

Outil S.C.I.T.S.

**Directives et ressources
pour la prévention du suicide
chez les jeunes**

Guide d'accompagnement

Remerciements

Le groupe *Initiative pour la prévention du suicide chez les jeunes du Niagara* et les auteures de l'outil S.C.I.T.S., Julie Kathleen Campbell et Kyrsten Boucher, aimeraient remercier les psychiatres mentionnés ci-dessous. Leurs commentaires constructifs aux ébauches de l'outil S.C.I.T.S. ont considérablement contribué à en faire une ressource utile pour les fournisseurs de services du secteur de la santé.

Dr Michael Cheng

Psychiatre, HEEO

Professeur adjoint, département de médecine, faculté de médecine, Université d'Ottawa

Co-fondateur, eMentalHealth.ca

Dr Simon Davidson

Professeur de psychiatrie et pédiatrie, professeur clinique à l'École de psychologie, Université d'Ottawa

Chef de la planification stratégique, Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et

des adolescents, HEEO

Dr Katharine Gillis

Directrice du département de psychiatrie de l'Université d'Ottawa

Chef du département de santé mentale, Hôpital d'Ottawa

Directrice clinique du programme de soins partagés de santé mentale à l'Hôpital d'Ottawa

Dr Simon Hatcher

Vice-président à la recherche, professeur titulaire, département de psychiatrie de l'Université d'Ottawa

Professeur honoraire, Université d'Auckland, Nouvelle-Zélande

Dr. Mireille St-Jean, médecin de famille

Équipe de médecine familiale et académique de l'Hôpital d'Ottawa

Faculté de médecine, Université d'Ottawa

Nous aimerions également remercier le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, pour leur appui à la création de cet outil via le projet de coaching en prévention du suicide chez les jeunes.

NOTE: Le masculin englobe le féminin; seulement par souci d'alléger le texte.



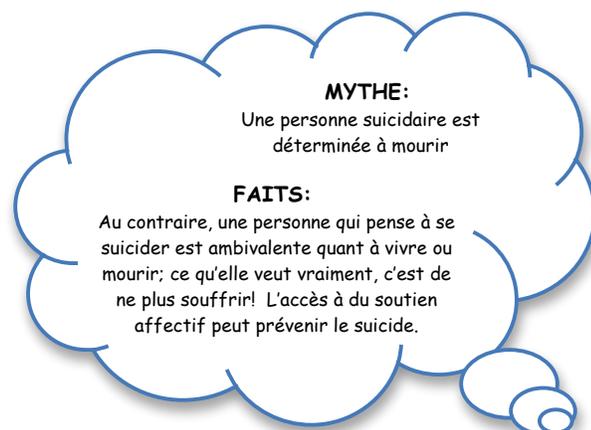
2016 – Cette œuvre est protégée par une licence de type Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License. Pour voir une copie de la présente licence, visitez le site Web : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Cet outil et le guide d'accompagnement peuvent être utilisés librement en autant que les auteurs en soient informés et que les changements soient apportés à la liste de ressources seulement (aucun but commercial).

Introduction

En tant que fournisseur de soins primaires vous jouez un rôle important dans la prévention des décès par suicide dans notre communauté et ce, plus particulièrement parmi vos patients. Ce guide vous aidera à identifier les individus à risque et à naviguer adéquatement dans le système de la santé mentale et des partenaires. Nous espérons également améliorer votre niveau de confort et votre intérêt à aborder ce sujet.

Il est important de noter que de questionner des personnes sur des idées suicidaires possibles n'a jamais démontré une augmentation du taux de suicide. Les patients peuvent avoir beaucoup d'inquiétude sans avouer spontanément, avoir pensé au suicide. Le but n'est pas de prédire des gestes suicidaires, mais plutôt de savoir quand et comment aller chercher une deuxième opinion (intervention spécifique et ressources). Ainsi, l'intention est de vous appuyer dans votre rôle et non de vous former à devenir un intervenant en situation de crise ou un thérapeute.



Différences entre les sexes

Parmi les personnes qui se suicident on trouve presque universellement des différences entre les sexes et il est important de noter que les comportements de demande d'aide diffèrent chez les hommes et les femmes.

De façon spécifique, les femmes ont plus tendance à chercher et à utiliser de l'aide quand elles en ont besoin, alors que les hommes sont plus renfermés et attendent de faire face à une crise avant d'agir; ce qui augmente l'urgence de la situation. Les hommes ont plutôt tendance à indirectement chercher de l'aide en rapportant des symptômes physiques, et sont moins susceptibles de rapporter des problèmes psychosociaux ou de détresse durant leur rendez-vous avec leur médecin.

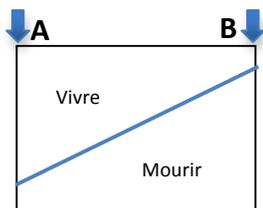
Socialement, les hommes se sentent généralement plus compétents quand ils sont en contrôle de leur propre situation et conséquemment, peuvent être réticents à en discuter ouvertement. Normaliser les symptômes (comme les symptômes de stress) dans un contexte de situation difficile et poser directement des questions relativement à ces symptômes est approprié et peut aider.

Les femmes veulent généralement comprendre davantage leur situation (causes, symptômes, sentiments, etc.), alors que les hommes sont davantage orientés vers la recherche de solutions et veulent juste savoir quoi faire. Ainsi, en utilisant des mots qui respectent ces constats vous aiderez le patient à participer au processus de recherche des ressources / références.

Comprendre le suicide

Il est important de se souvenir que le but ultime d'une personne suicidaire n'est pas la mort, mais la fin de leur souffrance. Pour cette personne, il ne semble pas y avoir d'autres solutions. La personne suicidaire va ressentir de l'ambivalence jusqu'à la fin.

Chaque personne a en elle, une partie qui veut vivre ET une partie qui veut mourir. Quand la personne va très bien, elle est complètement sur le côté gauche du graphique (voir A dans le graphique): une



grande partie d'elle désire vivre et une petite partie désire mourir (Freud dirait « l'instinct de mort ») ce qui fait en sorte que nous ne prenons pas toujours soin de nous! Plus la souffrance augmente, plus la partie désirant mourir prend de l'importance au détriment de la partie désirant vivre. Quand une personne est sur le point d'agir, elle est complètement sur le côté droit du graphique (voir B dans le graphique): la partie désirant mourir est alors très grande et la partie voulant vivre, toute petite; ce que la personne suicidaire ne ressent pas toujours à ce moment précis. Ainsi, l'ambivalence est présente jusqu'à la fin.

Cette ambivalence sera observée chez une personne suicidaire alors que la « partie qui veut mourir » ne s'ouvrira pas facilement par rapport à sa détresse alors que la « partie qui veut vivre » donnera vraisemblablement des allusions et des signes de détresse afin de recevoir de l'aide. Il est primordial de reconnaître les deux parties afin que la personne se sente comprise et pour créer de l'espace de manière à ce que la partie qui désire vivre puisse grossir davantage.

Veillez noter que ce document n'est pas un outil d'évaluation; cet outil a plutôt été créé pour vous aider dans votre jugement professionnel quand vous dépistez des patients.

