



Prévenir
le suicide
pour
préserv
la vie

Guide de pratique clinique



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



Prévenir
le suicide
pour
préserver
la vie

Guide de pratique clinique

Coordination

Suzanne Durand, inf., M.Sc.inf., DESS bioéthique
Directrice, Direction du développement
et du soutien professionnel, OIIQ

Céline Thibault, inf., M.A.
Adjointe à la directrice, Direction du développement
et du soutien professionnel, OIIQ

Auteure

France Laflamme, inf., M.Sc.
Infirmière-conseil, Direction du développement
et du soutien professionnel, OIIQ

Collaboration

Direction des services juridiques, OIIQ

Consultation

Sophie Gamache, inf., M.Sc.
Infirmière clinicienne en soins spécialisés d'urgence
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes

Ginette Henri, inf., M.A. (Gérontologie), DESS bioéthique
Infirmière clinicienne en soins spécialisés auprès des personnes âgées
CSSS de la Montagne

Lise Laberge, inf., M.Sc.
Infirmière clinicienne en soins spécialisés santé mentale
Centre hospitalier Robert-Giffard

Marie-Claude Proulx, inf., M.Sc.
Infirmière clinicienne en soins spécialisés pédopsychiatrie
Hôpital de Montréal pour enfants

Marie-Josée Richard, inf., B.Sc.
Infirmière clinicienne, CSSS Jeanne-Mance
Présidente, Table de concertation des infirmières en santé des
jeunes (12-18 ans) en milieu secondaire (région de Montréal)

Diane Saindon-Larose, inf., M.Sc.
Consultante en prévention du suicide, CSSS d'Antoine-Labelle

Révision scientifique

Francine Gratton, inf., Ph.D.
Professeur titulaire, Université de Montréal
Chercheuse, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide
et l'euthanasie (CRISE), UQAM

Production

Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ

Coordination

Sylvie Couture, coordonnatrice des publications
Karine Méthot, adjointe à coordonnatrice des publications

Révision linguistique

Claire Saint-Georges

Conception et réalisation graphique

Marc Senécal / inoxidée

Distribution

Centre de documentation

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, boulevard Dorchester Ouest

Westmount (Québec) H3Z 1V4

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

Télécopieur : 514 935-5273

cdoc@oiiq.org

www.oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

ISBN-13 : 978-2-89229-417-0

ISBN-13 (version PDF) : 978-2-89229-419-4

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Tous droits réservés

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

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7	LISTE DES TABLEAUX	
1 Résumé de la prise de position de l'OIIQ sur la prévention du suicide	8	1 Les facteurs prédisposants	10
2 Le phénomène du suicide	9	2 Les facteurs contributifs	11
Approche écologique	9	3 Les facteurs précipitants	12
Facteurs mis en cause	9	4 Les facteurs de protection	13
3 Le suicide et le processus suicidaire	14	5 Définitions	14
Situation de crise	14	6 Quelques signes avant-coureurs	18
Processus de la crise suicidaire	15	7 Caractéristiques des groupes à risque et leur incidence de suicide	19
Particularités du processus suicidaire chez les jeunes	16	8 Principes sous-jacents à toute intervention en prévention du suicide	20
4 Le potentiel suicidaire	17	9 Mythes et réalités	21
Risque de suicide	17	10 Résumé des types de crises	23-24
Urgence suicidaire	17	11 Exemples de questions que peut poser l'infirmière ..	27
Risque de dangerosité	17	12 Interventions infirmières en vue de réduire l'accès aux armes à feu	30
Signes avant-coureurs	17	13 Conditions d'entreposage sécuritaire des armes à feu et des munitions	30
Groupes à risque	19	14 Interventions infirmières en vue d'empêcher l'accès à une dose létale de médicaments	31
5 Rôle de l'infirmière	20	LISTE DES FIGURES	
Principes sous-jacents à toute intervention en prévention du suicide	20	1 Approche écologique de prévention du suicide	9
Niveaux d'intervention	21	2 Processus de la crise suicidaire	15
Dépister, évaluer les personnes à risque de suicide et intervenir auprès d'elles	25	3 Grille d'évaluation de l'urgence suicidaire	28
6 Documentation au dossier	32		
7 Responsabilités de l'infirmière découlant de la prise de position de l'OIIQ	33		
ANNEXES			
I Divulgence de renseignements confidentiels : dispositions législatives pertinentes et commentaires	34		
II Garde forcée en établissement : commentaires et dispositions législatives pertinentes	36		
III Sécurité et développement d'un enfant : dispositions législatives pertinentes	44		
IV Code criminel	45		
RÉFÉRENCES	46		



Le suicide et les tentatives de suicide sont un important problème de santé publique. La hausse des taux de suicide inquiète, car elle traduit la souffrance et la détresse psychologique d'un grand nombre de personnes ainsi qu'un malaise dans la société québécoise (Gratton, 1996). C'est pourquoi la réduction du nombre de suicides figure parmi les priorités du *Programme national de santé publique 2003–2012* et du *Plan d'action en santé mentale 2005–2010* (MSSS, 2003, 2005).

Pour prévenir le suicide, le ministère de la Santé et des Services sociaux 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 de suicide. D'autres actions préventives destinées à l'ensemble de la population sont présentées dans le *Programme national de santé publique 2003–2012* et le *Plan d'action en santé mentale 2005–2010*, notamment à l'intention des hommes en situation de vulnérabilité et des personnes présentant un potentiel suicidaire élevé. Plus récemment, le ministère a proposé un cadre de référence en vue de favoriser l'implantation de sentinelles en prévention du suicide (MSSS, 2006).

Bien que depuis quelques années, les taux de suicide soient plus stables et semblent diminuer quelque peu, le suicide demeure une préoccupation. Tous les moyens doivent donc être mis en œuvre pour en réduire l'incidence. Par exemple, il est opportun d'augmenter la reconnaissance des signes de détresse manifestés par une personne, de reconnaître l'apport des proches et de les impliquer dans le dépistage. Il faut aussi s'assurer d'établir un filet de sécurité autour de la personne à risque de suicide et lui offrir un suivi clinique personnalisé, en concertation avec les diverses ressources d'aide présentes dans la communauté.

Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'expertise clinique des infirmières peut être mise à profit. En raison de la position qu'elles occupent dans le réseau de la santé, de leur champ d'exercice et de l'essence même du soin, les infirmières peuvent contribuer à réduire le nombre de suicides au Québec. Entre autres, elles sont en mesure de reconnaître la souffrance et les signes de détresse des personnes à risque et d'intervenir en concertation avec les

divers partenaires. L'OIIQ affirme son engagement ferme en matière de prévention du suicide et le concrétise en publiant la prise de position et le guide de pratique clinique *Prévenir le suicide : pour préserver la vie*.

Le présent document découle de la prise de position de l'OIIQ et décrit les éléments essentiels au soutien de la pratique clinique des infirmières au regard de la prévention du suicide. Toutefois, il n'a pas la prétention d'être complet. C'est pourquoi la consultation d'autres écrits est essentielle pour approfondir davantage l'intervention dans le domaine de la prévention du suicide.

Dans un premier temps, ce document rappelle la position de l'OIIQ sur la prévention du suicide. Il décrit brièvement le phénomène du suicide selon une approche écologique, ainsi que les divers facteurs pouvant augmenter ou diminuer le risque de suicide chez une personne. Sont ensuite présentés l'évolution de la situation de crise, le processus suicidaire, les éléments relatifs à l'évaluation du potentiel suicidaire, les signes avant-coureurs et les groupes à risque.

Dans un deuxième temps, le guide aborde le rôle de l'infirmière dans la prévention du suicide. Il rappelle d'abord les principes sous-jacents à l'intervention dans ce domaine et les niveaux d'intervention. Par la suite, il décrit comment l'infirmière peut dépister les personnes à risque de suicide et intervenir auprès d'elles. À cet égard, il présente quelques outils d'évaluation du risque de suicide et de l'urgence suicidaire et expose les principales interventions selon la situation clinique. Il explique aussi ce qu'est l'exception au secret professionnel en vue d'assurer la sécurité de la personne.

Finalement, ce document résume les éléments essentiels à noter dans la documentation des soins et énonce les responsabilités de l'infirmière en matière de prévention du suicide découlant de la prise de position de l'OIIQ.

Dans sa prise de position, l'OIIQ reconnaît que le suicide et les tentatives de suicide sont un important problème de santé publique qui requiert l'implication et la collaboration de tous les acteurs de la société pour en freiner la hausse. Pour l'OIIQ, les infirmières sont bien placées pour dépister les personnes à risque de suicide et intervenir pour les aider. Ainsi, elles donnent des soins et des services dans divers milieux de soins à des personnes de tous les âges susceptibles d'éprouver de la souffrance, de la détresse et de ressasser des idées suicidaires. Elles jouissent de la confiance de la population et leur rôle leur permet de recevoir les confidences des personnes qu'elles soignent et d'établir un lien privilégié avec celles-ci.

Par conséquent, l'OIIQ croit que l'expertise clinique des infirmières peut être mise à profit. En effet, les infirmières peuvent aider à réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide en agissant dans les sphères de la promotion de la santé, de la prévention du suicide, de l'intervention, de la réadaptation et de la postvention. En exerçant les activités cliniques comprises dans l'exercice de leur profession, les infirmières sont en mesure d'intervenir auprès des personnes à risque de suicide, notamment lors de l'évaluation de la condition de santé physique et mentale, lors de la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques (y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier) et lors du suivi infirmier des patients présentant des problèmes de santé complexes. À partir des constats de leurs évaluations, les infirmières déterminent les priorités de soins qu'elles consignent au plan thérapeutique infirmier, ainsi que les directives infirmières liées au suivi clinique en vue d'assurer la sécurité de la personne, de même que la qualité et la continuité des services.

L'OIIQ estime que les infirmières sont certainement à même d'intervenir et d'exercer une influence marquante en prévention du suicide. Leurs interventions sont basées sur une approche globale du suicide et sur la collaboration avec les partenaires de soins présents dans la communauté. Elles reposent aussi sur la connaissance des groupes à risque et des facteurs contribuant à augmenter ou à diminuer le risque de suicide, ainsi que sur celle des protocoles et des ententes de services entre les principaux partenaires de soins. S'ajoute aussi la connaissance des lois régissant les situations de soins où des personnes sont en danger, notamment la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger*

pour elles-mêmes ou pour autrui ainsi que la *Loi sur les armes à feu*. Les interventions infirmières tiennent compte également de l'évolution des connaissances scientifiques dans ce domaine. Mais avant tout, les infirmières doivent reconnaître leurs propres préjugés en matière de suicide, développer leurs aptitudes à communiquer, savoir écouter et comprendre la souffrance des personnes.

Peu importe le milieu ou le domaine de pratique, toutes les infirmières peuvent être appelées à intervenir auprès de personnes en crise suicidaire. Il leur faut donc être sensibilisées aux circonstances qui entraînent de grands bouleversements dans la vie des personnes ainsi qu'aux situations où la douleur est difficile à surmonter.

Le développement et le maintien des compétences professionnelles sont indispensables pour assurer la qualité des soins offerts aux personnes à risque de suicide et à leurs proches. L'OIIQ considère que la formation des infirmières doit permettre l'acquisition des connaissances nécessaires pour dépister et évaluer les personnes à risque de suicide, ainsi que pour intervenir auprès d'elles et de leurs proches. L'OIIQ estime aussi que la formation continue et la supervision clinique doivent être facilement accessibles aux infirmières, et ce, afin d'assurer le maintien des compétences. La supervision clinique permet notamment aux infirmières de transférer avec assurance leurs connaissances dans leur pratique clinique.

Enfin, l'OIIQ est d'avis qu'un suivi clinique doit être mis en place, notamment après un congé de l'urgence et une hospitalisation en psychiatrie, puisqu'il est reconnu que les personnes qui ont tenté de se suicider courent un risque accru d'attenter de nouveau à leurs jours. L'OIIQ considère que la continuité des services, la concertation des membres de l'équipe multidisciplinaire et l'implication des proches et des ressources présentes dans la communauté sont des ingrédients clés pour établir un filet de sécurité autour de la personne en crise. À cet égard, l'OIIQ incite les établissements de soins à rendre disponibles les ententes de services entre les partenaires, ainsi que les services eux-mêmes, afin que les infirmières soient en mesure de les utiliser lorsque survient une situation de crise suicidaire. Pour l'OIIQ, l'établissement de soins doit aussi s'assurer que les infirmières peuvent bénéficier du soutien d'une personne-ressource, en particulier dans les situations de soins complexes.

