



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

Guide de soutien à la pratique | 3^e édition

Plan régional
en prévention
du suicide

Tous ensemble
pour prévenir le suicide

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
REMERCIEMENTS.....	3
RÉFÉRENCES TERMINOLOGIQUES	4
OUTILS DÉCOULANT DU GUIDE.....	4
1. INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE.....	5
GRANDS PRINCIPES ENTOURANT LA CONCEPTION DE CE GUIDE.....	5
MISE EN CONTEXTE.....	5
1.1 OBJECTIFS DU GUIDE	6
1.2 CONTENU DU GUIDE	6
1.3 DOMAINE D'APPLICATION.....	7
1.4 MÉTHODE UTILISÉE.....	7
2. LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC).....	8
2.1 LE SUICIDE CHEZ LA PERSONNE VIVANT AVEC UN TNC	8
3. PRINCIPES D'INTERVENTION.....	10
3.1 RÉFLEXION SUR LA POSTURE DE L'INTERVENANTE DANS L'INTERVENTION	10
3.2 PRINCIPES CLINIQUES INCONTOURNABLES À L'ÉGARD DE LA PERSONNE À RISQUE DE SUICIDE VIVANT AVEC UN TNC	10
3.3 ENTRER EN RELATION AVEC LA PERSONNE À RISQUE DE SUICIDE VIVANT AVEC UN TNC	12
3.4 MESURES DE PROTECTION	13
3.5 MESURES DE PROTECTION : PRATIQUES À PROMOUVOIR POUR SOUTENIR LE JUGEMENT CLINIQUE ET L'APPLICATION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION.....	14
4. ANALYSE CLINIQUE	16
4.1 REPÉRER	18
4.2 EXPLORER	21
4.2.1 FACTEURS ET CAUSES DE LA DÉTRESSE	22
4.2.2 EXPLORER: PRATIQUES À PROMOUVOIR POUR SOUTENIR LE JUGEMENT ET L'APPLICATION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION.....	24
4.3 ESTIMER.....	26
4.3.1 FACTEURS AGGRAVANTS ET FACTEURS DE PROTECTION	26
4.3.2 CHANGEMENT RÉCENT DU NIVEAU DE FONCTIONNEMENT HABITUEL.....	28
4.3.3 RISQUE SUICIDAIRE, DANGER DE PASSAGE À L'ACTE ET NIVEAU DE DANGEROUSITÉ	28
4.3.4 ESTIMER LA DANGEROUSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE CHEZ LA PERSONNE VIVANT AVEC UN TNC : PRATIQUES À PROMOUVOIR POUR SOUTENIR LE JUGEMENT ET L'APPLICATION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION	31
4.4 PLANIFIER L'INTERVENTION.....	33
4.4.1 DÉTERMINER LE PLAN DE SÉCURITÉ.....	34
4.4.2 PLANIFIER L'INTERVENTION : PRATIQUES À PROMOUVOIR POUR SOUTENIR LE JUGEMENT CLINIQUE ET L'APPLICATION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION	35
4.5 RÉESTIMER.....	40
4.5.1 RÉESTIMER : PRATIQUES À PROMOUVOIR POUR SOUTENIR LE JUGEMENT ET L'APPLICATION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION.....	40
5. CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	42
COLLABORATEURS.....	46

REMERCIEMENTS

Le service des pratiques professionnelles de la direction des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche tient à remercier la direction du programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées - Soutien à domicile (DSAPA-SAD), notamment madame Geneviève Croisetière, ainsi que tout le personnel ayant, de près ou de loin, contribué à l'élaboration de ce guide. Nous tenons également à remercier les intervenantes qui ont participé au projet pilote qui avait comme objectif l'évaluation du contenu du guide et son implantation au sein du CISSS des Laurentides.

Nous souhaitons souligner l'implication du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue qui a initié le projet avec nous, qui a participé aux diverses rencontres et contribué à l'amélioration des travaux.

Nous remercions D^r Stéphane Richard-Devantoy et l'organisme communautaire l'Antr'Aidant d'avoir accepté si généreusement de partager leurs connaissances théoriques et expérientielles.

Enfin, le CISSS des Laurentides tient à remercier tout particulièrement le comité d'experts sans qui ce guide n'aurait pu voir le jour. Nous félicitons grandement leur intérêt, leur disponibilité, leur rigueur et leur générosité manifestés tout au long du projet.

Demande de renseignements

Pour une interprétation du texte ou pour une demande de renseignements concernant le présent guide, veuillez communiquer avec :

Direction adjointe pratiques professionnelles, génie biomédical, soins spirituels et bénévolat

Direction des services multidisciplinaires, de l'enseignement et de la recherche (DSMER)

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

500, boul. des Laurentides, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4M1

pratiques.professionnelles.dsm.cissslau@ssss.gouv.qc.ca

Le genre féminin est utilisé à titre générique et sans discrimination. Ce terme est utilisé puisque la majorité des intervenantes du Réseau de la santé et des services sociaux sont des femmes.

Tous droits réservés.

La reproduction complète ou partielle ainsi que le téléchargement sont autorisés à des fins non commerciales seulement et à la condition de mentionner la source.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN 978-2-555-02959-0 (version PDF)

© Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, 2026

RÉFÉRENCES TERMINOLOGIQUES

La terminologie utilisée dans ce guide est le propre du CISSS des Laurentides (CISSS). Toutefois, les termes utilisés pourraient diverger afin de s'adapter à d'autres milieux et d'autres réalités. Ainsi, afin d'alléger le texte, le terme :

Personne : fait référence à l'individu de tous âges qui reçoit ou non des soins et services du Réseau de la santé et des services sociaux.

Proche aidant : toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente, de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, et ce, peu importe son âge ou son milieu de vie, et avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non.

Équipe interprofessionnelle : désigne les membres du personnel qui interviennent auprès d'une même personne.

Plan d'intervention (PI) : Dans ce guide, afin de simplifier le texte, ce terme regroupe aussi le « plan thérapeutique infirmier » (PTI) qui appartient à l'usager et qui est à l'usage exclusif des infirmières et le « plan d'aide » (utilisé par les ASSS et PABS).

Coordonnatrice clinique (CC) : fait référence à la coordonnatrice clinique dans les services psychosociaux et de réadaptation ainsi que tous les titres d'emplois qui viennent en soutien aux équipes : spécialiste en activités cliniques (SAC), infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI) et assistante au supérieur immédiat (ASI).

Maladie neurodégénérative ou TNC : sont utilisés puisque nous faisons référence à tous types de TNC qui pourraient avoir un impact ou non sur l'autonomie de la personne au quotidien. Les personnes dont il est question dans ce guide peuvent être au stade léger de la maladie (trouble neurocognitif léger) (TNCL) ou à un stade plus avancé (trouble neurocognitif majeur) (TNCM).

OUTILS DÉCOULANT DU GUIDE

Aide-mémoire du guide TNC : synthèse des éléments importants à considérer à toutes les étapes.

Formulaire Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC : développé spécifiquement pour cette clientèle. Réunit les indicateurs importants à prendre en compte dans l'analyse et le jugement clinique.

Fiches synthèses : résumant chaque partie importante du guide pour un usage rapide et efficace.

Gabarit de note pour le formulaire d'estimation et le plan de sécurité : développé pour faciliter la rédaction des notes évolutives dans les logiciels informatiques du CISSSLAU.

Vignettes cliniques : aborde des situations vécues par des personnes vivant avec différents degrés

d'évolution de la maladie (TNC léger, modéré, sévère) et qui habitent dans différents milieux de vie (domicile, résidence privée, ressource intermédiaire). Ces outils pédagogiques peuvent être utilisés lors du transfert des connaissances et pour favoriser les échanges en équipe interprofessionnelle.

Plan de sécurité pour la personne présentant des idéations suicidaires et vivant avec un TNC : constitué de stratégies et ressources à utiliser pour diminuer la détresse, l'intensité des idées suicidaires et assurer la sécurité. Assure une compréhension des rôles de chacun et favorise une meilleure communication. Rédiger avec la personne, le proche et/ou l'équipe interprofessionnelle. Il ne remplace pas le plan d'intervention, mais est complémentaire. Une copie doit être remise à la personne (et/ou au proche avec le consentement de la personne) et déposée à son dossier.

1. INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE

GRANDS PRINCIPES ENTOURANT LA CONCEPTION DE CE GUIDE

Déoulant des études et des recommandations les plus récentes (Hawton, Lascelles et al., 2022), ce guide propose une structure d'analyse approfondie de la situation centrée sur la personne et l'évaluation de ses besoins afin d'agir sur la détresse, les facteurs de risque et de protection. Il propose de toujours placer le jugement clinique au premier plan. Il tient compte des indicateurs reconnus par la science tel que : la présence et sévérité des idéations suicidaires, le degré de perturbation de la personne ainsi que la présence et la dangerosité d'une planification suicidaire. Il prend également en considération les impacts du TNC, les répercussions que peuvent avoir l'environnement, la façon d'entrer en contact avec la personne et l'approche utilisée avec celle-ci. Il reconnaît et valorise l'implication des proches aidants ainsi que l'importance du travail avec l'équipe interprofessionnelle.

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 difficiles à appliquer et à interpréter avec cette clientèle. Effectivement, il serait inefficace pour mesurer le risque suicidaire chez les personnes vivant avec un TNC d'utiliser des indicateurs standardisés tels : l'intention suicidaire (qui peut fluctuer dans le temps, présenter des degrés variés, paraître floue ou vague, la capacité de communication qui peut être altérée, etc.), la planification et la capacité d'exécution du geste suicidaire (qui peut diverger selon l'évolution de la maladie), la capacité de se projeter dans le temps et de s'accrocher à la notion d'espoir.

MISE EN CONTEXTE

Un constat s'est imposé dès les premières phases d'élaboration de la procédure en prévention du suicide de la direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA SAD) du CISSS. Comme les maladies neurodégénératives ou les troubles neurocognitifs (TNC) sont des maladies progressives et que les symptômes sont parfois imprévisibles et changeants, les outils d'intervention présentés dans le cadre du plan régional en prévention du suicide au CISSS ne sont pas adaptés à cette clientèle. Effectivement, puisque les outils contiennent souvent des questions faisant appel aux notions temporelles et mnésiques, leur utilisation peut faire obstacle à une compréhension précise, une analyse juste et spécifique de la vulnérabilité, de la détresse, des idées suicidaires et du risque de suicide chez cette clientèle.

Les échanges avec d'autres CISSS ainsi que la consultation de plusieurs ouvrages scientifiques ont

permis de comprendre qu'il ne semblait pas y avoir d'outil ou d'instrument de mesure portant spécifiquement sur l'évaluation du risque suicidaire chez les personnes vivant avec un TNC. Ainsi, en collaboration avec le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, un comité a été formé composé d'experts de différents milieux (universitaires, communautaires, réseau de la santé) et domaines d'expertises diverses : prévention du suicide, santé mentale, gérontologie et TNC. Les membres se sont rencontrés à plusieurs reprises sur une période d'environ 18 mois. Ces rencontres ont favorisé le partage d'expertises, la mise en commun des connaissances scientifiques et des expériences pratiques. Ce comité d'experts a effectué le suivi des travaux et favorisé une démarche clinique pertinente et adaptée à l'élaboration de ce guide de soutien à la pratique.

1.1 OBJECTIFS DU GUIDE

Ce guide vise l'amélioration des pratiques en prévention du suicide auprès des personnes vivant avec un TNC. Il guide les interventions et offre un soutien à l'analyse et au jugement clinique des intervenantes œuvrant auprès de cette clientèle. Il favorise l'appropriation de son contenu par le biais de divers outils et vignettes cliniques.

Ce guide ne remplace pas les objectifs et les stratégies proposés dans la Politique et les procédures en prévention du suicide du CISSS, mais il vient en complémentarité à celles-ci.

1.2 CONTENU DU GUIDE

Basé sur la littérature scientifique, ce guide souligne l'importance de considérer sérieusement le risque de suicide chez les personnes vivant avec un TNC. Une réflexion sur la posture des membres de l'équipe interprofessionnelle, les principes cliniques fondamentaux à adopter à l'égard de cette clientèle ainsi que les prémisses pour entrer en relation avec la personne sont abordées. De plus, les mesures de protection ainsi que les 5 dimensions du processus d'analyse clinique sont exposées. Ces dimensions soulignent les éléments importants à prendre en compte afin de soutenir le jugement clinique et les orientations en matière de prévention du suicide des membres de l'équipe.

Le guide est structuré afin que la personne qui le consulte puisse avoir accès rapidement aux sections désirées. Chaque section du guide comprend :

- Les indicateurs importants à prendre en considération dans l'analyse ;
- Des exemples courts et concrets appuyant la théorie ;
- Des pratiques à promouvoir pour soutenir l'analyse, le jugement clinique et l'application des stratégies d'intervention.



Certains aspects n'ont pas été abordés dans ce guide dont le suivi étroit et la postvention. Il est donc essentiel de consulter la procédure en prévention du suicide de votre direction ou organisation afin de connaître toutes les étapes à suivre en matière de prévention du suicide.

En ce qui concerne le suivi étroit, l'important est de faire le lien avec l'intervenante qui fera le suivi étroit à la sortie de l'hôpital. Dans ce contexte, il est primordial de nommer que la personne vit avec un TNC et de lui transmettre les informations spécifiques à sa condition qui pourraient avoir un impact sur la suite des interventions (tenir compte des règles de confidentialité et consentement en vigueur).

1.3 DOMAINE D'APPLICATION

Ce guide s'adresse à tout employé œuvrant au sein des divers milieux en DSAPA SAD au CISSS (ressources intermédiaires [RI], résidences privées pour aînés [RPA], Centres hospitaliers [CH] et services gériatriques [SG] qui est susceptible d'être en contact avec des personnes vulnérables au suicide vivant avec un TNC au stade léger jusqu'à avancé. Élaboré spécifiquement pour la DSAPA SAD, le guide pourrait être utilisé, avec certains ajustements, par d'autres directions, CISSS/CIUSSS, organismes et milieux qui interviennent en prévention du suicide auprès d'une clientèle vivant avec un TNC. Enfin, il est à noter que ce guide est complémentaire dans un contexte où une politique et procédure d'établissement en prévention du suicide est présente.

Les gestionnaires

Ils ont la responsabilité de prendre connaissance de ce guide, assurer son application et sa pérennisation ainsi que soutenir les employés susceptibles d'intervenir auprès de cette clientèle.

Membres du personnel habilités à explorer ET estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez une personne TNC [personnel clinique, technique et paratechnique]

Souvent pivots dans les dossiers, ils interviennent à toutes les étapes. En plus de repérer, ils explorent la personne à risque de suicide. Contrairement à la procédure en prévention du suicide DSAPA-SAD qui utilise les 3 questions préétablies pour le dépistage, ce guide recommande une analyse plus approfondie en relevant différents facteurs et causes possibles de la détresse. Ces membres du personnel pourront estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC et mettre en place les interventions adaptées pour réduire le danger à court et moyen terme. Le travail et les discussions avec l'équipe interprofessionnelle sont primordiaux. Il est important de ne pas porter seul les interventions.

Membres du personnel habilités à repérer [agentes administratives, ASSS, PAB, etc.]

Ils repèrent les personnes vulnérables à risque d'adopter des comportements suicidaires [idéations, tentatives, etc.]. Après avoir repéré des signes de détresse et moments critiques, ils transmettent les informations et observations à l'intervenant pivot ou à leur supérieur immédiat pour que l'étape de l'exploration soit effectuée. Au besoin, ils dirigent voire accompagnent physiquement la personne vers l'intervenante pivot, la C.C. ou l'équipe de crise qui assurera, dans les meilleurs délais, la poursuite des interventions. La contribution des membres du personnel habilité à repérer est importante lors des rencontres interprofessionnelles puisqu'elle favorise la continuité des interventions [leur apport est contributif à l'analyse clinique].

N.B. Se référer à la procédure Intervenir après d'une personne à risque de suicide [PROC 2022 DSAPA-SAD 052] pour toutes précisions sur les rôles et responsabilités des personnes concernées ou à votre procédure interne, selon le milieu dans lequel vous œuvrez.

1.4 MÉTHODE UTILISÉE

Ce guide met de l'avant un processus d'analyse clinique et des pratiques issues d'une démarche incluant divers savoirs : expérientiel, contextuel et scientifique. Le processus d'analyse clinique s'appuie donc sur plusieurs articles scientifiques parus entre 1990 et 2023 portant sur le sujet général du suicide chez les personnes âgées [avec ou sans perte d'autonomie et avec ou sans TNC].

