ✓ L'intervenant tente d'obtenir la collaboration de l'utilisateur pour définir son plan de sécurité et de suivi ✓ En cas de refus des soins et services, documenter au dossier les motifs au soutien de cette décision de même que les éléments communiqués incluant la date, l'heure et le mode de la communication, son contenu ainsi que l'identité de la personne à qui la communication a été faite.

2.4 NIVEAU DE RISQUE ÉLEVÉ (rouge)

- ✓ L'utilisateur ne peut pas signer de refus de traitement en lien avec le risque suicidaire (présence de danger grave et immédiat pour lui-même ou pour autrui)
- ✓ L'utilisateur doit faire l'objet de surveillance et/ou mettre en place les mesures de sécurité immédiate
- ✓ En tout temps, lors d'un transfert vers un autre service ou établissement, s'assurer de la réalisation de prise de contact et/ou l'amorce d'un suivi intensif en lien avec le risque suicidaire dans un délai de ≤ 24 heures

	USAGER ACCEPTANT LES SOINS ET SERVICES	USAGER REFUSANT LES SOINS ET SERVICES
SUIVI SUR L' UNITÉ DE SOINS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Surveillance : CONSTANTE (présence continue auprès du patient); ✓ L'infirmière réévalue la condition de santé physique et mentale ainsi que le niveau de risque de suicide à chaque 8 heures et au besoin, les obligations professionnelles en matière d'évaluation des autres intervenants demeurent; ✓ Restreindre l'accès aux moyens et aux armes pouvant être utilisés par l'utilisateur suicidaire pour passer à l'acte ✓ Un suivi est offert à l'utilisateur par l'équipe interdisciplinaire formée en lien avec le risque suicidaire pendant l'épisode de soins et services; ✓ Élaborer un plan de sécurité avec l'utilisateur et ses proches; ✓ Prendre contact avec l'équipe mobile Résolution (514 351-9592) pour supporter l'utilisateur et l'équipe; ✓ Informer l'AIC/ASI de la situation; ✓ En tout temps, lors d'un transfert vers une autre unité ou établissement, s'assurer de la transmission de l'information en lien avec le risque suicidaire; ✓ L'utilisateur est accompagné lors d'un transfert vers un autre service ou établissement; 	<p>Le médecin est informé dans les plus brefs délais.</p> <p>Mise en place des mesures des sécurités nécessaires pour assurer la sécurité de l'utilisateur (ex. service de sécurité interne pour supervision temporaire, lancement d'un code d'urgence, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informer de la situation l'AIC/ASI, PEC, supérieur immédiat
CONGÉ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'utilisateur ne peut pas signer de refus de traitement en lien avec le risque suicidaire ✓ L'utilisateur ne devrait pas avoir de sorties seul à l'extérieur de l'unité 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'utilisateur ne peut pas signer de refus de traitement en lien avec le risque suicidaire et le médecin doit en être avisé dans les plus brefs délais.

3. BALISES COMPLÉMENTAIRES

3.1 Tenue de dossier

Il est attendu que les éléments entourant un risque suicidaire soient colligés au dossier de l'utilisateur dans les plus brefs délais, incluant notamment :

- Une *synthèse* de :
 - Toutes les étapes de la démarche clinique réalisée
- Une *analyse* de :
 - La situation et les liens entre les informations recueillies, les problématiques majeures ressorties et les ressources disponibles;
 - Les facteurs de risque et de protection;
 - Les moments critiques.

L'équipe de soins et services s'assure d'ajuster les PID – PTI – PII

3.2 Réévaluation du niveau de risque suicidaire: particularités liées à la clientèle

La personnalisation et l'adaptation des stratégies d'intervention doivent être modulées en tout temps aux besoins de l'utilisateur selon le jugement clinique, le contexte clinique et le cadre de traitement. Le choix des stratégies d'intervention à appliquer en prévention du suicide dépend non seulement du jugement clinique et/ou du résultat de l'estimation/évaluation du niveau de risque suicidaire, mais également d'autres facteurs dont, par exemple, la comorbidité médicale ou psychiatrique, le cadre de traitement, l'alliance thérapeutique et le suivi.

