



Cadre de référence

**Guide d'évaluation
de la personne à risque suicidaire
(GÉRIS)**

Rédaction

Gérard Lebel, Infirmier clinicien, M. Ps., M. Sc. adm., Chef de service partenariat en interventions aux clientèles vulnérables, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Roxanne Ste Marie, Ps. Éd., D.E.S.S. Santé mentale, Conseillère cadre en réadaptation sociale, Direction des services multidisciplinaires, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Collaboration à la rédaction

Nathalie Boudrias, Infirmière clinicienne, BSc., Conseillère à la direction des soins infirmiers, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Marjorie Montreuil, Inf. PhD, École de sciences infirmières Ingram, Université McGill

Équipe de projet

Anissa Mounib, Adjointe à la directrice, Direction des programmes santé mentale et dépendances, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Jocelyn Labbé, Chef soutien clinique multisite, Direction des programmes jeunesse, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Révision

Dre Johanne Renaud, Chef médical - Programme de pédopsychiatrie, Unité CD-Intervention intensive adolescents, CE-Troubles dépressifs et suicidaires, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Dr Stéphane Richard-Devantoy, Chercheur au Groupe McGill d'études sur le suicide, Psychiatre au programme des troubles dépressifs de l'Institut universitaire en santé mentale de Douglas et à l'Hôpital de St-Jérôme

Hakim Hadji, Agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de l'accès, qualité, performance et bureau de projets, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Claudine Houle, Inf. M. Sc., Conseillère en interventions spécialisés, Psychothérapeute, Centre universitaire de santé McGill.

Marie-Josée Poirier, Conseillère cadre en interventions infirmiers, Direction des interventions infirmiers, Soutien et pratique professionnelle, Centre intégré en santé et services sociaux de l’Outaouais.

Étienne Paradis-Gagné, Inf. M. Sc., Doc. (c), Conseiller-cadre en interventions infirmiers Institut Philippe Pinel de Montréal

Lynn Fournier, Inf. M. Sc., Conseillère en interventions spécialisés, Hôpital Saint-Anne-de-Bellevue, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal

Philippe Asselin, Inf. M. Sc., CSPSM (c) Conseiller en interventions spécialisés — oncologie, interventions palliatifs et santé mentale, Centre Hospitalier universitaire de Québec

Ariane Lanoue, Chargée de projet, Bureau de projets organisationnels — DGA, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal

Soutien au transfert de connaissances

Marie-Ève Manseau-Young, M.A. T.S., Agente de planification, de programmation, et de recherche, Direction des affaires universitaires, de l’enseignement et de la recherche (DAUER), Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal

Geneviève Côté-Leblanc, M. Sc. Erg., Chef du transfert des connaissances et de l’innovation, Direction des affaires universitaires, de l’enseignement et de la recherche, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal.

Comité scientifique

Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l’humeur et les troubles associés.

Référence complète pour citation

Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N., & Montreuil, M. (2018). *Cadre de référence du Guide d’évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS)*. CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal.

Juillet 2018

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES ACRONYMES	V
DÉFINITIONS	VI
PARTIE 1 : INTRODUCTION, DÉVELOPPEMENT DU GUIDE ET ÉTIOLOGIE DU SUICIDE	1
1.1 INTRODUCTION	1
1.2 DÉVELOPPEMENT DU GUIDE.....	6
1.2.1 <i>Méthode</i>	6
1.3 ÉTIOLOGIE DU SUICIDE	9
PARTIE 2 : PRINCIPES DE BASE AU PROCESSUS D'ÉVALUATION DU RISQUE	15
2.1 PROCESSUS CONTINU.....	15
2.2 ALLIANCE ET COLLABORATION	16
2.3 POSER LA QUESTION DIRECTEMENT	17
2.4 UTILISER DES QUESTIONS OUVERTES	18
2.5 TÂCHE COMPLEXE ET EXIGEANTE	19
2.6 FACTEURS DE RISQUE ET JUGEMENT CLINIQUE	20
2.7 SUICIDE ET CULTURE	20
2.8 INFORMATIONS COLLATÉRALES.....	20
2.9 INFORMATIONS AU DOSSIER	21
2.10 NE PAS TRAVAILLER SEUL.....	22
2.11 LE PROFESSIONNEL FACE À LA SOUFFRANCE ET LA QUESTION DU SUICIDE	22
2.11.1 <i>Rester sensible à ses propres limites</i>	22
2.11.2 <i>Gérer ses propres réactions émotives</i>	23
2.11.3 <i>Réactions émotives courantes face à une personne suicidaire</i> :	24
2.11.4 <i>Comportements à identifier et à gérer</i> :.....	25
2.11.5 <i>Rester à l'affût et aller chercher de l'aide</i>	26
PARTIE 3 : PRÉSENTATION DU GUIDE	27
3.1 PRATIQUE CLINIQUE.....	27
3.1.1 <i>Démarches à effectuer par le clinicien</i>	28
3.2 EXPLICATIONS DÉTAILLÉES SUR LES ITEMS À CONSIDÉRER	29
A. <i>Urgence suicidaire</i>	33
A.1 Idées suicidaires.....	35
A.2 Durée des idées	37
A.3 Intention suicidaire	38
A.4 Planification	39
A.5 Obsession des idées	42
A.6 Tension émotive	44
A.7 Capacité à accepter de l'aide.....	47
B. <i>Dangerosité</i>	49
B.1 Létalité du moyen.....	49
B.2 Accès au moyen	50
C. <i>Facteurs additionnels</i>	52
C.1 Description du plan et signes avant-coureurs	54
C.2 Antécédents de tentatives de suicide et niveau de risque associé	55
C.2.1 Idées suicidaires antérieures.....	57

C.2.2 Gestes autodestructeurs et d'automutilation	57
C.3 Facteurs/événements précipitants (proximaux)	59
C.3.1 Exemples d'événements précipitants :	61
C.4 Facteurs prédisposants et contributeurs (développementaux et distaux).....	62
C.4.1 Facteurs prédisposants	62
C.4.2 Facteurs contributeurs	64
D <i>Facteurs de protection</i>	67
D.1 Exemples de facteurs de protection	67
E <i>Déterminer un niveau de risque global — absent, faible, modéré, élevé</i>	72
E.1 Comment remplir/évaluer la cote globale	73
E.2 Exemple de cote globale.....	74
E.3 Informations manquantes pour la cote globale.....	75
E.4 Tableau de l'évolution du risque suicidaire/sommatif.....	76
3.3 FRÉQUENCE D'ÉVALUATION SUGGÉRÉE :	77
PARTIE 4 DÉTERMINER LES INTERVENTIONS, DOCUMENTER, RECONNAÎTRE LES GROUPES	
VULNÉRABLES	79
4.1 DÉTERMINER LES INTERVENTIONS À ENTREPRENDRE, COMPRENANT ENTRE AUTRES LES NIVEAUX DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI APPROPRIÉS AU NIVEAU DE RISQUE.....	79
4.2 DOCUMENTER L'ENSEMBLE DE SES DÉMARCHES D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION	79
4.3 <i>RECONNAÎTRE LES GROUPES VULNÉRABLES AU SUICIDE EN FONCTION DE LA POPULATION GÉNÉRALE</i>	80
5 CONCLUSION	81
6 RÉFÉRENCES.....	82
ANNEXE 1 GUIDE DE QUESTIONS POUR COMPLÉTER LE GUIDE D'ÉVALUATION DE LA PERSONNE	
À RISQUE SUICIDAIRE.....	90
.....	92

Liste des acronymes

AQIISM	Association québécoise des infirmiers et infirmières en santé mentale
AQPS	Association québécoise de prévention du suicide
CDC-IUD	Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire en santé et services sociaux
DPSMD	Direction des programmes de la santé mentale et dépendances
ODIM	Ouest-de-l'Île-de-Montréal
GEDPAS	Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Suicide Action Montréal, Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances)
GÉRIS	Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire
MSP	Ministère de la santé publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NSPL	National Suicide Prevention Lifeline
RQSHA	Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et troubles associés
RUD	Risque, Urgence, Dangerosité
SAM	Suicide Action Montréal

Définitions

Afin de nous doter d'une compréhension commune des termes relatifs au suicide, nous avons retenu les définitions validées dans l'Échelle d'évaluation de Columbia sur le risque suicidaire (Posner et coll., 2009) :

Idéation suicidaire :

- **Désir d'être mort**
Le sujet souscrit à des pensées concernant le désir d'être mort ou de ne plus être vivant, ou le désir de s'endormir et de ne pas se réveiller.
- **Pensées suicidaires actives non spécifiques**
Pensées générales non spécifiques au cours de la période d'évaluation concernant le désir de s'enlever la vie ou de se suicider (p. ex. : « J'ai pensé à me suicider ») sans penser à des moyens de se suicider ou à des méthodes, intentions ou plans connexes.
- **Idéation suicidaire active avec définition de méthodes (pas de plan) et sans intention de passer à l'acte**
Le sujet confirme penser au suicide et a pensé à au moins une méthode au cours de la période d'évaluation. Ceci diffère d'un plan spécifique comprenant le moment, l'endroit ou une méthode détaillée (p. ex. : penser à une façon de se suicider, mais sans plan spécifique). Comprend les personnes qui diraient : « J'ai pensé prendre une surdose de médicaments, mais je n'ai pas fait de plan spécifique concernant le moment ou la manière dont je m'y prendrais... et je ne pourrais jamais y arriver. »
- **Idéation suicidaire active avec une certaine intention de passer à l'acte, sans plan spécifique**
*Le sujet a des pensées suicidaires actives et déclare avoir **une certaine intention de passer à l'acte**, comparativement à : « J'y pense, mais je ne mettrai certainement pas ces pensées à exécution. »*
- **Idéation suicidaire active avec plan spécifique et intention de passer à l'acte**
Le sujet a des pensées suicidaires et un plan détaillé entièrement ou partiellement mis au point accompagné d'une certaine intention de mettre son plan à exécution.

Tentative de suicide :

- **Tentative de suicide réelle**
*Acte autoagressif potentiellement dommageable commis avec le désir plus ou moins fort de mourir, à la suite de cet acte. Ce comportement a été en partie envisagé comme moyen de se suicider. L'intention suicidaire ne doit pas être nécessairement de 100 %. Si une intention ou une volonté **quelconque** de mourir est associée à l'acte, celui-ci pourra alors être qualifié de tentative de suicide réelle. **La présence de blessures ou de lésions n'est pas obligatoire, le***

potentiel de blessure ou lésion suffit. Si la personne appuie sur la détente d'une arme à feu placée dans sa bouche, mais que l'arme est brisée et qu'aucune blessure n'est engendrée, cet acte est considéré comme étant une tentative.

- **Tentative de suicide interrompue**

Lorsque la personne est interrompue (par des circonstances externes) au moment où elle tente de poser le geste pouvant lui causer des blessures (sans cette interruption, la tentative réelle aurait eu lieu).

Surdose : la personne a les pilules dans la main, mais on l'empêche de les avaler. Lorsque les pilules sont avalées, il s'agit d'une tentative plutôt que d'une tentative interrompue.

Arme à feu : la personne a une arme à feu pointée sur elle-même, quelqu'un lui enlève son arme ou on l'empêche de quelque façon que ce soit d'appuyer sur la détente. Si la personne appuie sur la détente, même si le coup ne part pas, il s'agit d'une tentative.

Saut : la personne s'apprête à sauter, mais quelqu'un l'attrape par-derrière et l'éloigne du bord. *Pendaison* : la personne a la corde autour du cou, mais ne s'est pas encore pendue — quelqu'un l'en empêche.

- **Tentative de suicide avortée**

Lorsqu'une personne commence à prendre des mesures en vue de commettre une tentative de suicide, mais s'arrête d'elle-même avant d'adopter le comportement autodestructeur. Les exemples sont les mêmes que ceux pour les tentatives interrompues, sauf que le sujet s'arrête de lui-même au lieu d'être arrêté par quelque chose d'autre.

Idées suicidaires :

- **Intention suicidaire**

Attente et désir subjectifs qu'un comportement d'autoagression soit léthal.

- **Intention présumée**

Même si le sujet nie qu'il a l'intention ou le désir de mourir, son intention ou son désir peut être présumé cliniquement selon le comportement ou les circonstances. Par exemple, un acte pouvant entraîner une mort certaine et ne relevant clairement pas d'un accident, de sorte qu'il ne peut être assimilé qu'à une tentative de suicide (p. ex. : se tirer une balle dans la tête, sauter par la fenêtre d'un étage élevé). De plus, si la personne nie son intention de mourir, mais qu'elle croyait que ce qu'elle a fait pouvait être mortel, l'intention peut être présumée.

- **Actes ou comportements préparatoires**

Actes ou préparatifs en vue de commettre une tentative imminente de suicide. Il peut s'agir de toute chose qui dépasse le stade de la verbalisation ou de la pensée, telle que réunir les éléments d'une méthode particulière (p. ex. : acheter des pilules, se procurer une arme à feu) ou se préparer à mourir par suicide (p. ex., donner ses biens, écrire une lettre de suicide).

Partie 1 : Introduction, développement du guide et étiologie du suicide

1.1 Introduction

Depuis quelques années, afin de prévenir le suicide, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a mis en œuvre diverses actions, dont la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie* (MSSS, 1998), qui préconisait la création de services accessibles aux personnes présentant un risque suicidaire. Le ministère a également proposé un cadre de référence en vue de favoriser l'implantation de sentinelles en prévention du suicide (MSSS, 2006).

À partir de 2010, les efforts en prévention du suicide se sont intensifiés. Plus récemment, d'autres actions préventives destinées à l'ensemble de la population ont été présentées dans le *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des CSSS*¹. À l'heure actuelle, le MSSS vise à rehausser la qualité des interventions et services en prévention du suicide et propose des stratégies en vue de réduire les décès par suicide. Le ministère souligne notamment la nécessité d'améliorer l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes suicidaires ainsi que celle d'augmenter davantage les efforts en matière de prévention. Ainsi, la réduction du nombre de suicides figure parmi les priorités du *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015a) et du *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* (MSSS, 2015).

Le suicide et les tentatives de suicide restent des problèmes importants de santé publique pour lesquels chaque professionnel doit travailler en synergie afin d'en diminuer l'incidence (Laflamme, 2007). En effet, au cours de leur carrière et selon les secteurs d'activité dans lesquels ils évoluent, il est fort probable que des professionnels

¹ Lane, Archambault, Collins-Poulette et Camirand, 2010

aient à transiger avec des personnes suicidaires. Il est connu que « *près de 20 % à 50 % des adultes ayant eu des idées suicidaires, un plan ou fait une tentative de suicide ont reçu des services de santé mentale dans l'année précédente* »².

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé prévoient que l'ensemble des professionnels doivent : informer, faire la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux, ce qui inclut nécessairement la prévention du suicide. À cet égard, afin d'offrir un service qui répond à chaque individu présentant un risque suicidaire, les professionnels doivent pouvoir bien cerner la situation « à risque » et adapter leurs interventions³. Ce guide s'adresse surtout aux professionnels qui sont membres d'un ordre professionnel, qui œuvrent auprès de différentes clientèles et qui ont les connaissances et compétences requises en évaluation psychosociale et comportementale. Il s'inscrit dans un processus d'évaluation, de planification des interventions, de références et de suivi de l'utilisateur suicidaire. Il complète et s'intègre à l'évaluation professionnelle du clinicien (Alonzo et Gearing, 2017).

Bien que la prévention du suicide soit l'affaire de tous, l'étendue des rôles et des responsabilités varie selon le type de pratique professionnelle et les secteurs d'activité. À cet effet, « *le type d'outil utilisé et l'approche adoptée peuvent dépendre du milieu d'intervention et de l'intention (soit le dépistage, la surveillance ou la détermination du risque) qui sous-tend l'évaluation* »⁴. Afin de faciliter l'organisation de certains services et d'éviter des bris dans le processus d'évaluation, certains intervenants ne faisant pas partie d'un ordre professionnel pourraient utiliser le guide après avoir reçu la formation nécessaire, et ce dans le respect de leur champ de compétences et l'approbation de la direction concernée.

² (Traduction libre de Encrenaz et coll., 2012 ; Han, Compton, Gfroerer, McKeon, 2014 ; Stanley, Hom et Joiner, 2015 dans Alonzo et Gearing, 2017, emplacement 4925 sur 16 730 [Version Kindle]

³ Notredame, Daniels, Rancourt, Turecki, et Richard-Devantoy, 2017

⁴ Perlman, Neufeld, Martin, Goy et Hirdes, 2011, p. 77

C'est dans cette perspective de prévention du suicide, telle qu'énoncée dans sa politique et procédure que le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal (CIUSSS ODIM) a décidé de se doter d'un guide d'évaluation convivial et simple d'utilisation pour les différents professionnels et intervenants œuvrant dans divers milieux de santé et des services sociaux.

Ce guide doit :

- Être fondé sur les données probantes afin de permettre aux intervenants d'évaluer le risque suicidaire en tenant compte des facteurs reliés au suicide les plus sensibles retrouvés dans les écrits scientifiques ;
- Être convivial afin de tenir compte des différents milieux de soins et de services sociaux ;
- Permettre de procéder à l'évaluation du risque suicidaire et au suivi requis sur une base quotidienne, et si nécessaire, pour tous les quarts de travail, ou de façon moins fréquente, comme en milieu ambulatoire ou communautaire.
- Contribuer à la continuité des soins et services au sein d'une équipe interdisciplinaire, tout au long de l'épisode ou du suivi, jusqu'à la résolution de la crise suicidaire ou la diminution du risque suicidaire.
- S'arrimer avec l'outil de première ligne déployé dans les établissements de santé et services sociaux au travers du Québec afin de répondre à la demande du MSSS, favorisant ainsi l'utilisation d'un langage commun entre les services de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} ligne ;
- Tenir compte des spécificités et des symptômes des troubles mentaux ;
- Permettre aux intervenants de déterminer le niveau de risque et de développer un plan d'intervention personnalisé ;
- Faciliter la collaboration entre les différentes instances interpellées par la prévention du suicide et, au besoin, avec d'autres experts reconnus dans le domaine ;

Dans son 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 – Garde en établissement de santé et de services sociaux, le MSSS (2018) souligne que :

Évaluer ou estimer la dangerosité d'une personne consiste à établir un pronostic. Il s'agit dès lors d'appréhender un ensemble de faits susceptibles de favoriser le passage à l'acte. Puisque chaque cas est unique et que l'évaluation du danger est subjective à plus d'un égard, les professionnels chargés d'évaluer ou d'estimer la dangerosité doivent pouvoir compter sur des outils leur permettant de soutenir leur décision. L'utilisation d'un outil basé sur une démarche systématique peut diminuer les risques d'erreur de jugement, tout en facilitant l'intervention auprès de la personne. Le plus souvent, il s'agit d'une grille d'analyse (questionnaire) qui passe systématiquement en revue les facteurs de risque de danger ou de protection à l'encontre de celui-ci présents chez la personne visée ou son entourage. (MSSS, 2018, p. 24)

Ainsi, le principal but de ce guide est d'habiliter les intervenants à connaître et comprendre la sémiologie des idées suicidaires et à identifier les facteurs de risque et de protections des conduites suicidaires. Le guide d'évaluation du risque suicidaire vise à aider les intervenants à mieux définir leur jugement clinique, ce qui, en complément des travaux du Dre Monique Séguin (Séguin 2001 ; Lafleur et Séguin, 2008) et du Groupe McGill d'études sur le suicide (Turecki, Lepage, Desrochers, 2012 ; Turecki et Brent, 2016 ; Notredame et coll., 2017), va permettre d'améliorer de façon significative l'évaluation clinique de la personne à risque suicidaire et son plan d'intervention.

L'évaluation du risque ou du potentiel suicidaire est un processus complexe et multifactoriel qui ne peut pas être assujéti uniquement à un guide d'évaluation, aussi valide et fiable soit-il. L'utilisation d'un outil d'évaluation du risque suicidaire n'est pas une fin en soi : le jugement clinique et la relation de confiance sont les composantes centrales sur lesquelles doit s'appuyer le processus d'évaluation. De plus, il importe d'inscrire cet outil dans une démarche globale qui, à son tour, s'inscrit dans un programme en prévention du suicide où la mise en place d'une politique et d'un

protocole d'intervention viendra soutenir les intervenants dans toutes les dimensions de leurs interventions. Le présent document se veut donc être un cadre de référence procurant les fondements et les composantes du guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS) ainsi que les recommandations quant à son utilisation. La méthodologie utilisée pour le créer et les principes directeurs ayant guidé le développement de cet outil seront aussi présentés.



Le guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire fera l'objet d'un processus de validation grâce à la contribution du Groupe McGill d'études sur le suicide. Actuellement, aucune échelle ou grille ne permet de prédire cliniquement de façon certaine le risque suicidaire d'une personne donnée ; les grilles actuellement validées n'ont pas plus que 5 % comme valeur prédictive positive (Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M. [2017]).

1.2 Développement du guide

1.2.1 Méthode

Tel que mentionné précédemment, le CIUSSS ODIM a décidé de se doter d'un guide d'évaluation convivial et simple d'utilisation pour les différents professionnels et intervenants œuvrant dans divers milieux de santé et des services sociaux. Afin de s'assurer que ce guide soit basé sur les données probantes, la Direction du programme de santé mentale et dépendance (DPSMD) du CIUSSS ODIM a confié au Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et troubles associés (RQSHA) le mandat de procéder à une revue des écrits sur les facteurs de risques à inclure dans son guide. Tout au long du présent document, nous attirerons l'attention du lecteur sur les facteurs de risque qui ont été répertoriés dans cette revue des écrits par l'utilisation de caractères gras.

Nous avons également organisé une rencontre interdisciplinaire avec l'équipe du RQSHA afin d'établir un certain consensus sur les facteurs à inclure dans le guide. Les cliniciens (psychiatres, travailleurs sociaux, psychologues, infirmières cliniciennes et conseillères en soins infirmiers) présents à cette rencontre avaient une expérience significative auprès de personnes suicidaires et étaient issus de milieux de pratiques diversifiés (santé mentale, pédiatrie, hôpitaux et communautaire). Durant cette rencontre, les psychiatres chercheurs du RQSHA, Dr Stéphane Richard Devantoy et Dr Charles-Édouard Notredame, ont insisté sur l'importance d'intégrer trois volets d'évaluation tels que préconisés dans les travaux de Dre Monique Séguin (2001) soit le risque, l'urgence et la dangerosité (RUD) au GÉRIS. De plus, il est apparu nécessaire d'inclure davantage de variables, telles que le contrôle des idées, la tension émotionnelle et la capacité d'accepter de l'aide puisqu'elles peuvent contribuer à l'imminence d'un passage à l'acte, à l'urgence suicidaire.

Enfin, plusieurs guides de pratique et articles scientifiques ont été consultés. Outre la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS)⁵, plusieurs autres outils furent considérés et ont inspiré le développement du GÉRIS. Par exemple, l'Échelle d'évaluation de Columbia (Posner et coll., 2009), le SAD PERSONS (Patterson, 1983), le Patient Health Questionnaire (Spitzer, 1999), des échelles de symptômes dépressifs et anxieux telles que celles de BECK (Bouvard et Cottraux, 2005), le RUD (Séguin, 2001), Suicidal intention scale (SIS) et Scale for Suicidal Ideation (SSI) (Beck, 1974, 1979). L'exercice a permis de mettre en lumière le fait que chaque outil et chaque guide de pratique a ses forces et ses limites, tout comme l'ont remarqué Perlman et coll. (2011), dans le « *Guide d'évaluation du risque de suicide : Une ressource pour les organismes de santé* » ainsi que Bernert, Hom et Roberts (2014) dans leur revue de guides de pratiques multidisciplinaires. Une autre étape dans le développement du guide avait comme objectif de mieux comprendre « l'expérience utilisateur » des cliniciens évaluateurs.