Le processus clinique élaboré s'inspire du processus AUDIS [Bardon, Morin et al., 2020] [Autisme, Déficience intellectuelle, Suicide] et des principes élaborés dans le *Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire* [Bazinet, Gohier et al., 2021]. Il est basé sur des données probantes, des grands principes découlant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) [Haïdara, L. M., Voyer, P., Carmichael, P.-H., 2021] [SCPD] et des outils

pédagogiques recommandés par l'Association québécoise de prévention du suicide [l'AQPS]. De plus, il s'inspire des procédures et outils utilisés dans le cadre du plan régional en prévention du suicide du CISSS.

Pour s'assurer de refléter l'expérience et la réalité « terrain » des intervenantes ainsi que les besoins cliniques spécifiques en termes d'intervention, ce guide a fait l'objet de consultations auprès de groupes de travail tout au long du processus. De plus, un projet pilote découlant du guide a été mis sur pied par un comité-conseil composé de l'équipe de recherche et de membres participants afin d'évaluer son contenu et l'actualisation dans la pratique au sein du CISSS. Les résultats ont permis d'apporter des modifications au guide afin d'en faciliter son utilisation.

2. LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

Avant d'exposer la corrélation entre la problématique du suicide et les troubles neurocognitifs [TNC], prenons le temps de bien définir les termes ainsi que les impacts les plus connus qu'ont les maladies neurodégénératives sur le langage et la cognition.

Un TNC est une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Il s'agit d'un déclin cognitif persistant qui ne peut être expliqué par une dépression ou d'autres troubles psychotiques [Société d'Alzheimer, 2022]. Le DSM-5 précise que plusieurs TNC peuvent être légers ou majeurs : maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy, maladie de parkinson, maladie de Huntington, une autre condition médicale, etc. Les troubles neurocognitifs légers [TNCL] sont à mi-chemin entre le vieillissement cognitif sain et les troubles neurocognitifs majeurs [TNCM]. Les TNCL sont définis comme étant la diminution et l'altération des capacités cognitives de la personne, sans qu'il n'y ait encore de conséquences majeures sur son autonomie et son fonctionnement au quotidien.

Les troubles neurocognitifs majeurs [TNCM], autrefois appelés démences, se distinguent des TNCL du fait que l'aspect fonctionnel est atteint. Les TNCM amènent des incapacités significatives au niveau de la mémoire,

de la concentration, du jugement, de la compréhension, de la résolution de problème et du langage. Ces altérations ont de lourdes conséquences sur l'autonomie et le fonctionnement de la personne ayant aussi des effets sur l'entourage.

En plus des troubles de la mémoire, les maladies neurodégénératives ont des impacts également sur le langage influençant ainsi la capacité de communiquer de la personne atteinte d'un TNC : aphasie, difficulté à prononcer, à comprendre ou à trouver ses mots, difficulté à créer de nouveaux mots pour remplacer ceux qui ont été oubliés, répétition des mêmes mots et phrases [connue sous le nom de « persévération »], difficulté à organiser des mots pour former des phrases logiques, peut parler moins qu'à l'habitude, difficulté à se concentrer longtemps pendant la conversation, discours vide de sens ou désorganisé.

2.1 LE SUICIDE CHEZ LA PERSONNE VIVANT AVEC UN TNC

La littérature démontre que le suicide chez les personnes vivant avec un TNC est un phénomène sous-estimé. Plusieurs décès par suicide et tentatives de suicide chez cette clientèle seraient banalisés et mal interprétés [Éthier, Poirier et al., 2014]. Même si les études observent des comportements suicidaires chez les personnes vivant avec un TNC sont peu nombreuses et relativement récentes, il est démontré que certains facteurs de risque sont importants à prendre en considération dans la compréhension de la situation : plus grande difficulté au niveau du contrôle cognitif [difficulté d'inhibition, etc.], perturbations au niveau de la mémoire limitant la capacité d'utiliser l'expérience passée pour résoudre les problèmes actuels, réduction des capacités verbales, etc. Ces facteurs de risque peuvent amener la personne en crise suicidaire à avoir des difficultés à réguler ses émotions [sentiment d'impasse, désespoir, etc.] l'empêchant de prendre des décisions favorables et d'avoir accès à des stratégies de résolution de problèmes [Bur., 2020].

Les études démontrent que tout dépendamment du diagnostic relié au TNC, la détresse émotionnelle peut

s'actualiser différemment. Contrairement à la maladie d'Alzheimer qui ne semble pas être associée à un risque majeur de passage à l'acte [sauf pour les personnes dont la conscience des déficits est encore présente], les personnes ayant un diagnostic de démence de type Huntington et fronto-temporal seraient trois fois plus à risque de suicide [Costanza, Weber et al., 2015]. Ceci s'expliquerait par les symptômes que la personne peut entretenir avant le diagnostic ou qu'elle peut développer au fil du temps : dépression majeure, se sentir inutile, désinhibition, impulsivité et imprévisibilité.

Il est aussi important de nommer que le TNC peut être accompagné d'une altération de la perception, de la pensée et de l'humeur amenant des changements de personnalité. Ces altérations peuvent avoir un impact majeur sur les comportements conduisant parfois la personne à adopter des attitudes ou agissements dangereux [errance, résistance aux soins, agitation verbale ou idées délirantes, etc.]. À ce moment, on parle de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [SCPD]. « Les SCPD

ne sont pas une simple conséquence de la démence. Ils sont plutôt une manifestation comportementale d'un besoin non comblé ».

Malgré que de nombreux défis persistent pour les médecins, coroners et praticiens pour faire la lumière et bien comprendre la problématique, la littérature ressort suffisamment d'informations démontrant que les TNC sont associés à une augmentation du risque suicidaire [Günak et al. 2021; Joshaghani et al., 2022].

Effectivement, le risque suicidaire chez cette clientèle est un phénomène complexe et dynamique qui évolue et se transforme dans le temps selon l'évolution de la maladie. Les personnes qui présentent des idées ou des comportements suicidaires et leur entourage ont besoin d'une aide adaptée à leur réalité. Le fait d'intervenir de façon adéquate et précoce réduit les risques de détresse et de passage à l'acte (Holmstrand, C., Rahm Hallberg, I., Saks, K., et al., 2021).

3. PRINCIPES D'INTERVENTION

3.1 RÉFLEXION SUR LA POSTURE DE L'INTERVENANTE DANS L'INTERVENTION

Intervenir en prévention du suicide avec les personnes vivant avec un TNC peut faire émerger de multiples émotions chez les membres de l'équipe telles que : l'inconfort/malaise, l'inquiétude, l'incompréhension, la confusion, l'anxiété, le sentiment d'incompétence, etc. Ces émotions peuvent parfois même contribuer à éviter l'exploration approfondie des pensées et des comportements suicidaires. Voici quelques fausses croyances (discrimination, consciente ou inconsciente), fondées sur l'âge qui s'apparente au racisme ou au sexisme (Butler, 1969) que peuvent entretenir les membres de l'équipe.

Les personnes vivant avec un TNC :

- Ne se suicident pas, car elles ne sont pas capables d'actualiser leurs gestes suicidaires ;
- Ont déjà vécu leur vie, donc il est normal qu'elles veuillent mourir ;
- Décident souvent de ne plus manger ni prendre leur médication, donc rien ne sert de s'inquiéter ;
- Souffrent toutes de dépression, il n'est donc pas nécessaire de se préoccuper de leur situation ;
- Peuvent difficilement être aidées. Ainsi, je ne peux rien faire en tant qu'intervenante pour aider ou soulager cette clientèle ; etc.

Toutes ces fausses croyances sont fréquentes et il est important d'en être consciente afin d'identifier ses émotions et leurs effets potentiels (tendance à entretenir une forme d'âgisme, ignorer, banaliser ou dramatiser la situation, paniquer, être affectée, troublée ou en colère, éviter le sujet, etc.). Identifier ses préjugés permet d'éviter les biais affectifs et personnels dans l'analyse et permet de demeurer plus objective face à ses interventions en décrivant la réalité le plus fidèlement possible (Blondin Ruel, Rock-André, 2023).