3.3 Modalités de transfert (interinstallations et interétablissements) et rétroaction

Stratégies de suivi pour assurer la continuité des services entre points de transitions. Contacter l'installation qui accueillera l'utilisateur pour communiquer directement à un intervenant et planifier son accueil, notamment en informant des résultats des évaluations en lien avec le risque suicidaire et du plan de sécurité s'il y a lieu. À noter que les transferts interétablissements requièrent généralement le consentement de l'utilisateur pour communiquer des renseignements au dossier.

3.4 Entente mutuelle en cas de non-retour lors d'une sortie ou congé temporaire

La politique de non-réponse d'un usager à son domicile dans le cadre d'un suivi planifié et attendu d'un intervenant (POL-079) et les procédures qui en découlent s'appliquent dans tous les cas. **Les mesures de sécurité s'activent en respectant les procédures des programmes spécifiques** : en leur absence, certaines balises générales doivent être tout de même respectées afin d'assurer la sécurité des usagers:

3.1.1. Plan de sécurité

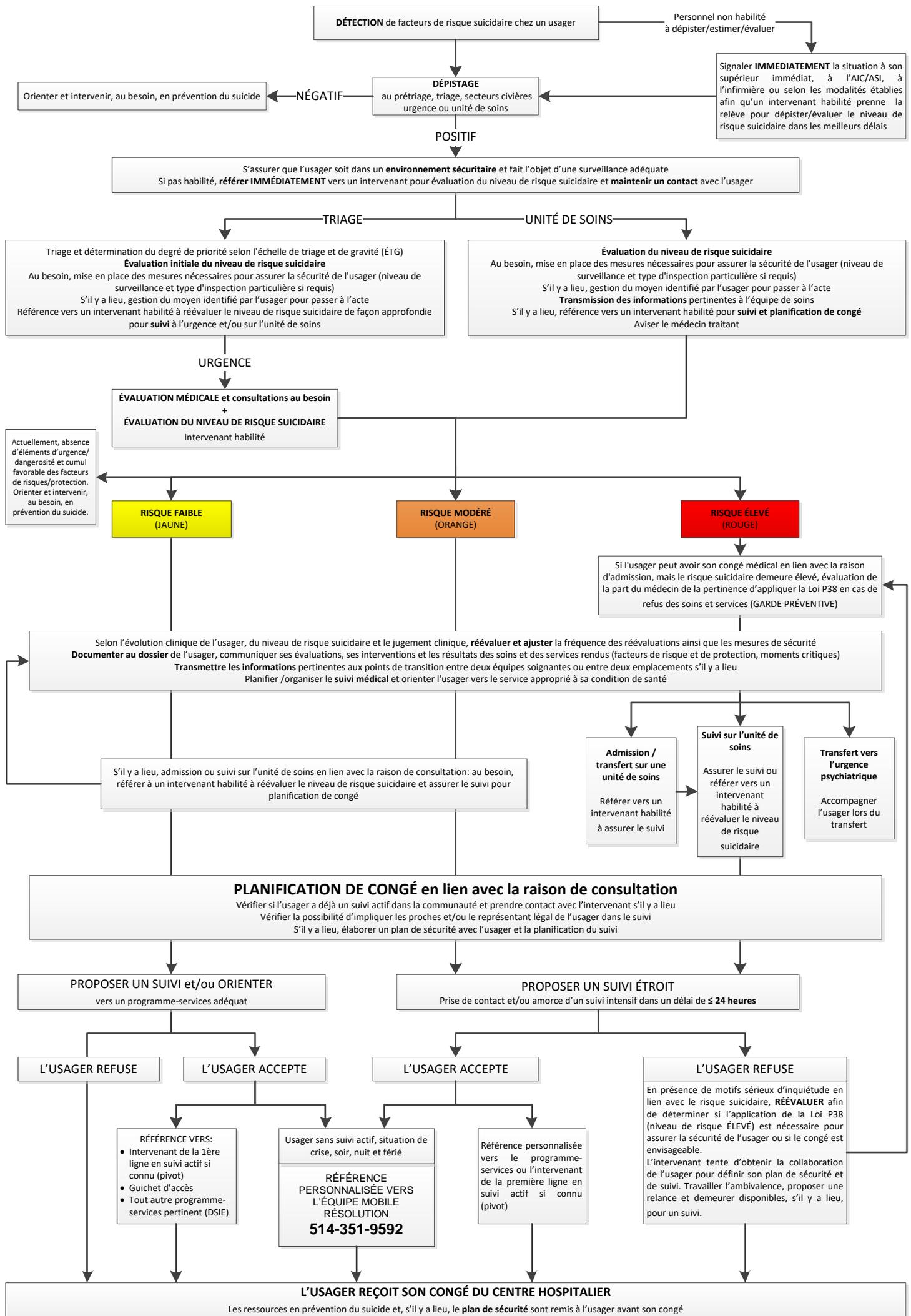
- Rédiger un plan de sécurité en collaboration avec l'utilisateur (formulaire #40023 - voir exemple à l'annexe 2 du protocole interdisciplinaire en prévention du suicide);
- Identifier les personnes-ressources pouvant venir en aide à l'utilisateur et leurs coordonnées : il est recommandé que les personnes identifiées en soient informées.