Cette étape de consultation et de mise à l'essai visait à apporter les modifications nécessaires avant le déploiement à grande échelle. Un exercice pratique basé sur un cas clinique réel (anonymisé pour des raisons de confidentialité) a été proposé à un groupe de cliniciens de différents établissements du Québec, de professions différentes, œuvrant auprès de clientèles différentes (enfants, adultes, personnes âgées, déficience intellectuelle, militaires) et connaissant bien leur milieu et les enjeux cliniques. Le guide d'évaluation, l'histoire de cas ainsi qu'un questionnaire leur ont été distribués afin qu'ils procèdent à l'évaluation du niveau de risque suicidaire de la personne présentée dans le cas clinique à l'aide du GÉRIS et qu'ils apprécient la clarté et la justesse des items et des critères contenus dans le GÉRIS. La majorité des répondants, soit 98 %, était tout à fait d'accord pour dire que les facteurs de risque sont bien identifiés dans le guide. Chaque commentaire et suggestion ont été considérés par ce même groupe de cliniciens afin d'apporter les correctifs nécessaires au GÉRIS.

⁵ Lavoie B., Lecavalier, M., Angers, P., & Houle, J, 2012

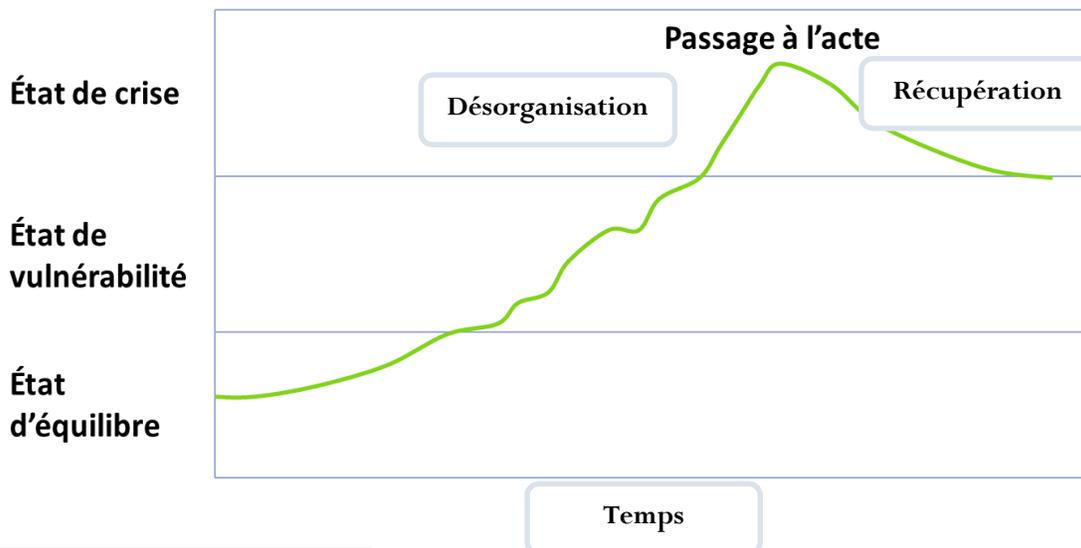
1.3 Étiologie du suicide

Plusieurs auteurs ont tenté d'offrir des modèles d'explication quant au suicide⁶. Le phénomène du suicide est si complexe, qu'il est très difficile d'obtenir une théorie qui est acceptée de tous⁷. Chaque modèle présente ses forces et ses limites. Aucun n'a permis de prédire le suicide⁸. Il est généralement connu que le suicide implique de nombreux facteurs de risques biologiques, génétiques, psychologiques, sociaux et environnementaux⁹ ainsi que la notion de crise (Séguin, 2017).

Telle que mentionnée dans les travaux de Dre Monique Séguin (2017), la crise a bien été définie par Caplan en 1964 :

« Période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement grave, qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de résolution de problème. »

La figure suivante présente l'évolution de l'état de crise.



⁶ Lafleur et Séguin, 2008 ; Alonzo et Gearing, 2017 ; Galynker, 2017

⁷ Lafleur et Séguin, 2008 ; Turecki, Lesage et Desrochers, 2012 ; Montreuil et Gros, 2013

⁸ Lafleur et Séguin, 2008 ; Hyman, 1994 ; Sher, 2004 dans Schreiber et Culpepper, 2014 ; Galynker, 2017

⁹ Laflamme, 2007 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Bryan et Rudd, 2010 ; Montreuil et Gros, 2013 ; Galynker, 2017

Un événement stressant entraîne rarement une personne directement en état de crise. La plupart du temps, la personne passe par un processus graduel comme le présente la figure ci-haut. Face à un événement stressant, la personne va d’abord tenter de retrouver un état d’équilibre selon différentes stratégies propres à elle. Cependant, si les stratégies sont peu ou pas efficaces, la personne perd son équilibre et devient vulnérable. Elle épuise ses ressources cognitives et les tensions physiques et émotionnelles augmentent. Elle perçoit sa réalité de plus en plus négativement et se dirige vers l’état de crise. Nous verrons plus loin que dans certains cas, le fait de ressentir une émotion négative intense peut amener une personne à envisager le suicide comme solution (Beck, 1996 dans Joiner et Rudd, 2000 ; Bryan et Rudd, 2010). L’état de crise est caractérisé par la désorganisation et la personne utilise souvent des solutions plus ou moins adaptées à sa situation telles que l’abus d’alcool, la colère et même l’agressivité qui entraînent souvent un cumul d’échecs¹⁰. Enfin, Laflamme (2007) souligne que le cheminement au travers des étapes n’est pas nécessairement linéaire et peut être ponctué de retours en arrière. Pour mieux discerner la crise suicidaire, il est donc important de connaître les facteurs de risque qui peuvent rendre la personne vulnérable et entraîner la crise suicidaire.

Afin de bien comprendre la notion de facteur de risque, nous retenons que : « *un facteur de risque peut être défini comme une caractéristique, une variable ou un danger qui augmente prospectivement la probabilité d’un événement défavorable objectivement mesurable* »¹¹. Concrètement, il correspond « *à tout trait ou état clinique, biologique ou neuronal qui peut indiquer au clinicien qu’il existe une probabilité plus élevée de suicide* » (Traduction libre de Notredame et coll., 2017, p. 5). Le poids des différents facteurs de risque et de protection varie d’une personne à l’autre. Concrètement, cela signifie que ce qui peut être considéré comme un facteur de risque pour l’un peut ne pas l’être pour l’autre (APA, 2003).

¹⁰ Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012, Séguin et Chawky, 2017

¹¹ Traduction libre de Last, Spasoff, Harris et Thuriaux, 2010 dans Notredame et coll., 2017, p. 5



Illustration de Sébastien Mongeau

Il y aurait plus de 75 facteurs de risque associés au suicide¹². Il va sans dire qu'il est impossible de tous les répertorier dans le présent guide. La revue des écrits effectuée par le RQSHA a fait ressortir que parmi l'ensemble des facteurs de risque associés au suicide, certains ont un poids plus élevé que d'autres (Notredame et coll., 2017). Il est primordial que le professionnel connaisse les facteurs associés au suicide chez la clientèle qu'il dessert habituellement afin de répondre adéquatement à ses besoins¹³.

Le modèle conceptuel proposé par le Groupe McGill d'études sur le suicide (GMES)

¹² Joiner et coll., 1999 ; Guttierrez et coll., 2006 et Walter, 2003 dans Lane et coll., 2010 ; Wingate et coll., 2004 dans Perlman et coll., 2011

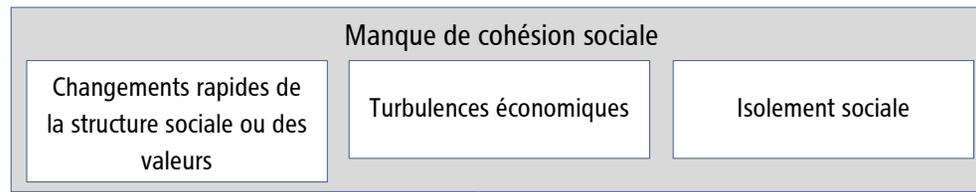
¹³ Bryan et Rudd, 2010 ; Notredame et coll., 2017

(Turecki et Brent, 2016), qui fait état de l'hétérogénéité de l'étiologie du risque suicidaire, a été privilégié pour développer le présent guide. Basé sur le modèle de vulnérabilité-stress¹⁴, il suggère que divers facteurs, tant populationnels qu'individuels, interagissent et contribuent au développement de comportements suicidaires. Plus spécifiquement, ce modèle avance que la prise en compte des facteurs cliniques, psychologiques, sociologiques et biologiques et leur interrelation aide les cliniciens à mieux comprendre le phénomène du suicide et à être mieux outillés afin de prévenir le suicide et intervenir auprès des personnes à risque suicidaire.

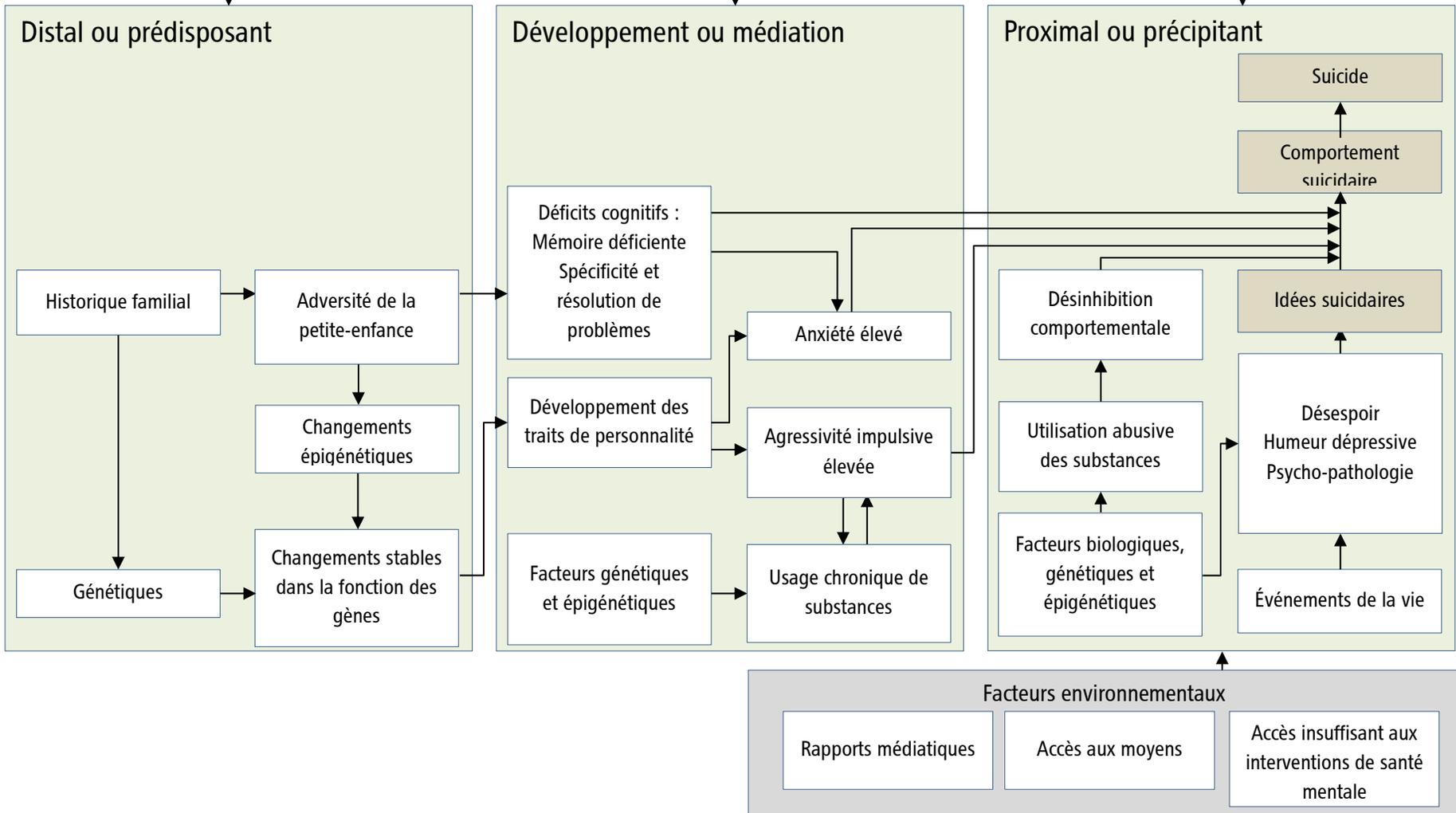
Nous invitons le lecteur qui souhaiterait en apprendre davantage sur les modèles explicatifs du suicide à consulter l'article fort éclairant de Turecki et Brent (2016), *Suicide and suicidal behavior*, publié dans le Lancet.

¹⁴ Ingram et Luxton, 2005

Facteurs de risque de la population



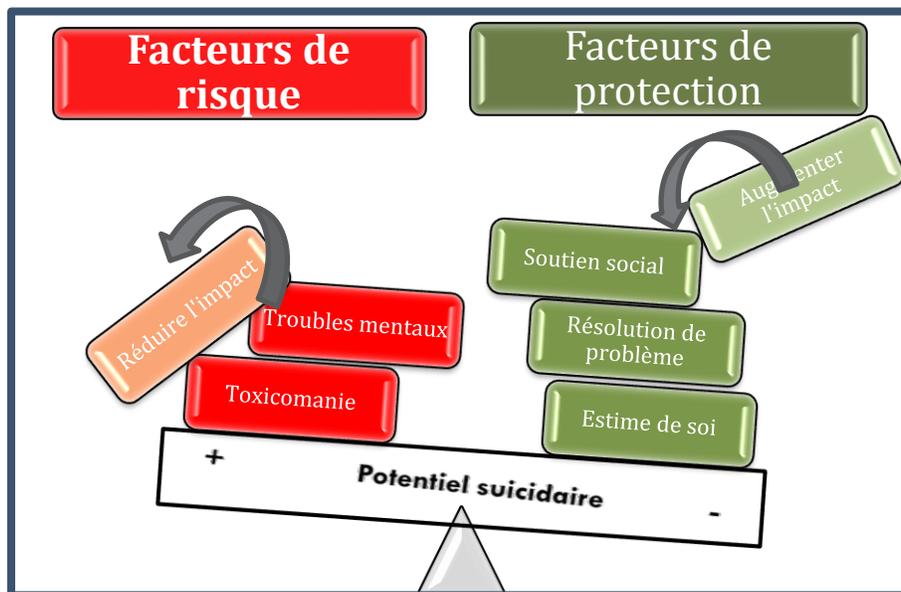
Facteurs de risque individuels



Extrait de: Turecki, G. et Brent, D.A., (2016) Suicide and suicidal behavior. www.thelancet.com vol 387 : 1227–39, Published Online September 16, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

Bien que l'identification des facteurs de risque qui augmentent la vulnérabilité de la personne soit essentielle, les facteurs de protection qui peuvent réduire leur impact ou encore favoriser des changements adaptatifs doivent aussi être considérés dans l'évaluation du risque suicidaire (Séguin, 2017). Les facteurs de protection peuvent être compris comme l'ensemble des ressources, des forces qui soutiennent la personne en cas de difficulté et qui font en sorte que le suicide ne deviendra pas une option envisageable¹⁵. Les liens d'attachement, les habiletés de résolution de problème, la capacité de voir le bon côté des choses sont des exemples de facteurs de protection¹⁶.

Le schéma suivant tente d'illustrer comment les facteurs de protection de la personne peuvent venir contrebalancer l'ampleur des facteurs de risques et, par le fait même, diminuer le risque suicidaire¹⁷. En ce sens, un des rôles du clinicien sera, entre autres, de tenter d'augmenter le poids des facteurs de protection par rapport aux facteurs de risque et ainsi diminuer l'impact de ces derniers (Montreuil et Gros, 2013).



¹⁵ APA, 2003 ; Santé Canada, 2009 ; White et Jodoin, 2004 dans Lane et coll., 2010 ; CPSQ dans MSSS, 2006 ; Nelson, Johnston et Shrivastava, 2010 ; Sanchez, 2001 dans Perlman et coll., 2011 ; Berman, 2006 ; Rudd, 2006, Rudd et coll., 2006 ; Vikes, 2003 ; Shea, 2012 dans Alonzo et Gearing, 2017

¹⁶ Lane et coll., 2010 ; CPSQ dans MSSS, 2006 ; Perlman et coll., 2011

¹⁷ Lafleur et Séguin, 2008 ; Montreuil et Gros, 2013

Partie 2 : Principes de base au processus d'évaluation du risque

2.1 Processus continu

L'évaluation du risque suicidaire doit être comprise comme un processus qui se fait de manière continue tout au long du suivi de la personne¹⁸. Ceci implique qu'elle s'amorce dès les premiers contacts et se termine lors de la fin du suivi (Emanuel et coll., 2010). La formulation d'une évaluation implique l'interaction, la collecte d'informations, l'exploration, l'analyse et l'interprétation. Cela nécessite des compétences fondamentales telles que l'observation, l'écoute, l'interrogation, la réflexion critique et le jugement. Ces compétences représentent des aspects essentiels de l'expertise du clinicien. Elles sont apprises et développées au fil du temps, et ne peuvent être acquises uniquement en utilisant un outil d'évaluation.

De même, aucun outil ne peut fournir les compétences interpersonnelles et relationnelles utilisées pour engager avec succès la personne et ses proches dans une relation de confiance — des compétences qui, avec le jugement clinique, sont au cœur du processus d'évaluation du risque de suicide.

Plusieurs instruments ont été développés afin d'évaluer le risque suicidaire. Jusqu'à ce jour, aucun n'a pu prédire le suicide, mais plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'un guide peut grandement aider le clinicien à clarifier son jugement clinique¹⁹. Bien que ce guide ne soit pas considéré comme un outil de mesure standardisé, il représente un champ de connaissances spécialisées ainsi que des repères conçus pour aider le clinicien

¹⁸ APA, 2003 ; Granello, 2010 ; Bryan et Rudd, 2010 ; Alonzo et Gearing, 2017

¹⁹ APA, 2003 ; [White, 2011](#) ; [Emanuel, Taylor, Hain, Combes, Halie, Karsh, Lau, Shalowitz, Shaw et Walton, 2013](#) ; [National Institute for Clinical Excellence, 2004, 2011](#) ; [Perlman et coll., 2011](#) ; Center for Substance Abuse Treatment, 2009; Bernet et coll., 2014

dans le développement de cette compétence. Comme l'a indiqué Perlman :²⁰

« Les outils d'évaluation ne sont qu'un des aspects du processus d'évaluation du risque de suicide. Ils doivent servir à éclairer, et non à remplacer le jugement clinique. Ces outils doivent être utilisés lors de l'entrevue clinique et seulement après qu'une relation thérapeutique se soit établie ». (Perlman et coll., 2011, p. 41).

2.2 Alliance et collaboration

L'évaluation du risque suicidaire doit d'abord s'inscrire dans une relation de confiance. La relation de confiance et le jugement clinique sont au cœur du processus d'évaluation²¹. Lane et coll. (2010) soulignent que les premières impressions sont extrêmement importantes pour jeter les bases d'une relation de confiance. De plus, la qualité des premières impressions est également citée comme un prédicteur du succès des interventions²².

Ce guide d'évaluation devrait être appliqué de manière cohérente avec les pratiques axées sur les forces et le rétablissement²³. L'évaluation devrait donc être réalisée en partenariat avec l'utilisateur et ses proches (Gottlieb & Feeley 2005), en utilisant une approche collaborative « apprenant ensemble »²⁴. À ce titre, le clinicien et la personne participent à l'exploration guidée, au dialogue constructif, à la réflexion critique et à l'évaluation conjointe.

Tout au long de l'évaluation, le clinicien reste concentré sur les besoins de la personne ; rythme l'interaction et ajuste le processus en conséquence. Les principales priorités du

²⁰ Granello, 2010 ; Perlman et coll., 2011

²¹ APA, 2003 ; Shea, 2008 ; RNAO, 2009 ; Alonzo et Gearing, 2017

²² Beckham, 1992 dans Bryan et Rudd, 2010

²³ Anthony, 1993, Gottlieb, 2013

²⁴ Allen & Warner, 2002, Pugnoire Gros & Young, 2007

clinicien comprennent : la promotion du bien-être, de l'autodétermination et du contrôle de la personne ; établir, développer et maintenir une relation de travail fiable et efficace ; et améliorer l'apprentissage, la compréhension et la compréhension. Les interventions interpersonnelles, appliquées partout, visent à aider la personne à se sentir écoutée, respectée, comprise et soignée. À ce titre, l'apport et la perspective de la personne sont évalués, ses priorités sont acceptées et ses décisions sont respectées. Selon les jeunes suicidaires²⁵, les attitudes et les interactions des cliniciens, empathiques, axées sur la collaboration et les forces, sont liées à un sentiment accru d'espoir et d'estime de soi.

2.3 Poser la question directement

Une personne en détresse peut être hésitante, voire freinée dans son ouverture à aborder son vécu suicidaire pour diverses raisons. On pourrait penser par exemple à une crainte de se faire hospitaliser, paraître pour un faible, ne pas avoir confiance que l'on puisse l'aider, etc. (Shea, 2008). L'évaluateur doit aborder le suicide directement en posant des questions franches²⁶ sans quoi, il risque de laisser transparaître une impression de malaise à l'égard du sujet²⁷. Par exemple, la question « *Pensez-vous au suicide* » est préférable à « *Voulez-vous arrêter de souffrir* ». En employant un langage sans détour, le clinicien envoie le message qu'il est prêt à entendre la réalité de la personne, ce qui a inévitablement un effet apaisant chez elle²⁸. « *Le fait d'aborder ouvertement le sujet du suicide offre à la personne la possibilité de confier ses intentions et constitue un moyen efficace de prévenir un passage à l'acte, du moins chez celui qui n'en a pas pris irrévocablement la décision et qui la dissimule* » (Klein, 2012, p. 89).

²⁵ Gros, Wright et al. 2011, Gros, Jarvis et coll., 2012

²⁶ Lafleur et Séguin, 2008 ; CSAT, 2009 ; Granello, 2010 ; Shea, 2008 ; Montreuil et Gros, 2013 ; Alonzo et Gearing, 2017

²⁷ CSAT, 2009 ; Shea, 2008

²⁸ Shea, 2008 ; Montreuil et Gros, 2013 ; Lafleur et Séguin, 2008

2.4 Utiliser des questions ouvertes

Au cours de l'entretien, l'évaluateur gagne à employer des questions ouvertes qui invitent la personne à élaborer sur son vécu²⁹. Par exemple, le fait de demander « *Parlez-moi de situations qui vous ont amené à vouloir vous suicider* » permettra au professionnel d'obtenir davantage d'informations qu'avec la question « *quand avez-vous eu des idées suicidaires ?* ».