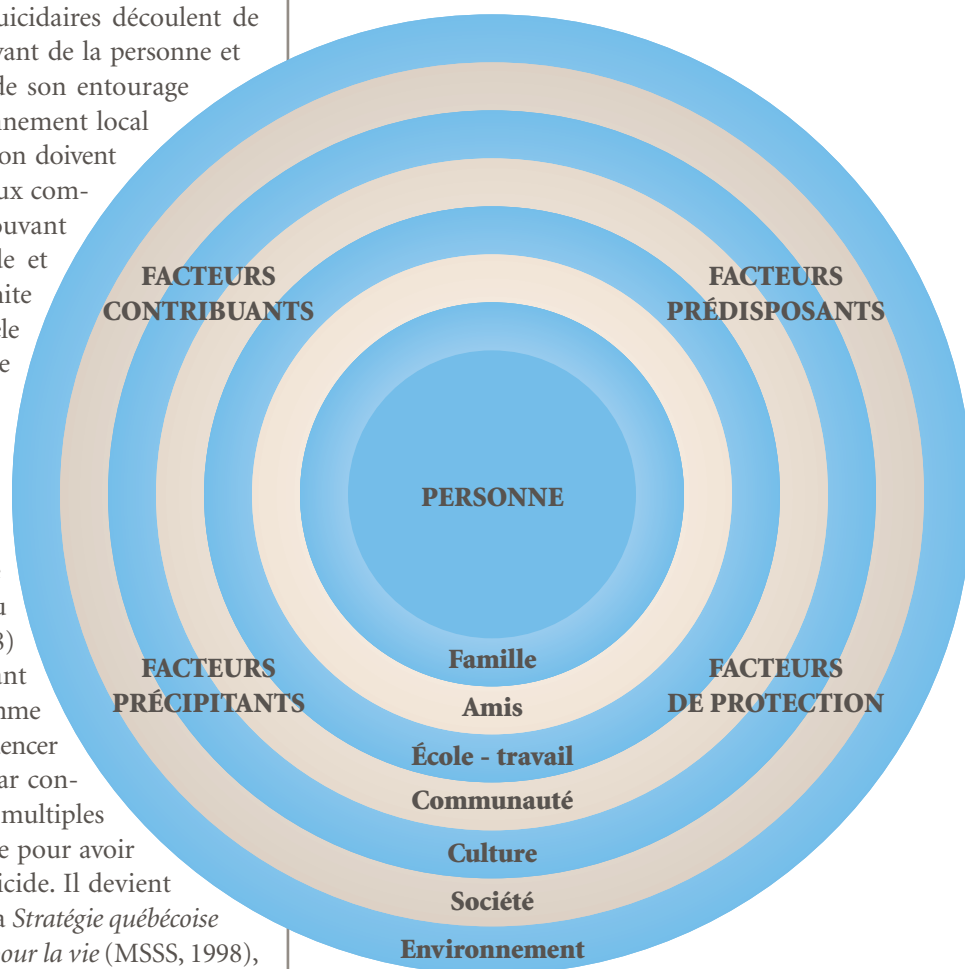
Le suicide est un phénomène complexe qui s'accompagne toujours de souffrance et de désespoir. Les recherches actuelles indiquent que le suicide et les comportements suicidaires découlent de l'interaction de divers facteurs relevant de la personne et ses caractéristiques individuelles, de son entourage immédiat ainsi que de son environnement local et global. L'évaluation et l'intervention doivent donc en tenir compte. Afin de mieux comprendre les différents facteurs pouvant être liés au phénomène du suicide et leurs interrelations complexes, White et Jodoin (1998) proposent un modèle basé sur une approche écologique (Bronfenbrenner, 1977).

APPROCHE ÉCOLOGIQUE

Le phénomène du suicide est effectivement causé par une multitude de facteurs interreliés. L'illustration du modèle de White et Jodoin (1998) suggère que divers facteurs découlant de l'expérience humaine et de la gamme des conditions sociales peuvent influencer ce phénomène (voir la figure 1). Par conséquent, ce modèle indique que de multiples actions doivent être mises en œuvre pour avoir un impact sur la prévention du suicide. Il devient alors essentiel, comme le préconise la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie* (MSSS, 1998), que les différents partenaires et intervenants agissent ensemble sur différents plans. En bref, la prévention du suicide exige l'adoption d'une stratégie globale.

Selon ce modèle, la personne est au centre, entourée de cercles concentriques représentant la famille, les amis, le travail, la communauté, la culture, la société et l'environnement. Le suicide ou les comportements suicidaires semblent découler de l'interaction des caractéristiques personnelles, celles du réseau immédiat (p. ex., la famille, les amis) et de l'environnement local et global (p. ex., la culture, les valeurs sociales). Des facteurs de risque ou de protection peuvent alors émerger de chaque sphère représentée par les divers cercles (voir la figure 1).

Figure 1 – Approche écologique de prévention du suicide



Traduit et adapté de White et Jodoin (1998).

FACTEURS MIS EN CAUSE

D'après ce modèle, il existe quatre types de facteurs : d'une part, les facteurs prédisposants, contributants et précipitants susceptibles d'augmenter le risque de suicide et, d'autre part, les facteurs de protection, qui eux, réduisent le risque d'un passage à l'acte suicidaire. Chaque cercle représente une source potentielle soit de facteurs de risque ou de facteurs de protection. Les pages qui suivent définissent chacun des types de facteurs et les illustrent à l'aide d'exemples issus de la recherche sur le suicide.

LES FACTEURS PRÉDISPOSANTS

Il s'agit des facteurs susceptibles d'augmenter la vulnérabilité d'une personne au regard des actes suicidaires (White et Jodoin, 1998). Reliés à l'histoire de vie de la personne, ces facteurs créent chez elle un état de fragilité avant même qu'un événement vienne perturber son état d'équilibre (MSSS, 2006). Le tableau 1 propose une liste de facteurs prédisposants provenant de diverses sources.

TABLEAU 1 – LES FACTEURS PRÉDISPOSANTS

Facteurs individuels	Facteurs familiaux (réseau immédiat de la personne)	Facteurs environnementaux
Une ou plusieurs tentatives de suicide	Suicide ou comportement suicidaire dans le réseau immédiat de la personne	Croyance selon laquelle le suicide est considéré comme un acte acceptable
Problèmes de santé mentale tels que dépression, schizophrénie, troubles anxieux et troubles de la personnalité	Problèmes de santé mentale dans la famille	Préjugés par rapport aux différences
Problèmes de dépendance à l'alcool, aux drogues, etc.	Problèmes de toxicomanie chez les parents	Société où prédomine l'individualisme entraînant un manque de soutien dans la communauté
Traits de personnalité (anxiété, sentiment de perte de contrôle, faible estime de soi, traits névrotiques, impulsivité)	Maltraitance dans l'enfance Abandon et pertes précoces	Taux élevé de chômage dans le milieu
Difficulté de reconnaissance ou d'acceptation de l'orientation sexuelle	Rejet du réseau social relié à l'homosexualité ou le chômage, ou à un échec	Sensationnalisme dans la présentation du suicide dans les médias
Problèmes de santé physique chronique	Relations conflictuelles dans le réseau de la personne	Absence de politique encadrant l'accès aux moyens de suicide (p. ex., les armes à feu)
Manque d'aptitude à résoudre certains problèmes	Isolement, absence de liens significatifs dans la famille	Socialisation « masculine » fondée sur l'invulnérabilité, l'indépendance

LES FACTEURS CONTRIBUANTS

Les facteurs contributifs se rapportent aux comportements ou aux événements qui accentuent le niveau de risque de suicide déjà présent. Ils sont susceptibles d'exacerber le risque de suicide (White et Jodoin, 1998). L'abus de substances de toutes sortes, l'instabilité familiale, le manque de ressources dans le milieu immédiat et éloigné au moment où la personne est engagée dans un processus suicidaire en sont des exemples (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2006). D'autres exemples de facteurs contributifs sont proposés au tableau 2.

TABLEAU 2 – LES FACTEURS CONTRIBUANTS

Facteurs individuels	Facteurs familiaux (réseau immédiat de la personne)	Facteurs environnementaux
Abus de substances et de jeux de hasard	Instance de divorce	Indisponibilité des services d'aide au moment opportun
Idéations suicidaires antérieures	Conflits dans la famille, ou au travail	Manque de continuité dans les soins
Le fait de vivre seul	Isolement	Absence d'activités ou d'associations sociales
Effritement dans les relations interpersonnelles	Absence d'un réseau de soutien	Instabilité économique
Refus de demander de l'aide	Deuil récent	
Augmentation de l'impulsivité	Disponibilité des moyens de se suicider (p. ex., armes à feu, médicaments en quantité létale)	Confusion dans certaines réglementations (p. ex., débat entourant l'enregistrement des armes à feu)

LES FACTEURS PRÉCIPITANTS

Les facteurs précipitants agissent comme des déclencheurs pour des personnes vulnérables au suicide et enclines aux comportements suicidaires. En effet, ce sont des événements ponctuels susceptibles d'augmenter la perception de vulnérabilité de la personne et qui peuvent ainsi précipiter le passage à l'acte. Dans les faits, il peut s'agir autant d'un événement majeur que d'un événement mineur, qui constituera la « goutte qui fait déborder le vase ». Le tableau 3 propose des exemples de facteurs précipitants selon les âges.

TABLEAU 3 – LES FACTEURS PRÉCIPITANTS

Enfants, adolescents	Adultes	Personnes âgées
Rupture amoureuse	Rupture amoureuse	Deuil du conjoint
Échec scolaire	Perte d'un emploi	Perte du permis de conduire
Conflits soudains dans la famille	Échec professionnel	Perte de l'autonomie fonctionnelle
Conflit avec les pairs, humiliation, rejet	Conflit avec la justice	Emménagement dans un établissement pour personnes en perte d'autonomie
Médiatisation du suicide d'une vedette	Difficultés financières	Maladie chronique

LES FACTEURS DE PROTECTION

Quant aux facteurs de protection, ils concernent les caractéristiques biopsychosociales qui augmentent la capacité d'une personne à faire face aux situations difficiles de la vie. Ils élargissent l'éventail des autres solutions dont elle dispose pour faire face à l'adversité (White et Jodoin, 1998). Dans une perspective écologique de prévention du suicide, il devient donc très important de tenir compte de ces facteurs et de les renforcer.

En effet, il est primordial d'aider la personne en détresse à découvrir ses ressources personnelles et celles disponibles

dans son réseau, de l'encourager à les utiliser et à en trouver de nouvelles pour résoudre la crise et reprendre espoir. Puisque la perte d'espoir et le manque de confiance en soi caractérisent l'état d'esprit de la personne suicidaire, il faut porter attention aux facteurs de protection pour éviter une prise en charge excessive de la personne qui lui laisserait peu de place pour reprendre sa vie en main et accroître sa confiance en elle-même. La reconnaissance des ressources de la personne et de celles de son milieu de vie (proches, communauté) et leur intégration dans le plan d'intervention contribuent à créer un filet de sécurité pour prévenir le passage à l'acte. Le tableau 4 propose des exemples de facteurs de protection à l'égard du suicide.

TABLEAU 4 – LES FACTEURS DE PROTECTION

Facteurs individuels	Facteurs familiaux (réseau immédiat de la personne)	Facteurs environnementaux
Capacité de demander de l'aide	Relations harmonieuses avec la famille et l'entourage	Accès à des services d'aide adaptés aux besoins de la population
Activités valorisantes	Milieu scolaire ou de travail respectueux et valorisant	Disponibilité dans le milieu d'activités valorisantes : travail, clubs sociaux, associations, etc.
Connaissance et confiance en soi	Saines habitudes de vie dans le milieu familial	Compétences communautaires en dépistage et en intervention auprès des personnes en détresse
Bon état de santé physique et psychologique	Ouverture aux différences dans la famille	Valeurs d'entraide développées dans le milieu
Résilience, capacités de résoudre des problèmes, de gérer son stress	Dialogue dans le milieu familial	Acceptation des différences dans le milieu
Adoption de saines habitudes de vie	Modèle d'entraide	Valorisation de la vie dans le milieu
Spiritualité (sens à sa vie)	Stabilité et disponibilité du milieu familial	Continuité des services
Sentiment de sécurité et d'être aimé	Socialisation encourageant l'expression des émotions tant chez les garçons que chez les filles	Alliances entre les prestataires de service et la population en matière de prévention du suicide
Capacité de se faire des amis, de s'intégrer dans un groupe	Bon réseau d'amis	Programme de prévention du suicide dans la communauté

Selon les connaissances actuelles, la compréhension du phénomène du suicide exige qu'on tienne compte aussi des idées suicidaires et des tentatives de suicide

d'une personne. Mais avant d'expliquer le processus suicidaire, il importe de situer le contexte dans lequel survient une situation de crise.

TABLEAU 5 – DÉFINITIONS

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

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

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

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

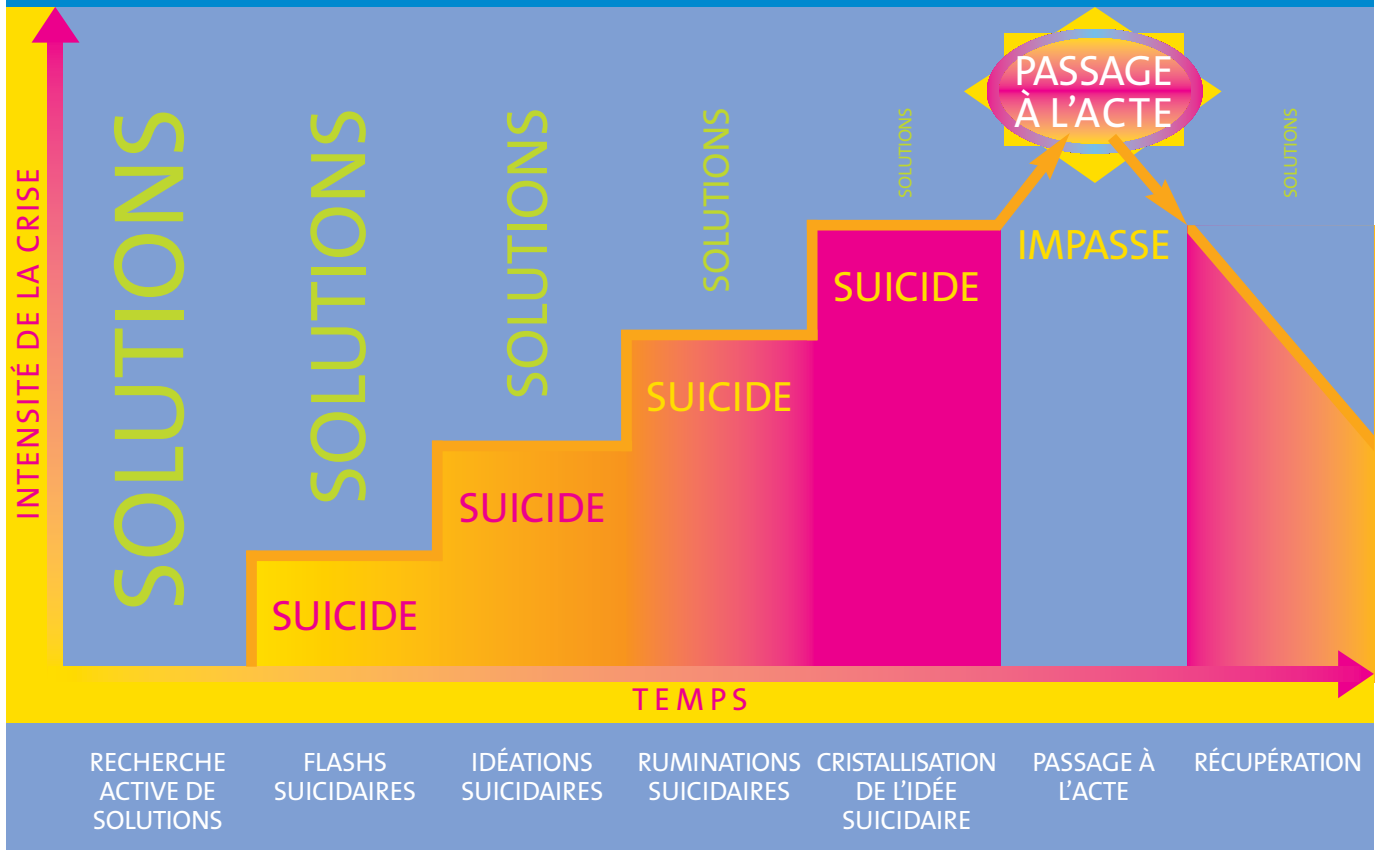
Sources : Mishara et Tousignant (2004) ; Phaneuf et Séguin (1987).