3.1.2. Mesures de sécurité anticipées

- Identifier les moyens de contact et d'intervention prévus/souhaités par l'utilisateur;
- Obtenir le consentement libre et éclairé de l'utilisateur quant aux démarches à enclencher en cas de non réponse tel que convenu;

- Idéalement, informer les proches concernés des mesures de sécurité anticipées et convenir des modalités d'intervention en cas de non réponse (ex. clés du logement laissées à un proche, appel, etc.);
- Consigner au dossier de l'utilisateur les mesures de sécurité anticipées pour la prévention du suicide ainsi que son consentement ou les transmettre à l'intervenant qui assurera le suivi.

4. TRAJECTOIRE DE SOINS EN LIEN AVEC LE RISQUE SUICIDAIRE



5. PARTENAIRES ET RESSOURCES EN PRÉVENTION DU SUICIDE

5.1. CLIENTÈLE ADULTE			
RESSOURCES		COORDONNÉES	INFO
SERVICES D'URGENCE	Numéro d'appel d'urgence	911	
	URGENCE PSYCHOSOCIALE-JUSTICE (UPS-J)	514 861-9331 poste 8163	<ul style="list-style-type: none"> Clientèle 14 ans et plus Expertise en situations de crise impliquant des personnes présentant un état mental altéré dans une situation qui peut s'avérer dangereuse pour elle-même ou son environnement Intervention rapide sur le lieu pour estimation de la dangerosité en lien avec l'état mental de la personne, désamorcer une situation de crise et d'orienter la personne vers les ressources appropriées à ses besoins et appliquer la Loi P38 au besoin Service de consultation téléphonique
CENTRES HOSPITALIERS	Institut universitaire en santé mentale de Montréal (urgence)	514 251-4050	Clientèle 18 ans et plus
	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (urgence)	514 252-3400 poste 3523	Clientèle adulte et pédiatrique > 5 ans
	Hôpital Santa Cabrini (urgence)	514-252-6000 poste 7361 ou 7100	
CENTRES DE CRISE	Ligne québécoise de prévention du suicide	1 866 277-3553	Services d'écoute, référence et de prévention du suicide
	Suicide Action Montréal (SAM) 24/7	1 866 277-3553	Les services de SAM s'adressent aux personnes suicidaires, à leurs proches, aux personnes endeuillées par suicide et aux intervenants de la communauté
	Équipe mobile résolution (24/7)	514 351-9592	<ul style="list-style-type: none"> Prise de contact et/ou amorce d'un suivi de crise en lien avec le risque suicidaire dans un délai de ≤ 24 heures Planification d'hébergement en centre de crise Consultation téléphonique pour planification de l'intervention, 2ème avis professionnel ou rencontre conjointe (si possible)
	Centre de crise Émile-Nelligan (24/7)	514-351-6661	Services dédiés aux personnes hébergées dans les ressources résidentielles de l'IUSMM et pour les équipes SIV, SIM, PACT concernant situations problématiques qui se présentent aux moments où les équipes de traitement ne sont pas accessibles le jour, le soir, les fins de semaine et les jours fériés. <ul style="list-style-type: none"> intervention téléphonique hébergement temporaire rencontres face-à-face au centre consultation et soutien
	Centre de crise Le Transit (24/7)	514-282-7753	<ul style="list-style-type: none"> soutien téléphonique intervention sur les lieux de la crise hébergement de courte durée suivi de crise service de référence