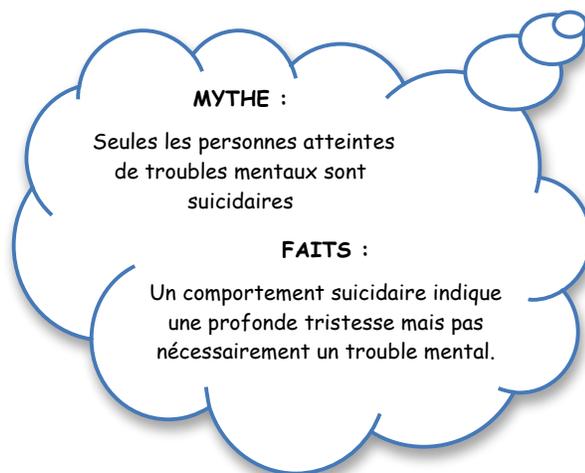
Facteurs de risque et signes avant-coureurs

« Le comportement suicidaire n'est pas une maladie, mais l'aboutissement de l'interaction complexe de divers facteurs neuro-biologiques, psychologiques, culturels et sociaux, qui ont marqué la personne à différents niveaux, mais qui isolément, ne suffisent pas à expliquer le suicide ». Ce sont les facteurs de risque.

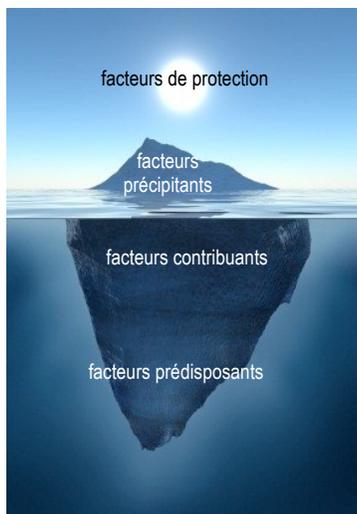
Pour bien comprendre le comportement suicidaire, il est important de considérer un ensemble de facteurs de risque; ils comprennent les facteurs **prédisposants, contributifs, précipitants, de même que les facteurs de protection.**

La présence de facteurs de risque crée une vulnérabilité ou une fragilité chez la personne avant même qu'un incident se produise et perturbe leur état d'équilibre.

Les **facteurs prédisposants** rendent la personne plus vulnérable au suicide. Ils sont reliés à l'histoire de vie et constituent, d'une certaine façon, la fondation qui mène au développement de la personne.



Certains facteurs prédisposants émanent du réseau familial (antécédents familiaux de comportement suicidaire, historique d'abus et de violence, expérience d'une perte prématurée) et de l'environnement social (isolement, absence de relations significatives, banalisation du suicide, etc.). Ils comprennent également des facteurs individuels (troubles psychiatriques, dépression, problèmes de deuils non résolus, etc.).



Les **facteurs contributifs** sont des comportements et des événements qui augmentent le niveau actuel de risque. Les facteurs contributifs incluent l'abus de substances de toutes sortes, le manque de capacité d'adaptation, l'instabilité familiale, les tentatives de suicide antérieures, le stress relié au travail/à l'école, le manque de ressources face à l'adversité, etc.

Les **facteurs précipitants** sont ceux qui peuvent déclencher une crise. C'est la pointe visible de l'iceberg. Un échec, une humiliation, un rejet, un cœur brisé, une crise disciplinaire ou tout autre événement récent de vie, qui déséquilibre une personne dans sa façon de voir et de comprendre les "choses". En prenant en considération l'histoire de vie de chaque personne, les facteurs précipitants peuvent créer, à l'occasion, un état de désorganisation (la goutte qui fait déborder le vase).

Les **facteurs de protection** sont des facteurs qui réduisent l'impact des facteurs contributifs et prédisposants. La présence de modèles de comportement sains, la disponibilité des ressources, un réseau de soutien familial et d'amis solide, des aptitudes en compétences sociales et des capacités d'adaptation adéquates sont certains facteurs qui protègent la personne, leur offrant plus d'alternatives quand elle fait face à des situations difficiles (la résilience).

Finalement, différents **facteurs environnementaux** jouent également un rôle majeur dans ce domaine, comme la pauvreté ou un accès facile aux ressources.

Bien que les facteurs associés au suicide puissent être divisés en quatre groupes principaux, leur importance relative varie selon le groupe d'âge. Une distinction doit alors être faite entre les facteurs qui affectent les enfants, les jeunes gens, les adultes et les personnes âgées.¹

Facteurs de risque communs associés au suicide et au comportement suicidaire ¹

	ENFANTS (moins de 12 ans)	JEUNES (12 à 24 ans)
Prédisposants	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles psychiatriques • Antécédents familiaux d'abus d'alcool et de drogues • Parents présentant des problèmes psychopathologiques • Suicide ou tentative de suicide d'un parent 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles psychiatriques incluant la dépression, troubles de comportement, troubles de consommation de substances • Problèmes dans les relations parents-jeunes • Parents présentant des problèmes psychopathologiques • Perte précoce d'un parent • Antécédents familiaux de suicide • Pauvres mécanismes d'adaptation
Contributifs	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de compréhension du concept de mort (plus particulièrement l'irréversibilité, et son caractère définitif (mais 	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation d'alcool ou de drogues • Tentative de suicide antérieures • Difficultés d'apprentissage et impulsivité • Violence ou abus sexuels des parents

	<p>également son universalité, sa causalité, et son imprévisibilité)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'aptitude à résoudre des problèmes • Violence ou abus sexuels des parents 	<ul style="list-style-type: none"> • Relations difficiles avec les pairs • Sérieux conflits avec des membres de la famille • Isolement social et manque d'intégration sociale
Déclencheurs	<ul style="list-style-type: none"> • Séparation, divorce des parents • Décès d'un parent 	<ul style="list-style-type: none"> • Séparation, divorce des parents • Décès d'un parent • Rejet par les pairs ou rupture amoureuse
Environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> • Banalisation du suicide par les médias • Taux élevé de chômage et de pauvreté familiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture médiatique "sensationnelle" du suicide • Taux élevé de chômage et pauvreté chez les jeunes • Facilité d'accès à des moyens de se suicider • Incapacité de la famille à appuyer le jeune suicidaire

Note : Pour plus d'informations sur les facteurs de risque pour les adultes et les personnes âgées, veuillez vous référer à l'annexe 1.

Ces listes de facteurs contribuent à aider à comprendre la complexité du suicide. Toutefois, ce n'est pas l'outil le plus utile pour dépister ou évaluer des gens. **Les facteurs de risque sont identifiés à l'aide de l'épidémiologie, cependant le patient devant vous est un individu unique et non une statistique.**

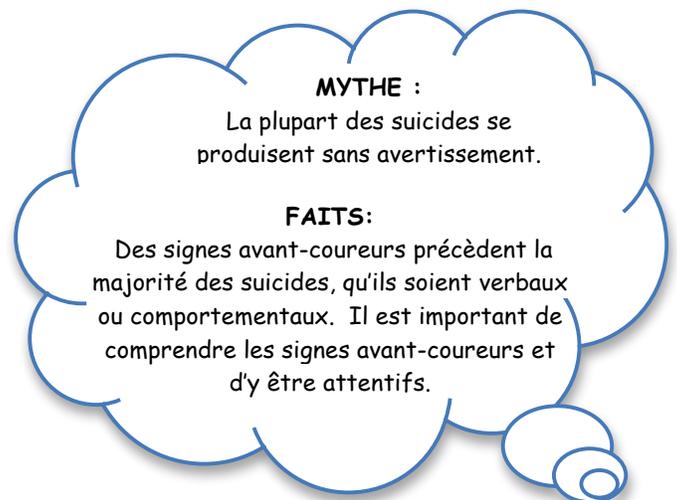
Les patients peuvent être à risque sans même présenter un de ces facteurs de risque. De ce fait, il est essentiel d'extraire de cette information, ce qui a le plus de chance d'être une indication que le patient est en détresse ou est à risque de se mettre en danger.