SITUATION DE CRISE

Le modèle d'intervention en situation de crise d'Aguilera (1995) est probablement le plus connu des infirmières. Selon cet auteur, une situation de crise s'explique par la perception déformée qu'a une personne d'un événement stressant ainsi que par le manque de stratégies et de soutien social pour s'y adapter. Confrontée à un événement qu'elle juge menaçant, une personne peut se sentir déstabilisée. Dans cette situation, la personne peut utiliser différentes stratégies pour tenter de s'adapter, de retrouver son état d'équilibre et de diminuer son anxiété. Si cette personne demande de l'aide, l'intervention portera sur l'expression de la souffrance, la restructuration cognitive dans le but de modifier la perception de l'événement, la mobilisation du soutien social, le rappel des stratégies déjà utilisées avec succès ou l'apprentissage de nouvelles stratégies. L'intervention vise la résolution de la crise et le retour à l'état d'équilibre antérieur. La situation de crise peut être une occasion d'apprentissage et de croissance pour la personne.

Toutefois, si les stratégies utilisées ne parviennent pas à diminuer l'anxiété et l'angoisse de la personne, celle-ci se sentira de plus en plus menacée dans son intégrité. Il est alors possible que la situation évolue vers un processus de crise suicidaire. Des auteurs proposent un modèle pour faciliter la compréhension des différentes étapes que peut traverser une personne pendant un processus de crise suicidaire. La figure 2 illustre ces différentes étapes.

FIGURE 2 – PROCESSUS DE LA CRISE SUICIDAIRE



Inspiré et adapté de Séguin et Terra (2004), par le Regroupement des directrices de soins infirmiers des centres hospitaliers psychiatriques (2006).

PROCESSUS DE LA CRISE SUICIDAIRE

1^{re} étape : recherche active de solutions

Confrontée à des difficultés qui compromettent son équilibre, la personne cherche à diminuer la tension et à retrouver son équilibre en envisageant différents moyens. À cette étape, elle éprouve une certaine vulnérabilité sans pour autant avoir des idées suicidaires. Si elle trouve rapidement une solution, elle retrouvera son équilibre et la crise sera évitée.

2^e étape : flashs suicidaires et apparition des idées suicidaires

À mesure que la personne tente différentes solutions sans toutefois retrouver son équilibre, elle devient de plus en plus angoissée et peut envisager le suicide comme une des solutions possibles à sa souffrance.

3^e étape : idéations suicidaires

Lorsque la personne voit s'amenuiser l'éventail des solutions possibles, l'idée du suicide revient régulièrement comme une solution et elle s'y attarde chaque fois un peu plus longtemps.

4^e étape : ruminations suicidaires

À cette étape, la personne n'entrevoit que peu de solutions possibles à sa situation et le suicide prend alors une place prépondérante. Elle rumine un projet suicidaire. Il faut souligner que la perte d'espoir engendre beaucoup de stress et de souffrance chez elle.

5^e étape : cristallisation, élaboration d'un plan suicidaire et passage à l'acte

Finalement, la personne perd tout espoir de s'en sortir. Le suicide lui apparaît comme la seule solution susceptible de mettre fin à son désarroi et à sa souffrance. L'élaboration d'un plan suicidaire de plus en plus précis occupe toute sa pensée et a pour seul objectif de mettre fin à la douleur devenue insupportable. Le passage à l'acte est souvent précédé d'un événement précipitant, soit « la goutte d'eau qui fait déborder le vase ». En fait, il peut s'agir d'un événement majeur ou mineur qui survient au terme d'une longue série de pertes et d'échecs. Il est souvent perçu à tort comme la cause du suicide alors que c'est plutôt le cumul d'événements difficiles qui entraîne le désespoir chez la personne.

Bien qu'il soit présenté en étapes bien définies et progressives, dans les faits, le processus suicidaire ne se déroule pas toujours de façon linéaire. La personne peut traverser rapidement les étapes ou, au contraire, revenir à une étape antérieure. En effet, les différents facteurs en interaction peuvent ralentir ou précipiter ce processus, et ce, particulièrement chez les jeunes.

PARTICULARITÉS DU PROCESSUS SUICIDAIRE CHEZ LES JEUNES

Issu des connaissances acquises auprès des populations adultes suicidaires (Chagnon, Houle et Renaud, 2002), le modèle présenté à la page précédente ne reflète pas exactement le processus suicidaire observé chez les jeunes. Nombre d'entre eux ne franchissent pas nécessairement toutes les étapes établies dans ce modèle. L'impulsivité, l'intoxication à l'alcool ou aux drogues, un trouble mental, des événements stressants tels qu'une rupture amoureuse, des problèmes disciplinaires ou judiciaires sont particulièrement susceptibles de précipiter un passage à l'acte. Utile sur le plan théorique, ce modèle ne doit toutefois pas être la seule référence pour évaluer le degré de dangerosité d'un passage à l'acte principalement chez les jeunes.

Ainsi, il existerait au moins deux processus suicidaires chez les jeunes (Chagnon *et al.*, 2002). Une première trajectoire dans laquelle le suicide peut se produire de façon subite. Il correspond souvent à un premier épisode de dépression majeure. Une seconde trajectoire concerne les jeunes présentant un trouble mental qui se manifeste souvent par l'abus d'alcool ou de drogues ou la dépendance à ces substances, par des troubles de la conduite et par des difficultés chroniques de vie. Il peut aussi se produire des suicides accidentels chez des jeunes présentant des comportements impulsifs ou dangereux, sans intentionnalité de mort.

Le potentiel suicidaire d'une personne découle des résultats de trois évaluations : le risque de suicide, l'urgence suicidaire et le risque de dangerosité.

RISQUE DE SUICIDE

Le risque de suicide est la probabilité qu'une personne se suicide à l'intérieur d'une période de deux ans (Daigle *et al.*, 2003). C'est une probabilité établie à long terme qui tient compte de la présence de divers facteurs prédisposants au suicide dans la trajectoire de vie d'une personne : antécédents de tentatives de suicide, violence, sévices de nature physique, psychologique ou sexuelle, ainsi qu'abandon et pertes précoces (Séguin, 2001).

URGENCE SUICIDAIRE

L'urgence suicidaire est l'évaluation de la probabilité et de l'imminence d'un passage à l'acte suicidaire dans les 48 heures. Cette évaluation permet de situer la personne dans un processus suicidaire et de définir les priorités d'intervention (Séguin et Huon, 1999). Les idées suicidaires fréquentes et intenses, la conception d'un plan suicidaire et la létalité du moyen envisagé sont des éléments importants pour déterminer l'urgence suicidaire.

RISQUE DE DANGÉROSITÉ

L'évaluation du risque de dangerosité correspond au risque qu'une personne adopte un comportement violent au cours d'une période définie et dans un contexte précis (Côté, 2001). Les facteurs prédisposants sont les premiers à prendre en considération pour bien évaluer le potentiel suicidaire. Il s'agit notamment des idéations suicidaires et des tentatives de suicide antérieures, des traumatismes passés pouvant influencer le processus suicidaire et des intentions suicidaires actuelles. Il ne faut pas négliger non plus les facteurs contributifs qui peuvent aggraver le risque et précipiter le passage à l'acte : abus d'alcool, de drogues, de médicaments, impulsivité, hostilité et état mental actuel.

SIGNES AVANT-COUREURS

Les signes avant-coureurs sont des indices par lesquels la personne manifeste sa détresse. Pris isolément, ils ne sont habituellement ni spécifiques, ni exclusifs à une crise suicidaire. La combinaison de plusieurs signes, certains propos directs ou indirects de la personne, ainsi qu'un changement dans son comportement, doivent constituer des signaux d'alarme pour les proches. Le tableau 6 présente quelques-uns de ces signes avant-coureurs.

TABLEAU 6 – QUELQUES SIGNES AVANT-COUREURS

Messages verbaux	
Propos directs	« J'ai le goût de mourir » « Je règle mes affaires, puis je me retire »
Propos indirects	« Vous seriez bien mieux sans moi » « Bientôt, je n'aurai plus de problèmes »
Manifestations comportementales	
Chez les jeunes	Baisse des résultats scolaires Hyperactivité Conflits avec l'autorité Blessures répétitives Prise de risques inconsidérés Isolement Consommation de drogues ou d'alcool Comportement impulsif, violence dirigée contre soi ou contre les autres
Chez les adultes et principalement chez les hommes	Perte d'investissement ou au contraire surinvestissement au travail Augmentation de la consommation de drogues ou d'alcool Irritabilité voire comportement agressif Effritement dans les relations interpersonnelles Fatigue Insomnie Somatisation entraînant des consultations médicales pour des raisons vagues Perte d'intérêt pour les activités sociales Note : les mêmes manifestations peuvent être présentes chez les femmes mais l'expression des émotions est généralement plus claire (p. ex., verbalisation de la douleur, pleurs, demande d'aide explicite)
Chez les personnes âgées	Repli sur soi Refus de s'alimenter Refus de soins Manque de communication Perte d'intérêt pour les activités Manque de fidélité au traitement

GROUPES À RISQUE

Le suicide n'épargne aucun groupe de la société. Cependant, certains groupes de personnes sont plus à risque de passer à l'acte. Le tableau 7 présente quelques caractéristiques de ces groupes et leur incidence de suicide.

TABLEAU 7 – CARACTÉRISTIQUES DES GROUPES À RISQUE ET LEUR INCIDENCE DE SUICIDE

Groupe de personnes à risque (caractéristiques)	Incidence de suicide
Homme	Surmortalité par suicide chez les hommes québécois, notamment ceux âgés de 30 à 49 ans (Institut national de santé publique du Québec, 2004b)
Personne souffrant de trouble mental	Présence de troubles mentaux chez 80 à 90 % des personnes qui se sont suicidées ; la comorbidité augmente le risque (Daigle <i>et al.</i> , 2003 ; Mishara et Tousignant, 2004 ; MSSS, 1998 ; Séguin, 2001)
Personne faisant des abus d'alcool et de drogues	30 à 40 % des personnes qui se sont suicidées présentaient un problème de dépendance aux drogues ou à l'alcool (Mishara et Tousignant, 2004 ; MSSS, 1998)
Personne ayant dans sa famille un membre qui s'est suicidé	Une personne qui se suicide augmente de 3 à 9 fois le risque de suicide dans sa famille (Genest, 2004)
Personne ayant des antécédents de tentatives de suicide	Le risque serait 38 fois plus élevé de mourir par suicide que dans la population en général (Daigle <i>et al.</i> , 2003 ; Walter et Tokpanou, 2003)
Personne présentant des traits d'impulsivité et de violence	L'impulsivité est fortement liée au comportement suicidaire
Personne victime de violence pendant l'enfance, principalement de violence sexuelle	La violence au cours de l'enfance est fortement liée au comportement suicidaire (Rotheram-Borus, Walker et Ferns, 1996 ; Walter, 2000), principalement dans les cas de violence sexuelle où on observe un comportement suicidaire chez 50 % des victimes (Bryant et Range, 1995 ; Martin, 1996)

Les infirmières peuvent certes contribuer à réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide en agissant dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention du suicide, de l'intervention, de la réadaptation et de la postvention. En effet, les infirmières sont en mesure de dépister les personnes présentant un risque de suicide et d'intervenir auprès d'elles et de leurs proches. De par leur exercice professionnel et les activités qui leur sont réservées, les infirmières sont en mesure notamment 1) d'évaluer la condition de santé physique et mentale d'une personne symptomatique, 2) d'exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier et 3) d'effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes. À partir des constats de son évaluation, l'infirmière détermine les problèmes qu'elle juge prioritaires au plan thérapeutique infirmier et indique les directives nécessaires pour assurer le suivi clinique dont la sécurité de la personne présentant un risque de suicide. En plus, les décisions cliniques de l'infirmière consignées dans le plan thérapeutique infirmier permettent d'assurer la continuité et la qualité des services. Finalement, les activités liées à

l'évaluation et aux interventions font appel au jugement clinique de l'infirmière et doivent s'appuyer sur des principes directeurs et des connaissances scientifiques à jour.

PRINCIPES SOUS-JACENTS À TOUTE INTERVENTION EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Les connaissances actuelles issues des résultats de recherches en matière de prévention du suicide permettent de dégager des principes sur lesquels les infirmières doivent appuyer leurs interventions dans leur pratique professionnelle. En plus des connaissances scientifiques, les aspects éthiques y sont particulièrement importants. En effet, l'intervention auprès de personnes présentant des idées ou un comportement suicidaires met à l'épreuve les valeurs et les croyances de l'infirmière sur des questions telles que le respect de la vie, le sens de la vie, l'autodétermination de la personne, le souci d'autrui, la solidarité et l'entraide. Également, cette intervention exige de l'infirmière qu'elle prenne conscience de ses préjugés et de ses croyances et qu'elle reconnaisse ses limites.

Le tableau 8 présente les principes sur lesquels doit s'appuyer l'intervention de l'infirmière.