	Association Iris (24/7)	514-388-9233	Usagers en situation de crise de nature psychosociale ou psychiatrique desservis par les CSSS Ahuntsic-Montréal-Nord, Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et St-Léonard-St-Michel. <ul style="list-style-type: none"> Avec hébergement : à partir de 18 ans Sans hébergement : à partir de 14 ans À domicile ou dans la communauté : à partir de 14 ans
	Tel-aide (24/7)	514 935-1101	
LIGNES D'ÉCOUTE	Tel-écoute	514 493-4484	
	Tel-Aînés	514 353-2463	

6. COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS OU PROTÉGÉS PAR LE SECRET PROFESSIONNEL

Chapitre C-12 CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE

2. Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours. Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable.

Chapitre C-26 CODE DES PROFESSIONS

60.4. Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, **dont un suicide**, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Chapitre S-4.2 LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (LSSSS)

19.0.1. Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut être communiqué, en vue de prévenir un acte de violence, **dont un suicide**, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace l'usager, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence. Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours. Les personnes ainsi autorisées ne peuvent communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Chapitre A-2.1 LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

59 Un organisme public ne peut communiquer un renseignement personnel sans le consentement de la personne concernée. Toutefois, il peut communiquer un tel renseignement sans le consentement de cette personne, dans les cas et aux strictes conditions qui suivent:

4° à une personne à qui cette communication doit être faite en raison d'une **situation d'urgence mettant en danger la vie**, la santé ou la sécurité de la personne concernée;

59.1. Outre les cas prévus à l'article 59, un organisme public peut également communiquer un renseignement personnel, sans le consentement des personnes concernées, en vue de prévenir un acte de violence, **dont un suicide**, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence. Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours.

60.1. L'organisme qui communique un renseignement en application de l'article 59.1 ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Rédigé par :

Caroline Gravel, Adjointe à la directrice de l'hébergement Direction Hébergement en soins de longue durée

Yaële Coulombe, Spécialiste en Activités Cliniques à l'hébergement – Travailleuse Sociale, Direction hébergement en soins de longue durée

Yveline Delma, Coordonnatrice du continuum en déficience physique et réadaptation, Direction soutien à domicile et de la réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP

Sylvie Labrecque, Directrice adjointe du continuum de service en déficience et réadaptation, Direction soutien à domicile et de la réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP

Valérie Moffatt, conseillère cadre en soins infirmiers, Direction des soins infirmiers

Lydia Tremblay, conseillère cadre travail social, Direction des services multidisciplinaires, volet des pratiques professionnelles

En collaboration avec :

Les équipes des services sous la Direction du soutien à domicile et de la réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP et la Direction Hébergement en soins de longue durée (**CHSLD, URFI, Soins post-aigu, UCDG, UTRF**)