Signes avant-coureurs

Même s'ils sont assez communs, ces signes peuvent être très individuels comme la personnalité et le tempérament le sont. Il est important de noter qu'un certain niveau de souffrance est commun à tous et que le désespoir est plus un signe révélateur de pensées suicidaires en dépit de d'autres symptômes ou maladie. Il est important de noter que tout individu peut présenter un certain niveau de risque et qu'il n'existe pas de "type de personne suicidaire". Les signes avant-coureurs impliquent des changements dans le comportement habituel d'un individu ou un nouveau comportement. Les signes peuvent être classés en différentes catégories :

- Messages verbaux
- Comportements
- Sentiments et émotions
- Signes physiques et biologiques
- Signes cognitifs

Il y a une grande variété de signes avant-coureurs possibles, qu'une personne puisse penser ou planifier à se suicider. Le type et la quantité de ces signes varieront d'une personne à une autre (les messages verbaux ne SONT pas toujours les plus fréquents). Toutefois, tout signe devrait inciter à



entamer une conversation sur la détresse et les questions entourant le suicide. La seule façon de vraiment savoir si une personne **envisage le suicide ou non, est de lui demander directement.**

SIGNES AVANT-COUREURS	
Messages	<p><u>Messages verbaux directs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • «Je vais me tuer » • « Je vais me suicider » <p><u>Messages verbaux indirects</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Parler surtout de la mort, « d’en avoir marre », de ne plus avoir d’énergie • « Je n’en peux plus » ou « Je n’y arriverai jamais » • « Je suis un fardeau pour tous » ou « Ils seraient mieux sans moi » • « À quoi ça sert ? » ou « Ça n’a plus d’importance. » • « Ils vont s’ennuyer de moi quand je ne serai plus là. » • «...j’aimerais mourir » ou « La vie ne sert à rien » • « Je suis inutile » • Parler d’un évènement à venir, d’une sorte de plan obscur • Parler souvent de partir pour longtemps, de la planification d’un voyage nébuleux • Parler de la valeur et du courage de personnes qui se sont suicidées
Comportements	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la consommation de substances (alcool, drogues ou médicaments) • Impulsivité, s’engager dans des activités imprudentes, téméraires • Retrait social, isolement • Mettre de l’ordre dans ses affaires • Intérêt soudain pour les armes à feu, médicaments (ou autres moyens...) • Donner des effets personnels qui sont émotionnellement précieux • Démontrer des signes d’affection disproportionnés pour la situation
Sentiments et émotions	<ul style="list-style-type: none"> • Ressentir un vide de sens • Désespoir • Irritabilité, colère incontrôlée • Solitude • Anxiété extrême • Tristesse • Sentiments de honte ou de culpabilité • Diminution significative de l’estime de soi • Incapacité à apprécier quoi que ce soit ou ennui • Euphorie soudaine et inexplicquée après une période difficile
Physique et biologique	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles du sommeil (se réveille très tôt, dort trop ou dort très mal) • Troubles alimentaires (mange trop ou pas assez) • Symptômes généraux de stress • Hyperactif, incapable de rester en place • Manque d’énergie, lenteur extrême • Mauvaise hygiène ou une apparence malpropre
Cognitif	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de mémoire • Indécision • Manque de concentration, d’attention • Pensée dichotomique (peut ressembler à un discours incohérent)

MYTHE

Parler du suicide est une mauvaise idée et peut être interprété comme un encouragement à le faire.

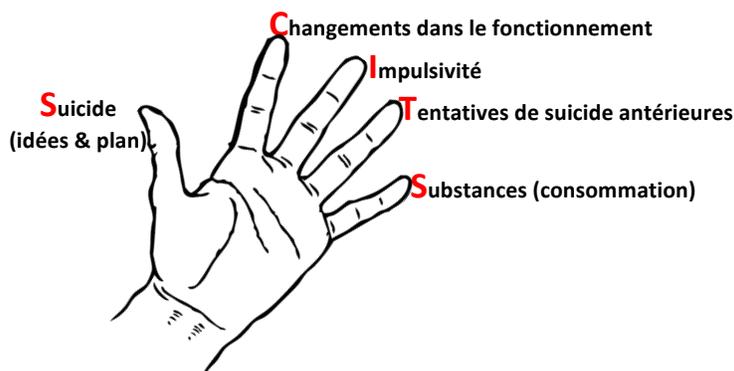
FAITS

Compte tenu que la stigmatisation du suicide est largement répandue, la plupart des personnes qui envisagent le suicide ne savent pas à qui en parler. Parler librement du suicide peut donner plus d'options et d'espoir.

Encore une fois, ce document n'est pas un outil d'évaluation; il sert plutôt de guide afin de vous aider dans votre jugement professionnel lorsque vous rencontrez des patients. Il a été conçu afin de vous aider à discerner quand vous devez demander un deuxième avis, des ressources spécialisés et comment le faire.

Afin que vous puissiez facilement vous rappeler des éléments principaux à investiguer, nous avons créé un acronyme de cinq lettres – S.C.I.T.S.

et qui correspond aux cinq doigts de la main. Comme le pouce de la main fonctionne isolément, les idées/plan suicidaires est une catégorie en soi en regard du dépistage du suicide et pourrait être suffisant pour demander du soutien d'urgence ou à tout le moins un deuxième avis. De plus, comme les autres doigts fonctionnent ensemble, les quatre autres catégories s'influencent les unes les autres et augmente l'importance de l'information recueillie sur le suicide (idées/plan).



Chaque élément est présenté dans une série de questions à demander, une section sur “les réponses comportant des éléments qui doivent sonner l'alerte et donc qui nécessitent votre attention, accompagné par des directives spécifiques et des ressources d'intervention. Une synthèse du S.C.I.T.S. se retrouve dans un tableau facile à consulter (annexe 3).

Mais avant tout, voici des directives d'intervention pour toutes les situations (peu importe les réponses). Il n'est pas question de savoir si on doit référer ou non. Si la présence d'une détresse a amené le sujet (tous signes avant-coureurs), le ou la jeune a besoin d'aide. Ainsi, il s'agit de déterminer quelle intervention (ou quelle référence) sera la plus appropriée (réseau social et famille, vous comme médecin, ressources communautaires, hôpital, 911) – quelqu'un doit prendre soin du facteur déclencheur de la détresse, de la souffrance et des problèmes à l'origine de la crise suicidaire ou de la détresse. Le plus tôt il y aura de l'aide, le mieux ce sera...

Guide général d'intervention dans une situation de détresse

Il ne faut pas oublier que la plupart des personnes aux prises avec des pensées suicidaires sont tourmentées par ces pensées (sentiment de perdre le contrôle). Elles ont aussi peur d'être jugées, stigmatisées ou ridiculisées. Votre attitude (ton de voix, langage corporel et les mots utilisés) aidera à créer une atmosphère rassurante pour amorcer une discussion sur ce sujet délicat.