TABLEAU 8 – PRINCIPES SOUS-JACENTS À TOUTE INTERVENTION EN PRÉVENTION DU SUICIDE

- Adopter une approche globale pour évaluer les personnes à risque de suicide et intervenir auprès d'elles et de leurs proches.
- Prendre conscience de ses préjugés, de ses croyances, de sa position en matière de respect de la vie, ainsi que de ses limites personnelles.
- Prendre au sérieux les appels à l'aide.
- Se préoccuper d'autrui, faire preuve d'entraide et de solidarité.
- Créer une alliance thérapeutique avec les personnes en crise et leurs proches (respect, écoute, empathie).
- Faire preuve de jugement clinique.
- Impliquer la famille et les proches selon leur disponibilité, au moment de l'évaluation et de l'intervention.
- Intervenir en concertation avec les membres de l'équipe multidisciplinaire.
- Baser sa pratique sur les résultats probants en matière de prévention du suicide.

NIVEAUX D'INTERVENTION

L'intervention de l'infirmière en vue de prévenir le suicide peut s'effectuer sur divers plans : promotion de la santé, prévention, intervention en situation de crise, réadaptation et postvention.

PROMOTION DE LA SANTÉ

Sur le plan de la promotion de la santé, l'infirmière peut, entre autres, contribuer à remettre en question les mythes susceptibles d'interférer avec la demande d'aide des personnes en détresse. La banalisation ou la dramatisation du suicide sont d'autres facteurs qui peuvent faire obstacle à la demande d'aide. Ainsi, certains mythes (voir le tableau 9) peuvent empêcher de prendre au sérieux les appels à l'aide lancés par des personnes en détresse ou encore minimiser la détresse de ces personnes. De plus, la diffusion par les médias de situations où des personnes très connues se sont suicidées peut malheureusement inciter des sujets vulnérables à en faire autant. Il importe donc d'encourager les activités de promotion et les interventions qui favorisent le soutien, l'entraide et l'intégration sociale des personnes, notamment celles qui font l'objet de stigmatisation. Toutes les occasions doivent être utilisées pour rappeler que la vie est importante et que des services d'aide existent. Également, l'infirmière peut encourager et renforcer les facteurs de protection chez ces personnes : adoption d'un mode de vie sain, activités favorisant l'intégration sociale et valorisation d'un sens à la vie.

TABLEAU 9 – MYTHES ET RÉALITÉS

Mythe	Réalité
Les personnes qui parlent de suicide ne le feront jamais.	La plupart des personnes qui se sont suicidées avaient donné des signaux d'alarme précis de leur intention.
Les personnes suicidaires ont toutes l'intention de mourir.	La majorité des personnes suicidaires ressentent de l'ambivalence.
Le suicide se produit sans prévenir.	Les personnes présentant un risque de suicide donnent souvent l'alarme.
L'amélioration qui suit une crise suicidaire signifie que le risque de suicide n'existe plus.	Beaucoup de suicides surviennent en période de récupération lorsque la personne possède l'énergie et la volonté de transformer son désespoir en acte final d'autodestruction.
Tous les suicides ne peuvent être prévenus.	Un grand nombre de suicides peuvent être prévenus.
Une personne suicidaire le restera toujours.	La pensée suicidaire peut être récurrente chez une personne mais non permanente et elle peut ne jamais réapparaître.
Demander à une personne si elle a des idées suicidaires peut provoquer un passage à l'acte.	Demander à une personne si elle a des idées suicidaires peut réduire son angoisse ; la personne peut se sentir comprise et être rassurée.

Source : OMS, 2002.

PRÉVENTION

Sur le plan de la prévention, l'infirmière peut aider les personnes à renforcer leurs facteurs de protection tels que l'estime de soi et les capacités de résolution de problèmes. Elle peut les informer de l'existence de services de prévention du suicide dans la communauté et de traitements efficaces pour soigner des maladies telles que la dépression majeure ou encore la dépendance à des substances ou au jeu. En outre, elle peut favoriser l'arrimage des services entre partenaires de soins et faciliter les échanges avec les réseaux de sentinelles en place dans divers milieux de vie. L'existence de tels réseaux augmente effectivement la probabilité que des personnes à risque de suicide soient repérées et orientées vers des ressources d'aide en temps opportun (MSSS, 2006). Ces sentinelles contribuent à renforcer le tissu social d'une communauté et leur aide doit s'imbriquer avec les services présents dans la communauté.

INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

Une situation de crise suicidaire peut survenir dans divers contextes de vie. Les stratégies d'intervention différeront selon la nature de la crise : psychosociale, psychopathologique ou psychotraumatique (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2006). En effet, ces auteurs distinguent trois types de crises en évaluant les éléments suivants : la perception de l'événement par la personne, l'impact de cet événement selon son degré de vulnérabilité au moment de la crise ainsi que le type d'événement à l'origine de cette dernière. Ainsi, la crise psychosociale survient lorsqu'un événement fait basculer l'équilibre d'une personne ne présentant aucun trouble mental. La crise psychopathologique est provoquée par un événement suscitant une crise chez une personne déjà vulnérable en raison d'un trouble mental. Quant à la crise psychotraumatique, elle se distingue par la menace et la peur engendrées par un événement traumatique, et ce, qu'il y ait présence ou non d'un trouble mental chez la victime.

Le tableau 10 propose une synthèse des différents types de crises (psychosociale, psychopathologique et psychotraumatique) explicitant les antécédents personnels, les événements déclencheurs, la progression des étapes de la crise et les interventions recommandées qui caractérisent chaque type de crise. Il est impératif de consulter la documentation pour en connaître davantage sur le sujet.

TABLEAU 10 – RÉSUMÉ DES TYPES DE CRISES

TYPES DE CRISES			
	Crise psychosociale	Crise psychopathologique	Crise psychotraumatique
Antécédents personnels	<p>Trajectoire de vie comprenant des difficultés et des conflits normaux</p> <p>Présence de soutien social</p> <p>Présence de facteurs de protection</p>	<p>Pertes précoces durant l'enfance</p> <p>Difficultés liées au développement</p> <p>Antécédents personnels et familiaux de troubles mentaux</p> <p>Problèmes de toxicomanie et de dépendance aux substances</p> <p>Précarité sociale</p> <p>Cumul de difficultés et d'événements indésirables</p> <p>Faible présence de facteurs de protection</p>	<p>Les antécédents personnels peuvent être de même nature que ceux des deux autres types de crises</p>
Événements déclencheurs	<p>Pertes ou rupture</p> <p>Décès ou maladie</p> <p>Événements stressants majeurs</p> <p>Déception ou échec important</p> <p>Transition de vie importante (par exemple la retraite)</p>	<p>Pertes ou rupture</p> <p>Difficultés relationnelles</p> <p>Déception</p> <p>Découragement</p> <p>Réactions impulsives et agressives à une situation difficile</p> <p>Sentiment d'isolement</p>	<p>Présence d'un événement traumatique ayant provoqué l'effroi</p>
Progression des étapes de la crise	<p>État d'équilibre</p> <p>↓</p> <p>État de vulnérabilité</p> <p>↓</p> <p>État de crise, avec ou sans passage à l'acte</p>	<p>État de vulnérabilité</p> <p>↓</p> <p>État de crise, plus fréquemment avec passage à l'acte</p>	<p>État d'équilibre ou état de vulnérabilité</p> <p>↓</p> <p>État de crise, avec ou sans passage à l'acte</p>

TABLEAU 10 – RÉSUMÉ DES TYPES DE CRISES (SUITE)

TYPES DE CRISES			
	Crise psychosociale	Crise psychopathologique	Crise psychotraumatique
Interventions	<p>Chercher un retour graduel à l'équilibre</p> <p>Créer un lien de confiance par l'écoute et faciliter l'expression de la souffrance</p> <p>Encourager l'alliance thérapeutique</p> <p>Augmenter le répertoire de stratégies d'adaptation (<i>coping</i>, soit des stratégies de types comportemental, affectif et cognitif)</p> <p>Mobiliser le réseau de soutien social (professionnel et personnel)</p> <p>Prévoir un suivi à court terme</p>	<p>Susciter la désescalade de l'état de crise</p> <p>Prévenir le passage à l'acte et planifier un suivi à court terme</p> <p>Créer un lien de confiance et transmettre de l'espoir</p> <p>Encourager l'alliance thérapeutique et l'engagement dans un traitement</p> <p>Trouver des solutions de rechange positives et acceptables au problème actuel</p> <p>Recommander un service à plus long terme</p>	<p>Offrir les premiers soins et assurer un milieu sécuritaire</p> <p>Offrir du désamorçage (<i>defusing</i>) et une séance de verbalisation (<i>debriefing</i>) dans le but de réduire les réactions anxieuses</p> <p>Donner de l'information, indiquer quelles sont les ressources d'aide et comment y avoir accès</p> <p>Recommander une intervention de psychothérapie brève</p>

Source : Séguin *et al.* (2006).

Une situation de crise suicidaire peut survenir chez les personnes soignées dans divers milieux où pratiquent les infirmières comme les soins hospitaliers, les services ambulatoires ou communautaires, ou dans divers milieux de vie : école, travail, domicile ou pénitencier. L'infirmière doit donc adapter sa pratique clinique au contexte.

MILIEU HOSPITALIER

Les suicides peuvent survenir autant dans les unités de médecine ou de psychiatrie qu'au service des urgences (Larose et Gagnon, 2003b). De plus, un fort pourcentage de personnes hospitalisées en psychiatrie le sont parce qu'elles présentent un risque élevé de suicide. Il faut également souligner la prévalence élevée de suicide chez les personnes hospitalisées à l'occasion d'une absence temporaire autorisée ou non de l'établissement (Mishara, 1999 ; Proulx, Lesage et Grunberg, 1997). De telles données incitent l'infirmière à être vigilante et à réévaluer régulièrement le risque de suicide et l'urgence suicidaire, car le potentiel suicidaire peut varier dans le temps.

Certains moments de la journée et certains endroits présentent davantage de risques. Ainsi, les changements de quart de travail sont une période où la surveillance peut être diminuée et les salles de bain sont les lieux qui sont les plus à surveiller (Larose et Gagnon, 2003b). Toutefois, il est vain de penser que les lieux peuvent être complètement à l'épreuve des suicides. En fait, la meilleure intervention pour prévenir le suicide consiste à établir une relation de confiance avec la personne présentant un risque élevé de suicide et à intervenir pour favoriser la résolution de la crise qu'elle vit. Par ailleurs, lorsque la situation exige des mesures de surveillance, il est préférable d'utiliser différentes stratégies plutôt que des contrôles prévisibles. Il importe de souligner que la responsabilité hospitalière ne se limite pas à éviter le suicide pendant l'hospitalisation mais consiste aussi à outiller la personne pour faire face à la situation de crise par la suite (Larose et Gagnon, 2003a). Pour plus d'information en ce qui concerne l'intervention en milieu hospitalier, il est fortement suggéré de consulter le document élaboré par des infirmières-conseils travaillant dans les centres hospitaliers psychiatriques québécois (Regroupement des DSI des CH psychiatriques, 2006).

AUTRES MILIEUX

En ce qui concerne les personnes à risque dont le suivi clinique est assuré par des services autres qu'hospitaliers, il est important de relancer celles qui ne se présentent pas à leur rendez-vous. Qu'elles soient hospitalisées ou non, il est impérieux d'élaborer avec ces personnes et leurs proches, des stratégies d'action à déployer en cas de crise suicidaire et de les outiller pour agir (lignes d'intervention téléphonique, centre de crise, urgence, clinique sans rendez-vous, selon les régions).

RÉADAPTATION

Une personne qui a déjà tenté de se suicider présente un risque accru dans l'année qui suit la tentative. Par conséquent, ces personnes doivent faire l'objet d'un suivi étroit lorsqu'elles reçoivent un congé, notamment des soins d'urgence, des soins généraux ou des soins psychiatriques. L'infirmière, en concertation avec les partenaires de soins, doit donc s'assurer que la planification du congé comprend la mise en place d'un suivi (un rendez-vous est fixé et un lien est établi) et que les proches sont mis à contribution dans la mesure de leur disponibilité, afin d'établir un filet de sécurité. Entre autres, ceux-ci connaissent les ressources à utiliser et quand ils doivent y faire appel. Il peut s'agir entre autres de la ligne d'écoute 1 866-appelle, d'Info-Santé, du centre de crise, des services psychosociaux courants d'un CSSS ou des soins d'urgence.

D'autres modalités de services comme celles offertes par des équipes de suivi intensif peuvent être envisagées lorsque des personnes présentant un risque de suicide ne sont pas joignables par les services habituels. Enfin, l'infirmière doit offrir l'enseignement et le soutien nécessaires aux personnes à risque et à leurs proches afin de favoriser la cohésion familiale et d'éviter les conflits et l'éclatement des familles.

POSTVENTION

Certaines personnes endeuillées par le suicide d'un proche peuvent éprouver des difficultés. Dans ces circonstances, ces personnes sont d'ailleurs, elles-mêmes, plus à risque d'attenter à leurs jours. C'est pourquoi, il importe de les accueillir, de les soutenir et de les guider vers des ressources d'aide telles que des groupes de soutien pour personnes endeuillées par suicide.

DÉPISTER, ÉVALUER LES PERSONNES À RISQUE DE SUICIDE ET INTERVENIR AUPRÈS D'ELLES

Dans la lutte contre le suicide, le rôle de l'infirmière consiste à dépister et évaluer la personne à risque de suicide, ainsi qu'à intervenir auprès d'elle et de ses proches. Ainsi, l'infirmière doit évaluer le potentiel suicidaire d'une personne lorsque celle-ci présente des signes de détresse, assurer sa sécurité et mettre en place un suivi clinique.

ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE

L'évaluation du potentiel suicidaire comprend l'évaluation du risque de suicide, de l'urgence suicidaire et du risque de dangerosité. De façon globale, l'évaluation de l'infirmière doit tenir compte des éléments suivants (ASSSL, 2006) :

- L'état psychique de la personne, car une pathologie psychiatrique non stabilisée peut entraîner une évolution rapide du processus suicidaire ;
- Le scénario suicidaire ou d'homicide envisagé par la personne, s'il y a lieu ;
- La létalité et l'accessibilité du moyen envisagé par la personne pour se suicider ;
- Le degré d'intentionnalité, c'est-à-dire le degré d'ambivalence de la personne par rapport au passage à l'acte et l'ampleur de son désespoir ;
- Les traits d'impulsivité caractérisant le comportement habituel de la personne ;
- Les abus d'alcool ou de drogues, car la consommation de psychotropes a un effet désinhibiteur, augmente l'impulsivité et réduit le contrôle comportemental, ce qui peut précipiter le passage à l'acte (Southeast Nebraska Suicide Prevention Project, 2003) ;
- Les antécédents suicidaires et la létalité des moyens utilisés ;
- L'isolement social et les facteurs de stress présents dans le milieu familial ;
- La réceptivité, ou à l'inverse, le refus de recevoir de l'aide ;
- Les événements stressants potentiels auxquels la personne pourrait être exposée à court terme et qui seraient susceptibles d'accentuer l'état de crise.