Ne demeurez pas seul face à une situation de vulnérabilité au suicide. Le travail collaboratif et le soutien clinique favorisent la distance émotionnelle, permettent d'entrevoir la situation sous un autre angle et d'adapter ses interventions aux besoins de la personne. Le travail interprofessionnel est primordial puisqu'il favorise la continuité des interventions et des services.

3.2 PRINCIPES CLINIQUES INCONTOURNABLES À L'ÉGARD DE LA PERSONNE À RISQUE DE SUICIDE VIVANT AVEC UN TNC

Adopter une vision non standardisée et innovante face à l'intervention

Soyez prêt à « sortir du cadre », tenter des interventions atypiques, demeurez à la recherche de solution et réajustez-vous aux besoins spécifiques de la personne.

Repérer les caractéristiques qui augmentent les risques

Type de diagnostic, stade d'évolution de la maladie, degré d'atteintes cognitives, présence ou non de SCPD, présence d'impulsivité et d'intoxication, capacité de la personne à faire référence à ses expériences passées et à s'exprimer sur ses désirs, ses besoins, etc.

Reconnaître la détresse et valider le vécu émotionnel

Accueillir le ressenti et la souffrance même si la personne éprouve de la difficulté à nommer ses émotions. Réagissez au contenu émotif de son message même si vous ne comprenez pas ce qu'elle dit. Ne minimisez pas ce qu'elle vous exprime. Prenez le temps de nommer et refléter ses sentiments pour l'aider à cerner plus facilement ses émotions.

Évitez d'orienter la discussion rapidement vers les pensées rationnelles et laissez la place au moment présent « Vous avez l'air découragé, triste aujourd'hui ». Tenter de comprendre les idées, les gestes et les comportements suicidaires comme étant l'expression et la manifestation d'une grande souffrance. Chercher à comprendre le désir de mourir

et le sens que la personne donne au suicide et à la mort.

Assurer la sécurité de la personne et appliquer des mesures de protection adaptées

Réviser régulièrement les mesures de sécurité afin qu'elles soient adaptées à la situation, aux caractéristiques, aux circonstances et aux besoins spécifiques de la personne. Éviter d'appliquer des mesures plus strictes que la situation le requiert.

Privilégier une écoute centrée sur la personne et ses besoins ainsi que des interventions axées sur le moment présent

Cette approche favorise l'unicité de chacun, permet de valider les émotions et favorise une relation de confiance. Inviter la personne à exprimer, dans l'ici et maintenant et selon ses capacités, ce dont elle aurait besoin ou ce qui la rendrait plus à l'aise. Posez-vous les questions suivantes : L'intervention privilégie-t-elle les souhaits et les désirs de la personne ? L'intervention permettra-t-elle à la personne d'augmenter son bien-être et sa qualité de vie

Laisser des empreintes émotionnelles positives

Intervenez de façon calme, chaleureuse et respectueuse. Utilisez des techniques de diversion en détournant l'attention d'une situation qui provoque un malaise ou de l'anxiété vers un élément positif relié à l'histoire personnelle. La personne pourrait ne pas se rappeler du contenu de la conversation, mais sera sensible à l'approche utilisée avec elle.

Comprendre que les besoins non répondus peuvent conduire à une grande détresse

Les besoins non répondus peuvent parfois mener à des troubles de comportements (reliés ou non à des SCPD) ou des comportements suicidaires (Bur., 2020).

Considérez toutes manifestations associées au suicide, même si le geste semble insensé ou inoffensif.

Le degré et l'urgence de la souffrance ne doivent pas être analysés en fonction de la létalité du moyen ou du réalisme du geste posé.

Ex. : Le geste de se trancher les veines avec un peigne peut paraître anodin et ne pas nécessairement présenter un danger pour la vie de la personne. Il est tout de même nécessaire d'investiguer la souffrance sous-jacente.

S'adapter au caractère unique de chaque situation

Pour créer plus facilement un lien de confiance et mieux comprendre la personne, intéressez-vous à son histoire présente et passée (relations avec la famille, centres d'intérêt, routine, etc.).

Adapter votre mode de communication selon les capacités de la personne

Éviter d'utiliser des questions faisant appel à la mémoire comme « Le savez-vous » ou « Vous souvenez-vous ». L'utilisation de ces formulations pourrait être confrontant pour la personne.

Adaptez-vous à l'acuité visuelle de la personne, sa capacité auditive (utilisation de lunettes ou appareils auditifs si nécessaire, etc.), sa condition physique et cognitive (adapter l'éclairage, le volume de la voix, etc.).

Utiliser un langage simple pour être compris par la personne. Poser des questions fermées et user de stratégies de communication adaptées (varier vos mots, faire des gestes, des mimes, utiliser des supports visuels tels : dessins, choix de réponses, tableaux, pictogrammes, photos, etc.). Résumez clairement et simplement ce que vous avez compris.

Fixer une autre rencontre avec la personne si celle-ci se montre moins disponible cognitivement à l'échange (Bardon, C. et Morin, D. (2015-2023).

Renseignez-vous auprès des proches pour connaître les modalités d'interactions habituellement efficaces avec la personne et utilisez-les dans vos interventions. Partager les modes de communication privilégiés avec l'équipe interprofessionnelle.

Rappelez-vous que les capacités de la personne peuvent fluctuer rapidement

Ne négligez pas l'observation directe de la personne, de ses changements d'attitudes et de comportements. Partager vos observations et vos méthodes d'intervention avec l'équipe.

Adopter une attitude de collaboration et d'inclusion de la personne

- Malgré les déficits cognitifs de la personne, valider ses capacités plutôt que de présumer que celle-ci n'est pas en mesure de se prononcer. Faites-la participer, selon ses capacités, à l'élaboration de son PI et à la recherche de solutions. Cela favorise le sentiment de confiance et la participation.

Tenter toujours d'obtenir le consentement de la personne

Avant de discuter de la situation avec le proche aidant ou le représentant légal, il faut tenter d'obtenir le consentement de la personne, et ce, qu'elle soit déclarée inapte ou non au sens de la loi. En cas de danger imminent, la loi sur les renseignements de santé et de services sociaux permet de transmettre des renseignements sans avoir obtenu le consentement de la personne ou celui de son représentant légal (LRSSS, art. 74).

Recueillir l'information auprès de différentes sources

Chercher et consulter différentes sources d'informations susceptibles d'amener une autre perspective et favoriser la compréhension de la situation globale de la personne.

Susciter l'espoir

Il peut être difficile pour une personne vivant avec un TNC de se projeter dans le temps et d'intégrer la notion d'espoir. Raviver l'espoir chez cette clientèle signifie surtout de trouver des manières ou solutions acceptables d'alléger la détresse dans l'ici et maintenant, de favoriser une certaine qualité de vie

pour la personne tout en assurant sa sécurité. Se souvenir qu'il est primordial d'explorer les raisons de vivre plus que les raisons de mourir.

Considérer le proche aidant et les membres de l'entourage

Le réseau significatif de la personne est important et déterminant face au bien-être émotionnel, social, mental et physique (à moins d'indices cliniques contraires : maltraitance, négligence, abus, etc.). Impliquez-les dans l'élaboration du plan d'intervention et du plan de sécurité.

Miser sur le travail en équipe interprofessionnelle

Il est nécessaire d'être soutenu dans ses interventions. Il importe d'assurer la cohérence et la continuité des interventions auprès de l'équipe interprofessionnelle et des autres acteurs importants (responsable d'une résidence, etc.).

Réévaluer régulièrement le risque suicidaire

Compte tenu des changements possibles : évolution et répercussions de la maladie (TNC), milieu de vie, environnement, réseau et les impacts possibles sur la personne.

3.3 ENTRER EN RELATION AVEC LA PERSONNE À RISQUE DE SUICIDE VIVANT AVEC UN TNC

Entrer en relation et privilégier une approche centrée sur la personne à risque de suicide vivant avec un TNC peut être complexe. Le défi est de comprendre sa détresse émotionnelle, et ce, même si elle n'est pas en mesure de nommer clairement son désarroi ou ses idées suicidaires. Il faut demeurer vigilant et à l'écoute pour tenter de **comprendre la détresse de la personne au-delà des mots/maux**. Ainsi, en étant mieux informés sur les différents facteurs de risque, les membres de l'équipe pourront repérer plus facilement les manifestations, comportements et paroles associés à une détresse pouvant mener au suicide et se sentir mieux préparés pour aborder et intervenir auprès de la personne et son entourage.