- Ayez une approche, une attitude **calme et sans jugement - prenez le jeune au sérieux.**
- **Utilisez un langage respectueux et approprié** à l'âge du jeune; un langage qui est facile à comprendre pour le jeune que vous rencontrez sans éviter de parler de la mort et du suicide directement afin de ne pas renforcer les tabous sur le sujet. La plupart des jeunes comprennent le sens du mot suicide mais on peut aussi demander "as-tu déjà pensé à te tuer ou à disparaître".
- **Incluez les parents ou un/des adulte(s) significatifs pour** le jeune et qu'il identifie comme un soutien. Inclure ces personnes dans votre conversation peut aider à donner un sentiment de sécurité au jeune en détresse.
- **Expliquez votre rôle :** il ou elle vous tient à cœur, vous allez travailler à l'aider, mais vous n'êtes pas un thérapeute ou un professionnel de la santé mentale.
- **L'empathie et la validation** (en démontrant de la compassion et en avouant vos sentiments personnels (inquiétude) le jeune va se sentir entendu et moins seul).
 - Être en détresse ou en crise n'est pas confortable
 - Le meilleur premier pas est d'en parler (ce qu'ils ont fait)
 - Ça peut sembler épouvanté et déroutant, mais il existe des solutions positives
 - Reconnaissez l'ambivalence (la partie qui veut mourir, celle qui souffre et la partie qui veut vivre, celle qui s'est confié à vous).
- **Évitez de donner des conseils et de faire des déclarations bien intentionnées** telles que: "tu es si jeune, tu as toute la vie devant toi", "pense aux répercussions sur ceux et celles qui t'entourent", "tu vas te sentir mieux demain", "tu devrais apprécier la chance que tu as", etc. Ces commentaires peuvent approfondir les sentiments de honte et de culpabilité et la personne ne se sent pas entendue.
- **Encouragez le soutien social** (l'isolement amplifie le risque): encouragez-le à parler de son mal de vivre, mais aussi à avoir une présence compatissante, quelqu'un qui passera du temps avec le jeune et lui donnera un sentiment d'appartenance. Ne présumez pas de "qui" pourrait donner le meilleur soutien social à la personne suicidaire. Demandez-lui et incluez au moins un adulte tel qu'un membre de la parenté, un membre du personnel à l'école ou des loisirs. (Parfois les parents FONT PARTIE du problème).
- **Donnez de l'information et éduquez sur la crise**
 - ✓ Nous avons tous des périodes de crise à un certain moment donné dans notre vie
 - ✓ Une crise, des idées suicidaires, c'est un avertissement qui nous avise qu'on doit régler un problème, qu'on doit faire des changements – on doit agir de façon positive et régler le problème.
 - ✓ Le problème n'est pas apparu du jour au lendemain et il ne disparaîtra pas du jour au lendemain non plus. Il faut se donner du temps pour réfléchir mais il faut faire quelque chose.
 - ✓ Les crises arrivent lorsque la souffrance est plus grande que nos moyens pour la gérer. C'est

une opportunité de recevoir du coaching (comme un entraîneur de sport), et d'apprendre de nouvelles façons de gérer la souffrance et résoudre des problèmes.

- **Donnez des conseils sur les saines habitudes de vie de la même façon que vous le feriez avec n'importe quel autre patient** (faire de l'exercice, de la méditation, vivre le moment présent, l'alimentation, le sommeil, etc.) appropriés à leur état actuel, en insistant sur le lien entre notre état physique, mental et émotionnel (un esprit sain dans un corps sain).
- **Faites la promotion des ressources de la région en santé mentale (et autres).** Une référence peut être utile mais dans une situation de crise, un **transfert sécuritaire et bienveillant** est beaucoup mieux. Ceci implique de:
 - ✓ Demeurer impliqué avec le patient tant qu'il n'a pas été pris en charge par la ressource appropriée.
 - ✓ Fournir une lettre à la ressource (ou dans certains cas un appel téléphonique) qui décrit vos préoccupations face à votre patient ainsi que vos coordonnées (une copie conforme envoyée au patient).

⇒ **voir la liste des ressources aux pages 19**



Suicide: Pensées/Planification

Comme pour tout événement important dans la vie (un mariage, un voyage etc.) le suicide est plus ou moins planifié. Par conséquent, plus la personne y réfléchit et le planifie dans sa tête, plus facile ce sera pour elle de passer à l'acte et ce, dans un avenir rapproché. Questionner la personne à propos de ses pensées et de la préparation du suicide est donc très important.

Les questions à poser

Les patients n'annoncent pas nécessairement de façon spontanée qu'ils ont des pensées suicidaires. Poser la question directement à ce sujet n'augmentera pas le risque de passage à l'acte. En fait, dans bien des cas, ce sera un soulagement de trouver quelqu'un avec qui en parler (certaines personnes peuvent avoir honte d'en parler, mais de rencontrer un professionnel de la santé dénué de tout jugement et qui est ouvert à discuter de la situation de détresse du patient peut être d'un grand soutien). En contre-partie, ne pas aborder le sujet ouvertement peut entraver une communication ouverte et renforcer la stigmatisation. Votre préoccupation et votre volonté à parler de ce sujet démontrent que vous ne jugez pas la personne qui a ces pensées et sentiments et l'aidera à entamer la discussion.

Les questions d'introduction:

Parfois c'est plus facile de commencer la conversation indirectement. La fonction des questions d'introduction est de démarrer la conversation et un OUI à n'importe quelles de ces questions est un indice que vous devez aussi poser des questions directes. Voici quelques exemples de questions d'introduction:

- quelquefois, il arrive que des personnes ayant des problèmes semblables perdent espoir ; as-tu perdu espoir ?
- as-tu déjà pensé que les choses iraient mieux si tu étais mort-e ?
- as-tu déjà pensé que les choses allaient tellement mal que la vie ne méritait pas d'être vécue ? Est-ce que c'est ça que tu penses présentement ?

Vous pouvez même vous servir des questions d'introduction et des questions directes ensemble en employant les mots que le patient a utilisés, tels que :

- Lorsque tu dis (message indirect) (introduction), ... est-ce que tu me dis que tu penses au suicide ? (Questions sur les pensées suicidaires)

Des questions directes sur les pensées suicidaires :

- Voudrais-tu être mort? (pour les jeunes enfants) ?
- Penses-tu à te tuer?
- Penses-tu au suicide?

Si votre patient répond OUI à n'importe quelle de ces trois questions, vous DEVEZ demander toutes les questions au sujet de la planification.

Les questions directes sur la planification (quoi, où et quand) :

- Penses-tu souvent au suicide ? (À tous les jours, à toutes les semaines, à toutes les heures)
- As-tu un plan ou as-tu planifié comment tu veux t'enlever la vie ?
- Sais-tu ou as-tu pensé comment ou avec quoi tu vas te suicider ?
- Sais-tu ou as-tu pensé où tu veux te suicider ?
- Sais-tu ou as-tu pensé quand tu vas te suicider ?
- As-tu un moment précis pour mettre fin à ta vie ?
- As-tu fait des préparatifs ?
- As-tu (les drogues/médicaments, le fusil ou d'autres moyens) que tu veux utiliser ?
- Où sont-ils ?

As-tu répété - pratiqué un (ce) plan? (Dans ta tête ou réellement)

Éléments d'alerte et intervention spécifique

Pensées suicidaires fréquentes (à tous les jours) :

Les hôpitaux et les services d'urgence sont sensés garder les personnes en sécurité. Si la personne n'a pas de planification spécifique pour s'enlever la vie et qu'il n'y a pas de signes d'alarme des autres éléments du (S.C.I.T.S.), alors la personne n'a pas besoin d'être protégée à l'instant même. Elle a besoin d'appui pour faire face à ses problèmes.

- Assurez-vous de ne pas donner accès aux moyens permettant de se suicider (voir la section "restriction des moyens" page 17)
- Encouragez la personne à garder un lien avec les ressources communautaires en vue d'éviter que la situation s'aggrave
- Établissez un plan de sécurité et d'action avec la personne en crise visant des solutions (ce qu'elle va faire, quand et où) et lui fournir des informations tels que des numéros de téléphone, une description des diverses ressources, etc. Assurez-vous que le patient s'engage à mettre en œuvre son plan.
- Si la situation empire, le patient doit téléphoner à la ligne de crise disponible 24 heures/7 jours et revenir vous voir. (Vous repassez alors la charte S.C.I.T.S. avec le patient)

La personne qui a un plan organisé ou préparé (où, quand et avec quoi) a besoin d'être protégée. Alors les services d'urgence sont de mise.

- Partagez vos inquiétudes (la partie qui veut mourir prend trop de place) et vous allez l'aider (la protéger - soutenir la partie qui veut vivre).