ÉVALUATION DU RISQUE DE SUICIDE

Il importe ici de rappeler que le risque de suicide est la probabilité qu'une personne se suicide à l'intérieur d'une période de deux ans (Daigle *et al.*, 2003). Pour évaluer ce risque, il y a lieu de rechercher la présence de divers facteurs prédisposant au suicide dans la trajectoire de vie de la personne. Il s'agit, entre autres, des antécédents suicidaires, de la présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel, ainsi que d'abandon et de pertes précoces (Séguin, 2001). Outre les éléments décrits à la rubrique précédente, l'infirmière doit évaluer la présence de symptômes indiquant un trouble mental, notamment la dépression qui touche souvent les personnes à risque de suicide. Différents outils de mesure peuvent être utilisés pour évaluer les éléments dépressifs, par exemple l'échelle de dépression d'Hamilton (1967) ou l'échelle de dépression gériatrique (GDS) (Yesavage *et al.*, 1983). Pour porter un jugement clinique, l'infirmière se sert des données ainsi recueillies de même que des informations provenant de sa propre évaluation.

Le tableau 11 donne des exemples de questions que l'infirmière peut poser afin de discerner la présence d'éléments dépressifs, d'idées suicidaires ou d'un plan suicidaire.

TABLEAU 11 – EXEMPLES DE QUESTIONS QUE PEUT POSER L'INFIRMIÈRE

1. Vous sentez-vous triste tous les jours ?

- Au cours des semaines passées, avez-vous éprouvé de la difficulté à vous concentrer, à réfléchir ou à prendre des décisions ?
- Vous sentez-vous plus fatigué après une journée ?

*Si vous obtenez un **oui** à l'une de ces deux questions, posez la question 2.*

2. Vous sentez-vous déprimé ?

- Ressentez-vous régulièrement de la tristesse ou du désespoir ?
- Ressentez-vous de la culpabilité ?
- Avez-vous perdu ou gagné du poids de façon non planifiée ?
- Avez-vous des difficultés à dormir ou dormez-vous davantage ?
- Vous sentez-vous triste même en présence d'amis ou de votre famille ?

S'il y a présence d'un trouble mental, évaluer les antécédents familiaux et vérifier si un traitement pharmacologique est en cours. Adresser la personne à un spécialiste de la santé mentale au besoin.

*Si vous obtenez un **oui** à l'une de ces questions, posez la question 3.*

3. Avez-vous déjà pensé à vous suicider ?

- Sentez-vous que votre vie n'a pas de sens et que les gens seraient mieux si vous n'étiez pas là ?
- Avez-vous délibérément adopté un comportement à risque ou avez-vous pensé à vous infliger des blessures ?
- Avez-vous déjà tenté de vous suicider ?

*Si vous obtenez un **oui** à l'une de ces questions, posez la question 4.*

4. Avez-vous un plan pour vous suicider ?

Comment ? (Le moyen est-il disponible ?) Où ? Quand ?

Évaluer le potentiel suicidaire : tentative de suicide antérieure, abus de substances ou comportement impulsif.

*Si vous obtenez un **oui** à l'une de ces questions, procédez à la **gestion du risque de suicide** :*

Risque imminent (<48 heures) :

Ne pas laisser la personne seule ; assurer sa sécurité ; évaluer le réseau de soutien ; informer la personne de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* ; faire les arrangements pour un transfert par ambulance ou avec les policiers vers une urgence pour une évaluation et un traitement ; planifier un suivi et une relance.

Risque à court terme (jours ou semaines) :

Limiter l'accès aux moyens de suicide ; augmenter les contacts avec la personne ; s'entendre avec la personne afin qu'elle se manifeste si elle a des idées suicidaires ; évaluer les antécédents d'abus de substances ; évaluer la pertinence d'organiser un suivi avec un spécialiste en santé mentale ; s'il y a présence d'un trouble mental, évaluer les antécédents familiaux et psychiatriques de la personne, vérifier si un traitement pharmacologique approprié est en cours, diriger vers un spécialiste en santé mentale ; prévoir un suivi ou une relance téléphonique selon la situation.

Risque à long terme :

Évaluer les antécédents psychiatriques personnels et familiaux et vérifier l'adhésion au traitement pharmacologique ; adresser à un spécialiste en santé mentale au besoin ; prévoir un suivi ou une relance téléphonique selon la situation.

ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE

L'urgence suicidaire est la probabilité qu'une personne passe à l'acte dans les 48 heures. Pour évaluer cette probabilité, l'infirmière doit questionner la personne sur ses intentions et sur les moyens qu'elle pense utiliser pour se suicider. Les questions directes sur le scénario suicidaire : Comment ? Où ? Quand ? (COQ) peuvent sembler embarrassantes à poser. Toutefois, l'infirmière doit les poser simplement. Aborder le sujet ouvertement peut être très réconfortant pour une personne qui songe à se suicider. Cette ouverture montre à la personne suicidaire que l'infirmière comprend ce qu'elle vit actuellement. Cette approche favorise l'établissement d'une relation thérapeutique en signifiant à la personne une compréhension de sa souffrance (Séguin, 2001).

L'infirmière peut également utiliser la grille élaborée par Phaneuf et Séguin (1987), qui est d'ailleurs largement utilisée au Québec (voir la figure 3). Cette grille sert de guide pour évaluer l'urgence suicidaire selon une échelle de 1 à 8 et la classer selon trois niveaux : léger, modéré ou élevé. L'urgence suicidaire est considérée comme légère (1-2-3) en l'absence d'un plan suicidaire. L'urgence est considérée comme modérée (4-5) si un scénario existe mais que sa date de réalisation est éloignée ou imprécise. L'urgence est élevée (6-7-8) lorsque la personne a un plan suicidaire précis, que le moyen envisagé est léthal et accessible et qu'une date est arrêtée dans les jours qui suivent. Il faut rappeler que cette grille est seulement un indicateur qui doit être utilisé en combinaison avec d'autres observations.

FIGURE 3 – GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE



ÉVALUATION DU RISQUE DE DANGÉROSITÉ

Rappelons que l'évaluation du risque de dangerosité correspond au risque qu'une personne ait un comportement violent au cours d'une période définie et dans un contexte précis (Côté, 2001). Pour bien évaluer cette dimension, il faut considérer les facteurs prédisposants. Il s'agit, entre autres, des idéations et des tentatives de suicide antérieures, des traumatismes passés pouvant influencer le processus suicidaire, des intentions suicidaires actuelles, des facteurs liés à l'usage d'alcool, de drogues ou de médicaments, de l'impulsivité, de l'hostilité, ainsi que de l'état mental actuel.

INTERVENTION AUPRÈS DE LA PERSONNE PRÉSENTANT UN RISQUE DE SUICIDE

Les résultats de recherches portant sur le suicide et la pratique clinique donnent des indications relativement à l'intervention auprès des personnes présentant un risque de suicide. Se basant sur un modèle, l'infirmière pourra axer ses interventions sur la situation de crise actuelle, vérifier la perception qu'a la personne de sa situation et la rectifier au besoin. De plus, elle proposera à la personne des moyens pour gérer les symptômes difficiles à vivre : anxiété, insomnie, désespoir. Également, l'infirmière s'assurera de mobiliser le réseau social de la personne. Elle pourra aussi vérifier auprès de la personne les moyens d'adaptation qu'elle a utilisés avec succès antérieurement et favoriser le recours à de nouveaux mécanismes tout en suscitant l'espoir.

Lorsqu'une personne présente un risque de suicide, il est important de déterminer le niveau de surveillance requis selon la situation, de donner des directives claires aux membres de l'équipe soignante sur la surveillance à effectuer, sur les signes à rapporter et sur les actions à mettre en œuvre. Ces décisions cliniques doivent nécessairement être indiquées dans le plan thérapeutique infirmier afin d'assurer le suivi clinique et la continuité des soins.

L'infirmière doit assurer la sécurité de la personne et de ses proches, ainsi que sa propre sécurité selon le contexte de soins et services : hospitalisation, urgence, soins ambulatoires, milieu de vie. Pour ce faire, l'infirmière doit vérifier si la personne a accès à des moyens létaux de suicide tels qu'une arme à feu ou une dose mortelle de médicaments et prendre les moyens pour en limiter l'accès (voir les extraits de lois en annexe). Établir un filet de sécurité requiert la coopération

des proches et des autres partenaires et la concertation avec l'équipe multidisciplinaire afin de déterminer une stratégie d'action. Il importe aussi de connaître les protocoles de gestion de la crise suicidaire au sein de l'établissement et du réseau de services intégrés. De plus, il peut être opportun de relancer la personne si elle ne se présente pas au rendez-vous prévu et de demander, au besoin, l'aide de l'équipe de suivi intensif. Enfin, puisque le traitement optimal implique le traitement en équipe multidisciplinaire, l'infirmière doit communiquer régulièrement, avec les membres de l'équipe, les éléments pertinents à la gestion de la crise.

PRÉVENIR L'ACCÈS AUX MOYENS DE SUICIDE

Diminuer l'accès aux moyens de suicide figure parmi les actions mises en œuvre pour diminuer le nombre de suicides. Les dernières données de l'INSPQ indiquent que la pendaison, l'arme à feu et l'absorption de substances médicamenteuses ou de drogues sont les moyens les plus souvent utilisés par les Québécois pour se suicider (St-Laurent et Gagné, 2007). Or, la restriction de l'accès aux moyens létaux de suicide est une approche préventive trop souvent sous-estimée, supposément parce que la personne suicidaire trouvera un autre moyen. Pourtant, il est faux de croire que le contrôle de ces moyens n'a aucun effet préventif. En prenant toutes les dispositions nécessaires pour réduire l'accès à ces moyens, notamment aux armes à feu et aux médicaments, l'infirmière peut agir en amont, afin de prévenir les tentatives de suicide d'une personne, et lui assurer, ainsi qu'à son entourage, un environnement plus sûr.

RÉDUIRE L'ACCÈS AUX ARMES À FEU

Il existe, en effet, un lien très clair entre la disponibilité des armes à feu et le suicide (Dandurand, 1998). La présence d'une arme à feu dans un domicile multiplie par cinq le risque de décès par suicide (Cukier, 1998). De plus, les suicides par arme à feu sont souvent des actes impulsifs qui n'ont pas été rigoureusement planifiés, et ce, particulièrement chez les jeunes et les personnes sous l'effet de l'alcool ou de drogues. L'accès difficile à une arme mortelle peut alors entraîner un délai suffisant pour que la crise suicidaire s'atténue et que la personne abandonne son projet ou encore qu'elle se tourne vers un moyen moins susceptible d'entraîner sa mort, ce qui lui donne une meilleure chance de s'en sortir (INSPQ, 2004a).

Le tableau 12 énumère les interventions qu'une infirmière peut faire pour réduire l'accès aux armes à feu qu'une personne présente ou non un risque de suicide, et le tableau 13 décrit les conditions d'entreposage sécuritaire des armes à feu et des munitions.

TABLEAU 12 – INTERVENTIONS INFIRMIÈRES EN VUE DE RÉDUIRE L'ACCÈS AUX ARMES À FEU

- Demander à la personne si elle a accès à une arme à feu et si elle détient un permis.
- Sensibiliser la personne et ses proches aux risques qu'entraîne la présence d'une arme à feu à domicile.
- S'informer des conditions d'entreposage de l'arme à feu et s'assurer, le cas échéant, que des dispositions sont prises pour mettre l'arme hors de portée de la personne.
- Tenter de convaincre la personne, sa famille ou son entourage de retirer l'arme à feu du domicile pendant la période de crise.
- En l'absence de cette collaboration, prendre les dispositions en consultation avec l'équipe interdisciplinaire pour que les autorités policières interviennent. À ce sujet, l'article 117-04 (1) et (2) du *Code criminel* autorise un juge de paix à délivrer un mandat de perquisition autorisant la saisie des armes lorsque la sécurité de la personne ou celle d'autrui est menacée. Lorsque l'urgence de la situation rend difficile l'obtention d'un mandat, le *Code* autorise un agent de la paix à perquisitionner et à saisir les armes.

Source : Thibault (2002).

TABLEAU 13 – CONDITIONS D'ENTREPOSAGE SÉCURITAIRE DES ARMES À FEU ET DES MUNITIONS

- Une arme est inaccessible si elle est rangée dans un endroit (pièce, contenant, armoire, compartiment) verrouillé et difficile à forcer. Elle doit être hors de portée des enfants.
- Une arme est inopérante si elle est munie d'une serrure ou d'un verrou de sécurité sur la gâchette (verrouillée individuellement par un dispositif) ou si elle est dépourvue d'une pièce nécessaire à son fonctionnement (verrou ou glissière).
- Une arme doit être rangée non chargée de munitions et ces dernières doivent être entreposées dans un endroit distinct des armes à feu ou dans un contenant verrouillé.

Adapté de Lavoie, Cardinal, Chapdelaine et St-Laurent (2001) et Schuster, Franke, Bastian, Sor et Halfon (2000) par Thibault (2002).

EMPÊCHER L'ACCÈS À UNE DOSE LÉTALE DE MÉDICAMENTS

Empêcher qu'une personne suicidaire ait accès à une dose létale de médicaments est une précaution relativement simple mais malheureusement trop souvent négligée. En plus de prévenir une éventuelle intoxication, voire un décès par suicide, une telle mesure sécurise généralement la personne. Cette intervention l'aide à prendre conscience que des personnes sont sensibles à sa détresse et qu'elles prennent au sérieux ses idéations suicidaires.