Voici des exemples non exhaustifs permettant d'outiller les membres de l'équipe. Il est à noter que même si les exemples proposés permettent de mieux entrer en relation avec la personne, il est recommandé de les utiliser tout au long des interventions selon les besoins, la disponibilité cognitive de la personne et le contexte d'intervention (crise, suivi à court, moyen et long terme, etc.).

Privilégier un endroit approprié pour l'intervention

Favoriser un endroit calme, rassurant, sécuritaire, confidentiel et connu de la personne. Réduisez au minimum les distractions et évitez de changer d'endroit pendant la rencontre ou d'entre couper la conversation.

Valider rapidement la détresse

Dès les premières minutes de l'intervention, valider la détresse (j'entends, je suis là, etc.)

Utiliser une approche adéquate

Approcher la personne agitée ou anxieuse de face, à hauteur des yeux et prendre une posture non menaçante.

Informé la personne

Expliquer ce qui se passe et pourquoi. Préciser clairement et simplement votre rôle et le but de la rencontre. Demeurer attentif aux signaux verbaux et non verbaux. Les premiers instants passés avec la personne peuvent révéler des indices importants pour

mieux comprendre la situation (Bazinet, Gohier et al., 2021).

Adopter une attitude d'ouverture

Opter pour une attitude calme et sans jugement, propice aux confidences et qui permet de diminuer la détresse émotionnelle et les craintes souvent éprouvées par la personne.

Ex. : Craindre d'être hospitalisée et perdre le peu de contrôle sur sa vie si elle évoque des pensées suicidaires. Peur de déranger, d'être jugée et avoir honte de penser au suicide, etc.

Respecter le rythme de la personne

Faites preuve de patience et assurez-vous de disposer d'un temps suffisant pour l'intervention. Les limitations cognitives, langagières, demandent à l'intervenante du temps afin de s'ajuster à l'autre.

Être attentif au niveau de stress

N'hésitez pas à recourir à l'approche de base SCPD incluant l'approche non pharmacologique (Bruneau, Voyer et al., 2014, MSSS).

Si la personne entretient des **pensées persistantes** : il peut être pertinent de faire diversion (changer le

rythme de la conversation, changer de sujet, d'activité, de lieu) afin de diminuer le niveau de stress et éviter l'escalade.

Si la personne entretient des **idées délirantes** : valider ses émotions en lui permettant de s'exprimer (selon ses capacités). Entrer dans la réalité de la personne, sans alimenter ses délires.

Déterminer des stratégies apaisantes

Identifier une ou des stratégies qui aident la personne à s'apaiser (être et parler avec des gens avec qui elle se sent bien, écouter de la musique, manipuler un objet familier ou antistress, etc.). Si elle n'est pas en mesure d'élaborer ses stratégies, donner des exemples, choix de réponses, impliquer un proche, un membre de l'équipe.

Souvenez-vous que lorsque la personne est apaisée, cela lui permet plus aisément de s'exprimer, d'entrer en contact avec les autres ou d'accéder plus facilement à des stratégies de résolution de problèmes.

*N.B. L'apaisement de l'agitation ou de la détresse ne signifie pas la fin de l'intervention. Cet état permet de préparer les interventions pour la suite des choses.

3.4 MESURES DE PROTECTION

Dans ce guide, la mise en place des mesures de protection (selon les signes et symptômes présents) est considérée comme un principe fondamental pour assurer la sécurité de la personne à tous les niveaux de l'intervention, lorsque jugé nécessaire par l'intervenante ou par les membres de l'équipe interprofessionnelle.



Tout membre du personnel qui repère un des signes suivants, qu'il s'agisse d'une personne avec ou sans atteintes cognitives, doit intervenir en urgence (selon le cas) ou procéder rapidement à l'exploration de la situation afin de relever les causes et facteurs qui pourraient être associés à un risque suicidaire. Si le membre du personnel n'est pas en mesure d'explorer, aviser rapidement l'intervenant pivot ou la CC :

- Tentative de suicide en cours (quelle que soit la létalité du moyen utilisé) ;
- Blessure chez la personne ;
- Dévoilement d'un scénario de suicide (peu importe le réalisme du scénario) ;
- Intensité et fréquence des verbalisations, comportements et/ou détresse émotionnelle ;
- Intoxication, impulsivité, incontrôlabilité, désorganisation, agressivité, violence ;
- Absence d'un filet de sécurité ;
- Fermeture à recevoir de l'aide.

*Malgré tous les moyens possibles mis en place, le risque suicidaire ne peut jamais être considéré comme nul. L'important est de mettre des mesures de protection pour tenter de réduire les risques, rendre le milieu plus sécuritaire et assurer une communication avec les membres de l'équipe interprofessionnelle.

3.5 MESURES DE PROTECTION : PRATIQUES À PROMOUVOIR POUR SOUTENIR LE JUGEMENT CLINIQUE ET L'APPLICATION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION



Porter une attention particulière au moyen présumé ou projeté par la personne, même s'il semble anodin ou illogique

Les moyens utilisés par les personnes vivant avec un TNC (et par les personnes âgées en général) sont souvent plus létaux (armes à feu, médicaments, etc.) et variables selon les milieux. Par exemple, dans les centres d'hébergement où la personne n'a pas accès à des armes à feu ou à des médicaments, elle pourrait utiliser des moyens moins habituels :

- Objets dangereux (ciseau, couteau, ustensile de métal [fourchette], sac de poubelle, sac de plastique, allumette, briquet, vaisselle cassante, miroir, lame de rasoir, boîte de conserve, canette, bouteille de parfum, aiguille [attention aux bacs jaunes], broche à tricoter, certains types de crayons, trombone, etc.) ;
- Objets permettant de se pendre (ceinture de robe de chambre ou jaquette, literie et taie d'oreiller, serviette, vêtement, bas de nylon, collant ou legging, corde et pôle de rideaux de douche, douche téléphone, cloche d'appel, crochet au mur qui peut supporter le poids d'une personne, fils de commande d'un lève-personne, fil électrique, fil de moniteur cardiaque, tubulure, écouteur, etc.) ;
- Accès à des lieux/meubles surélevés ;
- Se jeter devant une voiture lors d'une sortie extérieure ;
- Défenestration ;
- Strangulation ;
- Suffocation ;
- Empoisonnement avec des produits de nettoyage domestique, médicament prescrit ou non, alcool, drogue, etc.

Prendre au sérieux chaque épisode mettant la personne à risque suicidaire, tout en évitant une surréaction de la part de l'équipe interprofessionnelle. Les idées, les gestes suicidaires et les moyens évoqués/utilisés, même s'ils semblent anodins ou non dangereux, témoignent d'une grande souffrance et doivent être considérés.



Adapter, sécuriser l'environnement et retirer les objets dangereux si nécessaire

Rendre l'environnement sécuritaire et approprié à la condition et aux besoins spécifiques de la personne est important :

- Sécuriser les fenêtres ;
- Favoriser un environnement calme ;
- Ajuster l'intensité de la lumière ;
- Évaluer le risque de sorties extérieures seul, etc.

Le retrait d'objets dangereux peut avoir deux fonctions :

- Empêcher un geste suicidaire ;
Ex. : la personne a caché un couteau dans sa chambre et veut se trancher les veines.
- Réduire le risque d'un geste suicidaire.
Ex. : Une personne utilise une branche avec l'intention de se poignarder ou pense que des multivitamines lui permettront de se suicider. Il pourrait être bénéfique de retirer ces objets de la vue de la personne malgré l'absence de létalité réelle afin de baisser la tension et ouvrir une intervention centrée sur la diminution du risque de passage à l'acte, l'espoir et la résolution de problèmes (Bardon, C. et Morin, D. (2015-2023).

Il est important de tenter de comprendre ce que la personne considère comme dangereux avant de retirer des objets et de ne pas se limiter à ce que les intervenantes ou les proches considèrent à risque (Bardon, C. et Morin, D. (2015-2023). Retirer les moyens si nécessaire en tentant préalablement d'obtenir le consentement de la personne plutôt que de simplement prendre les effets et les retirer sans explication, car elle peut le percevoir comme une punition. Nommer-lui que ses effets seront conservés en sûreté jusqu'à ce que la situation soit sans

danger. Cette intervention doit être faite délicatement pour maximiser le sentiment de contrôle de la personne sur son environnement (Hamel, Lane et al., 2010). L'important est de maximiser la sécurité autour de la personne que vous voulez protéger en restreignant le moins possible son autonomie et en veillant à ce qu'elle conserve ses capacités. (Au besoin, référez-vous à la politique et procédure sur la fouille et saisie sécuritaire de votre établissement, s'il y a lieu).