Transférer de façon sécuritaire et bienveillante le patient pour un suivi immédiat aux services d'urgence (pas seulement une référence, mais un engagement clair que les services prennent la relève des soins du patient)

- Vous devez avoir confiance que le parent ou à l'adulte prend la situation au sérieux et qu'il accompagne effectivement le patient à l'hôpital.
- Si vous pensez que l'adulte qui accompagne le patient ne prend pas la situation au sérieux ou si le patient est seul ou avec un autre adolescent, vous pourriez avoir à compléter le formulaire 1 (en annexe 2) et à communiquer avec la police ou l'ambulance pour le transport à l'hôpital.

Ressources

Note sur les ressources: Même si vous avez déterminé que la ressource immédiate est l'hôpital, comme discuté au préalable, la qualité du processus de transfert vers les ressources communautaires peut jouer un rôle important pour accroître le sentiment de sécurité du patient, réduire sa souffrance et prévenir de futurs séjours à l'hôpital.

Dans de tels cas, mieux vaut faciliter un **transfert sécuritaire et bienveillant** aux services d'urgence appropriés en communiquant avec ceux-ci en présence du patient, (**voir page 9**) ou en rédigeant un plan de sécurité et d'action qui contient des consignes précises que le patient a à suivre seul ou accompagné par une autre personne en cas de besoin. Un suivi peut avoir lieu lors de la prochaine visite afin de continuer d'apporter du soutien et répondre aux besoins du patient.

Une personne qui a des pensées suicidaires devrait être mise en contact avec un service de soutien qui est accessible 24 heures par jour 7 jours par semaine. Ledit service doit être en mesure d'accompagner la personne qui a des pensées suicidaires et doit être aussi capable d'intervenir en cas de besoin. Fournir le numéro de téléphone de la ligne de crise à la personne suicidaire est un moyen d'appui et fait partie du plan d'action afin d'accroître son sentiment de sécurité. L'intervenant de la ligne de crise peut donner un soutien immédiat à la personne en crise et peut aussi aider à déterminer s'il y a un besoin immédiat de service ou d'intervention pour aider la personne avec ses pensées suicidaires et pour aborder les facteurs déclencheurs.

⇒ **Voir la liste des lignes d'intervention de crise à la page 19**

En discutant avec le jeune ayant des pensées suicidaires, vous allez peut-être identifier ou apprendre qu'il dispose de ressources personnelles, comme des membres de la famille, des amis, des enseignants, des entraîneurs, des pasteurs ou autre soutien spirituel, des passes-temps ou des activités sportives. Ces ressources personnelles représentent le lien avec la partie de la personne suicidaire qui veut vivre et devraient aussi être encouragées, tout comme des ressources pourraient être offertes pour soulager la souffrance. Il est important que le jeune suicidaire identifie lui-même ses ressources personnelles (et non suggérées par une source extérieure). Plus le lien entre la personne suicidaire et ses ressources personnelles est fort, plus grande sera la connexion à la vie.

Si les pensées suicidaires ne sont PAS imminentes, il est tout de même essentiel d'explorer les éléments suivants qui, seuls ou de façon combinée peuvent contribuer à aggraver les pensées suicidaires ou peuvent avoir un impact ou déclencher un acte suicidaire. Ces éléments sont : des changements dans le fonctionnement, l'impulsivité, les tentatives de suicide antérieures et la consommation de substances.



Changements dans le fonctionnement

De façon générale, nous avons confiance que les choses dans la vie vont s'améliorer. Perdre cette croyance est très dangereux. Le désespoir est un indicateur de risque très élevé. De plus, comme on le constate dans les signes avant-coureurs, des changements d'habitudes ou de routine sont des signes que la désorganisation peut représenter un risque.

Les questions à poser

- Crois-tu que les choses peuvent changer ou vont s'améliorer ?
- Comment est ton/sont tes (*pour chacun des éléments cités ci-dessous*) dernièrement ?
 - ✓ Sommeil
 - ✓ Appétit
 - ✓ Émotions ou ton humeur
 - ✓ Soins personnels (hygiène, apparence, adhérence aux médicaments ou aux rendez-vous) ?
 - ✓ Concentration/mémoire/attention?
 - ✓ Travail/école assiduité et performance?
 - ✓ Ta vie sociale (les amis, passe-temps, activités sportives, relation avec les membres de ta famille etc.)

Quelle différence y a-t-il entre ta façon d'être habituelle, et la situation présente ?

Éléments d'alerte et intervention spécifique

LE DÉSESPOIR: Une personne qui est désespérée et qui a des pensées suicidaires doit être protégée. Les services d'urgence vont être requis (avec un adulte ou le formulaire 1).

- Partagez vos inquiétudes (cette partie qui veut mourir occupe trop de place) et que vous allez l'aider (assurer sa sécurité)
- Transférer de façon sécuritaire et bienveillante le patient pour un suivi immédiat aux services d'urgence ou aux services de santé mentale. (pas seulement une référence, mais un engagement clair que les services prennent la relève des soins du patient)
- Ne laissez pas le patient retourner à la maison sans un plan d'action clair et sécuritaire. Si vous décidez d'envoyer le patient aux services d'urgence :
 - ✓ Vous devez avoir confiance aux parents ou à l'adulte qui acceptent d'amener le patient à l'hôpital ou voir un professionnel de la santé mentale – Vous êtes convaincu que la ou les personnes qui le prennent en charge sont conscientes que la situation est sérieuse.
 - ✓ Si vous croyez que l'adulte ou les personnes qui acceptent de le prendre en charge ne prennent pas la situation au sérieux, ou si le jeune est seul ou avec un autre adolescent, il se peut que vous deviez émettre un formulaire 1 (voir annexe 2) et que vous deviez contacter la police ou l'ambulance pour le transport vers les services appropriés.

La dépression, l'anxiété grave ou des changements importants dans le comportement durant une longue période de temps :

- Prescrire une médication et la psychothérapie (transfert bienveillant et sécuritaire)
- Encouragez l'implication et l'appui d'une personne importante, identifiée par le patient.
- Établir des rendez-vous pour faire le suivi où vous allez demander de nouveau les questions du S.C.I.T.S.

Ressources

En plus des besoins possibles de médication, le patient peut nécessiter de l'appui à divers niveaux pour travailler sur ces changements dans son fonctionnement quotidien et sur ses besoins en matière de santé mentale. Votre rôle est de faire le lien entre le patient et les intervenants qui pourront explorer plus en profondeur ses besoins et les services appropriés dans la communauté qui répondront à ces besoins. Ces services peuvent inclure de la psychothérapie, du counseling de groupe, de la gestion de cas, etc.

⇒ **Voir les services de santé mentale pages 19**

Certaines personnes peuvent préférer des séances immédiates en face-à-face. Des cliniques sans rendez-vous sont incluses dans la liste ci-dessous.

Voir la liste des cliniques sans rendez-vous page 19



Impulsivité

Dans la plupart des comportements suicidaires, il y a beaucoup de réflexion et de planification avant un passage à l'acte. Toutefois, dans les situations où il y a de l'impulsivité, il n'y aura pas autant de planification et cette impulsivité augmente significativement le risque immédiat et requiert une attention particulière avec, très fréquemment un besoin d'intervention ou transfert immédiat vers une ressource.

Les questions à poser

- Es-tu plus impulsif dernièrement? (Une personne a tendance à être plus impulsive lorsqu'elle est en période de crise)
- Prends-tu de mauvaises décisions sur un coup de tête ?
- Fais-tu des choses sans réfléchir ?
- As-tu peur de perdre le contrôle ?
- Te sens-tu irritable ? ... fâché ?
- Que fais-tu quand tu es (irritable, fâché) ?