Tout au long du processus d'évaluation, les questions doivent être formulées de façon claire et objective, sans jugement et sans suggérer d'hypothèses. Il est de rigueur de s'appuyer de la perspective de la personne (Gottlieb & Feeley, 2005). De surcroît, les questions ne doivent jamais être posées dans une succession de tir rapide, comme dans un interrogatoire. Les cliniciens peuvent tomber dans ce piège pour plusieurs raisons; lorsqu'ils sont occupés et pressés par le temps ou encore, s'ils se sentent obligés de couvrir toutes les questions sur le formulaire d'évaluation. Essayer de recueillir trop d'informations trop rapidement peut amener la personne à se sentir dépassée. Une approche qui est centrée sur la personne - et non sur le professionnel - signifie offrir à l'individu le temps nécessaire pour réfléchir sur sa situation, rassembler ses pensées et décider quelles informations partager en réponse à chaque question. Encourager un dialogue ouvert et un échange sur les questions ou priorités d'importance pour la personne est favorisé par rapport à un format rigide d'entrevue dans lequel le clinicien décide quelles questions poser et quand les poser. En outre, inviter des individus à poser eux-mêmes des questions encourage leur participation et peut mener à des prises de consciences importantes. Par exemple, demander: «*Quelles questions vous posez-vous ces jours-ci?*» ou «*Quelle est la question à laquelle vous aimeriez avoir la réponse en ce moment?*» est conforme à une approche collaborative (Gottlieb & Feeley 2005). De plus, tout au long de l'échange, une attention particulière doit être accordée aux signaux non verbaux et au paralangage. L'observation du langage corporel, de

²⁹ Granello, 2010 ; CSAT, 2009

l'expression faciale, du contact visuel, des hésitations ou des réponses incomplètes fournit des informations importantes pour approfondir la réflexion et l'exploration (Shea, 2008). Inviter la personne à partager ses propres observations, à réfléchir sur leur signification et leur importance et à décider de la meilleure façon de procéder est compatible avec une approche collaborative d'apprentissage pour rassembler et interpréter l'information³⁰.

2.5 Tâche complexe et exigeante

L'évaluation du risque suicidaire est complexe et exigeante d'autant plus que les comportements et idées suicidaires peuvent fluctuer dans le temps et d'une rencontre à l'autre³¹. Le professionnel qui évalue le risque suicidaire d'une personne entame une démarche qui lui permettra d'estimer la probabilité qu'elle passe à l'acte³². Il est souvent confronté à l'ambivalence de la personne (mourir ou rester en vie), des manifestations émotives intenses et des informations peu claires ou contradictoires³³. Le processus est donc en soi une démarche imprécise avec laquelle le professionnel doit composer (Granello, 2010). Tantôt la personne accepte l'aide, tantôt elle la repousse, ce qui oblige le professionnel à s'ajuster à son rythme, à démontrer de la patience, de la flexibilité et de la compassion (Monk et Samra, 2007). Plusieurs rencontres peuvent être nécessaires pour que la personne se sente suffisamment en confiance pour révéler l'ampleur de sa détresse³⁴. Le fait de questionner ouvertement et régulièrement la personne aide le professionnel à mieux saisir les circonstances spécifiques à la personne qui influencent le risque de passage à l'acte³⁵.

³⁰ Gottlieb & Feeley 2005; Pugnaire Gros & Young, 2007

³¹ Granello, 2010 ; Monk et Samra, 2007

³² Daigle et coll., 2003 *dans* Laflamme, 2007

³³ Granello, 2010 ; Monk et Samra, 2007

³⁴ Bryan et Rudd, 2010 ; Perlman et coll., 2011

³⁵ Granello, 2010 ; CSAT, 2009

2.6 Facteurs de risque et jugement clinique

Nous verrons plus loin qu'il existe une multitude de facteurs de risque et qu'une personne peut en présenter quelques-uns ou plusieurs. Il est essentiel de bien connaître les facteurs de risque associés au risque suicidaire et les signes avant-coureurs chez la personne à évaluer³⁶. Cependant, le jugement clinique n'est pas un exercice de comptabilisation mathématique, mais bien une interprétation de la réalité unique de la personne³⁷. Cette évaluation est nécessairement approximative parce qu'elle repose sur la probabilité qu'une personne se donne la mort ou s'inflige des blessures néfastes³⁸. Ce jugement clinique reflète la prise en compte de multiples variables qui interagissent entre elles pour donner un portrait global de la situation de la personne à un moment donné³⁹.

2.7 Suicide et culture

L'évaluateur doit démontrer une sensibilité culturelle afin de moduler son jugement clinique en fonction de la réalité unique de la personne évaluée⁴⁰. En effet, il doit chercher à savoir si la personne fait partie d'une culture ou une sous-culture qui pourraient valoriser le suicide (Galynker, 2017). L'on pourrait penser par exemple à certaines tendances que l'on peut voir apparaître notamment chez les jeunes qui s'identifient à un groupe tel que les « gothiques », « emos », etc. (Shea, 2008).

2.8 Informations collatérales

De manière générale, le réseau et les proches doivent être considérés comme des alliés

³⁶ APA, 2003 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Granello, 2010 ; Alonzo et Gearing, 2017

³⁷ Granello, 2010 ; Alonzo et Gearing, 2017

³⁸ Mishara, 2005 ; Richard-Devantoy et Jollant, 2012 ; Notredame et coll., 2017

³⁹ Richard-Devantoy et Jollant, 2012 ; Notredame et coll., 2017

⁴⁰ APA, 2003 ; APA, 2013 ; Granello, 2010 ; Monk et Samra, 2007 ; RNAO, 2009 ; Perlman et coll., 2011 ; Alonzo et Gearing, 2017

dans le processus. Or, il existe certaines situations où le dysfonctionnement familial ou social, les croyances culturelles et religieuses risquent d'exacerber la détresse de la personne à évaluer. Il va sans dire que le clinicien devra préalablement obtenir l'autorisation signée de l'utilisateur de communiquer avec les personnes significatives, lorsque requis par la Loi⁴¹. Ainsi, quand cela est possible et afin d'avoir accès à plus d'informations, le clinicien devrait consulter les acteurs clés dans la vie de la personne : sa famille, son entourage, ses intervenants ou professionnels, son psychiatre ou encore ses responsables de ressources résidentielles⁴². Ces derniers ont généralement une connaissance de la personne sur le long terme et peuvent offrir des perspectives importantes sur les facteurs de protection tels que les forces, les capacités, les ressources, les préférences, les besoins de soins et le fonctionnement quotidien de la personne (Wright et Leahey, 2009). Cette démarche permet ainsi de recueillir des observations sur : les stress dans sa vie quotidienne, son niveau de fonctionnement habituel, les changements qui surviennent (Shea, 2008) et l'apparition de manifestations de détresse suicidaire (propos, comportements, etc.) (Perlman et coll., 2011). Ce faisant, le professionnel s'assure qu'il dispose de toutes les informations nécessaires, en comparant, par exemple, les dires de la personne aux observations de son entourage pour positionner son jugement clinique⁴³.

2.9 Informations au dossier

La consultation du dossier de l'utilisateur est primordiale afin de prendre connaissance de l'ensemble des informations qui sont susceptibles d'influencer le jugement clinique, comme la présence d'un diagnostic psychiatrique avec ou sans comorbidité, l'histoire développementale, les antécédents d'idées et de tentatives suicidaires, la présence

⁴¹ Perlman et coll., 2011 ; Schreiber et Culpepper, 2014

⁴² APA, 2003 ; Laflamme, 2007 ; Shea, 2003 ; Granello, 2010 ; Monk et Samra, 2007 ; RNAO, 2009 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Galynker, 2017

⁴³ Shea, 2008 ; Granello, 2010

d'une condition médicale, etc. Cet exercice informe aussi sur l'existence de professionnels qui pourraient être impliqués auprès de l'utilisateur et s'avérer être des alliés importants pour l'évaluation et son suivi (APA, 2003).

2.10 Ne pas travailler seul

Les professionnels, novices comme les plus expérimentés, ne devraient jamais mener leur évaluation du risque suicidaire en solo⁴⁴. Ils doivent nécessairement consulter des collègues, d'autres professionnels impliqués, un superviseur clinique ou encore le psychiatre attitré lorsque possible. Cette démarche assure un filet de sécurité en offrant l'occasion de prendre de la distance vis-à-vis de la situation et de prendre en considération une opinion clinique différente⁴⁵. Cette recherche d'appui clinique devrait se faire en tout temps, mais à plus forte raison quand l'intervenant perçoit un risque imminent afin de s'assurer d'un encadrement le plus sécuritaire possible pour la personne (CSAT, 2009).

2.11 Le professionnel face à la souffrance et la question du suicide

2.11.1 Rester sensible à ses propres limites

L'évaluation du risque suicidaire est une tâche stressante et exigeante émotionnellement⁴⁶. Durant l'exercice, chaque professionnel porte son propre bagage personnel qui est composé de ses valeurs, croyances, blessures psychologiques, mécanismes de défense, etc. et qui est susceptible d'émerger au cours de l'entretien⁴⁷. Il doit être sensible à ses

⁴⁴ Monk et Samra, 2007 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Sadoff, 1990 dans Granello, 2010 ; CSAT, 2009

⁴⁵ Lafleur et Séguin, 2008 ; Sadoff, 1990 dans Granello, 2010 ; Monk et Samra, 2007 ; CSAT, 2009

⁴⁶ Monk et Samra, 2007 ; Packman, Pennuto, Bongar et Orthwein, 2004 dans CSAT, 2009 ; Perlman et coll., 2011 ; Shea, 2008 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Jobes, Eyman et Yufit, 1995 dans Bryan et Rudd, 2010

⁴⁷ Monk et Samra, 2007 ; Shea, 2008

propres limites et enjeux personnels⁴⁸. Par exemple, un évaluateur qui aurait souffert des conséquences d'un suicide dans sa pratique ou dans son entourage pourrait éprouver de la difficulté à rester centré sur le vécu unique de la personne⁴⁹. Il pourrait ressentir de la colère ou encore démontrer une attitude moralisante, ce qui pourrait malencontreusement exacerber la détresse de la personne qui cherche de l'aide⁵⁰.

2.11.2 Gérer ses propres réactions émotionnelles

Le professionnel doit donc reconnaître, identifier et gérer ses propres réactions émotionnelles découlant de ses croyances, attitudes et expériences face au phénomène du suicide et de la mort⁵¹. Il est nécessaire que le professionnel soit au clair avec ses perceptions entourant le suicide quant : à son évitabilité, à son acceptabilité sociale, aux motifs pouvant mener à un passage à l'acte, à la réelle intention de la personne suicidaire qui demande de l'aide et à ses responsabilités face à une personne suicidaire (Bryan et Rudd, 2010). Il doit être à l'affût de la possibilité qu'il puisse adhérer à un ou des mythes entourant le suicide (Monk et Samra, 2007). Il doit prendre conscience du fait que ses réactions influencent (positivement ou négativement) la communication qu'il entretient avec la personne et ses interventions⁵².

⁴⁸ Simon Fraser University, 2007 dans Lane et coll., 2010 ; CSAT, 2009 ; Shea, 2008

⁴⁹ APA, 2003 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Emanuel et al, 2010 ; Monk et Samra, 2007 ; Shea, 2008

⁵⁰ APA, 2003 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Emanuel et al, 2010 ; Monk et Samra, 2007

⁵¹ Havens, 1965 dans APA, 2003 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Emanuel, Taylor, Hain, Combes, Hatlie, Karsh, Lau, Shalowitz, Shaw et Walten, 2010 ; Monk et Samra, 2007 ; Rudd, Cukrowicz et Bryan 2008 dans Bryan et Rudd, 2010 ; Galynker, 2017

⁵² APA, 2003 ; Emanuel, Taylor, Hain, Combes, Hatlie, Karsh, Lau, Shalowitz, Shaw et Walten, 2010 ; Ren et coll., dans RNAO, 2009 ; CSAT, 2009 ; Perlman et coll., 2011 ; Bryan et Rudd, 2010 ; Galynker, 2017

2.11.3 Réactions émotives courantes face à une personne suicidaire : Sources

Sentiment de malaise avant et après la rencontre	RNAO, 2009
Impression d’être manipulé (particulièrement par les personnes chroniquement suicidaires)	Monk et Samra, 2007
Inquiétude	Monk et Samra, 2007
Anxiété	Monk et Samra, 2007 ; Varghese et Kelly, 1999 <i>dans</i> Galynker, 2017
Peur	Emanuel et al, 2010 ; Monk et Samra, 2007 ; Bryan et Rudd, 2010
Découragement	Havens, 1965 <i>dans</i> APA, 2003
Colère et hostilité	Emanuel et coll., 2010 ; Maltzberger et Buie, 1980 <i>dans</i> APA, 2003 et Shea, 2008 ; Monk et Samra, 2007 ; Ren et coll., <i>dans</i> RNAO, 2009 ; Bryan et Rudd, 2010 ; Varghese et Kelly, 1999 <i>dans</i> Galynker, 2017
Frustration	Perlman et coll., 2011
Sentiment d’impuissance	Kernberg, 1994 <i>dans</i> Monk et Samra, 2007 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Perlman et coll., 2011
Désespoir	Kernberg, 1994 <i>dans</i> Monk et Samra, 2007 ; Bryan et Rudd, 2010
Aversion	Monk et Samra, 2007

2.11.4 Comportements à identifier et à gérer : Sources

Mépriser la personne	Emanuel et coll., (2010)
Démontrer de l'irritabilité	RNAO, (2009)
Prendre des précautions excessives	Shea, (2008)
Effectuer des démarches précipitées pour faire appliquer la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui	Lafleur et Séguin, (2008)
Adopter un rôle de sauveur	Hendin, (1981) et Schawartz, (1974) dans APA, (2003)
Adopter une attitude autoritaire et de contrôle et un questionnement inquisiteur pour diminuer son anxiété	CSAT, (2009)
Banaliser la détresse vécue	Lafleur et Séguin (2008) ; Montreuil et Gros (2013)
Demander à ce que la personne les rassure	CSAT (2009) ; Shea (2008)
Rejeter la personne	Havens (1965) dans APA (2003)
Outrepasser les frontières professionnelles	Gabbard (1995) dans APA (2003)
Surestimer ou sous-estimer les capacités de la personne	APA (2003)
Éviter d'aborder la question du suicide	Birtchnell (1983) et Hendin (1981) dans APA, 2003 ; Lafleur et Séguin (2008) ; CSAT (2009) ; Shea (2008)
Aborder le suicide uniquement à la fin de l'entretien, résultant ainsi d'une collecte d'information incomplète	Bryan et Rudd (2010)
Aborder le suicide de manière précipitée	Lafleur et Séguin (2008) ; Bryan et Rudd (2010)
Manifester un évitement général dans le traitement	Monk et Samra (2007)
Rêver à la personne	RNAO (2009)
Penser à la personne en dehors du travail	RNAO (2009) ; Shea (2008)
Référer rapidement à un autre service	Lafleur et Séguin (2008)

2.11.5 Rester à l'affût et aller chercher de l'aide

Un professionnel hanté par l'idée qu'un usager se suicide peut voir son jugement professionnel altéré et ne pas être en mesure de conserver ses moyens pour intervenir adéquatement, ce qui pourrait avoir des effets néfastes⁵³. Malheureusement, trop de personnes ayant été mal accueillies par un intervenant dans leur détresse suicidaire hésitent ou encore ne vont pas chercher de l'aide pour leurs idées suicidaires⁵⁴. Près de 50 % des personnes qui ont fait une tentative suicidaire subséquente expriment que leurs besoins ont mal été desservis, ce qui implique qu'ils ont probablement reçu des soins insuffisants.⁵⁵

Le professionnel doit donc rester à l'affût de ses propres difficultés et aller chercher de l'aide lorsque nécessaire (Perlman et coll., 2011), notamment lorsqu'il a eu à mener un entretien difficile. La supervision clinique ou encore l'obtention de soutien professionnel à l'externe, tel que le Programme d'Aide aux Employés, constituent des avenues possibles de soutien⁵⁶. Le fait d'entreprendre une démarche permettant de mieux saisir ses propres enjeux face à la détresse suicidaire offre l'occasion de prendre un recul nécessaire pour rester centré sur le vécu de la personne⁵⁷.

⁵³ Bonner, 1990 *dans* Granello, 2010 ; Frances et Miller, 1989 *dans* Monk et Samra, 2007 ; Harrison, 1995 *dans* Perlman et coll., 2011 ; Bryan et Rudd, 2010 ; Alonzo et Gearing, 2017 ; Galynker, 2017

⁵⁴ Alexander et coll., 2009 *dans* Perlman et coll., 2011 ; Shea, 2008

⁵⁵ Han et coll., 2014 *dans* Alonzo et Gearing, 2017

⁵⁶ Lafleur et Séguin, 2008 ; Emanuel et coll., 2010 ; APA, 2003 ; Monk et Samra, 2007 ; Ren et coll., 2004 *dans* RNAO, 2009 ; CSAT, 2009 ; Perlman et coll., 2011 ; Shea, 2008

⁵⁷ Pompili, 2011 *dans* Perlman et coll., 2011 ; Shea, 2011

Partie 3 : Présentation du guide

3.1 Pratique clinique

Comme recommandé dans les écrits scientifiques, le GÉRIS évalue à la fois les **facteurs de risque, l'urgence suicidaire, la dangerosité** ainsi et les **facteurs de protection**⁵⁸. Nous tenons à souligner l'importance capitale que revêt l'évaluation des dimensions de **l'urgence et la dangerosité suicidaire, la létalité des moyens, l'accès au moyen et les tentatives de suicide antérieures** parce qu'ils constituent les éléments prédictifs d'un passage à l'acte le plus probant, les plus récents et du plus haut niveau recensé dans les écrits⁵⁹.

Le processus d'évaluation et l'entretien avec une personne en crise suicidaire ne peuvent jamais se faire de manière séquentielle (Lafleur et Séguin, 2008). Afin de maintenir l'alliance, le clinicien doit faire preuve de souplesse en s'ajustant aux propos de la personne et en prenant garde de ne pas mener son entretien comme s'il menait un interrogatoire ou administrait un questionnaire standardisé⁶⁰. Comme mentionné précédemment, il n'est pas nécessaire d'obtenir toutes les informations en une seule rencontre. L'urgence et la dangerosité sont les éléments les plus prédictifs dans le moment présent et peuvent suffire à établir un niveau de risque. Toutefois, plus l'évaluation du risque suicidaire sera complète et détaillée, plus il sera possible d'intervenir de manière individualisée et efficace pour prévenir le suicide⁶¹.

⁵⁸ Laflamme, 2007 ; Shea, 2008 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Notredame et coll., 2017

⁵⁹ Notredame et coll., 2017 ; Freeman, 2012 ; Lane, et coll., 2010 ; Sakinofsky, 2014, Schreiber et Culppeper, 2014

⁶⁰ Lafleur et Séguin, 2008 ; Bryan et Rudd, 2010 ; Alonzo et Gearing, 2017

⁶¹ Lafleur et Séguin, 2008 ; Alonzo et Gearing, 2017

3.1.1 Démarches à effectuer par le clinicien

Évaluer l'ensemble des composantes du risque suicidaire

Urgence suicidaire (7 éléments)

Idées suicidaires
Durée des idées
Intention suicidaire
Planification
Contrôle des idées
Tension émotionnelle/anxiété
Capacité à accepter de l'aide

Dangerosité (2 éléments) :

Létalité du moyen
Accès au moyen

Facteurs additionnels

Description du plan actuel
Signes avant-coureurs
Antécédents de tentatives de suicide et niveau de risque associé
Idées suicidaires antérieures et gestes autodestructeurs ou d'automutilation sans intention suicidaire
Sentiments tant qu'à la tentative de suicide récente

Facteurs/événements précipitants
Facteurs prédisposants/contribuants.
Facteurs de protection

Déterminer un niveau de risque global (absent/faible/moyen/élevé)

Déterminer les interventions à entreprendre, comprenant entre autres les niveaux de surveillance et de suivi appropriés au niveau de risque

Documenter l'ensemble de ses démarches d'évaluation et d'intervention



Dans le cas d'une personne en crise suicidaire qui présente d'importants éléments de désorganisation, le professionnel doit immédiatement procéder à l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité suicidaire et prendre les mesures nécessaires pour la protéger s'il y a lieu.



Limites à considérer :

Certains facteurs de risque sont communs tandis que d'autres peuvent présenter des spécificités selon les groupes de populations auxquels on s'adresse. Les cliniciens sont invités à utiliser le guide en tenant compte des contextes des différents groupes d'âge et de populations.

3.2 Explications détaillées sur les items à considérer

Afin de faciliter sa tâche, l'évaluateur peut s'aider du « Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire » présenté à la page suivante pour s'assurer de couvrir l'ensemble des paramètres à considérer. Les éléments pertinents à l'évaluation devront être consignés au dossier selon les modalités adoptées par l'établissement et structurés dans le rapport d'intervention selon les normes de pratique professionnelle de l'évaluateur.