Ex. : Une intervenante pourrait s'exprimer ainsi : « Je veux m'assurer que vous soyez en sécurité et je dois retirer l'objet dangereux pour m'en assurer. Il me fera plaisir de vous le rendre lorsque je serai certaine que vous irez mieux. Est-ce que vous êtes d'accord avec mon intervention ? ».



Utiliser des stratégies d'intervention appropriées

Selon l'approche de base utilisée avec les SCPD, la diversion et le recadrage peuvent être utilisés afin de permettre à la personne de réduire une fixation sur ses idées suicidaires ou de se changer les idées pour créer un état d'esprit plus positif.



Favoriser le travail interprofessionnel

Toujours favoriser la participation de l'équipe interprofessionnelle et de la personne dans le choix et l'application des mesures de protection.



Encourager la présence ou l'implication d'un proche

Le proche connaît habituellement bien l'histoire de vie de la personne et peut donc contribuer à la compréhension de certains comportements ou de son état. Sa présence permet de faciliter les interventions au quotidien (Labarre, 2017), favoriser une présence chaleureuse auprès de la personne et assurer une surveillance au besoin.



Connaître les coordonnées des ressources en prévention du suicide

Référez-vous à la procédure en prévention du suicide de votre milieu pour connaître quelques ressources d'aide pour les personnes vivant avec un TNC (non spécifiques au suicide).

4. ANALYSE CLINIQUE

Les fondements généraux du processus d'analyse clinique

Les fondements généraux du processus clinique suggèrent d'observer la personne et le contexte dans lequel elle évolue. C'est en se donnant le temps de bien OBSERVER qu'il sera possible de DÉCIDER de ses prochaines actions et AGIR à court et moyen terme en mesurant les impacts des interventions et des stratégies mises en place pour diminuer le risque de suicide ou de décès et apaiser la détresse émotionnelle. Bien que ce processus clinique soit structuré, il se veut dynamique et non linéaire. Il implique une interaction constante entre : estimation, intervention et adaptation.

Les membres de l'équipe doivent se questionner sur les besoins et les causes possibles de la détresse chez la personne afin d'**identifier ce qui appartient aux éléments importants à considérer même s'ils ne sont pas nécessairement liés à la présence du TNC**. Par exemple :

Éléments reliés au contexte de vie général de la personne :

- Histoire de vie
- Antécédents suicidaires
- Pertes importantes
- Projet de fin de vie
- Désir ou non de mourir et/ou absence de raisons de vivre
- Isolement social, etc.

Éléments reliés au TNC :

- Besoins compromis (SCPD ou autres)
- Environnement non adapté
- Approche non adaptée
- Symptômes reliés au TNC (pertes cognitives, etc.)

5 dimensions du processus d'analyse clinique

Celui-ci s'articule autour de 5 grandes dimensions pour soutenir l'analyse et le jugement clinique :

REPÉRER	EXPLORER	ESTIMER	PLANIFIER L'INTERVENTION	RÉESTIMER
<ul style="list-style-type: none">• Groupes à risque• Signes de détresse• Moments critiques	<ul style="list-style-type: none">• Facteurs et causes de la détresse	<ul style="list-style-type: none">• Facteurs aggravants et facteurs de protection• Changement du niveau de fonctionnement habituel• Risque suicidaire, danger de passage à l'acte et niveau de dangerosité	<ul style="list-style-type: none">• Définir et appliquer les stratégies d'intervention à partir d'un plan d'intervention et d'un plan de sécurité	<ul style="list-style-type: none">• Mesurer les impacts des interventions et réajuster le plan d'intervention au besoin

Schéma 1 : Processus d'analyse clinique



4.1 REPÉRER

Repérer consiste à observer et identifier les éléments qui laissent penser que la personne vivant avec un TNC peut être vulnérable au suicide. Il s'agit des : groupes à risque, signes de détresse, moments critiques.



Si un membre du personnel repère des signes de détresse ou moments critiques chez une personne vivant avec un TNC, il doit relayer directement les informations et observations à un membre du personnel habilité à explorer à l'**intervenante pivot** ou à son supérieur immédiat.

Repérer une personne vulnérable au suicide vivant avec un TNC

Groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes qui ont reçu un diagnostic de démence ou troubles cognitifs apparentés à un âge inhabituel (50 à 69 ans) • Personnes souffrant de trouble de santé mentale • Personnes souffrant de dépendance : médication, alcool, etc. • Personnes ayant déjà fait une tentative de suicide ou ayant vécu le suicide d'un proche • Hommes en situation de vulnérabilité et de plus de 85 ans • Personnes avec des douleurs chroniques non contrôlées, aiguës ou persistantes • Personnes vivant avec une importante dépendance aux activités de la vie quotidienne et domestique • Personnes ayant accès à une arme à feu • Personnes ayant un faible revenu, situation économique difficile
Signes et symptômes	<ul style="list-style-type: none"> • Signes directs et indirects du désir de mourir ou de se suicider : expressions, mots, comportements, mimes, autodépréciation, etc. • Signes liés à une cause organique ou médicamenteuse : délire, apathie, absence partielle ou totale de réponse aux stimuli habituels • Variation de l'humeur durant la journée : colère, tristesse, joie dans un court laps de temps • Symptômes dépressifs : absence de réaction aux événements agréables, perte d'intérêt et de motivation dans le dernier mois, etc. • Changement d'habitudes de sommeil : insomnie, hypersomnie, etc. • Anxiété : ruminations, tristesse, larmoiement, sentiment d'incompétence, etc. • Agitation : ne peut pas rester en place, se tord les mains, etc. • Irritabilité, impulsivité, agressivité, colère : facilement contrariée, colérique • Nombreuses plaintes somatiques : plaintes gastro-intestinales, douleurs, etc. <p><u>Pour la personne avec SCPD :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitation physique non agressive : déambuler de façon inappropriée, avoir une activité motrice excessive, s'isoler, mettre dans sa bouche des objets inappropriés, présenter des gestes répétitifs ou comportements ritualisés • Agitation physique agressive : donner des coups ou s'automutiler, tomber volontairement, cracher la médication

	<ul style="list-style-type: none"> • Agitation verbale non agressive : répéter des phrases ou mots, exprimer des peurs irrationnelles, s'enfermer dans un mutisme, gémir • Agitation verbale agressive : crier ou hurler, menacer de s'automutiler ou de blesser autrui • Symptômes psychologiques : idées délirantes, hallucinations, dépression, apathie, anxiété • Syndrome crépusculaire : apparition/exacerbation des SCPD vers l'heure du coucher du soleil
Moments critiques	<ul style="list-style-type: none"> • Deuil, perte ou anticipation d'une perte : rupture ou deuil du conjoint/proche aidant, perte du permis de conduire (surtout chez les hommes), perte d'autonomie, etc. • Annonce d'un diagnostic (surtout si dégénératif) et périodes suivant l'annonce d'une maladie : plus grande conscience de son état • Déménagement, placement temporaire ou répit : hébergement dans un nouveau milieu de vie surtout si non souhaité • Hospitalisation et période de convalescence • Changement de vie majeur : retraite, changement, statut financier, etc. • Enjeux de médication : effets secondaires, dépendance, etc. • Enjeux liés à l'aide médicale à mourir (non admissible à l'AMM) : *à noter qu'il peut y avoir des similitudes au plan de la souffrance entre les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir et celles qui considèrent mettre fin à leur vie. L'important est de prendre le temps de comprendre le sens de la souffrance pour pouvoir ensuite intervenir selon le cas • Épisode psychotique : sentiment d'être épiée, entendre des voix ou avoir l'impression qu'une autre personne manipule ses pensées • Répercussion de la maladie physique : cancer, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), Alzheimer et autres troubles neurocognitifs liés au vieillissement, etc. • Douleurs chroniques non soulagées : douleur persistante : arthrite, fibromyalgie, douleur neuropathique, etc. • Insomnie ou perception d'avoir un sommeil de mauvaise qualité : difficulté à s'endormir, réveils fréquents, réveils matinaux précoces • Grande dépendance à autrui, isolement : dépendance à autrui ; physique, émotionnelle, financière • Maltraitance sous diverses formes : maltraitance physique, psychologique, sexuelle, financière, organisationnelle, âgisme, etc.