Éléments d'alerte et intervention spécifique

L'agressivité /la violence; aucune maîtrise de soi (très impulsif):

- Réflétez à la personne que ce comportement a un certain impact sur sa vie et sur ses rapports interpersonnels. Travailler sur ce comportement et recevoir de l'aide pour gérer ce problème peut vraiment améliorer sa qualité de vie. (À NOTER : certains comportements agressifs et violents peuvent être prémédités et non impulsifs; ce qui est un tout autre problème).
- Un jeune qui est très impulsif et qui a des pensées suicidaires sérieuses peut avoir besoin de protection. Par conséquent, le recours aux services d'urgence est de mise.

Les hallucinations (des voix qui lui disent de se tuer ou de tuer quelqu'un d'autre):

- Partagez vos inquiétudes (que la partie qui veut mourir prend trop de place) et que vous allez l'aider (la protéger).
- Transférer de façon sécuritaire et bienveillante le patient pour un suivi immédiat aux services d'urgence (pas seulement une référence, mais un engagement clair que les services prennent la relève des soins du patient)

- Vous devez avoir confiance aux parents ou à l'adulte qui acceptent d'amener le patient à l'hôpital ou voir un professionnel de la santé mentale – Vous êtes convaincu que la ou les personnes qui le prennent en charge sont conscientes que la situation est sérieuse.
- Si vous croyez que l'adulte ou les personnes qui acceptent de le prendre en charge ne prennent pas la situation au sérieux, ou si le jeune est seul ou avec un autre adolescent, il se peut que vous deviez émettre un formulaire 1 (voir annexe 2) et que vous deviez contacter la police ou l'ambulance pour le transport vers les services appropriés.

Ressources

S'il y a un certain degré d'impulsivité et des idéations suicidaires, une hospitalisation immédiate peut être requise pour éviter un passage à l'acte. Ceci pourrait être particulièrement vrai lorsque les capacités de jugement et de discernement sont affaiblies. Les lignes directrices pour un transfert sécuritaire et bienveillant à des services d'urgence par voie du formulaire 1 (voir annexe 2) ou par un adulte responsable serait l'approche de choix.

Même dans une situation où le patient ne requiert pas de services d'urgence, une évaluation plus approfondie peut tout de même être de mise, surtout dans des cas d'hallucination ou de délire. Un rendez-vous avec un psychiatre devrait être pris afin d'obtenir une évaluation approfondie et les traitements appropriés.

Le tuteur, la tutrice ou un membre de la famille ainsi que du personnel de l'école peuvent avoir à être impliqués pour des fins de surveillance de signes de comportement impulsif. Ces personnes devraient être incluses dans le plan d'action si nécessaire.

En fonction du niveau d'impulsivité et de la capacité de jugement du patient, la ligne de crise peut subvenir aux besoins de ceux et celles qui sont capable de demander de l'aide avant qu'il ne soit trop tard. Ces lignes téléphoniques sont disponibles pour des situations où le danger n'est pas imminent.

⇒ **voir les lignes d'intervention de crise page 19**

Du soutien à long terme pour aider les personnes atteintes de troubles d'impulsivité est aussi disponible.

⇒ **Voir les services de santé mentale pages 19**



Tentatives de suicide antérieures

Comme c'est le cas pour bien des choses dans la vie, nos expériences nous préparent ou nous rendent plus disposés à agir dans le futur. La première fois qu'une personne embarque sur le plus haut manège dans un parc d'amusement la peur de l'inconnu est très forte. Cette peur diminue chaque fois qu'elle y retourne, car le facteur de l'inconnu se dissipe avec le temps et un sentiment de familiarité s'installe. C'est la même chose avec les tentatives de suicide. Il est important de déterminer le niveau de familiarité du jeune face aux tentatives de suicide. Quelle est sa perception actuelle sur ces événements passés et quel en est l'impact (ou les similitudes avec) sur sa situation actuelle ?

Les questions à poser

- As-tu déjà essayé de te tuer ou t'es-tu déjà fait du mal intentionnellement?
- Quand cela s'est-il produit? Es-tu allé à l'hôpital?
- Qu'en penses-tu maintenant (heureux ou déçu d'être en vie)? Comment te sens-tu à comparer à ce temps-là (similitudes dans les affects, les facteurs précipitants)? Quelle avait été la goutte qui avait fait déborder le vase?

Éléments d'alerte et intervention spécifique

1) Tentatives récentes (dans les derniers six mois) 2) Déception d'être toujours en vie ou 3) Les similitudes entre les deux situations :

- Le jeune qui a déjà fait une tentative de suicide, qui a des pensées suicidaires et qui démontre des éléments mentionnés ci-haut, a besoin d'être protégé et les services d'urgence sont de mises.

Ressources

Le jeune peut avoir obtenu des ressources suite à ses tentatives précédentes. Il est important de déterminer si elles sont toujours utiles et si elles doivent être continuées, car elles peuvent avoir contribué au fait que le jeune n'ait pas mis fin à sa vie. Par contre, si les ressources ne lui ont pas été bénéfiques, des ressources alternatives doivent être trouvées.

Le numéro d'une ligne d'intervention de crise devrait être offert comme ressource avec qui le jeune peut parler au sujet de ses pensées suicidaires passées et actuelles ainsi que le mal de vivre qu'il ressent. La ligne d'intervention de crise peut jouer le rôle de filet de sécurité alors que le soutien à long terme continue à travailler les difficultés plus en profondeur.

⇒ **Voir la liste des lignes d'intervention de crise aux pages 19**

S'il y a des antécédents ou schéma répétitif de tentatives de suicide, un soutien continu peut être important pour instaurer une stabilité permettant de travailler sur facteurs contribuant pour cet adolescent. Un travailleur délégué aux enfants et aux jeunes, ou un professionnel de la santé mentale pourrait répondre aux besoins et travailler à prévenir d'autres tentatives dans le futur.

⇒ **Voir la liste des services en santé mentale et les cliniques de counseling sans rendez-vous aux pages 19**



Substances (consommation)

La consommation de substances peut exacerber la souffrance et les situations de crise. Il est important de ne pas oublier que le jeune consomme pour masquer certains besoins (parfois comme automédication). De s'acharner pour que le jeune cesse de consommer complètement à ce stade peut créer plus de détresse et peut aussi couper toute communication.

Les questions à poser

- Comment décrirais-tu ta consommation de drogues/d'alcool ? (la quantité et la fréquence)
- Est-ce que ta consommation est plus élevée que d'habitude ?
- Comment penses-tu qu'un proche décrirait ta consommation ?
- Est-ce que tes pensées suicidaires sont amplifiées lorsque tu consommes (durant et après)?

Éléments d'alerte et intervention spécifique

Intoxication actuelle:

- S'il y a une inquiétude médicale à cause de l'intoxication ou des symptômes de sevrage, les services d'urgence sont de mise.

Augmentation de la consommation ou une rechute (surtout avec conséquences) :

- Partagez vos inquiétudes (cette partie qui veut mourir occupe trop de place) et que vous allez l'aider (le garder en sécurité)

- Transférer de façon sécuritaire et bienveillante le patient pour un suivi immédiat aux services communautaires pour la dépendance ou aux services de santé mentale. (pas seulement une référence, mais un engagement clair que les services prennent la relève des soins du patient)

Manque de souci pour son bien-être personnel et pour sa propre sécurité :

- Ce manque de souci met leur vie en péril et c'est un signe avant-coureur d'idées suicidaires. Si les réponses à vos questions ne correspondent pas aux réponses données aux questions sur les idées suicidaires, faites-en part à l'adolescent et recommencez la conversation à ce sujet. (Peut-être que sa partie qui veut mourir prend plus de place qu'il était prêt à admettre au début de votre rencontre).