Les idées suicidaires peuvent être accompagnées de pensées d'homicides. Par conséquent, aborder les idées d'homicide est une composante obligatoire de l'évaluation du risque de suicide (Lafleur et Séguin, 2008). Le GÉRIS n'est pas conçu pour effectuer une évaluation approfondie du risque d'homicide. Cependant, certaines questions concernant les idées d'homicide sont incluses en **ROUGE**

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HLAS | <input type="checkbox"/> HGL | <input type="checkbox"/> CHSM | <input type="checkbox"/> HSA |
| <input type="checkbox"/> IUSMD | <input type="checkbox"/> CHSLD DBV | <input type="checkbox"/> CHSLD DOR | <input type="checkbox"/> CHSLD NP |
| <input type="checkbox"/> CHSLD LACH | <input type="checkbox"/> CHSLD LAS | <input type="checkbox"/> CLSC LSL | <input type="checkbox"/> CROM |
| <input type="checkbox"/> CHSLD | <input type="checkbox"/> CLSC DL | <input type="checkbox"/> CLSC PFDS | <input type="checkbox"/> CJ BAT |
| <input type="checkbox"/> CLSC | <input type="checkbox"/> MDN | | |
| <input type="checkbox"/> EXLACH | | | |

GUIDE D'ÉVALUATION DE LA PERSONNE À RISQUE SUICIDAIRE

		NIVEAUX DE RISQUE			
PARAMÈTRES À CONSIDÉRER		Absent	Faible	Modéré	Élevé
A	Idées suicidaires	Aucune	1 fois par semaine ou moins	2 à 5 fois par semaine	Tous les jours ou presque, ou plusieurs fois/jour A.1
	Durée des idées	Aucune	Brièvement, moins d'une heure	1 à 8 heures	Plus de 8 heures ou continuellement A.2
	Intention suicidaire	Aucune intention	Souhaite parfois mourir	Souhaite souvent mourir	Déterminé à mourir A.3
	Planification	N'a aucun plan	Pense à un moyen, un lieu ou un moment sans intention de passer à l'acte	A choisi un moyen, un lieu. Moment au-delà de 24h ou imprévisible. Préparatifs	Plan complet et imminent (d'ici 24h) A.4
	Urgence suicidaire	Obsession des idées	Capable de chasser ses pensées/idées	Peu ou certaines difficultés à chasser ses pensées/ idées	Beaucoup de difficulté à chasser ses pensées/idées Hallucinations mandatoires A.5
		Tension émotionnelle	Est/Se sent détendu	Est/Se sent un peu ou parfois tendu	Est/Se sent souvent tendu, déplaisant mais supportable A.6
		Capacité à accepter de l'aide	Agit de façon à recevoir de l'aide	Légère réticence à recevoir de l'aide, distant	Réticence modérée, garde de l'information A.7
B	Dangerosité	Létalité du moyen	Sans objet	Peu probable d'entraîner des blessures	Probabilité d'entraîner des blessures majeures B.1
		Accès au moyen	Aucun	Difficile	Envisageable, réalisable B.2

FACTEURS ADDITIONNELS

C.1

Description du plan :

- Signes avant-coureurs :**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Message d'adieu | <input type="checkbox"/> Documents légaux (Testament) |
| <input type="checkbox"/> Dons des biens | <input type="checkbox"/> Rémission spontanée, euphorie |
| <input type="checkbox"/> Isolement | <input type="checkbox"/> Autres : |

- Tentatives de suicide antérieures
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Faible
Il y a plus de 1 an | <input type="checkbox"/> Modéré
Entre 2 mois et 1 an | <input type="checkbox"/> Élevé
Il y a moins de 2 mois |
|--|---|--|
- Nombre : _____

C.2

- Tentative de suicide récente :
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Honte, déçu(e), fâché(e) d'être en vie | <input type="checkbox"/> Désire répéter le geste |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

- Idées suicidaires antérieures Nombre : _____

- Gestes autodestructeurs / automutilations Nombre : _____

Date (AAAA / MM / JJ)	Événement(s) précipitant(s)	Moyen(s)

C.3

Facteurs / événements précipitants (proximaux)	Facteurs contributifs et prédisposants (développementaux et distaux)
<input type="checkbox"/> Symptômes ou trouble de santé mentale : <input type="checkbox"/> Augmentation récente de la consommation <input type="checkbox"/> Maladie physique / invalidante (ex.: cancer, douleur chronique) : Événements ou condition de vie difficile : <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Rupture <input type="checkbox"/> Abus <input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Humiliation <input type="checkbox"/> Culpabilité <input type="checkbox"/> Honte <input type="checkbox"/> Difficultés financières <input type="checkbox"/> Perte ou deuil récent <input type="checkbox"/> Circonstances périnatales <input type="checkbox"/> Conflits relationnels <input type="checkbox"/> Conflits juridiques <input type="checkbox"/> Intimidation <input type="checkbox"/> Autres, précisez :	<input type="checkbox"/> Déficits cognitifs <input type="checkbox"/> Anxiété élevée <input type="checkbox"/> Abus de substances et autres dépendances Histoire ou conditions de vie difficiles : <input type="checkbox"/> Abus ou négligence dans l'enfance <input type="checkbox"/> Mère adolescente <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Monoparentalité <input type="checkbox"/> Violence <input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de suicide : Population vulnérable : <input type="checkbox"/> LBGTQ2+ <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Détenu, ex-détenu <input type="checkbox"/> Minorité ethnique <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle - Autisme <input type="checkbox"/> Itinérance <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Adolescent <input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autres, précisez :

C.4

Facteurs de protection

Qu'est-ce qui aide, peut aider ?

- Éléments dissuasifs, forces :
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Identifie des raisons de vivre | <input type="checkbox"/> Croit que le suicide est immoral |
| <input type="checkbox"/> Grande spiritualité | |
| <input type="checkbox"/> Soutien social perçu comme significatif / soutenant | |
| <input type="checkbox"/> Famille ou réseau impliqué et se tient responsable : | |
| ▶ Nom : | Lien : |

▶ Coordonnées :

- Peur de la mort ou de mourir en douleur et souffrance Engagé dans son travail ou à l'école
- Autres :



	Date (A/M/J) :				Date (A/M/J) :				Date (A/MJJ) :			
	Heure (H:M) :				Heure (H:M) :				Heure (H:M) :			
Niveaux de risque	Absent	Faible	Modéré	Élevé	Absent	Faible	Modéré	Élevé	Absent	Faible	Modéré	Élevé
Idées suicidaires												
Durée des idées												
Intention suicidaire												
Planification												
Obsession des idées												
Tension émotive												
Accepter de l'aide												
Létalité												
Accès au moyen												
Facteurs additionnels												
Niveau de risque global												
Signature												

	Date (A/M/J) :				Date (A/M/J) :				Date (A/M/J) :			
	Heure (H:M) :				Heure (H:M) :				Heure (H:M) :			
Idées suicidaires												
Durée des idées												
Intention suicidaire												
Planification												
Obsession des idées												
Tension émotive												
Accepter de l'aide												
Létalité												
Accès au moyen												
Facteurs additionnels												
Niveau de risque global												
Signature												

Jour/Mois												
Heure (HH / MM)												
Élevé												
Modéré												
Faible												
Absent												
Initiales :												

A. Urgence suicidaire

N.B. Notredame et coll. (2017) soulignent que de par sa nature, la composante de l'urgence suicidaire est relativement difficile à étudier dans une perspective épidémiologique, ce pour quoi le RQSHA a trouvé peu d'études à ce sujet. L'accès à ces personnes est difficile pour des chercheurs étant donné le fait que le suicide, même s'il demeure une préoccupation extrêmement importante, demeure un événement relativement rare. En effet, étudier ce critère impliquerait d'étudier des personnes en crise suicidaire qui sont à quelques heures de passer à l'acte, ce qui contreviendrait à l'éthique de la recherche. Il est donc à dire que l'évaluation de l'urgence repose surtout sur les observations et le savoir expérientiel des intervenants travaillant auprès de personnes en crise suicidaire. C'est ce qui a amené le groupe de cliniciens consultés pour le développement du GÉRIS à inclure davantage d'éléments à observer (contrôle des idées, tension émotionnelle et capacité à accepter de l'aide).

Les critères **d'urgence suicidaire** réfèrent surtout à un court laps de temps où la personne pourrait poser un geste suicidaire, soit de l'immédiat à quelques jours⁶². Lorsqu'on parle d'urgence, on fait généralement référence à la probabilité d'un passage à l'acte dans les 48 heures⁶³. L'urgence suicidaire est un élément clé qui renseigne les cliniciens sur la nécessité de prendre les dispositions nécessaires pour protéger la personne⁶⁴.

⁶² Notredame et coll., 2017

⁶³ Laflamme, 2007 ; Montreuil et Gros, 2013

⁶⁴ Laflamme, 2007 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Notredame et coll., 2017

		NIVEAUX DE RISQUE				
PARAMÈTRES À CONSIDÉRER		Absent	Faible	Modéré	Elevé	
A Urgence suicidaire	Idées suicidaires	Aucune	1 fois par semaine ou moins	2 à 5 fois par semaine	Tous les jours ou presque, ou plusieurs fois/jour	A.1
	Durée des idées	Aucune	Brièvement, moins d'une heure	1 à 8 heures	Plus de 8 heures ou continuellement	A.2
	Intention suicidaire	Aucune intention	Souhaite parfois mourir	Souhaite souvent mourir	Déterminé à mourir	A.3
	Planification	N'a aucun plan	Pense à un moyen, un lieu ou un moment sans intention de passer à l'acte	A choisi un moyen, un lieu. Moment au-delà de 24h ou imprévisible. Préparatifs	Plan complet et imminent (d'ici 24h)	A.4
	Obsession des idées	Capable de chasser ses pensées/idées	Peu ou certaines difficultés à chasser ses pensées/ idées	Beaucoup de difficulté à chasser ses pensées/ idées	Incapable de chasser ses pensées/idées Hallucinations mandatoires	A.5
	Tension émotionnelle	Est/Se sent détendu	Est/Se sent un peu ou parfois tendu	Est/Se sent souvent tendu, déplaisant mais supportable	Est/Se sent toujours tendu, insupportable	A.6
	Capacité à accepter de l'aide	Agit de façon à recevoir de l'aide	Légère réticence à recevoir de l'aide, distant	Réticence modérée, garde de l'information	Refuse l'aide, mutisme	A.7

A.1 Idées suicidaires

Description

L'identification de la présence et de la fréquence d'apparition d'idées suicidaires ouvre la possibilité de réduire le risque de geste suicidaire⁶⁵. L'évaluateur doit chercher à savoir si les idées suicidaires sont accompagnées d'idées homicidaires (Lafleur et Séguin, 2008). Il est important de souligner que la plupart du temps, les idées suicidaires ne conduisent pas à un acte suicidaire (Shea, 2008), mais une personne qui a souvent pensé au suicide sans avoir fait de tentative est considérée comme plus vulnérable à un passage à l'acte⁶⁶. Lorsqu'il considère ce paramètre, l'intervenant doit à la fois identifier s'il y a présence d'idées suicidaires et déterminer la fréquence à laquelle elles surviennent⁶⁷.

Exemples de questions pour évaluer les idées suicidaires :

- *Avez-vous eu des idées suicidaires dans le passé ?*
- *Avez-vous des idées suicidaires actuellement ?*
- *Avez-vous déjà souhaité être mort(e) ou vous endormir et ne jamais vous réveiller ?*
- *Avez-vous réellement déjà pensé à vous suicider ?*
- *Est-ce tellement difficile que vous pensez à vous enlever la vie ?*
- *Quand ces pensées ont-elles commencé ?*
- *Est-ce que ces idées surviennent plus souvent lorsque vous vous trouvez à **certains endroits/à certains moments de la journée ou de l'année ?***
- *Pouvez-vous préciser ces pensées*
- *Avez-vous, le cas échéant, des pensées de mettre fin à la vie d'une ou de plusieurs personnes ? Avez-vous eu des pensées de cette nature dans le passé ?
Pouvez-vous donner des exemples de ces pensées ?*

⁶⁵ Shea, 2008 ; Perlman et coll., 2011 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Alonzo et Gearing, 2017 ; Galynker, 2017

⁶⁶ Notredame et coll., 2017, Renaud et coll., 2017

⁶⁷ Bongar, 2013 ; Posner et coll., 2009

Évaluation du facteur de risque :

Idées suicidaires	Aucune	1 fois par semaine ou moins	2 à 5 fois par semaine	Tous les jours ou presque, ou plusieurs fois/ jour
--------------------------	--------	-----------------------------	------------------------	--



Parfois, même si une personne affirme ne pas avoir d'idées ni de plan suicidaire, il est important de poursuivre l'évaluation de risque suicidaire (Alonzo et Gearing, 2017). En effet, une étude révèle que près de 44 % des gens à qui l'on demande pour la première fois si elles ont des idées suicidaires répondent « non » à la question (Barber, Marzuk, Leon, et Portera, 2001 *dans* Granello, 2010). Une personne peut avoir de nombreux facteurs de risque la rendant plus vulnérable au suicide, mais ne pas partager avoir d'idées suicidaires. Dans ce contexte, une plus grande vigilance est de mise.

A.2 Durée des idées

Description

S'enquérir sur la durée des idées aide à mieux apprécier l'intensité de l'idée suicidaire⁶⁸. En effet, plus une personne rumine des idées suicidaires sur une longue période, plus grandes sont les chances que son plan suicidaire se précise⁶⁹.

Exemples de questions pour évaluer la durée des idées suicidaires :

- *Combien de fois avez-vous ces pensées ? Reviennent-elles souvent ?*
- *Dans quelles circonstances ces pensées reviennent-elles ?*
- *Combien de temps perdurent ces pensées dans votre esprit ?*

Évaluation du facteur de risque :

Durée des idées	Aucune	Brièvement, moins d'une heure	1 à 8 heures	Plus de 8 heures ou continuellement
------------------------	--------	-------------------------------	--------------	-------------------------------------

⁶⁸ Shea, 2008 ; Bryan et Rudd, 2010 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Notredame et coll., 2017 ; Richard-Devantoy et Jollant, 2012, Posner et coll., 2011

⁶⁹ Joiner, Rudd et Rajab, 1997 dans Bryan et Rudd, 2010

A.3 Intention suicidaire

Description

Le concept d'intention suicidaire est un élément clé qui ressort dans la plupart des guides de pratiques recensés par Benet et coll. (2014). Il est important de savoir que la crise suicidaire est caractérisée par l'ambivalence, c'est-à-dire que la personne se sent déchirée entre l'option de vivre ou de mourir (Lafleur et Séguin, 2008). Il est donc nécessaire de déterminer jusqu'à quel point l'intention de mourir pèse dans sa balance⁷⁰.

Une personne peut exprimer verbalement et directement son intention de se suicider⁷¹. Elle peut aussi lancer des messages verbaux indirects comme « *j'en ai assez d'être un fardeau* » ; exprimer ses intentions dans ses comportements observables, tels que chercher à se procurer un moyen pour se suicider ; ou encore au travers des symptômes dépressifs⁷².

La nature de l'intention est aussi importante à évaluer. En effet, certaines personnes adoptent des comportements d'automutilation ou gestes d'apparence suicidaires qui peuvent être interprétés de manière erronée par l'évaluateur, c'est-à-dire qu'une personne peut se blesser pour engourdir une souffrance psychologique sans nécessairement avoir l'intention de mourir (Bryan et Rudd, 2010). Comme mentionné précédemment, il est important de garder à l'esprit qu'une blessure auto infligée sans intention suicidaire peut être létale.

Exemples de questions pour évaluer l'intention suicidaire :

- *Avez-vous eu ces pensées avec l'intention de passer à l'acte ?*

⁷⁰ Laflamme, 2007 ; Shea, 2008 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Bryan et Rudd, 2010 ; Posner et coll., 2009, Perlman et coll., 2011 ; Richard-Devantoy et Jollant, 2012 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Alonzo et Gearing, 2017

⁷¹ Rudd et coll., 2006 dans Perlman et coll., 2011 ; Diotte, 2003 et Lewis, 2001 dans Lafleur et Séguin, 2008

⁷² Diotte, 2003 et Lewis, 2001 dans Lafleur et Séguin, 2008

- *Quelle est l'intention derrière vos idées/émotions/ce comportement ?*
- *Voulez-vous mourir ou trouver une solution à vos problèmes ?*
- *Souhaitez-vous mourir ou mettre fin à votre souffrance ?*

Évaluation du facteur de risque :

Intention suicidaire	Aucune intention	Souhaite parfois mourir	Souhaite souvent mourir	Déterminé à mourir
-----------------------------	------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------

A.4 Planification

Il est à noter qu'une section spéciale est prévue dans le GÉRIS pour consigner la description du plan.

Description

Dans l'évaluation de l'urgence suicidaire, il est nécessaire d'explorer si la personne a planifié un passage à l'acte⁷³ et pensé à commettre un homicide (Lafleur et Séguin, 2008). Cet aspect est d'une grande importance parce qu'il concrétise l'intention suicidaire (Bryan et Rudd, 2010) et/ou homicide (Lafleur et Séguin, 2008).

L'évaluation du plan suicidaire (« COQ ») se fait en questionnant directement sur le moyen (comment), l'endroit (où) et le moment (quand) la personne compte passer à l'acte⁷⁴. Un plan défini est associé à un risque de passage à l'acte à court terme⁷⁵. Le professionnel devra s'enquérir sur la possibilité que la personne ait écrit une lettre d'adieu, fait des préarrangements funéraires, se soit préparée mentalement à la mort⁷⁶; qu'elle ait réglé ses affaires personnelles (financières ou légales)⁷⁷ ou encore qu'elle ait

⁷³ Shea, 2008 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Perlman et coll., 2011 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Alonzo et Gearing, 2017

⁷⁴ Lafleur et Séguin, 2008 ; Bryan et Rudd, 2010 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Alonzo et Gearing, 2017

⁷⁵ Phaneuf et Séguin dans Laflamme, 2007 ; Shea, 2008 ; Bryan et Rudd, 2010

⁷⁶ Bryan et Rudd, 2010 ; Schreiber et Culpepper, 2014

⁷⁷ Schreiber et Culpepper, 2014 ; May et Klonsky, 2015 ; Bryan et Rudd, 2010

pris des dispositions pour ne pas de faire interrompre ou se faire secourir⁷⁸. La présence d'un plan détaillé nécessite que l'intervenant prenne les mesures nécessaires pour protéger la personne et son entourage s'il y a lieu⁷⁹.

Exemples de questions pour évaluer la planification suicidaire :

- *Avez-vous pensé comment vous vous y prendriez ?*
- *Avez-vous fait des recherches sur le moyen que vous pourriez utiliser ?*
- ***Comment prévoyez-vous vous suicider ?***
- ***Où prévoyez-vous mettre le plan à exécution ?***
- ***Quand comptez-vous mettre le plan à exécution ?***
- *Avez-vous d'autres plans ?*

Il pourra s'aider en en posant la question suivante :

- *Avez-vous entrepris des démarches, des actions pour faire vos adieux, pour préparer votre départ ?*
- *Avez-vous rédigé une lettre ?*
- *Avez-vous testé votre méthode ?*
- *Avez-vous fait des préparatifs spéciaux en vue de votre suicide (rédiger une lettre, mettre en ordre vos affaires, saluer certaines personnes, faire un don d'objets significatifs, votre testament, etc.) ?*
- *Avez-vous pris des mesures pour ne pas être découvert ?*
- *Vous êtes-vous informé sur certaines méthodes ?*
- *Avez-vous commencé à mettre en place les éléments pour mettre à exécution votre plan de suicide ? Avez-vous l'intention de mettre ce plan à exécution ?*
- *Y a-t-il quelque chose, un élément, un événement qui vous pousserait à passer à l'action ?*

⁷⁸ (Ryan et Rudd, 2010 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; May et Klonsky, 2015 ; Alonzo et Gearing, 2017

⁷⁹ Lafleur et Séguin, 2008 ; Bryan et Rudd, 2010

- *Qu'est-ce qui vous pousserait à agir plus rapidement ?*
- *Avez-vous pensé à emmener quelqu'un dans la mort avec vous ? Si oui, précisez :
Qui, quand, comment.*

Évaluation du facteur de risque :

Planification	N'a aucun plan	Pense à un moyen, un lieu ou un moment sans intention de passer à l'acte	A choisi un moyen, un lieu. Moment au-delà de 24 h ou imprévisible. Préparatifs	Plan complet et imminent (d'ici 24 h)
----------------------	----------------	--	---	---------------------------------------



L'absence d'un plan ou d'idées suicidaires ne signifie pas qu'il n'y a pas de risque suicidaire (Perlman et coll., 2011 ; May et Klonsky, 2015). Bryan et Rudd (2010) avancent que l'évaluateur doit garder à l'esprit que plusieurs personnes peuvent chercher à éviter d'aborder la question d'un plan de suicide pour qu'il ne soit pas mis en échec. Il est alors nécessaire d'être doublement vigilant parce qu'une personne qui dissimule son plan suicidaire est plus à risque de passer à l'acte (Bryan et Rudd, 2010). Un intervenant qui perçoit une réticence à parler d'un plan suicidaire peut ouvrir le dialogue en demandant « *Qu'est-ce qui pourrait arriver si vous m'expliquiez en détail votre plan ?* » (Traduction libre de Bryan et Rudd, p. 100). L'intervenant veillera à obtenir le plus d'informations possible, notamment sur les détails de ce plan, en évitant de démontrer une attitude insistante qui pourrait avoir pour effet d'augmenter la résistance de la personne. Il privilégiera la relation de confiance pour obtenir davantage d'informations (Bryan et Rudd, 2010).

A.5 Obsession des idées

Description

Une personne en crise suicidaire présente des altérations marquées dans son fonctionnement cognitif sur les plans de la résolution de problème, de la flexibilité mentale et des distorsions cognitives⁸⁰. Un aspect particulièrement critique de ces difficultés est d'avoir un flot de pensées, de pulsions ou d'images récurrentes et parfois incontrôlables⁸¹. Il est nécessaire de déterminer si la personne est en mesure de chasser ses idées suicidaires (Schreiber et Culpepper, 2014, APA, 2013). Cette incapacité de chasser cette intrusion des pensées peut devenir insupportable et causer de l'anxiété ou de la détresse qui peut se manifester par une agitation motrice (Bryan et Rudd, 2010).

Aussi, l'évaluateur pourrait avoir à transiger avec une personne qui présente des symptômes psychotiques positifs, tels que des hallucinations mandatoires, une impression d'être contrôlé par un tiers, des délires religieux encourageant les comportements d'expiation potentiellement violents (Shea, 2008). Dans cette situation, la personne est souvent envahie par ses idées. Il faut savoir que les symptômes psychotiques tels que les délires paranoïdes ou de commandements ainsi que les hallucinations auditives mandatoires sont corrélés avec l'augmentation du risque suicidaire⁸². Il est évident que la psychose peut nuire à la capacité de la personne de bien comprendre, réaliser ou critiquer les conséquences probables d'un geste irréparable⁸³.

Exemples de questions pour évaluer le contrôle des idées :

- *Combien sur une échelle de 1 à 10, vous sentez-vous capable de chasser vos idées ?*

⁸⁰ Bryan et Rudd, 2010 ; Galynker, 2017

⁸¹ Benazzi, 2005 dans Bryan et Rudd, 2010 ; Galynker, 2017

⁸² Notredame et coll., 2017 ; [Perlman et coll., 2011](#) ; [Schreiber, 2014](#)

⁸³ Trower, Birchwood, Meaden, Byrne, Nelson et Ross, 2004 ; Shea, 2008

- *Vous sentez-vous capable de ne pas passer à l'action ?*
- *Pourriez-vous ou pouvez-vous chasser vos pensées suicidaire ou à vouloir mourir si vous le souhaitez ?*
- *Vous êtes-vous déjà automutilé sous l'influence de vos pensées ?*
- *Entendez-vous des voix ? Si oui, que vous disent-elles ?*
- *Est-ce quelqu'un que vous connaissez, un homme, une femme ?*
- *Faites-vous ce que les voix vous dictent ?*
- *Si oui, qu'est-ce qui vous force à obéir aux voix ?*
- *Si vous tentez d'y résister que se passe-t-il ?*
- *Avez-vous déjà pensé à infliger des blessures ou des préjudices à d'autres personnes ?*

Évaluation du facteur de risque :

Obsession des idées	Capable de chasser ses pensées/idées	Peu ou certaines difficultés à chasser ses pensées/ idées	Beaucoup de difficulté à chasser ses pensées/ idées	Incapable de chasser ses pensées/idées Hallucinations mandatoires
----------------------------	--------------------------------------	---	---	---

A.6 Tension émotionnelle

Description

Durant une crise suicidaire, la personne vit une panoplie d'émotions extrêmement intenses (Bryan et Rudd, 2010) qui peuvent changer de manière particulièrement abrupte (Galynker, 2017). Ce tumulte d'émotions peut devenir insoutenable⁸⁴. Aborder directement cette détresse ouvre la voie à l'exploration plus approfondie des idées suicidaires (Shea, 2008). La détresse peut s'exprimer de manière différente d'une personne à l'autre. L'on peut notamment observer :

Un sentiment de **désespoir**⁸⁵. Concrètement, cela peut s'exprimer par l'impression d'être dans un cul-de-sac⁸⁶, de ne plus avoir d'avenir (Shea, 2008) ou de raisons de vivre (Galynker, 2017). Les travaux de Beck (1975) ont permis de révéler que le désespoir et le risque suicidaire à long terme vont souvent de pair (Shea, 2008). Plus le désespoir est marqué, plus grand est le risque suicidaire (Notredame et coll., 2017).