4.1.1 REPÉRER : PRATIQUES À PROMOUVOIR POUR SOUTENIR LE JUGEMENT CLINIQUE ET L'APPLICATION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION



Repérer rapidement les signes de détresse et les moments critiques

Certains groupes à risque, signes, symptômes et moments critiques peuvent augmenter le risque que se produise un passage à l'acte suicidaire chez une personne vulnérable au suicide.

À titre d'exemple, la littérature démontre que l'annonce du diagnostic (Günak, M. M., Barnes, D. E., Yaffe, K., Li, Y., & Byers, A. L., 2021) lié à un TNC peut amener une hausse des comportements suicidaires. Comme le diagnostic est souvent annoncé à la personne en début de maladie, celle-ci est plus consciente de son état. Ainsi, elle peut appréhender sa perte d'autonomie et craindre de devenir un fardeau pour sa famille et son entourage. Ces différentes appréhensions seraient à l'origine de l'augmentation du niveau de détresse chez la personne et constitueraient les principales raisons menant à des comportements suicidaires en début de maladie.



Porter une attention sur la signification et perception de ce que vit, exprime et manifeste la personne

Dépendamment si la personne est en début ou non de la maladie, les comportements et réactions, la capacité de compréhension et d'introspection, les capacités langagières, cognitives et mnésiques, ainsi que les facultés reliées à l'orientation spatiale et temporelle peuvent être altérés. Ces manifestations peuvent avoir une influence directe sur les capacités de la personne à nommer son ressenti et sur la façon dont le sentiment de détresse sera vécu et extériorisé. Une parole, un geste, si minime soit-il, peut être significatif pour la suite des interventions.

4.2 EXPLORER

Explorer consiste à départager les personnes à risque de suicide de celles qui ne le sont pas. Voici l'orientation à prendre selon les capacités cognitives de la personne :

Stade du TNC	Capacités cognitives	Stratégies d'intervention
Léger à modéré	La personne éprouve habituellement des difficultés moins importantes et a conservé suffisamment ses capacités mnésiques, temporelles et fonctionnelles	<p>Selon la situation, l'intervenante peut poser les 3 questions recommandées par l'AQPS telles que décrites dans les procédures en prévention du suicide au CISSS.</p> <p>Toutefois, il est important de toujours tenir compte de l'impact de l'annonce du diagnostic sur la personne et des spécificités liées à son TNC.</p> <p><u>Rappel des 3 questions</u> : Un « oui » à une des questions suggère de passer directement à l'estimation du danger de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire : 1) Est-ce que vous pensez au suicide actuellement ? 2) Avez-vous pensé au suicide dans les derniers mois ? 3) Avez-vous fait une tentative de suicide dans la dernière année ?</p> <p>À noter que même si la personne est à un stade léger, l'intervenante pourrait décider de ne pas poser les 3 questions et d'explorer les causes et facteurs possibles de la détresse. Il en revient à son jugement clinique.</p>
Modéré à avancé	La personne présente habituellement des difficultés de fonctionnement plus importantes	Il est recommandé d'explorer les causes et facteurs possibles de la détresse plutôt que d'utiliser les 3 questions préétablies.



Si un membre du personnel relève des facteurs et causes associés à un risque de suicide, il doit relayer directement les informations et observations à l'intervenant pivot ou à son supérieur immédiat pour que l'estimation de la dangerosité du risque suicidaire ait lieu.

Si aucune manifestation associée au suicide n'est relevée, des interventions pour réduire la détresse de la personne doivent être mises en place.

4.2.1 FACTEURS ET CAUSES DE LA DÉTRESSE

La détresse chez la personne avec un TNC peut être causée par une combinaison de facteurs souvent en interaction les uns avec les autres. Comprendre la cause du besoin non comblé et analyser la situation et l'environnement autour de la personne permet de distinguer s'il y a présence de manifestations associées au suicide pour ensuite utiliser les bons leviers d'intervention avec les membres de l'équipe interprofessionnelle.

Tel que nommé plus haut, les facteurs et causes de la détresse peuvent être reliés à l'histoire de vie personnelle de la personne sans avoir de lien avec le TNC. Les comportements suicidaires ou à risque peuvent aussi être reliés directement à la présence des troubles neurocognitifs. Voici quelques exemples :

EXPLORER LA SITUATION D'UNE PERSONNE VULNÉRABLE AU SUICIDE VIVANT AVEC UN TNC	
Facteurs et causes possibles liés à l'histoire de vie générale de la personne	Facteurs et causes possibles liés à la présence d'un SCPD (besoins compromis ou non satisfaits)
<p>Causes psychologiques (conscience de sa maladie et des répercussions) (Van Wijngaarden, E., Alma, M., & The A.-M., 2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> Grande anxiété vécue lors de l'annonce de la maladie ; Non-acceptation du diagnostic ; Peur de l'avenir : perdre ses facultés physiques et cognitives, être dépendant et un fardeau pour ses proches, perdre le contrôle de sa vie, perdre sa dignité ; Peur et méfiance envers les services de santé (sentiment pouvant être accentué suite à la pandémie de la Covid-19 [Melançon, Laforest et al., 2020]) ; Pression de l'entourage pour que la personne demande l'aide médicale à mourir (AMM) ou non admissibilité à l'AMM. <p>Causes physiologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Douleur chronique non soulagée : mal de hanche, de dents, de ventre dû à la constipation. <p>Causes d'ordre mental</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépression ; Troubles anxieux ; Troubles psychotiques ; Troubles de personnalité ; Antécédents de tentative de suicide, de violence envers soi ou les autres ; <p>Causes relationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> Mécanismes reliés à une dépendance relationnelle ou à une anxiété de séparation ; Isolement, deuil, etc. 	<p>Causes psychologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépression ; Contrariété ou frustration, angoisse, anxiété ou peur, isolement, ennui, etc. ; Besoins socioaffectifs non comblés, besoin d'une présence rassurante ; Antécédents de troubles psychiatriques, etc. <p>Causes physiologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Douleur, infection, lésions ou blessures ; Inconfort : mauvais positionnement, froid, chaud, contention ; Constipation ou diarrhée, besoin de changer sa culotte d'incontinence ; Fatigue, inactivité physique, besoin de se lever, de bouger, de changer de position ; Sommeil inadéquat ; Besoins de base compromis (faim, soif, élimination), etc. ; Déficits sensoriels ; Déshydratation, dénutrition, etc. <p>Causes pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Facteurs liés à la médication : nouvelle médication, interaction avec d'autres médicaments, etc. ; Abus de substances ; Autres conditions médicales ou maladie nécessitant une médication ayant des effets secondaires néfastes ou désagréables, etc. <p>Causes liées à l'environnement physique</p> <ul style="list-style-type: none"> Changement ou nouvel environnement ; Stimulation insuffisante ou excessive dans l'environnement ;

- Privation sensorielle : lunettes, appareil auditif, etc. ;
- Absences de repères spatiaux ou temporels : absence de circuit de déambulation, manque d'espaces intimes, absence d'objets familiers ;
- Espace trop vaste ou trop restreint ;
- Peur ou besoin de fuir un environnement bruyant, menaçant ou nouveau ;
- Éclairage inadapté ;
- Absence de contrôle sur son environnement immédiat ou impression d'absence de contrôle ;
- Contention, mesures d'isolement ou de contrôle.

Causes liées à l'approche et à l'intervention

- Modification de la routine ;
- Intrusion rapide dans l'espace personnel ;
- Communication ou interventions inadaptées ;
- Éléments défavorables liés à l'organisation des services d'un établissement : nouveaux intervenants, instabilité ou manque de personnel, etc.