Ressources

Une hospitalisation peut s'avérer nécessaire si, basé sur votre jugement professionnel, vous avez des préoccupations médicales au sujet de la quantité de consommation et des symptômes de sevrage.

Le prochain élément à considérer repose sur la disposition du jeune à recevoir du soutien et de l'aide pour son usage ou son abus de substances. Cette procédure pourrait déterminer le type de soutien nécessaire. De par votre rôle, ce n'est pas nécessaire que vous identifiiez cet objectif; les intervenants spécialisés en dépendance pourront prendre le temps de faire cette exploration tout en établissant leur relation thérapeutique. Votre rôle est de faire le lien entre le jeune et ces ressources.

Voir les services de traitement des dépendances à la page 19

Un soutien personnalisé peut être utile pour réduire l'usage de substances. On peut aussi offrir des choix qui peuvent être utilisés conjointement avec d'autres activités pour réduire l'usage de substances. Ces choix pourraient impliquer la famille ou des amis, des activités, des groupes sociaux ou clubs.

- Ceux et celles qui sont à la recherche d'activités dans la communauté peuvent communiquer avec **inCommunities** en composant le 211 ou en visitant leur site internet <https://niagara.cioc.ca/?Ln=fr-CA>

Limiter l'accès aux moyens

Limiter l'accès aux moyens veut dire que l'accès aux méthodes les plus létales et les plus utilisées sont moins ou difficilement accessibles.

La plupart du temps en limitant les moyens, la tentative de suicide est temporairement repoussée, ou de façon permanente; parfois la personne suicidaire se tournera alors vers une méthode moins létale. Même cela donne une chance à la partie « vie » de la personne ou, aux intervenants de trouver une façon d'alléger la souffrance.

Pour limiter ou enlever l'accès aux moyens particulièrement létaux, vaut mieux faire appel à un membre de la famille, un bon ami ou la police (i.e. armes à feu).

En tant que médecin, vous avez aussi la possibilité de réduire le risque d'abus des médicaments en:

- Limitant la quantité de médicaments par ordonnance.
- Surveillant les ordonnances aux patients à risques élevés et en gardant l'approvisionnement à un niveau inférieur au niveau considéré toxique.
- Dans la mesure du possible, en substituant la médication avec une version moins toxique.
- En demandant au patient s'il accumule ses médicaments.
- En demandant au patient s'il suit les consignes de ses ordonnances et où garde-t-il ses médicaments.
- En demandant à un membre de la famille de garder les médicaments en toute sécurité et de les administrer au patient selon les consignes de l'ordonnance.
- En demandant et conseillant le patient au sujet de la façon de disposer les médicaments périmés et ceux non-utilisés.
- En vous informant s'il y a d'autres moyens létaux à la maison, telles que des armes à feu ou des munitions. Demandez qu'elles soient enlevées ou entreposées dans différents lieux, sous clé.

Cette conversation a lieu lorsque le patient est en contact avec sa partie qui veut vivre et permet de lui redonner du contrôle face à la partie qui veut mourir.

En général, il est pertinent de conseiller aux parents (ou substituts) de garder toute médication entreposée en toute sécurité (non pas dans la salle de bain où la porte peut-être verrouillée et l'accès aux médicaments est facile) de garder les armes à feu et les munitions inaccessibles et dans des lieux différents, sous clé ou sinon, d'enlever une pièce amovible des armes à feu, tels que le verrou et la glissière et d'entreposer ces items ailleurs qu'à la maison ou de les remettre à la police.

Lignes de crise disponible 24heures/7jours

Crisis Outreach and Support Team (COAST)

Niagara (16 ans et plus) – ligne d'intervention de crise, équipe de crise mobile (évaluation et de soutien dans la communauté)

- **1-866-550-5205, faites le 1**

Distress Centre Niagara (tout âge) – soutien téléphonique confidentiel et anonyme pour toutes inquiétudes

- St-Catharines/Niagara Falls:
(905) 688-3711
- Welland/Port Colborne/ Wainfleet:
(905) 734-1212
- Grimsby/Beamsville/West Lincoln:
(905) 563-6674
- Fort Érié et les environs:
(905) 382-0689

Jeunesse j'écoute (20 ans et moins)

- **1-800-668-6868**
- www.jeunessejecoute.ca/chat_fr (clavardez / demandez des questions en ligne)

Pathstone: Services d'intervention de crise

Ligne d'intervention de crise (moins de 18 ans)

- **1-800-263-4944**

Services de santé mentale

Contact Niagara (de 0 à 18 ans)- Information et liaison avec les services pour enfants et jeunes ayant des troubles émotionnels, de comportement ou de développement.

- **(905) 684-3407**

Ligne d'accès Santé mentale et dépendance (16 ans et plus-sauf exception) Service disponible 24 hres/7 jrs - aider à naviguer dans le système / liaison aux services communautaires de santé mentale et de dépendance / soutien téléphonique. Suivis de confirmation que l'individu reçoit les services requis.

- **1-866-550-5205, faites le 2**

Le conseil scolaire du jeune peut être en mesure de fournir des services de soutien à même le système scolaire. Selon les moyens financiers de la famille de l'adolescent, des services de thérapie privée sont également disponibles.

Dépendances

Community Addiction Services of Niagara (CASON)

Une gamme de services en matière de dépendance, incluant des services de counseling et de soutien dans certaines écoles.

- **(905) 684-1183**

Ligne d'accès Santé mentale et dépendance (16 ans et plus-sauf exception) Service disponible 24 hres/7 jrs - aider à naviguer dans le système et liaison aux services communautaires de santé mentale et les problèmes de dépendance. Suivis de confirmation que l'individu reçoit les services requis.

- **1-866-550-5205, faites le 2**

Services en matière de santé mentale-sans rendez-vous

Centre de counselling familial-Clinique sans rendez-vous de counselling (tout âge)

- **(905) 937-7731, poste 3345**
mardi et jeudi de 13h à 16h30
- **5017, avenue Victoria Niagara Falls**

Association canadienne pour la santé mentale Services d'aide d'urgence (les 16 ans et plus)

Des conseillers en santé mentale sont disponibles pour aider les individus qui ont des besoins non urgents ou non médicaux afin qu'ils puissent trouver des solutions, établir des buts et faire le lien avec des programmes de soutien communautaire pertinents.

- **(905) 641-5222, poste 231**
lundi au vendredi de 11 h à 19 h
(dernier rendez-vous à 18 h 30)
- **15, rue Wellington St Catharines**
- **6760, rue Morrison Niagara Falls**

Association canadienne pour la santé mentale- Une session à la fois (16 ans et plus)

Service sans rendez-vous d'une séance unique. Conversation thérapeutique sur une solution rapide à des problèmes émotionnels. (Ce n'est pas un service de crise)

- **6760 Morrison St, Niagara Falls**
Mercredi 11h30 - 19h00
- **20 Jarvis St, Fort Erie**
Jeudi 11h30 - 19h00

ANNEXE 1

Les facteurs de risque commun liés au suicide et au comportement suicidaire ¹

	ADULTES	PERSONNES ÂGÉES
Prédisposants	<ul style="list-style-type: none">• pertes importantes durant l'enfance• l'inceste, la violence durant l'enfance	<ul style="list-style-type: none">• la même chose que pour un adulte
Contributants	<ul style="list-style-type: none">• consommation d'alcool et de drogue• manque d'aptitude à résoudre des problèmes• la violence ou l'abus sexuel• l'absence d'un réseau social et l'isolement• tentatives de suicide précédentes	<ul style="list-style-type: none">• la même chose que pour un adulte• l'isolement sociale• pauvreté• maladie chronique (la dépendance, la douleur)• l'usage abusif de médicaments
Précipitants	<ul style="list-style-type: none">• divorce ou séparation• problèmes interpersonnels sérieux• événements humiliants	<ul style="list-style-type: none">• la même chose que pour un adulte• le veuvage• l'hébergement dans un centre d'accueil ou de soins longue durée
Environnementaux	<ul style="list-style-type: none">• la banalisation du suicide dans les médias• le suicide perçu comme étant un comportement acceptable• taux de chômage élevé	<ul style="list-style-type: none">• la même chose que pour un adulte