Une anxiété insoutenable a aussi été associée à un risque suicidaire plus élevé⁸⁷. À ce sujet, il est à noter que cette humeur est fréquemment observable dans différents troubles de santé mentale (troubles psychotiques, troubles anxieux, dépression majeure par ex.) et chez des personnes qui sont en manque de substance psychoactive⁸⁸ ou encore chez les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (APA, 2013). En situation de crise, elle se retrouve donc exacerbée. Une personne qui n'est plus en

⁸⁴ Bryan et Rudd, 2010 ; Galynker, 2017

⁸⁵ Shea, 2008 ; Perlman et coll., 2011 ; Morasz et Danet, 2008 dans Montreuil et Gros, 2013 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Notredame et coll., 2017 ; Alonzo et Gearing, 2017 ; O'Connor, Smyth, Ferguson, Ryan et Williams, 2013 dans Galynker, 2017 ; Klonsky, Qiu et Saffer, 2017

⁸⁶ Rudd et coll., 2006 dans Perlman et coll., 2011 ; Galynker, 2017

⁸⁷ Brown, 1998 dans Bryan et Rudd, 2010 ; APA, 2003 ; Rudd et coll., 2006 dans Perlman et coll., 2011 ; Galynker, 2017

⁸⁸ (Shea, 2008 ; Galynker, 2017

mesure de tolérer cette tension est plus à risque de passer à l'acte impulsivement⁸⁹.

D'autres situations peuvent augmenter le niveau de détresse :

- Une humeur dépressive, qui peut aussi souvent être présente dans diverses conditions de santé mentale⁹⁰ et dans le trouble du spectre de l'autisme (APA, 2013) et donc augmenté en situation de crise suicidaire.
- De la colère intense⁹¹, voire de la rage (Galynker, 2017). Une attitude vindicative⁹².
- Un sentiment de honte ou de culpabilité⁹³, l'impression d'être un fardeau pour son entourage (Galynker, 2017).
- De l'agitation motrice⁹⁴.
- De l'insomnie⁹⁵ ou de l'hypersomnie (Galynker, 2017).
- Des plaintes somatiques⁹⁶.

Quand la détresse est insoutenable, il n'est pas rare de voir une personne se soulager en réorientant son attention sur des idées, des comportements suicidaires. Cette tendance augmente donc le risque d'un passage à l'acte. Étant donné le soulagement qu'il apporte, il est fort probable qu'elle utilise à nouveau ce processus lorsqu'elle vivra de la détresse ou une émotion négative d'intensité moindre⁹⁷. À cause de l'effet d'habitude, la personne aura recours à des moyens de plus en plus létaux pour

⁸⁹ Bush, Clarck, Fawcett et Kravitz, 1993 dans Shea, 2008

⁹⁰ Brown, 1998 dans Bryan et Rudd, 2010 ; Large, Smith, Sharma, Nielsse et Singh, 2011 et Hawton, Saunders, Topiwala et Haw, 2013 et Goldstein, Axelson et coll., 2012 dans Notredame et coll., 2017

⁹¹ Shea, 2008 ; Brown, 1998 dans Bryan et Rudd, 2010 ; Rudd et coll., 2006 dans Perlman et coll., 2011

⁹² Shea, 2008 ; Rudd et coll., 2006 dans Perlman et coll., 2011 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Galynker, 2017

⁹³ Brown, 1998 dans Bryan et Rudd, 2010 ; Morasz et Danet, 2008 dans Montreuil et Gros, 2013 ; Alonzo et Gearing, 2017

⁹⁴ Bush, Clark, Fawcett et Kravitz, 1993 dans Shea, et coll. 2008 ; Benazzi, 2005 dans Bryan et Rudd, 2010 ; Galynker, 2017

⁹⁵ Shea, 2008 ; Benazzi, 2005 dans Bryan et Rudd, 2010 ; Galynker, 2017

⁹⁶ Benazzi, 2005 dans Bryan et Rudd, 2010

⁹⁷ Beck, 1996 dans Joiner et Rudd, 2000 ; Bryan et Rudd, 2010

obtenir le même soulagement⁹⁸. Ce phénomène est souvent observable chez les personnes qui présentent une suicidalité chronique ou qui ont recours à l'automutilation (Bryan et Rudd, 2010). Face à de tels comportements, le clinicien veillera à inclure, entre autres, des stratégies pour apprendre à tolérer des émotions intenses dans son plan d'intervention.

Exemples de questions pour évaluer la tension émotionnelle :

- *Comment vous sentez-vous actuellement ?*
- *Vous sentez-vous tendu, énervé, anxieux ?*
- *Vous sentez-vous triste ?*
- *Vous sentez-vous en colère ?*
- *Vous sentez-vous sur le point d'exploser ou de craquer ?*
- *Depuis combien de temps vous sentez-vous désespérés ?*

Évaluation du facteur de risque :

Tension émotionnelle	Est/Se sent détendu	Est/Se sent un peu ou parfois tendu	Est/Se sent souvent tendu, déplaisant, mais supportable	Est/Se sent toujours tendu, insupportable
-----------------------------	---------------------	-------------------------------------	---	---

⁹⁸ (Beck, 1996 dans Joiner et Rudd, 2000 ; Bryan et Rudd, 2010 ; Klonsky et coll., 2017)

A.7 Capacité à accepter de l'aide

Description

Une personne en crise suicidaire se présentant à nos services fait un mouvement vers la vie, ce qui illustre bien l'ambivalence qu'elle peut ressentir. Cette demande d'aide doit donc être adressée le plus rapidement possible afin de renforcer ce comportement de recherche d'aide et d'éliminer la possibilité que le suicide soit considéré comme une option (Lafleur et Séguin, 2008).

À l'opposé, beaucoup de personnes hésitent à demander de l'aide directement par peur du jugement, c'est pourquoi il a été mentionné plus haut que l'intervenant doit prendre l'initiative d'aborder le suicide de manière directe⁹⁹. Durant son entretien, le clinicien veillera à observer l'attitude de la personne face à l'aide qui lui est offerte. Se montre-t-elle ouverte ou la refuse-t-elle ?¹⁰⁰.

De manière générale, les femmes sont plus enclines à rechercher et à accepter de l'aide que les hommes¹⁰¹. Les femmes consulteraient davantage pour la dépression (Jorm et coll., 2000), des problèmes émotifs et des difficultés psychosociales¹⁰².

Les hommes craindraient d'être perçus comme un fardeau. Ils sont davantage portés à s'isoler et par conséquent, ils ne vont pas chercher d'aide. Ils auraient moins confiance aux soins de santé mentale et ils ont davantage tendance à intellectualiser leur souffrance¹⁰³. Lorsqu'ils recherchent de l'aide, c'est souvent pour un problème

⁹⁹ Lafleur et Séguin, 2008 ; CSAT, 2009 ; Granello, 2010 ; Shea, 2008 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Alonzo et Gearing, 2017

¹⁰⁰ Laflamme, 2007 ; Schreiber et Culpepper, 2014

¹⁰¹ Corney, 1990 ; Gijsbers van Wijk, van Vliet, Kolk et Everaerd, 1991 ; Hibbard et Pope, 1993 dans Alonzo et Gearing, 2017

¹⁰² Galdas, Cheater et Marshall, 2015 ; Möller-Leimkühler, 2002 dans Alonzo et Gearing, 2017

¹⁰³ Sanden Larsson et Eriksson, 2000 ; Sharpe et Arnold, 1998 dans Alonzo et Gearing, 2017

d'alcool¹⁰⁴ ou encore des maux physiques¹⁰⁵. Ils préféreraient que les autres prennent l'initiative de leur parler, sans juger, des changements comportementaux qu'ils ont observés et de leurs inquiétudes¹⁰⁶.

Exemples de questions pour évaluer la capacité à accepter de l'aide :

- *Qu'est qui augmente l'agir sur vos pensées suicidaires ?*
- *Qu'est-ce qui vous aide à ne pas agir ?*
- *Comment peut-on vous aider ?*

Évaluation du facteur de risque :

Capacité à accepter de l'aide	Agit de façon à recevoir de l'aide	Légère réticence à recevoir de l'aide, distant	Réticence modérée, garde de l'information	Refuse l'aide, mutisme
--------------------------------------	------------------------------------	--	---	------------------------



Une brusque diminution de la tension, une apparence détendue, un retrait, un mutisme, peut être le signe qu'une personne a pris la ferme décision de se suicider et se sent libérée de ses souffrances (Shea, 2008 ; Lafleur et Séguin, 2008; Montreuil et Gros, 2013). Il est donc capital que l'évaluateur soit vigilant face à une telle manifestation.

¹⁰⁴ Bennett, Jones et Smith, 2014 dans Alonzo et Gearing, 2017

¹⁰⁵ Corney, 1990 ; Galdas et coll., 2005 ; Möller-Leimkühler, 2002 ; NHS Executive, 1998 dans Alonzo et Gearing, 2017

¹⁰⁶ Shand et coll., 2015 dans Alonzo et Gearing, 2017

B. Dangérosité

Explication

L'évaluation de la dangérosité constitue l'appréciation du potentiel qu'une personne commette un acte violent entraînant la mort (Côté, 2001 *dans* Laflamme, 2007). Ce concept fait partie des trois volets nécessaires à une bonne évaluation du risque suicidaire qui, rappelons-le, sont le risque, l'urgence et la dangérosité (Richard-Devantoy et Jollant, 2012 ; Séguin, 2001). Ainsi, la létalité du moyen envisagé et l'accessibilité à ce moyen sont des éléments importants pour juger du niveau de risque de passage à l'acte suicidaire.

Dangérosité	Létalité du moyen	Sans objet	Peu probable d'entraîner des blessures	Probabilité d'entraîner des blessures majeures	Probabilité élevée d'entraîner la mort
	Accès au moyen	Aucun	Difficile	Envisageable, réalisable	Direct, à portée de main

B.1 Létalité du moyen

Description

Les personnes suicidaires ont très souvent une idée imprécise de la probabilité que le moyen qu'ils ont choisi entraîne réellement leur mort¹⁰⁷. Ainsi, en se penchant sur la méthode et sa létalité potentielle, l'intervenant est mieux à même d'estimer que le projet se concrétise et mène à la mort¹⁰⁸. Dans son rapport sur la mortalité par suicide, l'Institut National de Santé Publique du Québec (2016) avance que les personnes qui ont complété leur suicide ont eu recours à une arme à feu, la pendaison, la suffocation, la strangulation et l'intoxication, particulièrement avec une surdose de médicaments. La recension de Notre-dame et coll. (2017) inclut aussi le fait de se lancer dans le vide

¹⁰⁷ APA, 2003 ; Bryan et Rudd, 2010

¹⁰⁸ Laflamme, 2007 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Alonzo et Gearing, 2017 ; Galynker, 2017

depuis une structure très haute ou encore par des lacérations. Il peut arriver qu'une personne ait choisi un moyen peu léthal, dans ce cas, l'évaluateur doit prendre garde de ne pas minimiser l'intention suicidaire (Shea, 2008).

Exemples de questions pour évaluer la létalité du moyen :

- *Est-ce que votre méthode est suffisamment prête et efficace pour causer la mort ?*
- *Jusqu'à quel point êtes-vous sûr que votre moyen va mettre fin à votre vie ?*

Évaluation du facteur de risque :

Létalité du moyen	Sans objet	Peu probable d'entraîner des blessures	Probabilité d'entraîner des blessures majeures	Probabilité élevée d'entraîner la mort
--------------------------	------------	--	--	--

B.2 Accès au moyen

Description

L'évaluateur doit poser les questions nécessaires pour savoir si l'accès au moyen est possible¹⁰⁹. Ce n'est pas parce qu'une personne n'a pas accès à un moyen dans l'immédiat qu'elle n'en aura pas dans le futur. Il est donc nécessaire de demander si elle fait des démarches pour s'en procurer¹¹⁰, si elle accumule des médicaments par exemple¹¹¹. L'intervenant doit prendre l'habitude de s'enquérir sur l'accessibilité sur une base régulière dans son suivi, parce qu'advenant une crise, cette personne pourrait décider de l'utiliser impulsivement (Bryan et Rudd, 2010). Pour prévenir l'irréparable, le professionnel doit donc voir à faire le nécessaire pour limiter l'accès au moyen¹¹², ce qui

¹⁰⁹ Laflamme, 2007 ; Bryan et Rudd, 2010 ; Rudd et coll., 2006 dans Perlman et coll., 2011 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Alonzo et Gearing, 2017

¹¹⁰ Bryan et Rudd, 2010 ; Rudd et coll., 2006 dans Perlman et coll., 2011

¹¹¹ Bryan et Rudd, 2010 ; Schreiber et Culpepper, 2014

¹¹² Bryan et Rudd, 2010 ; Bernert et coll., 2014

peut impliquer d'avoir à travailler avec l'entourage ou la police (Schreiber et Culpepper, 2014).

Exemples de questions pour évaluer l'accès au moyen :

- *Avez-vous facilement accès au moyen envisagé ?*
- *Avez-vous envisagé d'autres moyens maintenant que vous êtes ici ?*
- *Avez-vous accès à des médicaments, des produits dangereux, une arme ?*
- *Avez-vous fait des recherches pour vous procurer un moyen ?*

Évaluation du facteur de risque :

Accès au moyen	Aucun	Difficile	Envisageable, réalisable	Direct, à portée de main
-----------------------	-------	-----------	--------------------------	--------------------------

C. Facteurs additionnels

Description

Comme mentionné plus haut, il serait donc fastidieux et impossible d'inclure tous les facteurs de risque dans un guide qui se veut adapté à la réalité des cliniciens sur le terrain. Bien qu'il s'agisse de facteurs importants, il est probable que certains facteurs soient plus spécifiques à certaines personnes ou situations. Puisqu'il s'agit de facteurs plutôt statiques qui changent peu dans le temps, ce tableau permet de mettre en perspective ces paramètres forts utiles aux intervenants pour se forger un jugement clinique sans qu'ils aient à rechercher ces informations d'une évaluation à l'autre ou d'un intervenant à l'autre.

FACTEURS ADDITIONNELS

C.1

Description du plan :

- Signes avant-coureurs : Message d'adieu Documents légaux (Testament)
 Dons des biens Rémission spontanée, euphorie
 Isolement Autres :

C.2

- Tentatives de suicide antérieures
 Nombre : _____
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Faible
Il y a plus de 1 an | <input type="checkbox"/> Modéré
Entre 2 mois et 1 an | <input type="checkbox"/> Élevé
Il y a moins de 2 mois |
|--|---|--|

- Tentative de suicide récente : Honte, déçu(e), fâché(e) d'être en vie Désire répéter le geste
 Autre :

- Idées suicidaires antérieures Nombre : _____

- Gestes autodestructeurs / automutilations Nombre : _____

Date (AAAA / MM / JJ)	Événement(s) précipitant(s)	Moyen(s)

C

C.3

Facteurs / événements précipitants (proximaux)	Facteurs contributifs et prédisposants (développementaux et distaux)
--	--

C.4

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Symptômes ou trouble de santé mentale : | <input type="checkbox"/> Déficits cognitifs <input type="checkbox"/> Anxiété élevée
<input type="checkbox"/> Abus de substances et autres dépendances |
| <input type="checkbox"/> Augmentation récente de la consommation | Histoire ou conditions de vie difficiles :
<input type="checkbox"/> Abus ou négligence dans l'enfance
<input type="checkbox"/> Mère adolescente <input type="checkbox"/> Isolement social
<input type="checkbox"/> Monoparentalité <input type="checkbox"/> Violence
<input type="checkbox"/> Impulsivité
<input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Maladie physique / invalidante (ex.: cancer, douleur chronique) : | <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de suicide : |
| Événements ou condition de vie difficile :
<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Rupture
<input type="checkbox"/> Abus <input type="checkbox"/> Harcèlement
<input type="checkbox"/> Humiliation <input type="checkbox"/> Culpabilité
<input type="checkbox"/> Honte <input type="checkbox"/> Difficultés financières
<input type="checkbox"/> Perte ou deuil récent <input type="checkbox"/> Circonstances périnatales
<input type="checkbox"/> Conflits relationnels <input type="checkbox"/> Conflits juridiques
<input type="checkbox"/> Intimidation <input type="checkbox"/> Autres, précisez : | Population vulnérable :
<input type="checkbox"/> LBGTQ2+ <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Détenu, ex-détenu
<input type="checkbox"/> Minorité ethnique <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle - Autisme
<input type="checkbox"/> Itinérance <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Adolescent
<input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Homme
<input type="checkbox"/> Autres, précisez : |

Facteurs de protection

Qu'est-ce qui aide, peut aider ?

- Éléments dissuasifs, forces : Identifie des raisons de vivre Croit que le suicide est immoral
 Grande spiritualité
 Soutien social perçu comme significatif / soutenant
 Famille ou réseau impliqué et se tient responsable :
 ▶ Nom : _____ Lien : _____
 ▶ Coordonnées : _____

D

- Peur de la mort ou de mourir en douleur et souffrance Engagé dans son travail ou à l'école
 Autres :

C.1 Description du plan et signes avant-coureurs

Description du plan

Un espace est prévu pour décrire le plan que la personne compte mettre à exécution pour se suicider et les preuves tangibles d'un risque de passage à l'acte imminent.

Signes avant-coureurs

Durant son évaluation, le professionnel devra être vigilant face aux signes avant-coureurs du suicide. « *Les signes avant-coureurs fournissent au clinicien des preuves tangibles qu'une personne présente un risque accru de suicide à court terme ; ils peuvent être constatés même en l'absence de facteurs de risque potentialisateurs.* » (Tiré de Perlman et coll., 2011, p. 4). Il est important de souligner qu'un évaluateur pourrait ne pas observer de signes avant-coureurs chez une personne déterminée à passer à l'acte et qui ne souhaite pas révéler son intention (Perlman et coll., 2011).

Exemples de questions pour évaluer l'accès au moyen :

- *Avez-vous écrit des messages d'adieu, fait votre testament ?*
- *Donnez-vous vos biens qui vous sont chers ?*
- *Avez-vous tendance à vous isoler des autres ?*

Évaluation du facteur de risque :

Description du plan :		
Signes avant-coureurs :	<input type="checkbox"/> Message d'adieu	<input type="checkbox"/> Documents légaux (Testament)
	<input type="checkbox"/> Dons des biens	<input type="checkbox"/> Rémission spontanée, euphorie
	<input type="checkbox"/> Isolement	<input type="checkbox"/> Autres : <input type="text"/>

C.2 Antécédents de tentatives de suicide et niveau de risque associé

Description

Ce facteur est celui qui est le plus fréquemment associé au décès par suicide dans les écrits scientifiques¹¹³. Plus une personne a fait de tentatives suicidaires, plus elle est susceptible d'en faire de nouvelles¹¹⁴.

Dans les écrits scientifiques, il est avancé qu'une personne aura fait de 10 à 40 tentatives avant de compléter son suicide¹¹⁵. *De plus, « Le tiers des personnes qui tentent de se suicider effectueraient une autre tentative de suicide au cours de la même année. Près de 10 à 12 % des personnes qui profèrent des menaces suicidaires ou tentent de se suicider meurent par suicide dans les 5 à 10 ans suivant leur tentative de suicide initiale » (Traduction libre de Runeson, 2001 dans Granello, 2010, p. 88).* Cela signifie qu'une personne qui reçoit un congé d'hospitalisation pour une tentative de suicide demeure très vulnérable face au suicide, et ce, à court, moyen et long terme¹¹⁶. Une personne ayant fait une tentative de suicide **a un risque 100 fois plus élevé** de mourir par suicide **dans l'année suivant** la tentative qu'une personne dans la population générale (Hawton, 1992 dans Schreiber, 2014). Le risque est aussi **accru si la tentative de suicide a eu lieu à l'intérieur de 8 semaines**¹¹⁷. Le guide présente trois niveaux de risque pour les tentatives de suicide antérieures afin que l'évaluateur puisse considérer ces données mentionnées ci-haut pour façonner son jugement clinique.

¹¹³ Notredame et coll., 2017 ; Sakinofsky, 2000 dans Galynker, 2017

¹¹⁴ Laflamme, 2007 ; Joiner et coll., 2007 dans Bryan et Rudd, 2010 ; Bergen, Perlman et coll., 2011 ; Hawton, Kapur et coll., 2012 et Ando, Matsumoto, Kanata et coll., 2013 dans Notredame et coll., 2017 ; Bill-Brahe et coll., 1997 ; Bradvik et Berglung, 1993 ; Duggan, Sham, Lee et Murray, 1991 ; Fawcett et coll., 1990 ; Goldstein, Black, Nasrallah et Winokur, 1991 ; Nordstrom, Asberg, Aber-Wistedt et Nordin, 1995, Sidley, Calam, Wells, Hugues et Whitaker, 1999 ; Schneider, Philipp et Muller, 2001 ; Wasserman et Cullberg, 1989 dans Alonzo et Gearing, 2017

¹¹⁵ Goldsmith, Pellmar, Kleinman, et Bunney, 2012 et Hirschfeld et Russell, 1997 et Haukka, Suominen, Partonen et Lönnqvist, 2008, dans Schreiber et Culpepper, 2014

¹¹⁶ Pirkis et Burgess, 1998 dans Schreiber et Culpepper, 2014 ; Lawrence, Holman, Jablensky et Fuller, 1999 ; Mortensen et Juel, 1993 dans Galynker, 2017

¹¹⁷ Department of Veterans Affairs, 2013;

Une personne qui fait des tentatives de suicide répétées est considérée comme étant en crise quasi permanente (Joiner et Rudd, 2000). Cela s'explique par le fait que les personnes chroniquement suicidaires doivent composer avec des stressors et des facteurs de risque plus nombreux que la population générale, et ce, sur une plus longue période de temps (Joiner et Rudd, 2000). Il est donc nécessaire que les cliniciens prennent au sérieux la détresse que ces personnes expriment. En effet, si l'on prend par exemple le trouble de la personnalité limite, près de 8 à 10 % des personnes atteintes se suicideraient.¹¹⁸ Cela signifie qu'il est nécessaire que les professionnels évaluent beaucoup plus régulièrement l'urgence et la dangerosité suicidaire (Shea, 2008).

Afin d'obtenir un éclairage sur les circonstances qui sont insupportables pour la personne, l'évaluateur doit s'enquérir sur les circonstances qui l'ont amené à faire des tentatives, de même que les moyens qui ont été utilisés¹¹⁹. À ce sujet, Shea (2008) suggère de porter particulièrement attention à la tentative de suicide la plus grave pour obtenir un portrait instantané de la létalité des moyens utilisés et des circonstances qui précipitent un passage à l'acte. Demander comment elle vit le fait d'être encore en vie fournit un éclairage supplémentaire¹²⁰. Une personne qui a honte, est déçue ou fâchée est plus à risque de récurrence et de décès par suicide¹²¹. Enfin, Galynker (2017) souligne l'importance de recueillir ces informations parce qu'une personne qui a survécu à une tentative est susceptible d'utiliser une méthode plus létale lors d'une prochaine tentative.

¹¹⁸ Oldham, 2006, dans National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009; APA, 2013

¹¹⁹ Perlman et coll., 2011 ; Notredame et coll., 2017 ; Alonzo et Gearing, 2017

¹²⁰ Shea, 2008 ; Perlman et coll., 2011 ; Notredame et coll., 2017 ; Alonzo et Gearing, 2017

¹²¹ Wenzel, Berchick, Tenhave, Halberstadt, Brown et Beck, 2011

C.2.1 Idées suicidaires antérieures

Description

Comme déjà mentionné dans la section des idées suicidaires, même si la plupart du temps, les idées suicidaires ne conduisent pas à un acte suicidaire (Shea, 2008), une personne qui a souvent pensé au suicide sans avoir fait de tentative est considérée plus vulnérable à un passage à l'acte¹²². Il est donc opportun que l'évaluateur considère si la personne a souvent présenté des idées suicidaires antérieures.