TABLEAU 14 – INTERVENTIONS INFIRMIÈRES EN VUE D'EMPÊCHER L'ACCÈS À UNE DOSE LÉTALE DE MÉDICAMENTS

- Sensibiliser les proches et solliciter leur collaboration pour éviter qu'une dose létale de médicaments soit à la portée de la personne suicidaire.
- Sensibiliser les proches à l'importance de se débarrasser des médicaments non utilisés, car il est fréquent que le traitement médicamenteux d'une personne souffrant d'un trouble mental soit modifié, ce qui met à sa disposition une quantité importante de médicaments.
- Inciter la personne et ses proches à détruire les médicaments des ordonnances précédentes.
- Sensibiliser les membres de la famille afin qu'ils rangent de façon sécuritaire leurs propres médicaments.

La documentation des soins est essentielle pour assurer la sécurité de la personne présentant un risque de suicide et lui offrir des soins continus de qualité. Elle permet, entre autres, de rendre compte des résultats de l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne, de déterminer les constats concernant les priorités de soins, d'établir la surveillance requise, ainsi que les interventions et les directives s'y rattachant. Elle permet également de consigner les réactions de la personne et de son entourage par rapport aux interventions réalisées, de noter l'efficacité de ces dernières, les ajustements effectués et de planifier le suivi clinique. En outre, la documentation des soins permet de déterminer et d'ajuster le plan thérapeutique infirmier ainsi que le plan de soins et de traitements infirmiers. Enfin, la documentation facilite la continuité des soins et la communication entre les professionnels qui interviennent auprès de la personne à risque et de ses proches (OIIQ, 2002, 2006).

Les principaux éléments à consigner au dossier de la personne à risque de suicide sont les suivants :

- Les données relatives à l'évaluation initiale et les évaluations subséquentes de la condition physique et mentale de la personne incluant les données concernant l'évaluation du risque de suicide et de l'urgence suicidaire, y compris la létalité du moyen ainsi que les données concernant le risque de dangerosité.
- Les constats jugés prioritaires à la suite de l'évaluation initiale ou des évaluations subséquentes sont inscrits dans le plan thérapeutique infirmier, de même que les directives infirmières essentielles pour assurer le suivi clinique de la personne.
- Les directives infirmières précisant les signes à observer, le niveau de surveillance et les directives données aux membres de l'équipe soignante à ce sujet.
- Les interventions utilisées et les résultats obtenus.
- La nature de la collaboration de la personne et de ses proches ainsi que l'entente concernant le plan d'action en cas de crise suicidaire.
- La concertation multidisciplinaire.
- L'information communiquée à un tiers, le cas échéant, et le consentement de la personne à cet effet.

- Reconnaître l'importance de toute vie humaine.
 - Examiner ses croyances, ses valeurs, ses attitudes, son comportement, ainsi que sa pratique clinique au regard de la personne qui présente un risque de suicide.
 - Adopter une approche globale, qui tient compte de la complexité de la problématique du suicide, pour évaluer la personne à risque et intervenir auprès d'elle.
 - Intervenir auprès de la personne et de ses proches sans porter de jugement de valeur.
 - Créer une alliance thérapeutique, avoir une attitude ouverte, se préoccuper de l'autre (souci pour l'autre), écouter et reconnaître sa souffrance.
 - Connaître les groupes de personnes à risque de suicide et leurs particularités.
 - Intégrer le dépistage des personnes à risque à sa pratique :
 - procéder à l'évaluation du risque de suicide, de l'urgence suicidaire, du risque de dangerosité, et utiliser les échelles de mesure pertinentes ;
 - poser des questions directes sur l'intention suicidaire et le plan (comment, où et quand) ;
 - établir les niveaux de surveillance requis selon la situation de la personne ;
 - assurer la sécurité de la personne et de ses proches ;
 - impliquer la famille et les proches pour établir un filet de sécurité et planifier les stratégies d'action ;
 - collaborer avec les membres de l'équipe multidisciplinaire et les autres partenaires de soins et de services.
 - Faire preuve de jugement clinique pendant toute intervention auprès d'une personne à risque de suicide et de ses proches.
 - Connaître les partenaires, leur rôle, les protocoles et les ententes en ce qui a trait à la prévention du suicide et appliquer ceux-ci dans sa pratique.
 - Assurer le suivi clinique, l'arrimage et la coordination des services.
 - Consigner dans le dossier toute information pertinente à la situation de la personne, ainsi que dans le plan thérapeutique infirmier.
- Fonder sa pratique clinique sur des résultats probants en matière de prévention du suicide.
 - Tenir ses compétences à jour en matière d'intervention auprès des personnes présentant un risque de suicide.
 - Inciter ses collègues à intégrer le dépistage et la prévention du suicide à leur pratique clinique.
 - Soutenir les projets visant la diminution du nombre de suicides.
 - Participer à des recherches en matière de prévention du suicide et à la diffusion des résultats de recherche.

Tout professionnel a l'obligation générale de respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession. Toutefois, certaines dispositions législatives viennent baliser la divulgation de ces renseignements. Par conséquent, il incombe à l'infirmière de faire preuve de jugement clinique au moment de divulguer des renseignements normalement protégés par le secret professionnel en respectant les conditions et les modalités prévues pour ce faire. À cet effet, sont repris ci-après les articles pertinents en l'espèce.

DISPOSITIONS LÉGISLATIVES PERTINENTES

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12

art. 9. Chacun a droit au respect du secret professionnel.

Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, **à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.**

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel.

Code des professions, L.R.Q., c. C-26

art. 60.4. Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne.

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

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.Q., c. I-8, r. 4.1

art. 31.1. L'infirmière ou l'infirmier qui, en application du troisième alinéa de l'article 60.4 du Code des professions, communique un renseignement protégé par le secret professionnel doit consigner au dossier du client concerné les éléments suivants :

1° les motifs au soutien de la décision de communiquer le renseignement, dont l'identité de la personne qui a incité l'infirmière ou l'infirmier à le communiquer ainsi que celle de la personne ou du groupe de personnes exposées au danger ;

2° les éléments de la communication dont la date et l'heure de la communication, le contenu de la communication, le mode de communication utilisé et l'identité de la personne à qui la communication a été faite.

COMMENTAIRES

Les articles 60.4 du *Code des professions* et 31.1 du *Code de déontologie* précisent qu'une infirmière qui doit divulguer un renseignement doit respecter :

- les **conditions** suivantes :
 - La communication du renseignement confidentiel est faite **en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide**, et ;
 - L'infirmière a un **motif raisonnable** de croire qu'un **danger imminent** de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable.
- les **modalités** suivantes :
 - L'infirmière ne peut communiquer les renseignements protégés par le secret professionnel qu'aux **personnes susceptibles de porter secours** à la victime, à titre d'exemple, un policier ;
 - Seuls les **renseignements nécessaires** aux fins poursuivies par la communication peuvent être divulgués par l'infirmière.

Loi sur la santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2

art. 19.0.1. Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut être communiqué, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace l'usager, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable.

Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours. Ils ne peuvent l'être que par une personne ou une personne appartenant à une catégorie de personnes autorisée par le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, par le directeur général de l'établissement.

Les personnes ainsi autorisées ne peuvent communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Le directeur général de l'établissement doit, par directive, établir les conditions et les modalités suivant lesquelles les renseignements peuvent être communiqués. Toute personne autorisée à communiquer ces renseignements est tenue de se conformer à cette directive.

COMMENTAIRES

Cet article, quant à lui, précise les conditions et les modalités particulières qui doivent être respectées lorsque les renseignements confidentiels contenus dans le dossier d'un usager d'un établissement sont communiqués. La loi précise que :

- Les renseignements ne peuvent être communiqués que par une personne ou une catégorie de personnes autorisée par le directeur des services professionnels ou par le directeur général de l'établissement ;
- Cette communication ne peut être faite que selon les conditions et les modalités prévues par une directive établie par le directeur général de l'établissement.

La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (LPP) et le *Code civil du Québec* (C.c.Q.) autorisent, même en l'absence du consentement d'une personne, sa mise sous garde dans un établissement de santé disposant des aménagements nécessaires. Cette garde constitue une atteinte à l'intégrité de la personne qui y est soumise, et les dispositions qui l'encadrent doivent en conséquence être strictement interprétées et appliquées de façon restrictive. Elle doit résulter d'un danger posé par l'état mental de la personne, et elle ne doit pas à ce titre être confondue avec le simple hébergement dans un établissement de santé. Précisons que dans tous les cas de garde la personne ou son représentant doivent être informés du plan de soins établi à son égard (art. 31 C.c.Q.).

LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT

Il existe trois types de garde, qu'il est important de distinguer : la garde préventive, la garde provisoire afin de subir une évaluation psychiatrique, et la garde « régulière » à la suite d'une évaluation psychiatrique. Chacune de celles-ci répond à un objectif de protection et à des règles précises, qui influenceront sur le rôle et les responsabilités de l'infirmière, selon le milieu dans lequel elle exerce sa profession. La Cour du Québec est le tribunal compétent pour entendre les demandes de garde.

I. La garde préventive

Le *Code civil du Québec* énonce clairement qu'une personne ne peut pas être gardée dans un établissement de santé ou de services sociaux si elle n'y consent pas, sauf si la garde est autorisée par le tribunal ou par la loi (art. 26 C.c.Q.).

Lorsque le danger que présente une personne est grave et immédiat et qu'on ne peut pas attendre, pour assurer sa protection, que le tribunal se soit prononcé sur son cas, le législateur a prévu qu'elle peut être mise sous garde préventive (art. 27 C.c.Q.).

Seul un médecin peut, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique n'ait été préalablement effectué, décider d'une garde préventive (art. 7 LPP). Le médecin doit immédiatement aviser le directeur des services professionnels de sa décision ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général de l'établissement (art. 7 LPP). La personne en garde préventive doit être informée du lieu où elle est gardée, du motif de la garde et de son droit de communiquer immé-

diatement avec ses proches et avec un avocat (art. 15 LPP). Bien que seul le médecin puisse évaluer la dangerosité d'une personne et décider de la mettre en garde préventive, l'infirmière qui travaille dans l'établissement pourra être amenée à jouer un rôle actif au moment de la prise en charge de la personne, et par la suite au cours de la mise en œuvre de la garde imposée par le médecin. À l'égard de cette personne, l'infirmière devra non seulement s'acquitter des tâches qui relèvent de l'exercice habituel de sa profession, mais également de celles qui découlent, le cas échéant, des directives, protocoles ou ententes adoptés par l'établissement en matière de protection des personnes.

L'article 7 LPP prévoit que la garde préventive prend fin après 72 heures, à moins qu'elle ne soit prolongée afin que la personne subisse une évaluation psychiatrique. La garde préventive devient alors une garde provisoire au sens du premier paragraphe de l'article 27 C.c.Q.

II. La garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique

Le *Code civil du Québec* prévoit que le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'une personne soit provisoirement gardée contre son gré dans un établissement, afin d'y subir une évaluation psychiatrique (art. 27 C.c.Q.). Pour rendre cette ordonnance, le tribunal doit avoir des motifs sérieux de croire que cette personne représente, en raison de son état mental, un danger pour elle-même ou pour autrui. La partie qui requiert la garde aura le fardeau de convaincre le tribunal de sa nécessité.

Dès que la personne qui est sous le coup de l'ordonnance est prise en charge par l'établissement, ou dès qu'elle est en mesure de comprendre la situation, elle doit être informée du lieu où elle est gardée, du motif de la garde et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et avec un avocat (art. 15 LPP).

Le *Code civil du Québec* précise qu'un premier examen psychiatrique doit être effectué dans les 24 heures de l'ordonnance du tribunal (art. 28 C.c.Q.). Cet examen doit satisfaire aux exigences de l'article 2 LPP, c'est-à-dire qu'il doit, sauf exception, être effectué par un psychiatre qui n'est pas le conjoint, un allié, un proche parent ou le représentant de la personne qui subit l'examen ou qui en fait la demande. Si le médecin conclut qu'il est nécessaire de garder la personne en établissement, un second examen doit être réalisé dans les 48 heures de l'ordonnance, par un autre médecin.

Si les deux médecins concluent à la nécessité de la garde provisoire, celle-ci peut être poursuivie pendant un maximum de 48 heures (art. 28 C.c.Q.). Une ordonnance de garde « régulière » devra par la suite être demandée au tribunal. La LPP prévoit qu'il incombe au directeur des services professionnels ou, à défaut, au directeur général de l'établissement, de transmettre au tribunal qui l'a ordonné le rapport d'évaluation résultant de ces examens psychiatriques (art. 4 LPP). Cette transmission doit se faire dans les sept jours de l'ordonnance (art. 29 C.c.Q.).

Bien que toute infirmière puisse être appelée à intervenir auprès de personnes en crise suicidaire, son rôle concret dans l'application des dispositions législatives concernant la garde provisoire variera selon le milieu dans lequel elle exerce sa profession.

À titre d'exemple, l'infirmière exerçant en milieu scolaire, dans un CLSC, une clinique ou en pratique privée peut être amenée à demander la garde provisoire d'une personne aux fins d'évaluation psychiatrique, si elle estime que celle-ci présente un risque de suicide. L'infirmière agit alors à titre d'« intéressé » au sens de l'article 27 C.c.Q.

Cependant, si l'infirmière juge qu'il y a urgence et que l'état mental de la personne constitue un danger grave et immédiat, elle doit plutôt solliciter les services disponibles en matière d'aide en situation de crise. En l'absence d'un intervenant d'un tel service d'aide ou d'un parent, conjoint, tuteur ou mandataire qui serait légalement habilité (art. 15 LPP) à consentir à l'évaluation psychiatrique pour la personne en danger, l'infirmière pourra alerter un agent de la paix, qui est autorisé par la LPP à amener la personne auprès d'un établissement disposant des aménagements nécessaires pour la mettre sous garde (art. 8 et 23 LPP). L'agent est responsable de la personne jusqu'à ce que l'établissement la prenne en charge et amorce la procédure rattachée à la garde préventive, analysée ci-dessus (art. 14 LPP).