Annexe 2:

Trouvez le document original au: [http://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/GetFileAttach/014-1315-41~1/\\$File/1315-41_.pdf](http://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/GetFileAttach/014-1315-41~1/$File/1315-41_.pdf)

	Ministère de la Santé	Formule 1 Loi sur la santé mentale	Demande d'évaluation psychiatrique faite par un médecin
Replacer	Nom du médecin _____ <small>(nom du médecin)</small>		
	Adresse du médecin _____ <small>(adresse du médecin)</small>		
	Numéro de téléphone (____) _____	Numéro de télécopieur (____) _____	
	Le _____, j'ai personnellement examiné _____ <small>(date)</small> <small>(nom et prénom de la personne en caractères d'imprimerie)</small>		
	domicilié(e) à l'adresse suivante _____ <small>(domicilié(e) à l'adresse suivante)</small>		
<p>Vous ne pouvez signer la présente Formule 1 que si vous avez personnellement examiné la personne au cours des sept derniers jours. Pour décider si la formule 1 est appropriée, vous devez remplir soit la section A (critère du préjudice grave) ou la section B (malades incapables de consentir à un traitement et qui remplissent les conditions précisées) figurant ci-dessous.</p>			
SECTION A – PARAGRAPHE 15 (1) DE LA LOI SUR LA SANTÉ MENTALE CRITÈRE DU PRÉJUDICE GRAVE			
Critère antérieur / Critère actuel (Cocher la ou les cases appropriées)			
J'ai des motifs valables de croire que la personne :			
<input type="checkbox"/> a menacé ou menace de s'infliger des lésions corporelles,			
<input type="checkbox"/> a tenté ou tente de s'infliger des lésions corporelles,			
<input type="checkbox"/> s'est comportée ou se comporte avec violence envers une autre personne,			
<input type="checkbox"/> a agi ou agit de manière à faire craindre à une autre personne qu'elle lui causera des lésions corporelles,			
<input type="checkbox"/> a fait ou fait preuve de son incapacité de prendre soin d'elle-même.			
Je fonde cette conviction sur les renseignements suivants (vous pouvez, si cela convient dans les circonstances, vous appuyer sur toute combinaison de vos propres observations et des renseignements qui vous ont été communiqués par d'autres) :			
Mes propres observations :			

Faits qui m'ont été communiqués par d'autres :			

Critère futur (Cocher la ou les cases appropriées)			
Je suis d'avis que la personne souffre selon toute apparence d'un trouble mental d'une nature ou d'un caractère qui aura probablement l'une des conséquences suivantes :			
<input type="checkbox"/> elle s'infligera des lésions corporelles graves,			
<input type="checkbox"/> elle infligera des lésions corporelles graves à une autre personne,			
<input type="checkbox"/> elle souffrira d'un affaiblissement physique grave.			
1315-41 (00/12)	(Also available in English)	Au verso.	7530-4023

**SECTION A – PARAGRAPHE 15 (1) DE LA LOI SUR LA SANTÉ MENTALE
CRITÈRE DU PRÉJUDICE GRAVE (continue)**

Je fonde cette conviction sur les renseignements suivants (vous pouvez, si cela convient dans les circonstances, vous appuyer sur toute combinaison de vos propres observations et des renseignements qui vous ont été communiqués par d'autres) :

Mes propres observations :

Faits qui m'ont été communiqués par d'autres :

**SECTION B – PARAGRAPHE 15 (1.1) DE LA LOI SUR LA SANTÉ MENTALE
MALADES INCAPABLES DE CONSENTIR À UN TRAITEMENT ET
QUI REMPLISSENT LES CONDITIONS PRÉCISÉES**

Remarque : Le malade doit remplir les conditions énoncées dans chacun des cas suivants.

J'ai des motifs valables de croire que la personne :

1. A déjà reçu un traitement pour des troubles mentaux continus ou récidivants qui, lorsqu'ils ne sont pas traités, sont d'une nature ou d'un caractère qui aura probablement l'une ou plusieurs des conséquences suivantes : (prière d'en indiquer une ou plusieurs)
 - elle s'infligera des lésions corporelles graves,
 - elle infligera des lésions corporelles graves à une autre personne,
 - elle subira une détérioration mentale ou physique importante,
 - elle subira un affaiblissement physique grave;

ET

2. A connu une amélioration sur le plan clinique de son état par suite du traitement;

ET

Je suis d'avis que la personne :

3. Est incapable, au sens de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, de consentir à son traitement dans un établissement psychiatrique et que le consentement de son mandataire spécial a été obtenu;

ET

4. Souffre, selon toute apparence, du même trouble mental que celui pour lequel elle a déjà été traitée ou d'un trouble mental semblable;

Replacer

**SECTION B – PARAGRAPHE 15 (1.1) DE LA LOI SUR LA SANTÉ MENTALE
MALADES INCAPABLES DE CONSENTIR À UN TRAITEMENT ET
QUI REMPLISSENT LES CONDITIONS PRÉCISÉES (continue)**

ET

5. Étant donné ses antécédents de troubles mentaux et son état mental ou physique actuel, risque probablement, selon le cas : (cocher une ou plusieurs cases)

- de s'infliger des lésions corporelles graves,
- d'infliger des lésions corporelles graves à une autre personne,
- de subir une détérioration mentale ou physique importante,
- de subir un affaiblissement physique grave.

Je fonde cette conviction sur les renseignements suivants (vous pouvez, si cela convient dans les circonstances, vous appuyer sur toute combinaison de vos propres observations et des renseignements qui vous ont été communiqués par d'autres) :

Mes propres observations :

Faits qui m'ont été communiqués par d'autres :

J'ai soigneusement vérifié tous les faits nécessaires pour me faire une opinion sur la nature et le caractère des troubles mentaux de cette personne. Je demande par les présentes que la personne susnommée fasse l'objet d'une évaluation psychiatrique.

Date

Heure

Signature du médecin examinateur

(signature du médecin examinateur)

La présente formule autorise, pour une durée de sept jours, y compris le jour de la signature, l'appréhension de la personne nommée et sa détention dans un établissement psychiatrique pendant un maximum de 72 heures.

À REMPLIR À L'ÉTABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE

Le médecin traitant doit consigner la date et l'heure du début de la période de détention dans l'établissement psychiatrique et remettre promptement la formule 42 à la personne.

(Date et heure début de la détention)

(signature du médecin)

(Date et heure de remise de la formule 42)

(signature du médecin)

(Also available in English)

ANNEXE 3 : GRILLE

Références

Association québécoise de prévention du suicide (2000): **Intervenir en situation de crise suicidaire**, formation accréditée SOFEDUC

Campbell J.K. (1998) **Intervenir auprès des personnes suicidaires : Guide de formation**, pour le Centre prévention Suicide le Faubourg, St-Jérôme.

Campbell JK (2014) **Guide for the analysis of suicidal situations - in support of clinical judgement** (Chart).

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1998), **Help for life: Québec's strategy for preventing suicide**, Gouvernement du Québec, Québec. (<http://www.msss.gouv.qc.ca>).

World Health Organization (2014), Preventing suicide: a global imperative (www.who.int).