



## PLAN DE SÉCURITÉ POUR LA PERSONNE PRÉSENTANT DES IDÉATIONS SUICIDAIRES ET VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF (TNC)

Ce formulaire doit être utilisé si vous jugez que les atteintes cognitives de la personne affectent ses capacités mnésiques, temporelles et fonctionnelles et qu'elle ne semble pas en mesure de répondre au formulaire [FP-CISS-6334 Rapport d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire \(14 ans et plus\)](#). Pour utiliser ce formulaire, vous devez vous référer au Guide de soutien « Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un trouble neurocognitif (TNC) ». \* Le plan de sécurité ne remplace pas le plan d'intervention, mais il est complémentaire.

### SIGNAUX D'ALARME

Quelles sont les situations à risque de faire augmenter les idéations suicidaires (moments critiques, éléments déclencheurs)?

Est-ce qu'il y a un moment en particulier où la personne se sent moins bien? (dans la journée, semaine, après un événement en particulier?)

Quels sont les signes avant-coureurs à tenir compte lorsque la personne se sent moins bien ou qu'elle a des idées suicidaires? (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), changement de l'apparence physique, escalade émotionnelle (poings fermés, désorganisation, etc.))

### LES STRATÉGIES D'ADAPTATION ET DE SÉCURITÉ

Stratégies ou techniques d'intervention pour renforcer les facteurs de protection afin d'apaiser la personne, lui donner l'envie de vivre ou de se sentir utile, diminuer les pensées ou comportements suicidaires? (diversion, relaxation, participation à des activités sociales ou domestiques, etc.):

Ce qui contribue à tenir en vie la personne ou ce qui l'a aidé dans le passé? (contact avec la famille ou l'entourage, etc.):

La personne a-t-elle accès à des armes à feu :  Oui  Non Précisions : \_\_\_\_\_

Comment rendre l'environnement plus sécuritaire et protéger la personne (moyens, médicaments, articles, meubles, produits dangereux qui devraient être sécurisés)

Source :FP-CISS-6344 Plan de sécurité chez un usager présentant des idéations suicidaires (14 ans et plus)

Nom :

Prénom :

# Dossier :

### MOYENS DE COMMUNICATION

**Moyens à privilégier pour communiquer et entrer en contact avec la personne** (verbalement, par gestes, dans un endroit calme, périodes dans la journée, par l'intermédiaire de quelqu'un en particulier, etc.)

### TROUBLE NEUROCOGNITIF

**Éléments spécifiques au TNC à prendre en compte** (besoins compromis de type SCPD, pertes cognitives, etc.,)

### PERSONNES-RESSOURCES

Ces personnes sont informées de l'existence de ce plan et sont en mesure de soutenir et d'assurer la sécurité de la personne au besoin.

Nom de la personne et téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de la personne et téléphone : \_\_\_\_\_

### RESSOURCES SPÉCIALISÉES ET PROFESSIONNELLES À CONTACTER LORS D'UNE CRISE

Nom de l'intervenant et téléphone : \_\_\_\_\_

Hôpital et téléphone : \_\_\_\_\_

Centre de prévention suicide Faubourg (1 866-APPELLE (277-3553)) : \_\_\_\_\_

Info-social (811, option 2) : \_\_\_\_\_

Service d'urgence (911) : \_\_\_\_\_

Lignes d'écoute et coordonnées : \_\_\_\_\_

### AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES

Le plan de sécurité est établi avec :  La personne  Son proche  L'équipe interprofessionnelle  Responsable du milieu de vie  Autre  
Précisions : \_\_\_\_\_

Si tel est le cas, pour quelles raisons le plan de sécurité n'a pas été complété avec la personne concernée? : \_\_\_\_\_

La personne se sent à l'aise avec le contenu du plan de sécurité et est collaborante?  Oui  Non Précisions : \_\_\_\_\_

Consentement donné pour divulguer l'information contenue au plan de sécurité :  Oui  Non

Consentement donné par qui (la personne elle-même, représentant légal) : \_\_\_\_\_

L'information peut être échangée avec qui : \_\_\_\_\_ Date du consentement (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

**\*Compléter cette section si le plan de sécurité a été rempli avec la personne ou son proche aidant.**

Je (usager), \_\_\_\_\_ et/ou je (proche aidant), \_\_\_\_\_  
(Nom, prénom) (Nom, prénom)

me sens suffisamment outillé(e) et en confiance pour appliquer le plan de sécurité. Date : \_\_\_\_\_  
(aaaa-mm-jj)

### IMPORTANT :

L'équipe interprofessionnelle est informée de l'existence de ce plan de sécurité et chaque membre connaît son rôle?

Précisions : \_\_\_\_\_

Selon le cas, le responsable du milieu de vie où habite la personne est informé de l'existence de ce plan de sécurité, connaît son rôle ou celui des intervenants et est d'accord avec celui-ci? (avec l'accord de la personne ou son représentant légal)

Précisions : \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____
Nom de l'intervenant	Signature	Permis	aaaa/mm/jj