III. La garde en établissement à la suite d'une évaluation psychiatrique

La garde provisoire n'a pour but que de permettre l'évaluation psychiatrique de la personne protégée, et elle a en conséquence une durée très limitée. Conformément à l'article 30 C.c.Q., la garde peut être maintenue uniquement si la Cour du Québec prononce une ordonnance en ce sens, après avoir pris connaissance des résultats de l'évaluation psychiatrique. Soulignons que l'évaluation soumise au tribunal doit reposer

sur des examens psychiatriques réalisés par deux médecins qui en viennent tous deux à la conclusion que la garde est nécessaire (art. 29 C.c.Q. et art. 2 LPP). Chaque rapport d'examen doit être signé par le médecin qui a lui-même examiné la personne, et il doit notamment contenir les précisions suivantes : la date de l'examen, le diagnostic du médecin, son opinion sur la gravité de l'état de la personne, les éléments sur lesquels il se fonde et la source de ses informations (art. 3 LPP). Le tribunal n'est toutefois pas lié par les conclusions des médecins et les résultats de l'évaluation psychiatrique, et il « ne peut autoriser la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire » (art. 30 C.c.Q.).

Compte tenu des prescriptions de l'article 4 LPP, qui prévoit que le directeur des services professionnels doit transmettre au tribunal qui l'a ordonné le rapport du médecin, les demandes selon l'article 30 C.c.Q. sont adressées au tribunal par l'établissement lui-même. Dans certains cas, c'est le directeur des services professionnels, le directeur général ou même le directeur des soins infirmiers qui agit *ès qualité*.

Si le tribunal conclut que la garde est nécessaire, il rend une ordonnance de garde « régulière » dont il fixe la durée, et qui ne pourra être prolongée sans une nouvelle ordonnance (art. 30.1 C.c.Q.). En outre, si le terme fixé par le juge excède 21 jours, des examens périodiques doivent être effectués afin de vérifier si la garde est toujours nécessaire (art. 10 LPP).

L'établissement qui met une personne sous garde à la suite d'une évaluation psychiatrique doit, à cette occasion et après chaque rapport d'examen périodique, lui remettre un document (voir l'annexe de la LPP) qui l'informe notamment : de son droit de demander qu'il soit mis fin à la garde si un rapport périodique n'a pas été produit dans les délais, de son droit de refuser tout autre examen, soin ou traitement qui n'aurait pas été ordonné par un juge, sauf s'il s'agit d'un cas d'urgence ou de soins d'hygiène, de son droit absolu de communiquer, en toute confidentialité, avec son représentant, la personne autorisée à consentir à ses soins, un avocat, le curateur public ou le Tribunal administratif, ainsi que de son droit de contester devant ce dernier toute décision concernant sa garde (art. 16 et 17 LPP).

Pour minimiser l'atteinte à l'intégrité de la personne que représente la garde forcée, l'infirmière doit connaître, respecter et faire respecter l'ensemble des droits de la personne soumise à l'ordonnance du tribunal. Son rôle consiste encore une fois à s'acquitter des tâches qui relèvent de l'exercice habituel

de sa profession, ainsi que de celles qui découlent des directives, protocoles ou ententes adoptés par l'établissement en matière de protection des personnes.

IV. La fin de la garde en établissement

L'article 12 LPP énonce plusieurs événements qui mettent fin à la garde, sans autre formalité : la délivrance par le médecin traitant d'un certificat attestant que la garde n'est plus justifiée, l'absence de production, dans les délais, du rapport psychiatrique périodique, la fin de la période fixée dans l'ordonnance de garde, ou une décision du Tribunal administratif du Québec ou d'un tribunal judiciaire. L'établissement est tenu par la loi d'aviser immédiatement la personne sous garde de la fin de celle-ci (art. 18 et 19 LPP).

Lorsque la mise sous garde prend fin mais que la personne doit continuer d'être détenue ou hébergée, l'établissement doit prendre les moyens nécessaires pour la confier à un responsable du lieu de détention ou d'hébergement approprié (art. 13 LPP).

DISPOSITIONS LÉGISLATIVES PERTINENTES

Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64

art. 10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

art. 26. Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise.

Le consentement peut être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou, lorsque la personne est majeure et qu'elle ne peut manifester sa volonté, par son mandataire, son tuteur ou son curateur. Ce consentement ne peut être donné par le représentant qu'en l'absence d'opposition de la personne.

art. 27. S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir

une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.

Si le danger est grave et immédiat, la personne peut être mise sous garde préventive, sans l'autorisation du tribunal, comme il est prévu par la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.

art. 28. Lorsque le tribunal ordonne une mise sous garde en vue d'une évaluation psychiatrique, un examen doit avoir lieu dans les 24 heures de la prise en charge par l'établissement de la personne concernée ou, si celle-ci était déjà sous garde préventive, de l'ordonnance du tribunal.

Si le médecin qui procède à l'examen conclut à la nécessité de garder la personne en établissement, un second examen psychiatrique doit être effectué par un autre médecin, au plus tard dans les 96 heures de la prise en charge ou, si la personne était initialement sous garde préventive, dans les 48 heures de l'ordonnance.

Dès lors qu'un médecin conclut que la garde n'est pas nécessaire, la personne doit être libérée. Si les deux médecins concluent à la nécessité de la garde, la personne peut être maintenue sous garde, pour un maximum de 48 heures, sans son consentement ou l'autorisation du tribunal.

art. 29. Tout rapport d'examen psychiatrique doit porter, notamment, sur la nécessité d'une garde en établissement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, sur l'aptitude de la personne qui a subi l'examen à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens et, le cas échéant, sur l'opportunité d'ouvrir à son égard un régime de protection du majeur.

Il doit être remis au tribunal dans les sept jours de l'ordonnance. Il ne peut être divulgué, sauf aux parties, sans l'autorisation du tribunal.

art. 30. La garde en établissement à la suite d'une évaluation psychiatrique ne peut être autorisée par le tribunal que si les deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde.

Même en ce cas, le tribunal ne peut autoriser la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire, quelle que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise.

art. 30.1. Le jugement qui autorise la garde en fixe aussi la durée.

La personne sous garde doit, cependant, être libérée dès que la garde n'est plus justifiée, même si la période fixée n'est pas expirée.

Toute garde requise au-delà de la durée fixée par le jugement doit être autorisée par le tribunal, conformément aux dispositions de l'article 30.

art. 31. Toute personne qui est gardée dans un établissement de santé ou de services sociaux et y reçoit des soins doit être informée par l'établissement du plan de soins établi à son égard, ainsi que de tout changement important dans ce plan ou dans ses conditions de vie.

Si la personne est âgée de moins de 14 ans ou si elle est inapte à consentir, l'information est donnée à la personne qui peut consentir aux soins pour elle.

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, L.R.Q., c. P-38.001

art. 1. Les dispositions de la présente loi complètent celles du Code civil portant sur la garde par un établissement de santé et de services sociaux des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et sur l'évaluation psychiatrique visant à déterminer la nécessité d'une telle garde.

art. 2. Tout examen psychiatrique auquel une personne est tenue de se soumettre en vertu de la loi ou d'une décision du tribunal doit être effectué par un psychiatre. Toutefois, s'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile, l'examen peut être fait par tout autre médecin. Celui qui fait l'examen ne peut être le conjoint, un allié, un proche parent ou le représentant de la personne qui subit l'examen ou qui en fait la demande.

art. 3. Tout rapport d'examen psychiatrique doit être signé par le médecin qui a fait l'examen. Celui-ci doit y préciser notamment :

1° qu'il a examiné lui-même la personne ;

2° la date de l'examen ;

3° son diagnostic, même provisoire, sur l'état mental de la personne ;

4° outre ce qui est prévu à l'article 29 du Code civil, son opinion sur la gravité de son état mental et ses conséquences probables ;

5° les motifs et les faits sur lesquels il fonde son opinion et son diagnostic et, parmi les faits mentionnés, ceux qu'il a lui-même observés et ceux qui lui ont été communiqués par d'autres personnes.

art. 4. Lorsque l'examen psychiatrique a été requis d'un établissement, il appartient au directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, au directeur général de l'établissement, de transmettre le rapport du médecin au tribunal qui l'a imposé.

art. 5. La divulgation du rapport par l'établissement se fait conformément aux dispositions relatives à l'accès au dossier de la personne, prévues par les lois sur les services de santé et les services sociaux, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir l'autorisation du tribunal prévue à l'article 29 du Code civil.

art. 6. Seuls les établissements exploitant un centre local de services communautaires disposant des aménagements nécessaires ou un centre hospitalier peuvent être requis de mettre une personne sous garde préventive ou sous garde provisoire afin de lui faire subir un examen psychiatrique.

art. 7. Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus 72 heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Le médecin qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général de l'établissement.

À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique. Toutefois, si cette période se termine un samedi ou un jour non juridique, qu'aucun juge compétent ne peut agir et que cesser la garde présente un danger, celle-ci peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour juridique qui suit.

art. 8. Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6 :

1° à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui ;

2° à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil, lorsque aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires, l'établissement auprès duquel la personne est amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive conformément à l'article 7.

Dans le présent article, on entend par « service d'aide en situation de crise » un service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les plans d'organisation de services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux.

art. 9. Seuls les établissements exploitant un centre hospitalier, un centre de réadaptation, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre d'accueil et disposant des aménagements nécessaires pour recevoir et traiter les personnes atteintes de maladie mentale peuvent être requis

de mettre une personne sous garde à la suite du jugement du tribunal rendu en application de l'article 30 du Code civil.

art. 10. Lorsque le tribunal a fixé la durée d'une garde à plus de 21 jours, la personne sous garde doit être soumise à des examens périodiques, destinés à vérifier si la garde est toujours nécessaire, dont les rapports doivent être établis aux échéances suivantes :

1° 21 jours à compter de la décision prise par le tribunal en application de l'article 30 du Code civil ;

2° par la suite, à tous les trois mois.

Les rapports de ces examens psychiatriques sont conservés par l'établissement au dossier de la personne.

art. 11. Une personne sous garde peut, à sa demande, être transférée auprès d'un autre établissement, si l'organisation et les ressources de cet établissement le permettent. Sous cette même réserve, le médecin traitant peut transférer cette personne auprès d'un autre établissement qu'il juge mieux en mesure de répondre à ses besoins. Dans ce dernier cas, le médecin doit obtenir le consentement de la personne concernée, à moins que ce transfert soit nécessaire pour assurer sa sécurité ou celle d'autrui. La décision du médecin à cet égard doit être motivée et inscrite au dossier de la personne.

Aucun de ces transferts ne peut avoir lieu sans que le médecin traitant atteste, par un certificat motivé, que selon lui cette mesure ne présente pas de risques sérieux et immédiats pour cette personne ou pour autrui.

Si le transfert a lieu, la garde se continue auprès du nouvel établissement, auquel est transmise une copie du dossier de la personne sous garde.

art. 12. La garde prend fin sans autre formalité :

1° aussitôt qu'un certificat attestant qu'elle n'est plus justifiée est délivré par le médecin traitant ;

2° dès l'expiration d'un délai prévu à l'article 10, si aucun rapport d'examen psychiatrique n'a alors été produit ;

3° dès la fin de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonnée ;

4° par décision du Tribunal administratif du Québec ou d'un tribunal judiciaire.

art. 13. Lorsqu'une personne cesse d'être sous garde, mais doit être détenue ou hébergée autrement que sous le régime de la présente loi, l'établissement doit prendre les moyens requis pour confier cette personne à une personne responsable du lieu de détention ou du lieu d'hébergement approprié.

art. 14. L'agent de la paix qui agit en vertu de l'article 8 ou la personne qui, conformément à une ordonnance du tribunal, amène une personne auprès d'un établissement pour qu'elle soit gardée afin de subir une évaluation psychiatrique doit l'informer de ce fait, du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

Il demeure responsable de cette personne jusqu'à ce que celle-ci soit prise en charge par l'établissement.

art. 15. Dès la prise en charge de la personne par l'établissement, ou dès que la personne semble être en mesure de comprendre ces renseignements, l'établissement doit l'informer du lieu où elle est gardée, du motif de cette garde et du droit qu'elle a de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

art. 16. Tout établissement qui met une personne sous garde à la suite d'un jugement visé à l'article 9 doit, lors de la mise sous garde de cette personne et après chaque rapport d'examen prévu à l'article 10, remettre à cette personne un document conforme à l'annexe.

Si la personne sous garde est incapable de comprendre les informations contenues dans ce document, l'établissement transmet copie de celui-ci à la personne habilitée à consentir à la garde. À défaut d'une telle personne, l'établissement doit faire des efforts raisonnables pour tenter de transmettre ces informations à une personne qui démontre un intérêt particulier pour la personne sous garde.

art. 17. Toute communication est permise, en toute confidentialité, entre la personne sous garde et les personnes de son choix, à moins que le médecin traitant ne décide, dans l'intérêt de la personne sous garde, de lui interdire ou de restreindre certaines communications.

L'interdiction ou la restriction de communication ne peut être que temporaire. Elle doit être formulée par écrit, motivée, remise à la personne sous garde et versée à son dossier.

Aucune restriction ne peut toutefois être imposée aux communications entre la personne sous garde et son représentant, la personne habilitée à consentir aux soins requis par son état de santé, un avocat, le curateur public ou le Tribunal administratif du Québec.

art. 18. Lorsque la garde prend fin, l'établissement doit immédiatement en informer la personne qui était gardée.

art. 19. L'établissement doit aviser, s'il s'agit d'un mineur, le titulaire de l'autorité parentale ou à défaut le tuteur ou, s'il s'agit d'un majeur représenté, le mandataire, le tuteur ou le curateur :

1° de la décision d'un médecin de mettre cette personne sous garde préventive en vertu de l'article 7 ;

2° de la nécessité de continuer la garde, à la suite de chacun des examens prévus à l'article 10 ;

3° de chaque demande présentée au Tribunal administratif du Québec en vertu de l'article 21, dont il est informé ;

4° de la fin de la garde.

L'avis doit être écrit, sauf celui visé au paragraphe 1°.

art. 20. L'établissement auprès duquel une personne est sous garde doit informer sans délai le Tribunal administratif du Québec des conclusions de chaque rapport d'examen psychiatrique prévu à l'article 10 et de la fin de la garde.

art. 21. Toute personne qui n'est pas satisfaite du maintien d'une garde ou d'une décision prise en vertu de la présente loi, à son sujet, au sujet d'une personne qu'elle représente ou au sujet d'une personne pour laquelle elle démontre un intérêt particulier, peut contester devant le Tribunal administratif du Québec le maintien de cette garde ou cette décision. Une lettre de la personne sous garde adressée au Tribunal, exposant l'objet et les motifs de contestation, constitue une requête au sens de l'article 110 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3).

