

AIDE-MÉMOIRE

Guide de soutien « Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un TROUBLE NEUROCOGNITIF (TNC)¹ ».

Grands principes entourant la conception du guide de soutien

Ce guide ne propose pas d'échelle de mesure afin de prédire le risque de suicide chez la personne vivant avec un TNC. Il n'offre pas de catégorisation standardisée du niveau de danger, ni de codification (chiffre, couleur, lettres) qui sont difficilement applicables et à interpréter avec cette clientèle. Le seul aspect sur lequel peuvent vraiment s'appuyer les intervenantes correspond à l'évaluation dynamique des besoins de la personne et la mise en place de moyens et d'interventions pouvant diminuer la détresse. Le jugement clinique et le travail interprofessionnel doivent toujours être mis de l'avant.

Attention aux perceptions qui limitent le repérage

Les idées suicidaires chez les personnes vivant avec un TNC sont un phénomène sous-estimé :

- Questionner ses propres préjugés (limitent-ils mes interventions, m'amènent-ils à banaliser ou à éviter d'aborder la détresse de l'autre?)
- Prendre le temps de comprendre le sens que la personne donne à la mort et au suicide
- Tenter de comprendre les maux au-delà des mots (le TNC altère souvent la capacité de communiquer)
- Prendre en considération toutes manifestations associées au suicide, et ce, même si le geste semble insensé ou inoffensif

Mesures de protection requises

Si la sécurité de la personne est compromise, l'accompagner physiquement vers l'intervenant pivot ou supérieur immédiat et s'assurer qu'elle :

1. Est dans un environnement physique approprié à sa condition;
2. N'a pas accès à des médicaments, objets pouvant compromettre sa sécurité;
3. Bénéficiera de la présence ou l'implication d'un proche, autant que possible;
4. Comprend, selon ses capacités, les mesures de protection établies afin d'assurer sa sécurité (ou le réseau est informé);
5. Est référée vers les ressources d'urgence (contactez vous-même la ressource si vous le jugez pertinent).

Repérer la personne vulnérable au suicide

Exemples d'éléments à repérer

Groupes à risque	Personne souffrant de santé mentale ou dépendance : médication, alcool Personne ayant déjà fait une tentative de suicide ou ayant vécu le suicide d'un proche Hommes en situation de vulnérabilité (porter aussi une attention aux hommes de plus de 85 ans) Personne vivant avec une importante dépendance aux activités de la vie quotidienne et domestique
Signes de détresse	Messages verbaux (« Je veux aller rejoindre mon conjoint(e) ») Épuisement, dépression, anxiété, isolement, changement de comportement Perte d'appétit soudaine, refus des soins ou médication, perte de poids, changement fonctionnement habituel, etc. Comportements d'agitation de type Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)
Moments critiques	Annonce d'un diagnostic (surtout les 6 premiers mois et s'il entraîne un processus dégénératif ex : TNC, cancer, etc.) Avoir reçu un diagnostic de démence ou troubles neurocognitifs apparentés à un âge inhabituel (50 à 69 ans) Hospitalisation ou changement de milieu de vie (surtout si non souhaité) Personne non admissible à l'aide médicale à mourir Deuil significatif, pertes : permis conduire (surtout les hommes), grande dépendance à autrui Maltraitance

Repérage positif

Tout membre du personnel qui fait un repérage positif relaye les informations à l'intervenante pivot ou son supérieur immédiat pour un dépistage.

-Explorer la présence d'idées suicidaires

Si la personne n'est pas en mesure de répondre aux 3 questions proposées par l'AQPS, explorer la présence d'idées suicidaires en faisant ressortir les causes et facteurs de la détresse. Qu'est-ce qui appartient à l'histoire de vie de la personne et aux répercussions du TNC (SCPD, etc.). L'intervenante qui constate un risque suicidaire procède à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire chez la personne avec un TNC.

Explorer la situation de la personne vulnérable au suicide vivant avec un TNC

Facteurs et causes liés à l'histoire de vie générale	Facteurs et causes liés à la présence d'un SCPD (besoin compromis)
Psychologique et relationnelle : Antécédent, tentative de suicide, dépendance à autrui, etc.	Psychologiques : Dépression, isolement, etc.
Physiologique : Douleur chronique non soulagée, anxiété, etc.	Physiologique et pharmacologique : Besoins de base compromis, etc.
Conscience de la maladie : Anxiété à l'annonce du diagnostic (dx), non-acceptation de la maladie	Environnement physique et approche : absence de repères, éclairage inadapté, intrusion rapide dans l'espace personnel, communication inadaptée

¹Réf. : Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un trouble neurocognitif (TNC) Guide de soutien à la pratique | 3e édition

Source : Inspiré de l'aide-mémoire « Repérer et dépister une personne en perte d'autonomie à risque de suicide. DSAPA ».

Estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire

Quelques indicateurs importants à tenir en compte

Caractéristiques et impacts du TNC à tenir en compte	Type du dx, stade d'évolution de la maladie, degré d'atteintes cognitives et présence ou non de SCPD Capacité de la personne à faire référence à ses expériences passées, à exprimer ses besoins
Comportements perturbateurs (SCPD)	Comportements perturbateurs qui génèrent un danger de blessure, mort, comportement suicidaire (SCPD, agitation, impulsivité, désorganisation, agressivité) et impact de l'environnement et l'approche utilisée et escalade émotionnelle et comportementale (détresse qui s'amplifie et affecte pensée, comportement)
Facteurs aggravants	Dévoilement d'un scénario, moyen, intoxication, impulsivité, agitation, isolement, dépression, certains types de TNC plus à risque (Fronto temporal, Huntington lorsque la personne a encore la capacité de fonctionner), etc.
Facteurs de protection	Capacité à se contrôler, à prendre soin de soi, capacité cognitive suffisante pour reconnaître le problème et espérer un changement, collaboration, capacité à exprimer ses besoins, présence d'un réseau Démence Alzheimer ou autres démences au stade avancé avec incapacités à agir
Risque suicidaire (Probabilité)	Changement du niveau de fonctionnement habituel de la personne (changement de comportement, sommeil) Amplification de la détresse émotionnelle/comportementale et impulsivité dans les derniers jours
Danger de passage à l'acte (Risque réel)	Présence de SCPD à risque de compromettre la sécurité de la personne Idéations qui démontrent un désir de mourir VS un désir de se suicider Tentative de suicide dans le passé, comportements à risque (fugue, acte violent) (fréquence, sévérité)
Niveau de dangerosité (Imminence ou urgence du passage à l'acte)	Planification du suicide, peu importe le réalisme du scénario (diverge selon les fonctions cognitives) : moyen déterminé (même si illogique), accès au moyen, capacité physique/cognitive de passer à l'acte, moyen légal, capacité à se contrôler, usage de substance, capacité à prendre soin de soi et espérer un changement
Analyse et recommandations	Quelles sont les priorités sur lesquelles je dois intervenir? (ajouter au plan de sécurité et plan d'intervention) Ne pas oublier : il peut y avoir une grande différence entre une personne nommant le désir de mourir sans scénario ni de moyen, une personne qui adopte des comportements perturbateurs de type SCPD qui nécessite des interventions pour la protéger et entre une personne avec planification et un moyen légal.

Réestimer pour mesurer les impacts de vos interventions




Faire une nouvelle estimation de la dangerosité du passage à l'acte en prenant compte des éléments suivants : réviser le plan de sécurité, prendre en considération l'évolution possible du TNC, la diminution des capacités de la personne (impact sur la collaboration, communication). Les besoins du proche ont-ils changé, les rôles des membres de l'équipe doivent-ils être ajustés, etc.?

N.B. Lorsqu'il s'agit de propos suicidaires répétitifs : l'important est de refaire une estimation des déclencheurs et signes de détresse à chaque épisode (identifier, valider et adresser la détresse actuelle). Il ne s'agit pas de recommencer un processus complet d'estimation, mais bien de faire une mise à jour de ce que l'on sait ou observe déjà et apporter des changements au plan d'intervention et de sécurité si besoin (Bardon, C., 2025).

Confidentialité et consentement

Que la personne soit déclarée inapte ou non au sens de la loi, tenter d'obtenir son consentement avant de transmettre les informations sur le risque suicidaire à moins que la sécurité ou celle d'autrui soit menacée. Dans ce cas, partager uniquement les informations nécessaires. Consultez la procédure *Communiquer des renseignements personnels ou de santé et de services sociaux pour prévenir un acte de violence, dont une tentative de suicide ou dans le cadre d'une disparition* ([PROC 2025 DSP 010](#)).

Ressources d'urgence (ne demeurez jamais seul dans vos dossiers)

PERSONNES À RISQUE DE SUICIDE ET LEURS PROCHES	INTERVENANTS DU CISSSLAU (SOUTIEN CLINIQUE)
24 h sur 24 h, 7 jours sur 7  Centre prévention suicide Faubourg 1 866-APELLE (227-3553)  Info-Social 8-11  Suicide.ca : clavardage, texto, ressources, outils	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ligne partenaire d'Info-Social 450-420-4174 (ne jamais transmettre ce numéro à un usager) ▪ Centre prévention suicide Faubourg au 1 866 APELLE (277-3553) ▪ Équipe de crise en santé mentale de votre secteur
Ressources pour les personnes vivant avec un TNC et leurs proches : (ressources non spécifiques à la prévention du suicide)	
<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">▪ Société d'Alzheimer 1 800 978-7881 <li style="width: 50%;">▪ L'Antraidant 579 888-0211 <li style="width: 50%;">▪ Maison Aloïs Alzheimer 450 660-6225 <li style="width: 50%;">▪ L'Appui Laurentides 1 855 592-3007 	