C.2.2 Gestes autodestructeurs et d'automutilation

Description

Les gestes d'automutilation sans intention suicidaire sont des comportements liés fort importants à considérer. Le concept d'intention suicidaire est un élément clé qui ressort dans la plupart des guides de pratiques recensés par Bernet et coll. (2014). Plus spécifiquement, l'évaluateur devra déterminer s'il y a une progression de la gravité de l'automutilation qui pourrait entraîner la mort suite à des blessures auto-infligées (Perlman et coll., 2011).

Chez l'enfant et l'adolescent, le comportement suicidaire ainsi que les comportements autodestructeurs font partie des gestes qui démontrent la plus haute sensibilité (98%) pour identifier le risque suicidaire, l'intervenant doit donc s'enquérir des gestes autodestructeurs que peut avoir cette population (Kennebeck, 2015).

Exemples de questions pour évaluer les tentatives, idées suicidaires antérieures ou gestes autodestructeurs/automutilation :

¹²² Notredame et coll., 2017, Renaud et coll., 2017

- Avez-vous déjà tenté de mettre fin à votre vie ? Si oui, combien de fois et comment ?
- À quand remonte la dernière fois ? Ont-elles nécessité une hospitalisation ?
- Avez-vous déjà eu des idées suicidaires dans le passé ? À quand remonte la dernière fois ?
- Avez-vous déjà posé des gestes dangereux pour votre vie ? Comment cela s'est-il passé ? (Circonstances, moyen utilisé, pensées, conséquences...)
- Avez-vous déjà posé des gestes d'automutilation ? Combien de fois ? À quand remonte la dernière fois ?
- Que recherchiez-vous en posant ce geste ?
- Quelle était la situation difficile que vous viviez à ce moment ?
- En quoi la situation actuelle est-elle similaire ?
- Présentement, suite à votre tentative de suicide, lorsque vous avez constaté que vous étiez encore en vie, comment vous sentiez-vous ?
- Étiez-vous ou êtes-vous content, fâché, avez honte d'être en vie ?

Évaluation des facteurs de risque :

<input type="checkbox"/> Tentatives de suicide antérieures	<input type="checkbox"/> Faible Il y a plus de 1 an	<input type="checkbox"/> Modéré Entre 2 mois et 1 an	<input type="checkbox"/> Élevé Il y a moins de 2 mois
Nombre : <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Tentative de suicide récente :	<input type="checkbox"/> Honte, déçu(e), fâché(e) d'être en vie	<input type="checkbox"/> Désire répéter le geste	
	<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Idées suicidaires antérieures	Nombre : <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Gestes autodestructeurs/automutilations	Nombre : <input type="text"/>		

C.3 Facteurs/événements précipitants (proximaux)

Description

L'évaluateur doit décrire les événements de la vie qui a fait craquer la personne et qui l'amène à considérer l'option du suicide¹²³. Ces événements ont souvent eu lieu dans les semaines précédant la crise actuelle (Lafleur et Séguin, 2008).

Turecki et Brent (2016), rapportent que la **psychopathologie** est le facteur le plus important pour prédire le suicide et est fortement associé aux comportements suicidaires et plusieurs autres écrits scientifiques le supportent¹²⁴. Les écrits scientifiques suggèrent que la présence d'un trouble de santé mentale double le risque qu'une personne fasse une tentative de suicide¹²⁵.

Exemples de questions pour évaluer les facteurs précipitants:

- *Vivez-vous actuellement une ou des situations difficiles ?*
- *Comment expliquez-vous que vous vous retrouviez dans votre condition actuelle ?*
- *Présentez-vous des symptômes d'épuisements, de stress, des troubles de sommeil ?*
- *Avez-vous augmenté votre consommation de médicaments, d'alcool ou de drogues récemment ?*
- *Souffrez-vous d'une maladie physique ?*
- *Souffrez-vous d'un trouble de santé mentale, psychiatrique ?*

¹²³ Lafleur et Séguin, 2008 ; Santé Canada, 2009 ; Bryan et Rudd, 2010 ; Turecki et coll., 2012 ; White et Jodoin, 2004 dans Lane et coll., 2010 ; CPSQ dans MSSS, 2006 ; Laflamme, 2007 ; Schreiber et Culpepper, 2014

¹²⁴ Shea, 2008 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Perlman et coll., 2011 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Notredame et coll., 2017 ; Nordentoft, Mortensen et Pedersen, 2012 dans Galynker, 2017 ; Klonsky, Qiu et Saffer, 2017

¹²⁵ Antikainen, Hintikka, Lehtonen, Koponen et Asstilla, 1995 ; Kaplan et Harrow, 1996 ; Mehlum, Friis, Vaglum et Karterud, 1994 ; Sabo, Gunderson, Najavitz, Chauncey et Kisiel, 1995 ; Scocco, Marietta, Toniette et Buono, 2000 ; Schneider et coll., 2001 ; Statham et coll., 1998 dans Alonzo et Gearing, 2017

Évaluation des facteurs de risque :

Facteurs / événements précipitants (proximaux)			
<input type="checkbox"/>	Symptômes ou trouble de santé mentale :		
<input type="checkbox"/>	Augmentation récente de la consommation		
<input type="checkbox"/>	Maladie physique / invalidante (ex.: cancer, douleur chronique) :		
Événements ou condition de vie difficile :			
<input type="checkbox"/>	Échec	<input type="checkbox"/>	Rupture
<input type="checkbox"/>	Abus	<input type="checkbox"/>	Harcèlement
<input type="checkbox"/>	Humiliation	<input type="checkbox"/>	Culpabilité
<input type="checkbox"/>	Honte	<input type="checkbox"/>	Difficultés financières
<input type="checkbox"/>	Perte ou deuil récent	<input type="checkbox"/>	Circonstances périnatales
<input type="checkbox"/>	Conflits relationnels	<input type="checkbox"/>	Conflits juridiques
<input type="checkbox"/>	Intimidation	<input type="checkbox"/>	Autres, précisez :

C.3.1 Exemples d'événements précipitants :

Source

L'annonce d'un diagnostic de santé mentale	Galynker (2017)
Un décès dans l'entourage	Shea (2008) ; Lafleur et Séguin (2008) ; Schreiber et Culpepper (2014)
La perte d'un emploi	Shea (2008) ; Bastia et Kar (2009) <i>dans</i> Bryan et Rudd (2010) ; Schreiber et Culpepper (2014) ; Galynker (2017)
La perte de logement ou la menace d'éviction	Galynker (2017)
Un stress financier intense	Bastia et Kar (2009) <i>dans</i> Bryan et Rudd (2010)
Une rupture amoureuse	Shea (2008) ; Perlman et coll. (2011) ; Schreiber et Culpepper (2014) ; Galynker (2017).
Une grande humiliation	Shea (2008) ; Galynker (2017)
Des problèmes légaux, tels que d'avoir été arrêté ou incarcéré	Appleby, Shaw et coll. (1999) <i>dans</i> Bryan et Rudd (2010) ; Alonzo et Gearing (2017).
Conflits relationnels, tels que les conflits familiaux, conjugaux ou d'amitiés et particulièrement pour les personnes atteintes d'une maladie mentale	Lafleur et Séguin, 2008 ; Sullivan, 1956 <i>dans</i> Montreuil et Gros, 2013 ; Large, Smith, Sharma, Nielssen et Singh <i>dans</i> Notredame et coll., 2017, Appleby, Shaw et coll., 1999 ; Bastia et Kar, 1999 ; Wyder, Ward et De Leo, 2009 <i>dans</i> Bryan et Rudd, 2010 ; Kolves, Värnik, Schneider, Fritze et Allik, 2006 <i>dans</i> Galynker, 2017
Chômage	Brown, Beck, Steer et Grisham, 2010 <i>dans</i> Bryan et Rudd, 2010 ; Kposowa, 2001 ; Coope et coll., 2015 ; Saurina, Bragulat, Saez, Lopez-Casanovas, 2013 ; Yip et coll., 2011 ; Zhang et coll., 2015 <i>dans</i> Alonzo et Gearing, 2017
Être victime d'intimidation ou de harcèlement, particulièrement chez les adolescents	Notredame et coll., 2017
La douleur chronique, maladie physique invalidante ou incurable	Shea, 2008 ; Perlman et coll., 2011 ; Notredame et coll., 2017 ; Galynker, 2017

C.4 Facteurs prédisposants et contribuant (développementaux et distaux)

C.4.1 Facteurs prédisposants

Description

Ces facteurs doivent être conçus comme le terreau qui fait en sorte que certaines personnes sont plus vulnérables au risque suicidaire durant leur vie¹²⁶. Concrètement, ces facteurs réfèrent au fait d'être exposé à de **l'adversité dans la vie** (Notredame et coll., 2017). Ils ont souvent marqué l'histoire de vie de la personne et ont façonné le développement de son cerveau (Bryan et Rudd, 2010). On peut retrouver comme exemple :

Appartenir à une population chez qui le risque de suicide a été fortement documenté dans les écrits scientifiques (LGBTQ+, médecin, minorité ethnique, détenu ou ex-détenu) (Notredame et coll., 2017). Il est important de prêter une attention particulière à ces groupes vulnérables (caractéristiques, évaluation, moyens d'intervention) (Lane, 2010). Le lecteur est prié de consulter les écrits scientifiques pour en apprendre davantage sur ces populations.

L'impulsivité a été grandement documentée dans les écrits. Elle est très fortement associée aux tentatives de suicide ainsi qu'aux suicides complétés dans la population générale¹²⁷. Cette tendance est observable par l'adoption de comportements risqués et irréflechis¹²⁸. Toutefois, Klonsky et May (2015) ont conclu que malgré la croyance populaire, l'impulsivité apparaît comme un prédicteur distal et plutôt modeste.

¹²⁶ Notredame et coll., 2017 ; Santé Canada, 2009 ; Turecki, Lesage et Desrochers, 2012 ; White et Jodoin, 2004 dans Lane et coll., 2010 ; Centre de prévention du suicide du Québec [CPSQ] dans MSSS, 2006

¹²⁷ Laflamme, 2007 ; Perlman et coll., 2011 ; Anestis, Soberay, Gutierrez, Hernandez et Joiner [2014] dans Notredame et coll., 2017 ; Angst et Clayton, 1998 ; Brent et coll., 2003 ; Goldney, Winefield, Saebel, Winefield et Tiggeman, 1997 ; Kleiman, Riskind, schaefer et weingarden, 2012 ; Lopez-Castroman et coll., 2014 ; Malone, Haas, Sweeny et Mann, 1995 ; Mann et coll., 2005 ; May et Klonsky, 2016 ; Rawlings, Schevlin, Corcoran, Morriss, Taylor, 2015 ; Spokas, Wenzel, Brown, Beck, 2012 dans Alonzo et Gearing, 2017 ; Klonsky, Qiu et Saffer, 2017

¹²⁸ Van Orden, Witte, Gordon, Bender et Joiner dans Bryan et Rudd, 2010 ; Perlman et coll., 2011 ; American Association of Suicidology, 2013 ; American Foundation for Suicide Prevention, 2014 dans May et Klonsky, 2015

Aux **circonstances difficiles entourant la périnatalité**, comme la maternité adolescente ou encore le fait d’être né prématurément, d’avoir eu un petit poids et/ou une petite taille à la naissance¹²⁹.

Aux antécédents de suicide dans la famille ou l’entourage¹³⁰.

À l’exposition à la violence et à la maltraitance sous toutes ses formes durant l’enfance¹³¹.

Au fait d’avoir grandi dans un environnement invalidant les expériences émotionnelles (Linehan, 1993 *dans* Bryan et Rudd, 2010).

À un locus de contrôle externe et un faible sentiment d’efficacité (Alonzo et Gearing, 2017).

À une faible tolérance à la frustration (Alonzo et Gearing, 2017).

À une histoire familiale de troubles psychiatriques (Alonzo et Gearing, 2017).

Au perfectionnisme¹³².

À des pertes en bas âge¹³³.

¹²⁹ Salib, Cortina-Borja 2006 ; Riordan et coll, 2006 ; Mittendorfer et Wasserman, 2004 *dans* Notredame et coll, 2017

¹³⁰ CPSQ *dans* MSSS, 2006 ; Shea, 2008 ; Perlman et coll., 2011 ; Notredame et coll., 2017 ; Mann et coll., 2005 ; Brent et coll., 2002 ; Bridge, Goldstein et Brent, 2006 *dans* Alonzo et Gearing, 2017

¹³¹ (Brown, Cohen, Johnson et Smailes, 1999 *dans* Bryan et Rudd, 2010 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Perlman et coll., 2011 ; Séguin, Renaud, Lesage et coll., 2011 *dans* Montreuil et Gros, 2013 ; Afifi et coll., 2014 ; Derray et coll., 2016 ; Fuller-Thomson, Baird, Dhrodia et Brennenstuhl, 2016 *dans* Alonzo et Gearing, 2017 ; Galynker, 2017

¹³² Alonzo et Gearing, 2017 ; O’Connor, 2007 *dans* Galynker, 2017

¹³³ CPSQ *dans* MSSS, 2006 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Borg et Stahl, 1992 *dans* Alonzo et Gearing, 2017 ; Perlman et coll., 2011 ; Notredame et coll., 2017

Au fait d'avoir été victime d'un viol (Joiner et coll., 2007 *dans* Bryan et Rudd, 2010).

Aux traumatismes¹³⁴.

C.4.2 Facteurs contributants

Description

Ce sont les variables de la vie actuelle de la personne ou des stress chroniques qui exacerbent son niveau de fragilité augmentant ainsi son risque suicidaire¹³⁵. Ici, l'on pourrait penser à :

Une exposition à la violence sous toutes ses formes et la victimisation¹³⁶ particulièrement pour les femmes (Notredame et coll., 2017).

Il appert que **l'abus de substance** est fortement associé au risque suicidaire¹³⁷. En effet, une personne toxicomane aurait un risque suicidaire de 4,7 fois plus élevé qu'une personne abstinente¹³⁸. Ce risque varie selon la substance consommée et le profil de la personne (Notredame et coll., 2017). En effet, certaines substances ont pour effet d'augmenter l'impulsivité, ce qui peut signifier une plus grande probabilité de passage à l'acte¹³⁹. Il est connu que beaucoup de personnes qui ont commis un suicide avaient consommé avant de passer à l'acte¹⁴⁰. Le clinicien doit rester à l'affût des changements dans les habitudes de consommation parce que son augmentation peut constituer un

¹³⁴ Laflamme, 2007 ; Perlman et coll., 2011 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Galynker, 2017

¹³⁵ Laflamme, 2007 ; Notredame et coll., 2017 ; White et Jodoin, 2004 *dans* Lane et coll., 2010 ; CPSQ *dans* MSSS, 2006

¹³⁶ Schreiber et Culpepper, 2014 ; Notredame et coll., 2017

¹³⁷ Laflamme, 2007 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Shea, 2008 ; Perlman et coll., 2011 ; Cavanagh et coll., 2003 *dans* Montreuil et Gros, 2013 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Notredame et coll., 2017 ; Boenish et coll., 2010 ; Flensburg-Madsen et coll., 2009 ; Sher, 2006 *dans* Alonzo et Gearing, 2017 ; Galynker, 2017

¹³⁸ Singhal, Ross, Seminog, Hawton et Goldacre, 2014 *dans* Notredame et coll., 2017

¹³⁹ Shea, 2008 ; Wilcox, Conner et Caine, 2004 *dans* Perlman et coll., 2011

¹⁴⁰ Alonzo et Gearing, 2017 ; Galynker, 2017

signe avant-coureur du suicide¹⁴¹.

En ce qui concerne l'alcool, le lien entre sa consommation abusive et la dépression a été fait dans la recherche. Les tentatives de suicide et suicides sont souvent commises par des personnes fortement intoxiquées par l'alcool à cause de son effet désinhibant et potentialisateur d'impulsivité¹⁴². Près de 25 % des personnes qui ont une dépendance à l'alcool commettent des tentatives de suicide¹⁴³. Enfin, des études avancent que cette population présenterait un risque de 60 à 120 fois plus élevé de passer à l'acte comparativement à la population générale¹⁴⁴.

Nous tenons à souligner que l'évaluateur gagne à se renseigner sur les différentes substances consommées pour bien comprendre leurs impacts sur les conduites suicidaires.

L'isolement social¹⁴⁵.

Une faible scolarité (Abel et Kruger, 2005 *dans* Alonzo et Gearing, 2017).

Un changement dans la médication prescrite (Galynker, 2017).

Un stress financier chronique¹⁴⁶ qui peut survenir par exemple avec le fait d'avoir des dettes¹⁴⁷.

¹⁴¹ Rudd et coll., 2011 *dans* Perlman et coll., 2011 ; Galynker, 2017

¹⁴² Elliott, Pages, Russo et Wilson et Roy-Byrne 1996 *dans* Shea, 2008 ; Galynker, 2017

¹⁴³ Chignon, Cortes, Martin et Chabannes, 1998 *dans* Alonzo et coll., 2017

¹⁴⁴ (Pompili et coll., 2010 ; Sher, 2006 *dans* Alonzo et Gearing, 2017

¹⁴⁵ Rudd et coll., 2006 *dans* Perlman et coll., 2011 ; Institut de recherche en santé du Canada *dans* Montreuil et Gros, 2013 ; Schreiber et Culpepper, 2014 ; Large, Smith, Sharma, Nielssen et Singh *dans* Notredame et coll., 2017

¹⁴⁶ CPSQ *dans* MSSS, 2006 ; Perlman et coll., 2011 ; Notredame et coll., 2017

¹⁴⁷ Meltzer et coll., 2011 *dans* Alonzo et Gearing, 2017

La pauvreté¹⁴⁸.

La violence conjugale subie, tant chez les hommes que chez les femmes¹⁴⁹.

Exemples de questions pour évaluer les facteurs contributifs et prédisposants :

- Avez-vous vécu des situations difficiles dans votre passé ?
- Avez-vous vécu un suicide dans votre entourage, votre famille ? Qui ? Quand ? Comment ?
- Faites-vous partie d'une communauté minoritaire (LBGTQ+, autochtone, etc.) ?
- Est-ce qu'il vous arrive de faire des choses sans prendre le temps d'y réfléchir ?
- Comment réagissez-vous face à une contrariété ou une frustration ? Vous arrive-t-il de partir en claquant la porte ?
- Avez-vous tendance à être colérique, impulsif ?
- Consommez-vous des drogues, alcool ou autres substances non prescrites ?
- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer ou d'augmenter votre consommation des substances ?

Évaluation du facteur de risque :

Facteurs contributifs et prédisposants (développementaux et distaux)	
<input type="checkbox"/> Déficits cognitifs	<input type="checkbox"/> Anxiété élevée
<input type="checkbox"/> Abus de substances et autres dépendances	
Histoire ou conditions de vie difficiles :	
<input type="checkbox"/> Abus ou négligence dans l'enfance	
<input type="checkbox"/> Mère adolescente	<input type="checkbox"/> Isolement social
<input type="checkbox"/> Monoparentalité	<input type="checkbox"/> Violence
<input type="checkbox"/> Impulsivité	
<input type="checkbox"/> Autres :	
<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de suicide :	
Population vulnérable :	
<input type="checkbox"/> LBGTQ2+	<input type="checkbox"/> Militaire
<input type="checkbox"/> Minorité ethnique	<input type="checkbox"/> Détenu, ex-détenu
<input type="checkbox"/> Itinérance	<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle – Autisme
<input type="checkbox"/> Personnes âgées	<input type="checkbox"/> Homme
<input type="checkbox"/> Enfant, adolescent	
<input type="checkbox"/> Autres, précisez :	

¹⁴⁸ Abel et Kruger, Chung et coll., 2013, Magnusson et Makinen, 2010 ; Sareen, Afifi, MacMillan et Asmundson, 2001 dans Alonzo et Gearing, 2017 ; Rehkopf et Buka, 2006 dans Galynker, 2017

¹⁴⁹ Schreiber et Culpepper, 2014 ; McLaughlin, O'Carroll et O'Connor, 2012 dans Alonzo et Gearing, 2017

D Facteurs de protection

Description

Comme mentionné plus haut, les facteurs de protections sont les facteurs dissuasifs qui découragent ou empêchent les actions suicidaires¹⁵⁰. Ils constituent les forces et les ressources qui aident la personne à faire face aux difficultés de la vie. Ils peuvent servir de levier vers la mobilisation de la personne et fournir des pistes d'interventions. En voici des exemples :

D.1 Exemples de facteurs de protection	Source
Saines habitudes de vie	Lafleur et Séguin (2008)
Être dans une relation conjugale stable, spécialement chez les hommes	Kposowa (2000) ; Silevntoinen, Moustgaard, Peltonen et Martikainen (2013) ; Hawton (2000) ; Moller-Leimkuhler (2003) <i>dans</i> Alonzo et Gearing (2017) ; Smith, Mercy et Conn (1988) <i>dans</i> Galynker (2017)
Avoir un emploi	Alonzo et Gearing (2017)
Capacité de voir la vie du bon côté	Bryan et Rudd (2010)
Accorder un sens à la vie	Kleiman et Beaver (2013) <i>dans</i> Alonzo et Gearing (2017)
Espoir quant aux perspectives d'un futur prometteur	Bryan et Rudd (2010)
Investissement dans la poursuite d'un objectif de vie	Sanchez (2001) ; United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011) ; Soloff et Chiappetta (2012) <i>et</i> Chang, Chen, Hui, Chan, Lee et Chen (2015) <i>dans</i> Notredame et coll. (2017)
Implication au travail	Soloff et Chiappetta (2012); Chang et coll. (2015) <i>dans</i> Notredame et coll.

¹⁵⁰ Lafleur et Séguin, 2008 ; Bryan et Rudd, 2010 ; Nelson, Johnston et Shrivastava, 2010 ; Sanchez, 2001 *dans* Perlman et coll., 2011 ; Berman, 2006 ; Rudd, 2006, Rudd et coll., 2006 ; Vikes, 2003 ; Shea, 2012 *dans* Alonzo et Gearing, 2017, Gottlieb, 2013.