Le Tribunal peut également agir d'office et réviser le maintien de toute garde ou toute décision concernant une personne sous garde, prise en vertu de la présente loi.

Le recours formé devant le Tribunal ou son intervention d'office ne suspend pas la garde ou l'exécution de la décision, à moins qu'un membre du Tribunal n'en décide autrement.

art. 22. Tout établissement doit, lorsque le Tribunal le requiert, lui transmettre le dossier complet de la personne sous garde.

art. 23. Tout établissement qui, en raison de son organisation ou de ses ressources, n'est pas en mesure de procéder à un examen psychiatrique ou de mettre une personne sous garde doit immédiatement diriger la personne pour qui on requiert ce service auprès d'un autre établissement qui dispose des aménagements nécessaires.

art. 24. Le ministre de la Santé et des Services sociaux est chargé de l'application de la présente loi.

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12

art. 1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.

Il possède également la personnalité juridique.

art. 2. Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours.

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

art. 4. Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.

art. 5. Toute personne a droit au respect de sa vie privée.

Document d'information sur les droits et recours d'une personne sous garde (Annexe à la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, article 16)

(nom de la personne sous garde)

Vous avez été mis sous garde en vertu d'une décision du tribunal prise à la suite de deux rapports d'examen psychiatrique.

Vous avez des droits en vertu de la loi :

1. Vous avez le droit d'être transféré auprès d'un autre établissement, si votre médecin traitant est d'avis que cela ne présente pas un risque sérieux et immédiat pour vous ou pour autrui et que l'organisation et les ressources de cet établissement le permettent.

2. Vous pouvez exiger que l'on mette fin à votre garde sans délai si un rapport d'examen psychiatrique confirmant la nécessité de maintenir votre garde n'a pas été produit dans les 21 jours de la décision du tribunal et, par la suite, au moins une fois tous les trois mois.

À cet égard, dans votre cas, la décision du tribunal a été rendue le _____ et des rapports d'examen psychiatrique ont été produits aux dates suivantes :
(dates des rapports d'examen psychiatrique produits).

3. Vous devez vous soumettre aux examens psychiatriques visés au paragraphe 2. Cependant, vous pouvez catégoriquement refuser tout autre examen, soin ou traitement. Dans ce cas, l'établissement et votre médecin devront respecter votre décision, sauf si ces examens et traitements ont été ordonnés par un juge ou s'il s'agit d'un cas d'urgence ou de soins d'hygiène.

4. Même si vous êtes sous garde, vous pouvez communiquer, en toute confidentialité, oralement ou par écrit, avec toute personne de votre choix. Cependant, il est possible que votre médecin traitant décide, dans votre propre intérêt, de vous interdire de communiquer avec certaines personnes ou d'apporter certaines restrictions à vos communications. Dans ce cas, l'interdiction ou la restriction ne peut qu'être temporaire et la décision du médecin doit vous être transmise par écrit et faire état des motifs sur lesquels elle est fondée.

Votre médecin ne peut cependant vous empêcher de communiquer avec votre représentant, la personne autorisée à consentir à vos soins, un avocat, le curateur public ou le Tribunal administratif du Québec.

5. Lorsque vous n'êtes pas d'accord avec le maintien de votre garde ou lorsque vous n'êtes pas satisfait d'une décision prise à votre égard, vous pouvez soumettre votre cas au Tribunal administratif du Québec.

À Montréal

Tribunal administratif du Québec
Secrétariat
500, boulevard René-Lévesque Ouest,
21^e étage
Montréal (Québec) H2Z 1W7
Téléphone : 514 873-7154
Télécopieur : 514 873-8288

À Québec

Tribunal administratif du Québec
Secrétariat
575, rue Saint-Amable
Québec (Québec) G1R 5R4
Téléphone : 418 643-3418
Télécopieur : 418 643-5335

Ailleurs au Québec Téléphone (sans frais) : 1 800 567-0278

Voici comment procéder :

a) vous pouvez écrire vous-même au Tribunal ou demander à vos parents, votre tuteur, votre curateur ou votre mandataire de présenter une requête en votre nom ;

b) dans votre lettre, vous devez expliquer, autant que possible, pourquoi vous n'êtes pas satisfait du maintien de votre garde ou de la décision qui a été rendue à votre sujet ;

c) votre lettre constituera votre requête au Tribunal et vous devez l'envoyer à l'adresse mentionnée ci-dessus dans les 60 jours qui suivent la décision avec laquelle vous n'êtes pas d'accord ; mais, si vous dépassez ce délai, le Tribunal pourra tout de même décider de vous entendre si vous lui donnez des raisons justifiant votre retard ;

d) le Tribunal peut mettre fin à votre garde ou renverser la décision prise à votre égard, mais avant de prendre sa décision, il doit vous rencontrer ;

e) lors de cette rencontre, vous avez le droit d'être représenté par un avocat et de présenter des témoins.

6. Votre garde doit prendre fin :

a) aussitôt qu'un certificat attestant qu'elle n'est plus justifiée est délivré par votre médecin ;

b) lorsqu'un rapport d'examen psychiatrique n'a pas été produit dans les délais mentionnés au paragraphe 2, dès l'expiration de ceux-ci ;

c) dès la fin de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonnée ;

d) si le Tribunal administratif du Québec rend une décision à cet effet ;

e) si une décision d'un tribunal judiciaire l'ordonne.

L'établissement qui vous maintient sous garde doit vous informer immédiatement de la fin de votre garde.

Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1

art. 38. Aux fins de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis :

a) si ses parents ne vivent plus ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation ;

b) si son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ou par un rejet affectif grave et continu de la part de ses parents ;

c) si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés ;

d) s'il est privé de conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins et aux ressources de ses parents ou de ceux qui en ont la garde ;

e) s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique ;

f) s'il est forcé ou incité à mendier, à faire un travail disproportionné à ses capacités ou à se produire en spectacle de façon inacceptable eu égard à son âge ;

g) s'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence ;

h) s'il manifeste des troubles de comportement sérieux et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de leur enfant ou n'y parviennent pas.

Toutefois, la sécurité ou le développement d'un enfant n'est pas considéré comme compromis bien que ses parents ne vivent plus, si une personne qui en tient lieu assume de fait le soin, l'entretien et l'éducation de cet enfant, compte tenu de ses besoins.

art. 38.1. La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis :

a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse ;

b) s'il est d'âge scolaire et ne fréquente pas l'école ou s'en absente fréquemment sans raison ;

c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soin, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an.

art. 39. Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur ; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens du paragraphe g de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes a, b, c, d, e, f ou h de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur.

Les premier et deuxième alinéas s'appliquent même à ceux liés par le secret professionnel, sauf à l'avocat qui, dans l'exercice de sa profession, reçoit des informations concernant une situation visée à l'article 38 ou 38.1.

Code criminel, L.R.C., c. C-46

art. 117.04 (1) Le juge de paix peut, sur demande de l'agent de la paix, délivrer un mandat autorisant celui-ci à perquisitionner dans tel bâtiment, contenant ou lieu et à saisir les armes, dispositifs prohibés, munitions, munitions prohibées ou substances explosives en la possession de telle personne, de même que les autorisations, permis ou certificats d'enregistrement – dont elle est titulaire ou qui sont en sa possession – afférents à ces objets, s'il est convaincu, sur la foi d'une dénonciation sous serment, qu'il existe des motifs raisonnables de croire que cette personne est en possession de tels objets dans ce bâtiment, contenant ou lieu et que cela n'est pas souhaitable pour sa sécurité ou celle d'autrui.

(2) Lorsque les conditions pour l'obtention du mandat sont réunies mais que l'urgence de la situation, suscitée par les risques pour la sécurité de cette personne ou pour celle d'autrui, la rend difficilement réalisable, l'agent de la paix peut, sans mandat, perquisitionner et saisir les armes, dispositifs prohibés, munitions, munitions prohibées ou substances explosives dont une personne a la possession, de même que les autorisations, permis ou certificats d'enregistrement – dont la personne est titulaire – afférents à ces objets, lorsqu'il est convaincu qu'il existe des motifs raisonnables de croire qu'il n'est pas souhaitable pour la sécurité de celle-ci, ni pour celle d'autrui, de lui laisser ces objets.

- Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (2006). *Tous ensemble pour la vie : programme-cadre de formation de citoyens et d'intervenants en prévention du suicide*, Saint-Jérôme, ASSSL, Direction de santé publique.
- Aguilera, D.C. (1995). *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie*, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., et Turecki, G. (2004). « Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis », *BMC Psychiatric*, vol. 4, p. 37.
- Association québécoise de prévention du suicide (2003). *Programme accrédité de formation : intervenir en situation de crise suicidaire*, Montréal, AQPS, p.39.
- Bronfenbrenner, U. (1977). « Toward an experimental ecology of human development », *American Psychologist*, vol. 32, n° 17, p. 513-531.
- Bryant, S.L., et Range, L.M. (1995). « Suicidality in college women who were sexually and physically abused and physically punished by parents », *Violence and Victims*, vol. 10, n° 3, p. 195-201.
- Chagnon, F., Houle, J., et Renaud, J. (2002). *Que savons-nous des éléments pouvant influencer le processus suicidaire chez les adolescents ?*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal.
- Côté, G. (2001). « De la dangerosité à l'évaluation du risque », *Psychologie Québec*, vol. 18, n° 3, p. 23-24.
- Cukier, W. (1998). « La réglementation des armes à feu : le Canada dans le contexte international », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 19, n°1, p. 29-40.
- Daigle, M., Labelle, R., Girard, C., Regroupement des Directrices de soins d'établissements psychiatriques, et Association québécoise des infirmières et infirmiers en psychiatrie (2003). *Cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec* [www.psychiatrieviolence.ca/articles/rapport_projet_hopitaux_dec2002.pdf].
- Dandurand, Y. (1998). *Armes à feu, décès accidentels, suicides et crimes violents : recherche bibliographique concernant surtout le Canada*, Ottawa, Centre canadien des armes à feu.
- Genest, C. (2004). « Le processus de résilience traversée par les familles endeuillées par le suicide d'un adolescent », *InfoQIIP*, vol. 18, n° 2, p. 9-12.
- Gratton, F. (1996). *Les suicides d'être de jeunes québécois*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Hamilton, M. (1967). « Development of a rating scale for primary depressive illness », *British Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 6, n° 4, p. 278-296.
- Hirschfeld, R.M. (1998). « The suicidal patient », *Hospital Practice*, vol. 33, n° 10, p. 119-138.
- Institut national de santé publique du Québec (2004a). *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, Québec, INSPQ.
- Institut national de santé publique du Québec (2004b). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ?*, Québec, INSPQ.
- Larose, D., et Gagnon, J. (2003a). « Prévenir le suicide : un défi et une obligation pour les établissements », *Artère*, vol. 20, n° 10, p. 4-5.
- Larose, D., et Gagnon, J. (2003b). « Pour prévenir le suicide en établissement », *Artère*, vol. 21, n° 3, p. 10-11.
- Lavoie, M., Cardinal, L., Chapdelaine, A., et St-Laurent, D. (2001). « L'état d'entreposage des armes à feu longues gardées à domicile, au Québec », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 22, n° 1, p. 26-32.
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, L.R.Q., c. P-38.001.
- Loi sur les armes à feu*, L.C. 1995, c. 39.
- Martin, G. (1996). « Reported family dynamics, sexual abuse, and suicidal behaviors in community adolescents », *Archives of Suicide Research*, vol. 2, n° 3, p. 183-195.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Québec, MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Québec, MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : cadre de référence*, Québec, MSSS.
- Mishara, B.L. (1999). « Suicide in the Montreal subway system: Characteristics of the victims, antecedents, and implications for prevention », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 44, n° 7, p. 690-696.
- Mishara, B.L., et Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2002). *Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers*, Montréal, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2006). *L'intégration du plan thérapeutique infirmier à la pratique infirmière*, Montréal, OIIQ.
- Organisation mondiale de la Santé (2002). *La prévention du suicide : indications pour professions de santé primaire*, Genève, OMS.

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

Proulx, F., Lesage, A.D., et Grunberg, F. (1997). « One hundred in-patients suicides », *British Journal of Psychiatry*, vol. 171, p. 247-250.

Regroupement des directrices de soins infirmiers des centres hospitaliers psychiatriques (2006). *Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier psychiatrique*, Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies, Service des communications.

Rotheram-Borus, M.J., Walker, J.U., et Ferns, W. (1996). « Suicidal behavior among middle-class adolescents who seek crisis services », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 52, n° 2, p. 137-143.

Schuster, M.A., Franke, T.M., Bastian, A.M., Sor, S., et Halfon, N. (2000). « Firearm storage patterns in US homes with children », *American Journal of Public Health*, vol. 90, n° 4, p. 588-594.

Séguin, M. (2001). « L’évaluation des risques suicidaires : une tâche complexe », *Psychologie Québec*, vol. 18, n° 3, p. 16-21.

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

Séguin, M., et Huon, P. (1999). *Le suicide : comment prévenir, comment intervenir*, Montréal, Éditions Logiques.

Séguin, M., et Terra, J.L. (2004). *Formation à l’intervention de crise suicidaire : manuel du formateur*, Paris, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Direction générale de la Santé.

Southeast Nebraska Suicide Prevention Project (2003). *Suicide Prevention in Healthcare Settings* [www.nebhands.nebraska.edu/files/Suicide%20Prevention%20in%20Healthcare%20Settings2003.pdf].

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

Thibault, C. (2002). « Prévenir le suicide par arme à feu », *L’Infirmière du Québec*, vol. 9, n° 5, p. 12-20.

Walter, M. (2000). *Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ?*, texte d’allocution prononcée lors de la 4^e Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, Paris, 19 et 20 octobre [psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/walter.html].

Walter, M., et Tokpanou, I. (2003). « Identification et évaluation de la crise suicidaire », *Annales médico-psychologiques*, vol. 161, p. 173-178.

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

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983). « Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 17, n° 1, p. 37-49.

