

Guide de soutien à la pratique : Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un trouble neurocognitif (TNC)



1. *« Quelle est la bonne version du Guide TNC à utiliser? »*

La 3^e version du Guide TNC est celle qui doit être utilisée. Cette version a été adaptée et synthétisée suite aux recommandations des intervenants ayant participé au projet pilote. De plus, le terme « dépister » a été modifié par « explorer ».

- [Lien internet du CISSS des Laurentides](#)

2. *« Y a-t-il une formation obligatoire à suivre avant d'utiliser le Guide TNC et ses outils? »*

Il n'y a pas de formation obligatoire spécifique à l'utilisation du Guide TNC. La lecture du guide et de ses outils devrait vous permettre de vous l'approprier, de l'adapter à votre contexte et d'intervenir dès maintenant.

Précisions pour le Guide TNC et ses outils :

- Pour les intervenants dont le rôle se limite au **repérage**, il est recommandé de posséder des connaissances générales en prévention du suicide et avec la clientèle vivant avec un TNC;
- Pour les intervenants qui **explorent et estiment** le risque suicidaire chez la personne vivant avec un TNC, une formation de base en prévention du suicide est requise.

Dans tous les cas, référez vous aux orientations ou recommandations en vigueur dans votre milieu.

N.B. Prendre note qu'au courant de l'année 2026, une capsule d'appropriation du Guide TNC sera développée et disponible sur l'ENA. L'objectif de cette capsule sera de faciliter et soutenir l'appropriation du Guide TNC et de ses outils. Cette capsule sera également disponible pour les intervenants provenant de l'extérieur des CISSS et CIUSSS (ENA partenaire).

3. *« Quels sont les outils qui ont été développés avec le Guide TNC? »*

- Aide-mémoire du guide de soutien à la pratique (2 pages) ;
- Fiches synthèses qui résument les sections importantes du guide (1 à 2 pages chacune) ;
- Formulaire d'estimation (FP-CISSS-6732) et gabarit de notes ;
- Plan de sécurité (FP-CISSS-6733) et gabarit de notes ;
- 6 vignettes cliniques, dont 2 qui ont été transposées dans le formulaire d'estimation.

4.

« Est-il obligatoire d'utiliser le formulaire découlant du Guide TNC « Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un trouble neurocognitif (TNC) (FP-CISSS-6732) » considérant que certains milieux ont déjà créé leur propre formulaire? »

L'utilisation du contenu du formulaire découlant du Guide TNC est fortement recommandée (non obligatoire). Vous pouvez reprendre le contenu du formulaire et le transposer dans vos gabarits d'établissement.

Le contenu du formulaire d'estimation proposé a été conçu en cohérence avec l'approche préconisée du guide et facilite l'estimation du risque suicidaire chez les personnes vivant avec un TNC. Il a été développé avec la contribution de chercheurs et amélioré à la suite d'un projet pilote. De plus, son utilisation permet de regrouper les informations au même endroit, d'éviter les répétitions inutiles et de documenter les observations importantes à prendre en considération dans l'estimation du risque suicidaire chez cette clientèle.

5.

« À quel moment dois-je utiliser la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire GEDPAS versus le formulaire d'estimation découlant du Guide TNC? »

Si vous constatez que l'utilisateur présente des difficultés cognitives et de fonctionnement plus importantes (habituellement au stade du TNC modéré à avancé), il est recommandé d'utiliser le formulaire d'estimation découlant du Guide TNC. Toutefois, même si la personne est à un stade léger, vous pouvez aussi décider d'utiliser le formulaire d'estimation découlant du Guide TNC. Cette décision doit être basée sur votre jugement clinique. À noter qu'il n'y aurait pas de faute professionnelle à utiliser ou non le formulaire. L'important est d'utiliser l'outil qui vous semble le plus adapté aux besoins de l'utilisateur et qui vous permettra de mieux estimer la détresse émotionnelle et le risque suicidaire.

6.

« Que faire si mon milieu utilise le formulaire d'estimation découlant du Guide TNC, mais que les autres milieux avec qui je travaille en continuum de service ne connaissent pas ou n'utilisent pas ce même formulaire? »

L'utilisation du formulaire d'estimation découlant du Guide TNC n'est pas obligatoire. Peu importe l'outil utilisé, l'important est de communiquer les informations relatives à votre analyse et vos recommandations (symptômes liés au TNC, besoins compromis de types SCPD, risque suicidaire, etc.) aux divers intervenants qui interviennent sur le continuum de service avec l'utilisateur.

7.

« Dans le Guide TNC, vous recommandez de ne pas utiliser de grille de catégorisation (ex. : gradations vert, jaune, orange ou rouge, etc.) pour estimer le risque suicidaire chez une personne vivant avec un TNC. Alors, comment peut-on estimer adéquatement le risque suicidaire sans utiliser une grille de catégorisation tout en se fiant à notre jugement clinique? »

Dans le cadre des travaux pour le Guide TNC, nous avons constaté que les critères utilisés dans la GEDPAS permettant d'estimer la dangerosité du passage à l'acte peuvent parfois être plus difficiles à observer et à mesurer auprès des personnes vivant avec un TNC. À titre d'exemple, la capacité à prendre soin de soi pourrait être comprise très différemment pour la population en générale versus chez une personne vivant avec un TNC. La capacité à espérer un changement pourrait être ardue voire impossible à estimer considérant les pertes mnésiques et la difficulté à se projeter dans l'avenir. Les enjeux de consommation pourraient aussi être saisis différemment (ex. : absence de consommation du fait que la personne vit en milieu contrôlé telle une résidence pour personnes âgées [RPA], etc.).