	(2017)
Implication dans la communauté	Lafleur et Séguin (2008) ; Soloff et Chiappetta (2012) <i>et</i> Chan et coll. (2015) <i>dans</i> Notredame et coll. (2017)
Investissement dans un passe-temps	Joiner (2005) <i>dans</i> Bryan et Rudd (2010) ; Sanchez (2001) ; United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011)
Valeurs morales désapprouvant le suicide	Linehan et coll. (1983) ; Richardson-Vejlgaard, Sher, Oquendo, Lizardi et Stanley (2009) <i>dans</i> Alonzo et Gearing (2017)
Crainte de la désapprobation sociale	Linehan et coll. (1983)
Peur de la mort	Linehan et coll. (1983)
Spiritualité et religiosité	Sanchez (2001) ; Lafleur et Séguin (2008) ; United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011) ; Colucci (2008) ; Dervic et coll., (2004) ; (Lizardi et coll., 2007) ; Lizardi et Gearing, (2010) ; Rasic et coll., (2009) ; Stack, (1983) <i>dans</i> Alonzo et Gearing, (2017)
Sentiment d'appartenance à la communauté	Sanchez (2001) ; United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011)
Identité bien établie	Sanchez (2001) ; United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011)
Estime de soi consolidée	Sanchez (2001) ; United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011) ; Alonzo et Gearing (2017)
Liens familiaux solides et responsabilités familiales	Turvey et coll. (2002) ; Lafleur et Séguin (2008) ; Stravynski et Boyer (2001) <i>dans</i> Bryan et Rudd (2010) ; Sanchez (2001) ; United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011) ; Alonzo et Gearing (2017) ; (Linehan et coll. (1983) ; Mc Laren (2011) <i>dans</i> Alonzo et Gearing (2017)
Avoir des enfants à sa charge	Linehan et coll. (1983) ; Clark et Fawcet (1994) <i>dans</i> Bryan et Rudd (2010) ; Alonzo et Gearing (2017)
Habilités de résolution de problèmes	Sanchez (2001) ; United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011) ; Linehan et coll. (1983) ; Alonzo et Gearing (2017)

Capacités d'adaptation	Linehan et coll. (1983); Sanchez (2001); United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011)
La résilience	Dhingra, Boduszek et O'Connor (2016); Kleiman et Beaver (2013); Wisco, Marx, Woolf et Miller (2014) <i>dans</i> Alonzo et Gearing (2017)
Réseau de support social	Sanchez (2001); United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011); Donald et coll. (2006); Duberstein et coll. (2004); Kleiman et Beaver (2013); Park, Cho et Moon (2010) <i>dans</i> Alonzo et Gearing (2017)
Accès restreint aux moyens permettant de se suicider, notamment aux armes à feu	Sanchez (2001); United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011), Agerbo, Gunnell, Bonde, Mortensen et Nordentoff (2007); Dahlberg, Ikeda et Kresnow, (2004); Ilgen, Zivin, McMannon et Valenstein (2008); Miller, Lippmn, Azrael et Hemenway (2007); Shenassa, Rogers, Spalding et Roberts (2004); U.S. Department of Health and Human Services (2013) <i>dans</i> Alonzo et Gearing (2017)
Accès à des soins de santé mentale	Sanchez (2001); United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011); Alonzo et Gearing (2017)
Accès à des soins de santé	Sanchez (2001); United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011); Alonzo et Gearing (2017)
Accès à des soins pour l'abus de substances	Sanchez (2001); United States Public Health Service (1999) <i>dans</i> Perlman et coll. (2011)

Exemples de questions pour évaluer les facteurs de protection :

- *Parlez-moi de vos proches, d'une ou des personnes sur qui vous pouvez compter, en qui vous avez confiance, quelqu'un qui a déjà été présent pour vous quand les choses allaient moins bien.*
- *Avez-vous une ou des personnes qui pourraient vous soutenir et en qui vous avez confiance ?*
- *Y a-t-il des choses, des personnes ou quoi que ce soit d'autre (ex : famille, religion, douleur liée à la mort) — qui vous ont empêché de vouloir mourir ou de mettre vos pensées suicidaires à exécution ? Qui vous retient à la vie ? Citez-moi trois raisons.*
- *Qu'est-ce qui vous a empêché de passer à l'acte jusqu'à maintenant ?*
- *Quelles stratégies avez-vous utilisées dans le passé qui ont été bonnes pour vous ?*
- *Quelles sont les raisons qui vous empêchent de penser à vouloir mourir ou à vous suicider ?*
- *Certains jours ont été plus faciles, comment avez-vous réussi, que faisiez-vous, que vous êtes-vous dit ?*
- *Qu'est-ce qui vous aide le plus ?*

Faire l'exercice d'identifier les facteurs de protection avec la personne lui offre l'occasion de se raccrocher à la vie en se mobilisant dans un plan d'intervention¹⁵¹. Les forces et les qualités positives existent pour tous, en tout temps et en toutes circonstances ; y compris pendant une crise suicidaire¹⁵². Pour ces raisons, tout au long de l'entretien, l'évaluateur veillera à utiliser une approche qui éveille les perspectives d'un futur meilleur (Lafleur et Séguin, 2008). Pour faciliter cette tâche et se doter de pistes d'intervention, l'évaluateur pourrait compléter le Reasons for living Inventory (RFL) de

¹⁵¹ White et Jodoin, 2004 dans Lane et coll., 2010 ; Lafleur et Séguin, 2008 ; Perlman et coll., 2011 ; Bryan et Rudd, 2010

¹⁵² Gottlieb, 2013, Feeley & Gottlieb 2005

Linehan, Goodstein, Nielson et Chiles (1983), dont l'utilisation est gratuite après en avoir obtenu la permission des auteurs (Perlman et coll., 2011). Cet exercice d'identification des forces constitue bien souvent un point de bascule dans l'entretien avec la personne parce qu'il lui permet de prendre une distance vis-à-vis de ses idées suicidaires, de se concentrer sur ce qui va bien (Bryan et Rudd, 2010) et de retrouver de l'espoir (Séguin et Lafleur, 2008).

Une série d'études de recherche qualitatives financées par le RQSHA montrent que les personnes ayant des facteurs de risque connus de suicide, ainsi que leurs proches, ont la capacité de décrire les pratiques de soins de santé qu'ils trouvent utiles. Cette capacité a été démontrée chez des usagers de tous les groupes d'âge qui recevaient des services de santé mentale pour une grande variété de diagnostics¹⁵³. Interrogés sur les soins utiles, certains participants ont également partagé des histoires de pratiques qui étaient inutiles et, dans certains cas, même nuisibles¹⁵⁴. Les résultats de ces études indiquent qu'explorer les perceptions de la personne et de la famille sur ce qui les aide, fournit des informations importantes sur les interventions à proposer; ainsi que sur les pratiques inutiles qui devraient être évitées.

Il est important de souligner que même si la personne présente de nombreux facteurs de protection, il ne faut jamais sous-estimer le risque qu'elle passe à l'acte si ses difficultés sont trop lourdes à porter¹⁵⁵. Les patients aux antécédents de tentatives de suicide itératives ont souvent moins de facteurs de protection et ont des difficultés à identifier des raisons de vivre. Face à cette impasse, l'évaluateur peut demander ce qui les maintient encore en vie (Bryan et Rudd, 2010)

¹⁵³Gros, Wright et al 2011, Gros, Jarvis, et al 2012; Ould-Brahim, Hanganu & Gros 2018; Montreuil, Butler et al 2015

¹⁵⁴ Ould-Brahim, Hanganu & Gros 2018

¹⁵⁵ Bryan et Rudd, 2010 ; Perlman et coll., 2011

Évaluation du facteur de protection :

Facteurs de protection	
Qu'est-ce qui aide, peut aider ?	
Éléments dissuasifs, forces :	<input type="checkbox"/> Identifie des raisons de vivre <input type="checkbox"/> Croit que le suicide est immoral <input type="checkbox"/> Grande spiritualité <input type="checkbox"/> Soutien social perçu comme significatif / soutenant <input type="checkbox"/> Famille ou réseau impliqué et se tient responsable :
▶ Nom :	Lien :
▶ Coordonnées :	
<input type="checkbox"/> Peur de la mort ou de mourir en douleur et souffrance	<input type="checkbox"/> Engagé dans son travail ou à l'école
<input type="checkbox"/> Autres :	

E Déterminer un niveau de risque global – absent, faible, modéré, élevé

Afin de forger son opinion clinique finale, le professionnel doit déterminer l'urgence et la dangerosité, tout en considérant l'ensemble des facteurs de risque et de protection¹⁵⁶.

Le professionnel doit garder en tête qu'il n'est pratiquement pas possible d'arriver à un niveau de risque suicidaire absolu (Alonzo et Gearing, 2017). En effet, les écrits scientifiques comprennent très peu d'outils, tels que des tableaux catégoriels ou encore des arbres décisionnels permettant d'établir un niveau de risque suicidaire global franc (Bernert et coll., 2014). Ces outils ont donc leurs limites. Par exemple, dans leur ouvrage, Bryan et Rudd (2010) proposent un tableau pouvant soutenir l'évaluateur dans son positionnement d'un risque global, mais il ne prend pas en compte l'ensemble des facteurs permettant de déterminer l'urgence suicidaire, tels le contrôle des idées, la tension émotionnelle et la capacité à recevoir de l'aide qui sont aussi considérés dans le GÉRIS. Lafleur et Séguin (2008) présentent également un tableau pour soutenir le jugement clinique et prennent soin de rappeler que le jugement professionnel doit toujours l'emporter. Nous tenons à souligner que le GÉRIS a aussi ses limites. Il est

¹⁵⁶ APA, 2003 ; Lane et coll., 2010 ; Turecki et coll., 2012 ; Franklin, Ribeiro, Bentley, Huang, Mucacchio, Chang, Fox, Kleiman, Jaroszewski et Nock, 2016 ; Notredame et coll., 2017 ; Alonzo et Gearing, 2017

impossible de consigner en un seul formulaire la totalité des facteurs de risques et des éléments à considérer pour mener une évaluation rigoureuse. Il doit être conçu pour ce qu'il est censé être, c'est-à-dire un guide qui ouvre la voie à la réflexion. Il est normal que l'incertitude fasse partie du processus (Bernert, et coll., 2014). Nous tenons donc à rappeler l'importance de consulter d'autres professionnels expérimentés (Alonzo et Gearing, 2017).



Comme mentionné précédemment, il n'est pas nécessaire d'obtenir toutes les informations en une seule rencontre. L'urgence et la dangerosité sont les éléments les plus prédictifs dans le moment présent et peuvent suffire à établir un niveau de risque. Toutefois, plus l'évaluation du risque suicidaire est complète et détaillée, plus il sera possible d'intervenir de manière individualisée et efficace pour prévenir le suicide¹.

E.1 Comment remplir/évaluer la cote globale

Pour les différents paramètres de l'urgence et de la dangerosité suicidaire, il est possible d'octroyer une cote entre deux niveaux de risque. Cependant, l'établissement du niveau de risque global doit se retrouver clairement dans un niveau de risque précis et jamais entre deux niveaux afin d'éviter la confusion lors de la communication entre les intervenants et les différents services. Advenant une incertitude entre le niveau de risque faible, modéré ou élevé, il est suggéré d'octroyer la cote la plus élevée offrant ainsi une marge de précaution supplémentaire. Toutefois, l'intervention sera personnalisée selon le portrait clinique de la personne. Comme il a déjà été mentionné, **il ne faut jamais substituer le jugement clinique** à l'utilisation d'un instrument d'évaluation clinique quel qu'il soit, ce qui signifie de **ne pas substituer le GÉRIS à votre propre jugement clinique**. C'est l'analyse de tous les éléments récoltés par l'évaluateur

qui déterminera la cote octroyée et non un cumul mathématique du nombre d'éléments.

E.2 Exemple de cote globale :

Le tableau ci-bas aide donc l'évaluateur à avoir une vue d'ensemble de chaque facteur évalué et à établir le niveau global du risque suicidaire. Pour chaque paramètre à considérer (colonne de gauche), un niveau de risque (ligne du haut : absent, faible, modéré, élevé) est octroyé par l'énoncé qui correspond le mieux au portrait clinique que présente la personne. Une cote peut être attribuée en deux niveaux comme le présente l'intention suicidaire dans le tableau ci-bas. La dernière ligne du tableau au dos du guide permet de déterminer le niveau de risque global octroyé selon le jugement clinique de l'intervenant en tenant compte de tous les facteurs de risque évalués dans le guide. L'intervenant **documente au dossier** de la personne le résultat global de son évaluation, l'évolution de l'état et des idées lors de l'entretien, les éléments pertinents ainsi que les réactions de la personne lors de la rencontre. Il y a 9 grilles qui permettent une évaluation distincte à différents moments. Chaque évaluateur inscrit la date et l'heure dans le haut de la grille et signe tout au bas de celle-ci.

	Date (A/M/J) : 2019-09-23				Date (A/M/J) : 2019-09-24				Date (A/M/J) :			
	Heure (H:M) : 15:00				Heure (H:M) : 10:20				Heure (H:M) :			
Niveaux de risque	Absent	Faible	Modéré	Elevé	Absent	Faible	Modéré	Elevé	Absent	Faible	Modéré	Elevé
Idées suicidaires			X				X					
Durée des idées			X					X				
Intention suicidaire	X						X					
Planification				X				X				
Contrôle des idées		X				X						
Tension émotionnelle		X						X				
Accepter de l'aide			X				X					
Létalité				X				X				
Accès au moyen		X				X						
Facteurs additionnels			X				X					
Niveau de risque global			X					X				
Signature	<i>John Marvel</i>				<i>Alery Jo Wew</i>							

Dans l'exemple ci-haut, le premier intervenant, John Marvel, a considéré un niveau de risque global modéré. Même si la personne a des idées suicidaires modérées, une planification élevée et un faible accès au moyen, plusieurs autres éléments augmentent

le niveau de risque. Par exemple, même si la personne pense parfois à mourir et se sent faiblement tendue, elle garde toutefois de l'information et a un plan bien défini. Le passage à l'acte peut se produire assez rapidement vu l'intensité des idées. Le lendemain, à la deuxième évaluation, Mary-Jo Wow, évalue que la durée des idées, l'intention suicidaire, le contrôle des idées et la tension émotionnelle ont augmenté et octroie alors un niveau de risque global élevé.

Il n'est pas possible d'établir une liste de critères qui donnerait un niveau de risque standard. C'est encore et toujours l'analyse des différents facteurs, dont le jugement clinique, qui aidera le clinicien à déterminer le niveau du risque suicidaire global.

E.3 Informations manquantes pour la cote globale :

Il peut parfois s'avérer difficile d'obtenir toutes les informations. Par exemple, si la personne donne très peu d'information. Comme à tout autre moment, l'évaluateur peut, bien entendu, se référer aux informations collatérales, aux proches, aux parents ou aux notes reçues d'un autre intervenant pour apprécier certains facteurs. Advenant qu'un intervenant ne puisse pas, en une seule rencontre, recueillir toutes les informations nécessaires pour évaluer un facteur de risque précis et dans un souci de précaution, il octroiera un niveau de risque selon son jugement clinique ou encore, donnera le niveau le plus élevé à l'aide d'un O. À la prochaine rencontre, le même intervenant ou un autre intervenant pourra compléter l'information manquante et ainsi améliorer l'évaluation et par le fait même, le jugement clinique pour octroyer le niveau de risque plus juste. Par exemple, dans le tableau suivant, le clinicien n'a pas eu d'information au sujet de l'intention suicidaire ni de la létalité du plan il a donc octroyé le niveau le plus élevé.

	Date (A/M/J) : 2017/09/23				Date (A/M/J) :				Date (A/M/J) :			
	Heure (H.M) : 15:00				Heure (H.M) :				Heure (H.M) :			
Niveaux de risque	Absent	Faible	Modéré	Élevé	Absent	Faible	Modéré	Élevé	Absent	Faible	Modéré	Élevé
Idées suicidaires			X									
Durée des idées			X									
Intention suicidaire				○								
Planification				X								
Contrôle des idées		X										
Tension émotionnelle		X										
Accepter de l'aide			X									
Létalité				○								
Accès au moyen		X										
Facteurs additionnels			X									
Niveau de risque global			X									
Signature	<i>John Manuel</i>											

E.4 Tableau de l'évolution du risque suicidaire/sommatif

Le dernier tableau du guide permet d'obtenir une vue d'ensemble, par les différents intervenants impliqués, de l'évolution du risque suicidaire dans le continuum d'interventions et de services. L'évaluateur n'a qu'à inscrire la date et l'heure de l'évaluation et biffer à l'aide d'un X la case correspondante au niveau de risque octroyé.

Jour/Mois	23 09	24 09	24 09									
Heure (HH / MM)												
Absent												
Faible												
Modéré												
Élevé	X	X	X									
Initiales :	<i>JM</i>	<i>MFA</i>	<i>GP</i>									

3.3 Fréquence d'évaluation suggérée :

N.B. Peut être modifié selon l'évaluation de l'équipe et le jugement clinique

Klein (2012) rapporte que le fait d'aborder ouvertement le sujet du suicide offre à la personne la possibilité de confier ses intentions et constitue un moyen efficace de prévenir un passage à l'acte, du moins chez celui qui n'en a pas pris irrévocablement la décision et qui la dissimule. Il est donc recommandé de faire un dépistage systématique pour toute personne qui se présente pour la première fois à un service de santé. L'OMS (2011) suggère en effet que **toute personne** qui se présente dans un milieu de santé et de service sociaux avec une atteinte de l'affect, de l'humeur et du comportement, soit des symptômes de santé mentale, **doit se voir demander s'il présente ou a présenté**, au cours du dernier mois, **des idées suicidaires ou a établi des plans en vue d'un acte autoagressif**. Si des facteurs de risques ou des signes avant-coureurs sont dépistés ou détectés lors de l'évaluation initiale, une évaluation plus complète doit être réalisée. Ainsi, **le Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire** peut être complété afin de déterminer le niveau de risque suicidaire.

Tout au long du suivi clinique de la personne, une exploration continue du risque suicidaire doit être assurée. Une évaluation à **fréquence variable** doit être faite selon le niveau de risque d'un passage à l'acte, et ce :

- selon le jugement clinique ;
- tout au cours du séjour de la personne, lorsqu'hébergée;
- tout au long du suivi de la personne dans un service donné.

« La fréquence d'évaluation doit être plus rapprochée pour les personnes à plus grand risque. » (CAMH, 2010, RNAO, 2008)

Le formulaire doit être rempli selon les moments suivants :

- À l'accueil, à l'admission
- Aux changements de milieux

- Lors de l'apparition d'idée ou de comportement suicidaire
- Lors d'un changement clinique ou de comportements significatifs
- Avant d'augmenter les privilèges
- Avant un congé

(Traduction libre de CAMH (2010) selon : Jacobs, 2007; RMFHMI, 1996)

Par conséquent, le guide est complété **minimalement chaque jour** pour une personne présentant un risque élevé et modéré dans les services internes ou unités d'hospitalisation (RNAO, 2009; CAMH, 2010). À tout autre moment et indépendamment du secteur d'activité, les intervenants doivent maintenir un lien de confiance et s'enquérir de l'état de la personne tout en évaluant l'intensité suicidaire afin d'ajuster les interventions, le filet de sécurité ou le niveau de surveillance requis qui peut varier d'une fois à l'autre selon l'état émotionnel de la personne.

Partie 4 Déterminer les interventions, documenter, reconnaître les groupes vulnérables

4.1 Déterminer les interventions à entreprendre, comprenant entre autres les niveaux de surveillance et de suivi appropriés au niveau de risque

L'intervenant doit consulter et appliquer les procédures de son établissement et les modalités de suivi et de surveillance qui sont spécifiques à son champ de pratique. Comme mentionné plus haut, l'évaluation et le suivi d'une personne suicidaire sont des exercices très complexes et devraient toujours se faire en collaboration avec d'autres professionnels, qu'ils soient impliqués directement auprès de la personne ou pas. Cette démarche assure un filet de sécurité en offrant l'occasion de prendre de la distance vis-à-vis de la situation et de prendre en considération une opinion clinique différente¹⁵⁷.

4.2 Documenter l'ensemble de ses démarches d'évaluation et d'intervention

Le professionnel doit consigner l'ensemble des démarches de son processus d'évaluation¹⁵⁸. Cet exercice constitue la preuve que le professionnel a procédé à une évaluation rigoureuse du risque suicidaire et pris les précautions nécessaires en contre-validant ses opinions cliniques auprès d'autres professionnels et a mis en place les mesures de protection de la personne¹⁵⁹. Il doit s'assurer de consigner l'ensemble des informations requises afin de respecter la procédure de prévention de suicide et les normes d'agrément de son établissement.

¹⁵⁷ Sadoff, 1990 dans Granello, 2010 ; Monk et Samra, 2007 ; CSAT, 2009

¹⁵⁸ Perlman et coll., 2011 ; Alonzo et coll., 2017

¹⁵⁹ APA, 2003 ; Shea, 2008, 2010 ; RNAO, 2009 ; Alonzo et coll., 2017

Nous estimons que chaque intervenant a la responsabilité professionnelle d'approfondir ses connaissances et compétences en matière de prévention du suicide auprès des clientèles qu'il dessert. En plus de connaître la Loi sur les services de santé et de services sociaux, il doit maîtriser les lois applicables à son champ de pratique (Loi de la protection de la jeunesse, Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui), et connaître les politiques, les procédures ainsi que les protocoles de son établissement.

4.3 Reconnaître les groupes vulnérables au suicide en fonction de la population générale

L'objectif du présent cadre de référence était d'offrir les bases aux professionnels afin qu'ils puissent procéder à une évaluation de risque suicidaire de manière rigoureuse. Le suicide étant un phénomène extrêmement complexe, le présent travail ne permettait pas de procéder à une revue complète des écrits pour connaître l'étiologie, la prévalence, les stratégies d'évaluation et d'intervention pour chaque population spécifique. Comme mentionné précédemment, certains facteurs de risque sont communs tandis que d'autres peuvent présenter des spécificités selon les groupes de populations auxquels on s'adresse. Les cliniciens sont invités à utiliser le guide en tenant compte des contextes des différents groupes d'âge et de populations. Il est recommandé que les professionnels concernés consultent les guides de pratiques et les lignes directrices relatives à la prévention et l'évaluation du risque suicidaire afin de s'enquérir des particularités des différents groupes de populations.

5 Conclusion

Le choix et le développement du GÉRIS se sont fait en plusieurs étapes : la recension d'outils déjà existants, la création de différentes versions du guide et l'expérimentation du guide auprès de plusieurs cliniciens de professions distinctes sur le terrain. La contribution du RQSHA, de différents établissements et de l'AQIISM, plus particulièrement la communauté de pratique des conseillères en santé mentale du Québec, a permis de développer un outil convivial pour les intervenants de différentes professions et de milieux hétérogènes.

Malgré le progrès que représente le GÉRIS pour les établissements de santé et de services sociaux, les démarches d'amélioration des pratiques en prévention du suicide doivent se poursuivre. De par sa mission universitaire intégrant la clinique, l'enseignement, la recherche et l'évaluation, il est impératif que le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal demeure à l'affût des nouvelles connaissances scientifiques en matière de suicide et qu'il apporte tout ajustement jugé nécessaire au GÉRIS.

Le présent cadre de référence présente uniquement le GÉRIS. Il importe toutefois d'inscrire ce guide dans une démarche plus large. En effet, des politiques, des protocoles et des procédures doivent aussi être développés par les établissements afin de supporter les décisions et les interventions des intervenants. La formation des intervenants concernés est également primordiale afin d'assurer des interventions et services de qualité, adaptés et sécuritaires. Les intervenants doivent savoir quand et comment agir face à la personne suicidaire. Pour ce faire, le GÉRIS, bien qu'il soit central pour guider les interventions, doit se positionner dans une démarche de prévention du suicide globale.

6 Références

- Aimé, A., LeBlanc, L., Séguin, M., Brunet, A., Brisebois, C., & Girard, N. (2013). La présence et la gravité des troubles de santé mentale sont-elles liées à la nature de la crise, à la dangerosité et aux services de crise offerts ? *Santé mentale au Québec*, 38 (2), 235-256.
- Allen, F. M., & Warner, M. (2002). A Developmental Model of Health and Nursing. *Journal of Family Nursing*, 8(2), 96-135
- Alonzo, D. et Gearing, R.E. (2017). *Suicide Assessment and Treatment: Empirical and Evidence-Based Practices*. Springer Publishing Co., Inc. ; 2 édition, 480 pages.
- American Psychiatric Association (APA) (2003). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. Repéré à
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA : American Psychiatric Association
- American Psychological Association (2010)., *Resilience and recovery after war: Refugee children and families in the United-States .*, Washington D.C. Author.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 1-23.
- Bachelor, A. & Horvarth, A. (1999). *The therapeutic relationship*. Dans M.A. Hubble, B. L. Dunca, & S. D. Miller, (Eds) *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington : American Psychological Association.
- Baldwin, D., Stein, M. G., Hermann, R. (2014). *Generalized anxiety disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis*. Up-to-Date.
- Bardon, C., Morin, D., Ouimet, A-M., Mongeau, C. (2014). *Comprendre et prévenir le risque suicidaire chez les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme : consultation d'experts*. Retrieved from CRISE-UQAM, CRDITED de Montréal :
- Beck, A.T., Schuyler, D., Herman, I., (1974). Development of suicidal intent scales. In: Beck, A.T., Resnik, H.L.P., Lettieri, D.J. (Eds.), *The Prediction of Suicide*. Charles Press, Philadelphia, PA, pp. 45– 56.
- Beck, A.T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 47, No. 2, 343-352.
- Bernert, R.A., Hom, M.A., et Roberts, L.W. (1994). A Review of Multidisciplinary Clinical Practice Guidelines in Suicide Prevention: Toward an Emerging standard in Suicide Risk Assessment and Management, *Training and Practice, Academy Psychiatry*, 35, 585-592.
- Bongar, B. M. (2013). *The suicidal patient: clinical and legal standards of care*. British Library, Washington.
- Bouvard, M. et Cottraux J. (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Pratiques en psychothérapie. 4e édition, Elsevier Masson.
- Bryan, C.J., et Rudd, M.D. (2010) *Managing Suicide in Primary Care*, New York, Springer Publishing Company, 216 p.
- CAMH, Center for Addiction and Mental Health (2010). *Suicide prevention and assessment handbook*. . Retrieved from Canada:
https://www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/suicide/Documents/sp_handbook_final_feb_2011.pdf
- Caron Malenfant, E., (2004) *Le suicide chez les immigrants au Canada*, Statistique Canada, Rapports sur la santé, vol. 15, no 2,

- Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: Systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *British Journal of Psychiatry*, 210(6), 387-395. doi:10.1192/bjp.bp.116.182717
- Center for Substance Abuse Treatment, (2009). *Addressing Suicidal Thoughts and Behaviors in Substance Abuse Treatment* Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 50. HHS Publication No. (SMA) Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Récupéré le 5 décembre à : <https://store.samhsa.gov/shin/content//SMA15-4381/SMA15-4381.pdf>
- Center for Substance Abuse Treatment, (2009.) *Addressing Suicidal Thoughts and Behaviors Part 3: A Review of the Literature*, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 50. , 93 pages. Récupéré le 5 décembre 2017 à https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA09-4381/TIP50_LitRev.pdf.
- Centre des Premières nations. (2017) Santé mentale. Récupéré le 14 août 2017 à : <http://www.naho.ca/firstnations/fr/public/sante-mentale/>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) récupéré le 08 août 2017, à <http://www.cnrtl.fr/>
- Cheref, S., Lane, R., Polnanco-Roman, L., Gadol, E. et Miranda, R., (2015) *Suicidal Ideation among Racial/Ethnic Minorities: Moderating Effects of Rumination and Depressive Symptoms*. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*.
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center (2011) *Best evidence statement (BEST). Preventing personne self-harm*. Cincinnati (OH) : Cincinnati Children's Hospital Medical Center; Jul 6. 4 p.
- Daele, A. (2010). Les grilles d'évaluation critériées. *Enseigner et Apprendre en Enseignement Supérieur. Ressources pour le conseil et la formation pédagogique dans l'enseignement supérieur*.
- Daigle, M., Labelle, R., & Girard, C. (2003). *Cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec*. Retrieved from Québec:
- Daigle, M. S., Pouliot, L., Chagnon, F., Greenfield, B., & Mishara, B. (2011). Suicide Attempts : Prevention of Repetition. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56, 621-629.
- Delamare, C. (2013). Les tentatives de suicide chez les enfants de moins de 13 ans. *Psychiatrie 2 : Les survivants* : Société Francophone de Médecine d'Urgence
- Department of Veterans Affairs. (2013). *VA/ DoD Clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide*. Washington, Department of Veterans Affairs, Department of Defense: 1-190.
- Duncan, B. L. (2010). *On Becoming a Better Therapist*. Washington : APA.
- Duncan, B. L. (2012) *Offrir ce qui fonctionne en thérapie*. Montréal : Conférence présentée au Congrès de l'Ordre des Psychologues du Québec.
- Emanuel, L LL. Taylor, L, Hain, A, Combes, JR, Halie, MJ, Karsh, B, Lau, DT, Shalowitz, J., Shaw, T., Walton, M. (2013). *Module 13a : Mental Health Care: Preventing Suicide and Self-Harm*. . Canada : Canada and the Ontario Hospital Association.
- Éthier, S., Larouche, E., Grégoire, C. . (2014) L'évaluation des interventions en matière de prévention du suicide chez les aînés : étude exploratoire. *Rapport de recherche*.
- Feeley, N., & Gottlieb, L. N. (2000). *Nursing approaches for working with family strengths and resources*. *Journal of Family Nursing*, 6(1), 9-24.
- Fortin, D. et Ruel, S. (2012). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec. Santé Publique*. Consulté le 10 août 2017 à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-202-04F.pdf>.

- Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Bentley, K.H., Huang, X., Mucacchio, K., M., Chang, B.P., Fox, K.R., Kleiman, E.M., Jaroszewski, A.C., et Nock, M. K., (2017). *Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research*. *Psychological Bulletin*, 43, (2), 187-232.
- Freeman, S. A. (2012). Suicide assessment : Targeting acute risk factors : Focus on time-sensitive factors that may respond to treatment. *Current Psychiatry*, 11(1).
- Galynker, I. (2017). *The Suicidal Crisis: Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk*. Oxford University Press, 368 pages.
- Gottlieb, L. N., & Feeley, N. (2005). *The Collaborative Partnership Approach to care: A Delicate Balance*. Toronto, ON: Elsevier Canada.
- Gottlieb, L. N., & Gottlieb, B. (2013). *Strengths-Based Nursing Care*. New York: Springer.
- Gouvernement du Canada (2017) Santé Canada —Santé des Premières nations et des Inuits — Promotion de la santé —Prévention du suicide. Récupéré le 14 août 2017 à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-premieres-nation-inuits/promotion-sante/prevention-suicide.html>
- Gouvernement du Canada (2017) *Le suicide et sa prévention dans les Forces armées canadiennes*. *Défense Nationale* [https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/nouvelles/2017/05/le-suicide_et_sapreventiondanslesforcesarmeescanadiennes.htm](https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/nouvelles/2017/05/le-suicide-et-sapreventiondanslesforcesarmeescanadiennes.htm)
- Granello, D.H. (2010). The process of Suicide Risk Assessment, Twelve Core Principles. *Journal of Counselling and Development*, Summer 2010, Col., 88, 363-370.
- Gros, C.P., Jarvis, S., Mulvogue, T., Wright, D., (2012), Les interventions infirmières estimées bénéfiques par les adolescents à risque de suicide, *Santé mentale au Québec*, (37) 2, 193-207
- Gros, C.P., Wright, D. Mulvogue, T. & Jarvis, S. (2011). Les interventions infirmières bénéfiques: le point de vue des patients à risque de suicide. *La Gérontoise* 22(2), 3-11.
- Houle, J., et Lavoie, B. (2015). *Pratique à promouvoir pour mieux aider les hommes*. Ordre des psychologues du Québec. Récupéré le 05 novembre 2017 à : <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/pratiques-a-promouvoir-pour-mieux-aider-les-hommes>
- Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress Models. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 32-46). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Isometsä, E. (2014). Suicidal behaviour in mood disorders--who, when, and why? *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 120-30.
- Jacobs, D. G., & Brewer, M. L. (2006). Application of the APA practice guidelines on suicide to clinical practice. *CNS Spectrums*, 11(6), 447-454.
- Joiner, T. E., & Rudd, M. D. (2000). Intensity and Duration of Suicidal Crises Vary as a Function of Previous Suicide Attempts and Negative Life Events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 909-916.
- Katon, W., Ciechanowski, P., Stein, M. B., (2013). Panic disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Up to Date.
- Kennebeck, S. & Bonin, L. (2014). *Suicidal behavior in children and adolescents: Epidemiology and risk factors*. UpToDate, inc.. Disponible à : <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-children-and-adolescents-evaluation-and-management>
- Klein, G. (2012). Le suicide à l'hôpital psychiatrique : L'enfermement le prévient-il ? *Schweizer Archiv Fur Neurologie Und Psychiatrie*, 163(3), 85-91.

- Klonsky, E. D., Qiu, T., et Saffer, B.Y., (2017). *Recent Advances in Differentiating Suicide Attempters From Suicide Ideators*. *Curr Opin Psychiatry*;30(1):15-20
- Klonsky, E. D., May, M. A. (2015). *Impulsivity and Suicide Risk: Review and Clinical Implications*. *Psychiatric Times*.
- Laflamme, F. (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie. Guide de pratique clinique*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Ordre des infirmiers et infirmières du Québec.
- Lafleur, C. et Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*, Presses de l'Université Laval, 122 pages.
- Lambert, M.J., & Bergin, A. E. (1994) The effectiveness of psychotherapy. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.). New York : Wiley
- Lane, J., & Archambeault, J. (2010). *Prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux, analyse des besoins*. Ministère de la Santé et services sociaux du Québec.
- Lane, J., Archambeault, J., Collins-Poulette, M., & Camirand, R. (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 99p
- Lavoie, B., Lecavalier, M., Angers, P., & Houle, J. (2012). *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : Fondements théoriques et pratiques*. Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal.
- Lofthouse N, Yager-Schweller J (2009). Nonsuicidal self-injury and suicide risk among adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:641–645
- Maltais, N. (2014). *La crise suicidaire chez les 12 ans et moins : État des connaissances*. *Vision infirmière en santé mentale*. Vol. 28 no 3. p. 16-22.
- May, A.M., et Klonsky, E.D., (2015) "Impulsive" Suicide Attempts: What do we really mean ?, *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 1-10.
- Massuard, M., Bazinet, J, et Hébert, N.. (2013). *Initiative en prévention du suicide chez les Premières Nations du Québec – Analyse des décès par suicide (2000-2011)*, Québec, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 59 p.
- Mills, P. D., Watts, D., J., & Tomolo, A. M. B., J. P. (2014). Suicide attempts and completions in the emergency department in Veterans Affairs Hospitals. *Emergency Medicine*, 29, 399-403.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide. S'entraider pour la vie*. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_237.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide. Cadre de référence*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-247-02.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Faire ensemble et autrement. Plan d'action en santé mentale, 2015-2020*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec* <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *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 – Garde en établissement de santé et de services sociaux* <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- Mishara, B. L. W. D. N. (2005). Ethical and legal issues in suicide research. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28((1)), 23-41.
- Monk, L. et Samra, J., (2007), *Working With the Client Who is Suicidal: A Tool for Adult Mental Health and Addiction Services*, Vancouver, British Columbia: Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction.
http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/MHA_WorkingWithSuicidalClient.pdf
- Montreuil, M., Butler, K., Stachura, M., & Gros, C. P. (2015). Exploring helpful nursing care in pediatric mental health settings: The perceptions of children with suicide risk factors and their parents. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(11), 849-859.
- Montreuil, M., et Gros, C. . (2013). Suicide. In K. H. W. Fortinash (Éd.), *soins infirmiers ; Santé mentale et psychiatrie* (Vol. Soins infirmiers ; Santé mentale et psychiatrie, pp. 788-813).
- Morin, D., Mongeau, C., Perras St-Jean, G., Ouimet, A.-M. et Ouellet, G. (2017). *Reconnaître, intervenir et prévenir le suicide chez les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Défis et enjeux en services spécialisés de réadaptation*. Montréal, Québec : Centre de recherche et d'expertise sur la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Self-harm, The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. Retrieved from London:
- National Institute for health and Care Excellence. (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management*. guidance.nice.org.uk/cg78
- National Institute for Clinical Excellence. (2011). *Self-harm : long-term management*. Retrieved from United Kingdom:
- Notredame, C.-E., Daniels, S., Rancourt, E., Turecki, G., & Richard-Devantoy, S. (2017). *Suicidal Risk Assessment Guide. Support from the scientific literature for inclusion of criteria*. DSI-Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés. RQSHA.
- Office des professions du Québec (2013). Guide explicatif : Le projet de loi 21. Des compétences professionnelles
- OMS [Organisation mondiale de la santé] (2002). *Deuil et suicide. Indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent*. Département de la santé mentale et abus de substances psychoactives. Genève.
- OMS (2006). *Prévenir le suicide : Ressource pour conseillers*. Retrieved from Genève: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_french.pdf
- OMS [Organisation mondiale de la santé] (2011). *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures d'interventions non spécialisées* : Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale. Bibliothèque de l'OMS.
- OMS [Organisation mondiale de la santé] (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Bibliothèque de l'OMS. Genève.
- Ould Brahim, L. , Hanganu, C., & Gros, C.P. (2018). Intervening with Persons Experiencing Mental Illness and Substance Use: Patient perceptions of helpful care during psychiatric hospitalization. *International Journal of Whole Person Care*. 5 (1), 38-39.

- Patterson, W. D., HH ; Patterson, J; Patterson, GA (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 4 (24), 343–345, 348–349.
- Perlman, C., Neufeld, E., Martin, L., Goy, M., & Hirdes, J. P. (2011). *Guide d'évaluation du risque de suicide : Une ressource pour les organismes de santé*. Retrieved from Ontario:
- Posner K, Brown GK, Stanley B,. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale :Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. . *Am J Psychiatry*, 168:1266-1277.
- Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., Mann, J. (2009). *COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE*.
- Pugnaire Gros, C., &Young, L. E. (2007) Teaching the McGill model of nursing and client-centered care: collaborative strategies for staff education and development. In: Young, L. E. and Patterson, B. L. (eds). *Teaching nursing: developing a student centered learning environment*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins
- Renaud, J. M., C. . (2002) Position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires. *Le Médecin du Québec*, 37 (5).
- Renaud, J., Lesage, AD., St-Laurent, D., Gagné, et coll. (2017) Suicide. Chapitre 50 dans Lalonde, P. & Pinard, G-F. *Psychiatrie clinique. Approche biopsychosociale*. 4^e édition. Chenelière Éducation.
- Renaud, S. (2004) Interventions de crise auprès des patients souffrant d'un trouble de personnalité limite. : Partie 1 : Approches préventives et résolutive en thérapie psychodynamique individuelle, *Santé mentale au Québec*, 29 (2).241-252.
- Richard-Devantoy, S. & Jollant, F. (2012). Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge ? *Santé mentale au Québec*, 37 (no 2), 151-173.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009) Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour: nursing best practice guideline. Toronto (ON) : Ontario RNA ; 2009.
- Ruter, T. J. & Davis, M. (2008) *Suicide Prevention Efforts for Individuals with Serious Mental Illness: Roles for the State Mental Health Authority*. National Association of State Mental Health Program Directors Medical Directors Council. Alexandria.
- Sakinofsky, I. (2014). Preventing Suicide Among Inpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 131-140.
- Santé Canada (2009). *Prévention du suicide, Votre santé et vous*. Consulté le 2017-12-10 à http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/sc-hc/H13-7-54-2009F.pdf.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *Improving Cultural Competence. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 59*. HHS Publication No. (SMA) 14-4849. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Schneier, F. R., Stein, M., Hermann, R. (2013) Social anxiety disorder: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. Up to Date.
- Schreiber, J. C. et Culpepper, L. (2014). Suicidal ideation and behavior in adults. UpToDate.
- Séguin, M. (2001). Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ? In *La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge*. Conférence de Consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Paris : John Libbey Eurotext.
- Séguin, M., Brunet, A., & LeBlanc, L. (2012) Intervention en situation de crise et en contexte traumatique, 2^{ème} Édition. Gaëtan Morin.
- Séguin, M., et Chawky, N. (2015;2^e édition 2017). *Formation provinciale sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Québec.

- Séguin, M. et coll. (2005). *Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003*. Centre de recherche Hôpital Douglas.
- Shea, S.C, Terra, J-L, Séguin, M. (2008) *Évaluation du risque suicidaire*. Première Édition. Elsevier Masson.
- Spitzer RL, K. K., Williams JB (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*, 18(282), 1737–1744.
- Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. (1994) Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA*.;272:1749–56
- Statistiques Canada. (2017) Depression and suicidal ideation among Canadians aged 15 to 24. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2017001/article/14697-eng.htm>
- Sullivan, W.F., Berg, J.M., Bradley, E., Cheetham, T., Denton, R., Heng, J., Hennen, B., Joyce, D., Kelly, M., Korossy, M., Lunsky, Y., McMillan, S. (2011). *Interventions primaires aux adultes ayant une déficience développementale : Lignes directrices consensuelles canadiennes*. Révision clinique. Canadien Family Physician. Vol. 57
- Tallman, K. & Bohart, A.C. (1999). The client as a common factor: Client as self-healers. Dans M. A. Hubble, B.L. Duncan, & S. D. Miller, (Eds) *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington : American Psychological Association.
- Trower P1, B. M., Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross K. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations : randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.*, 184 (4), 312-320.
- Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of Psychiatry and Neurosciences*, 6(30), 398-408.
- Turecki, G., Lesage, A., & Desrochers, L. (2012). Suicide : Facteurs de risque et prévention. Agence de la santé publique du Canada. http://reseausuicide.qc.ca/documents/Faits-saillants-de-suicide-facteurs-de-risque-et-prevention_RQRS.pdf
- Turecki, G. et Brent, D.A., (2016) Suicide and suicidal behavior. www.thelancet.com vol 387 : 1227–39, Published Online September 16, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wenzel . A, Berchick ER, Tenhave T, Halberstadt S, Brown GK, Beck AT. (2011). Predictors of suicide relative to other deaths in patients with suicide attempts and suicide ideation: a 30-year prospective study, *J Affect Disord*. 2011 Aug;132(3):375-82
- White, J. (2011). *Policy and Practice Considerations : Clinical Assessment of Suicide and Clinical Documentation*.
- White, J. (2014). *Practice guidelines for working with children and youth at-risk for suicide in community mental health settings*. Ministry of Children and Family Development. British Columbia.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). *Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT)*. *American Journal of Psychiatry*; 168:495-501.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (4th ed.). Philadelphia, PA: FA Davis
- Zaheer, J., Links, P., & Liu, E. (2008). Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatric Clinics Of North America*, 31(3), 527.

Annexe 1 GUIDE DE QUESTIONS POUR COMPLÉTER LE GUIDE D'ÉVALUATION DE LA PERSONNE À RISQUE SUICIDAIRE

GUIDE DE QUESTIONS POUR COMPLÉTER LE GÉRIS

IDÉES SUICIDAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des idées suicidaires actuellement ? Pensez-vous souvent au suicide ? Avez-vous souhaité être mort ou vous endormir et ne jamais vous réveiller ? À quand remonte la dernière fois ? Quand ces pensées ont-elles commencé ? Pouvez-vous préciser ces pensées ? Avez-vous, le cas échéant, des pensées de mettre fin à la vie d'une ou de plusieurs personnes ?
DURÉE DES IDÉES	<ul style="list-style-type: none"> • Combien de fois avez-vous ces pensées ? Reviennent-elles souvent ? Dans quelles circonstances ? Combien de temps perdurent ces pensées dans votre esprit ?
INTENTION	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous eu ces pensées avec l'intention de passer à l'acte ? Quelle est l'intention derrière vos idées ? Souhaitez-vous mourir ou mettre fin à votre souffrance ?
PLANIFICATION	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous pensé comment vous vous y prendriez ? Avez-vous commencé à mettre au point les détails de votre suicide ? Avez-vous fait des préparatifs spéciaux en vue de votre suicide (rédiger une lettre, mettre en ordre vos affaires, saluer certaines personnes, faire un don d'objets significatifs, etc.) ? Avez-vous pris des mesures pour ne pas être découvert ? Vous êtes-vous informé sur certaines méthodes ? Comment prévoyez-vous vous suicidez ? Où ? Quand ? Avez-vous pensé emmener quelqu'un dans la mort avec vous ? Si oui, précisez ? Qui, Quand, Comment
OBSESSION DES IDÉES	<ul style="list-style-type: none"> • À quel niveau, sur une échelle de 1 à 10, vous sentez-vous en contrôle ? Vous sentez-vous capable de ne pas agir vos idées ? Pourriez-vous ou pouvez-vous chasser vos pensées de suicide ou à vouloir mourir ? Entendez-vous des voix ? Si oui, que vous disent-elles ? Est-ce quelqu'un que vous connaissez, un homme, une femme ? Faites-vous ce que les voix vous dictent ? Si oui, qu'est-ce qui vous force à obéir aux voix ? Si vous tentez d'y résister que ce passe-t-il ? Avez-vous déjà pensé à infliger des blessures ou des préjudices à d'autres personnes ?
TENSION ÉMOTIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Comment vous sentez-vous actuellement ? Vous sentez-vous tendu, énervé, anxieux ? Vous sentez-vous triste, en colère, sur le point d'exploser, de craquer ? Comment réagissez-vous face à une contrariété ou une frustration ? Vous arrive-t-il de partir en claquant la porte ?
CAPACITÉ À ACCEPTER DE L'AIDE	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est qui augmente l'agir sur vos pensées suicidaires ? Qu'est-ce qui vous aide à ne pas agir ? Comment peut-on vous aider ?
LÉTALITÉ DU MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que votre méthode était suffisamment prête et efficace pour causer la mort ? Jusqu'à quel point vous êtes confiant que votre plan va mettre fin à votre vie ?
ACCÈS AU MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous facilement accès au moyen envisagé ? Lequel (accès à une arme à feu, à des balles, à des médicaments, des produits dangereux) ? Avez-vous envisagé d'autres moyens maintenant que vous êtes ici ?
TENTATIVES DE SUICIDE ANTÉRIEURE	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà tenté de mettre fin à votre vie ? Si oui, combien de fois et comment ? À quand remonte la dernière fois ? Ont-elles nécessité une hospitalisation ? Avez-vous déjà posé des gestes dangereux pour votre vie ? Des gestes d'automutilation ? Comment cela s'est-il passé ? (circonstances, moyen utilisé, pensées, conséquences...) Que recherchiez-vous en posant ce geste ? En quoi la situation actuelle est-elle similaire ?
FACTEURS PRÉCIPITANTS	<ul style="list-style-type: none"> • Vivez-vous actuellement une ou des situations difficiles ? Présentez-vous des symptômes d'épuisements, de stress, des troubles de sommeil ? Avez-vous augmenté votre consommation de médicament, d'alcool ou de drogues ? Souffrez-vous d'une maladie physique, d'un trouble de santé mentale ?
FACTEURS CONTRIBUTANTS ET PRÉDISPOSANTS	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous vécu des situation difficiles dans votre passé ? Avez vous vécu un suicide dans votre entourage, votre famille ? Qui ? Quand ? Comment ? Faites-vous partie d'une communauté culturelle minoritaire ? Vous arrive-t-il de faire des choses sans réfléchir ? Êtes-vous colérique ?
FACTEURS DE PROTECTION	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous une ou des personnes qui pourraient vous soutenir et en qui vous avez confiance ? Y a-t-il des choses, des personnes ou quoi que ce soit d'autre (ex : famille, religion, douleur liée à la mort)- qui vous ont empêché de vouloir mourir ou de mettre vos pensées suicidaires à exécution ? Qu'est-ce qui vous a empêché de passer à l'acte jusqu'à maintenant ? Qui vous retient à la vie ? Citez-moi trois raisons.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Ouest-de-
l'Île-de-Montréal**

Québec 