C'est pour ces raisons que nous ne recommandons pas l'utilisation de la GEDPAS auprès de la population vivant avec un TNC. Nous voulons éviter de catégoriser le risque suicidaire (ex. : gradation de couleurs, échelle de risque, etc.) qui donnerait l'impression d'une standardisation ou de données normatives. Ceci pourrait avoir comme conséquence une sous-estimation de la détresse réelle vécue par cette clientèle.

Le Guide TNC offre plutôt des repères pour analyser la situation clinique. Il propose une synthèse des facteurs de risques établis, propose des avenues d'analyse, d'estimation et d'intervention, mais ne catégorise pas le risque : cette appréciation revient au jugement clinique de l'équipe traitante. Pour ce faire, un formulaire d'estimation du risque suicidaire a été développé pour soutenir les démarches des intervenants. Il propose de documenter le processus clinique lors de la prise de décision, de l'estimation et de l'intervention.

À noter que nous encourageons les milieux cliniques à se doter d'espaces de partages cliniques pour favoriser le développement des compétences et le sentiment de confiance des intervenants.

8.

« Comment définissez-vous la notion de niveaux de surveillance dans le Guide TNC? »

Le niveau de surveillance à mettre en place doit dépendre de l'évaluation des besoins de sécurité de la personne en détresse. Ces besoins varient dans le temps et doivent être réévalués régulièrement. Le rythme de réévaluation dépend du danger de passage à l'acte et de la manière dont la personne répond aux interventions d'apaisement proposées.

Ainsi, il n'y a pas de règle préétablie concernant la surveillance. Le but est de s'assurer que la personne est en sécurité. Il faut donc vérifier les facteurs qui peuvent la mettre en danger (déclencheurs identifiés, impulsivité, moyens disponibles dans la chambre, etc.), agir sur ces facteurs et faire des suivis auprès de la personne en fonction de ses besoins.

La surveillance et la sécurisation ne remplacent pas l'intervention et le suivi pour réduire la détresse et les idéations suicidaires de la personne. Les moyens mis en place doivent être des mesures transitoires. De plus, il est primordial de s'assurer que les moyens retenus sont communiqués à l'ensemble de l'équipe et que chacun connaisse son rôle et est en mesure d'y répondre.

À noter que chaque milieu pourrait décider de développer et d'intégrer des exemples et repères cliniques de mise en place de stratégies de surveillance en fonction des besoins de la personne avec des idées suicidaires.

9. *« Comment différencier le risque suicidaire et une demande d'aide médicale à mourir (AMM). Est-ce que le Guide TNC aborde cette question? »*

Avant tout, il est important de se rappeler que l'AMM est un soin planifié et demandé lorsque la personne est encore apte à prendre sa décision. Nous constatons que la **détresse psychologique est commune aux personnes suicidaires et aux personnes qui font une demande d'AMM.**

Chez les personnes avec un TNC, l'AMM peut amener une grande complexité dans la considération et la prise en charge de la personne. Effectivement, il peut être difficile de bien distinguer les raisons qui poussent la personne à faire une demande d'AMM (mettre fin à un état anticipé qui serait insupportable pour la personne versus une détresse émotionnelle profonde associée au désespoir).

Tout compte fait, avant de sauter à toute conclusion, il est primordial pour les intervenants de prendre le temps d'explorer plus en profondeur les causes et facteurs de la détresse émotionnelle. Il est essentiel de mettre en place des interventions afin de tenter de réduire cette souffrance pour que la personne puisse prendre ses décisions sans pressions externes.

En résumé, l'AMM ne doit pas être entrevue comme une « solution » à la détresse vécue par une personne vivant avec un TNC ou encore aux défis que cette clientèle impose au réseau de la santé. L'AMM repose d'abord et avant tout sur une décision libre et éclairée, dénuée d'influences externes et centrée sur les volontés des personnes qui la demandent, dans un contexte où d'autres solutions sont également présentes.

Pour conclure, bien que le refus de l'AMM chez une personne TNC ait été identifié dans le Guide TNC comme un moment critique à considérer, nous n'abordons pas spécifiquement le sujet. Le Guide permet surtout de se pencher sur la détresse suicidaire vécue par les personnes vivant avec un TNC, particulièrement les individus qui sont dans des contextes d'inaptitude ou de pertes cognitives modérées à avancées et pour lesquels il est impossible, à ce stade, de faire une demande d'AMM.

10. *« Les équipes ambulatoires spécialisées en symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) peuvent-elles être interpellées par les intervenants lorsque des idées suicidaires sont observées auprès des usagers présentant un TNC? »*

Certainement. Au-delà des difficultés de comportements qui peuvent être associées au TNC, il faut tenir compte des SCPD et notamment repérer et explorer les épisodes de dépression pouvant contribuer aux idées suicidaires. Ainsi, il est très important de travailler en interdisciplinarité pour arriver à faire une estimation plus ajustée de la souffrance des personnes vivant avec un TNC.

11.

« Pour les milieux où l'accès aux professionnels est limité, existe-t-il des équipes interdisciplinaires ou centres de crises spécialisés à qui nous pouvons référer cette clientèle une fois le risque de suicide identifié ? »

Une fois qu'un risque suicidaire est repéré, des équipes externes peuvent être consultées en soutien au processus de décision. Au besoin, les centres de prévention du suicide sont de bonnes ressources pour accompagner les équipes dans le processus de prévention du suicide.

N.B. Les formateurs des centres de crise et de prévention du suicide sont progressivement informés de l'existence du guide et des bonnes pratiques y étant véhiculées.

12.

« Est-ce que le Guide peut être utilisé par les intervenants provenant de l'extérieur du Québec? (ex. : Ontario francophone?) »

Oui. Le guide s'appuie sur un processus clinique d'observation, de prise de décision et d'intervention adaptable à divers contextes de services et milieux de vie des personnes vivant avec un TNC.