4.2.2 EXPLORER: PRATIQUES À PROMOUVOIR POUR SOUTENIR LE JUGEMENT ET L'APPLICATION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION



Prêter attention aux limitations langagières

Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, l'aggravation des troubles du langage peut rendre le discours de plus en plus confus, voire incompréhensible. La personne peut ressentir de la frustration à force de ne plus se faire comprendre et le proche aidant peut vivre du découragement. Il peut ainsi être difficile pour l'intervenante de bien comprendre les causes et facteurs de la détresse compte tenu de la condition de la personne. Plutôt que de s'attarder aux mots qui peuvent ne plus avoir de signification, il est recommandé de porter davantage attention aux autres sens (regard, expression du visage, intonation, débit et volume de la parole) qui peuvent davantage renseigner sur les émotions vécues par la personne. Ne pas oublier que même si la mémoire et le langage sont limités, la dimension affective demeure très longtemps chez la personne vivant avec un TNC.



Effectuer une évaluation globale des causes possibles de la détresse

Même si une personne ne nomme pas clairement ses idées suicidaires, cela ne réduit pas pour autant le risque de détresse et le risque suicidaire. Avec la personne vivant avec un TNC, il est important d'aller plus loin afin de comprendre la cause de la détresse, soulager la souffrance et augmenter le bien-être.



Multiplier les sources d'information

Afin d'avoir un regard plus global et complet de la situation. À l'aide d'échanges avec la personne, d'observation directe et indirecte, lecture des notes au dossier et de concertations avec l'équipe et le proche aidant/réseau (important d'obtenir le consentement de la personne avant de discuter avec le proche, et ce, même si la personne a des troubles neurocognitifs).



Comprendre l'histoire de vie

Lorsque possible, discuter avec la personne, l'entourage et le proche aidant afin de comprendre la situation, l'histoire de vie antérieure (goûts, intérêts) et les antécédents suicidaires qui peuvent aider à mieux cibler les causes de la détresse.



Tenter d'éliminer les causes possibles avant de conclure à un risque suicidaire

Référer la personne vers son médecin, infirmière, ergothérapeute, psychologue ou autres professionnels dans le but de valider ou éliminer toutes les causes possibles (physiologiques, mentales, etc.) pouvant expliquer la détresse et le risque suicidaire. Agir ainsi permet d'explorer si des symptômes reliés à la maladie neurodégénérative ont des impacts sur la personne. Cela permet également de mettre en place des stratégies d'intervention appropriées pour apaiser la détresse et les risques possibles.

Auprès de l'équipe interprofessionnelle : Partager les informations recueillies, assurer une compréhension commune des besoins de la personne, expliquer les répercussions que l'approche et l'environnement peuvent avoir sur elle. Important de documenter ses observations, actions, recommandations et jugement clinique dans les notes au dossier. Enfin, n'hésitez pas à faire la promotion des meilleures pratiques à adopter auprès de la personne.



Observer la présence de besoins compromis ou non satisfaits provoquant des SCPD

Les besoins compromis ou non satisfaits ainsi que la détresse émotionnelle non explorée peuvent conduire à l'apparition ou l'aggravation des SCPD chez la personne vivant avec un TNC. Dans certains cas, ces SCPD peuvent mettre la personne en danger ou la conduire au suicide.

Agir sur les besoins compromis ou non satisfaits peut aider à réduire la détresse et diminuer la présence des idées suicidaires ou comportements dangereux. Ne pas hésiter à se poser des questions en lien avec les comportements :

- De quelles manières les besoins non comblés contribuent ou accentuent la détresse émotionnelle, les SCPD, les idéations et le risque suicidaire chez la personne ?
- Sur quels aspects de l'intervention et de l'approche puis-je intervenir ?



Être conscient que l'environnement peut avoir un grand impact sur l'état de la personne

La personne vivant avec un TNC arrive plus difficilement à comprendre son environnement immédiat, à communiquer ses pensées et à exprimer ses besoins (Aziz Gbaya et al., 2012). Il arrive que celle-ci puisse éprouver certaines réactions (agressivité, repli sur soi, agitation, fixation et récurrence des propos, impulsivité, imprévisibilité, errance, etc.) provoquées ou exacerbées par différentes causes liées à l'environnement physique (la surcharge sensorielle : bruits d'alarme, appareil bruyant, etc.) et interactionnelles, dont la manière d'entrer en relation avec l'individu. Tenir compte de ces aspects permet de se centrer sur les besoins de la personne pour améliorer son confort et diminuer les risques d'apparition des SCPD.

- Est-ce que l'approche utilisée avec la personne (intonation de la voix, gestes, non verbal) a un impact sur son état émotionnel ?
- De quelles manières l'environnement contribue, influence ou accentue la détresse émotionnelle, les SCPD, les idéations et le risque suicidaires chez la personne ?
Ex. : Une personne dans une chambre exigüe se propulse par la fenêtre en raison d'un sentiment d'être prisonnière, etc.
- Comment arriver à diminuer la souffrance de la personne ? Comment puis-je rendre l'environnement plus sécuritaire (diminuer le risque de chute, de blessures physiques, de fugue), tout en contraignant le moins possible la personne dans ses gestes et déplacements ?

À savoir : Le camouflage de stimuli environnementaux perturbateurs peut parfois être utile pour éviter une crise suicidaire, une désorganisation et l'apparition des SCPD.

Ex. : Camoufler un miroir si la personne y voit un étranger menaçant et perturbant, camoufler certaines portes pour éviter les comportements à risque : anxiété, désorganisation, tentatives de fugue, tentative de suicide, etc.

4.3 ESTIMER

Estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire signifie porter un jugement clinique à partir d'une analyse basée sur des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, faits, comportements, paroles, difficultés ou autres). Cette estimation permet de déterminer les actions à poser afin d'assurer la sécurité de la personne et planifier les interventions à court terme pour diminuer le sentiment de détresse.

Toutefois, estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire chez les personnes vivant avec un TNC est un réel défi pour tous (discours incompréhensible, mémoire du présent fluctuante ou quasiment inexistante, propos récurrents ou obsédants par l'idée de se donner la mort, comportements imprévisibles et incapacité à se projeter dans le futur et de s'accrocher à la notion d'espoir). Effectivement, les comportements suicidaires chez cette clientèle ont peu été étudiés, sont peu connus et il n'existerait pas d'outils standardisés ni de protocoles cliniques adaptés et validés spécifiquement pour estimer le risque suicidaire chez cette clientèle (Costanza, Weber et al., 2015).

Toutefois, ce que nous savons actuellement est que l'outil par excellence pour procéder adéquatement à l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire pour la personne vivant avec un TNC demeure le jugement clinique basé sur une analyse globale, approfondie et adaptée à l'unicité et aux besoins de chaque personne. Ces décisions doivent être prises en équipe puisqu'elles nécessitent l'expertise de chacun.

Pour soutenir le jugement et pour structurer le processus clinique, un formulaire intitulé « Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC » a été élaboré. Il a été construit à partir d'éléments reconnus par la science pour la population en général, mais aussi à partir des caractéristiques propres aux personnes vivant avec un TNC tel que décrites jusqu'à présent dans le guide. Ce formulaire comprend aussi d'autres indicateurs de risque significatifs tels que décrits plus bas.

4.3.1 FACTEURS AGGRAVANTS ET FACTEURS DE PROTECTION

Facteurs aggravants	Facteurs de protection
Ils sont des attributs qui contribuent au développement et à la sévérité de certains comportements et augmentent le risque de passage à l'acte suicidaire.	Ils sont des attributs internes et externes à la personne (les compétences, les forces ou les ressources internes et externes) qui aident la personne à éviter le passage à l'acte suicidaire.

La présence des facteurs de protection est un levier important pour l'intervention tandis que son absence augmente le risque de passage à l'acte. Lorsqu'il y a présence de facteurs de protection, il est important d'en tenir compte dans l'analyse. Ces facteurs doivent être utilisés et connus de l'équipe interprofessionnelle, car ils peuvent contribuer à la diminution de la détresse et au rétablissement de la personne.

Différentes études démontrent l'importance de prendre en compte les facteurs aggravants et les facteurs de protection. À titre d'exemple, il est démontré que le stade d'évolution de la maladie neurodégénérative peut être considéré autant comme un moment critique (en début de maladie quand la personne est plus consciente de son état) que comme un facteur de protection. Tel que mentionné par Günak et al. (2021),

le risque de suicide chez les personnes vivant avec un TNC diminue avec la progression de la maladie, voire ils se suicident moins. Ceci s'explique du fait qu'habituellement, plus la maladie évolue, moins la personne est consciente de son état. Ainsi, la planification nécessaire pour poser ce geste devient de plus en plus difficile. Toutefois, il est à noter que même si le risque suicidaire diminue avec l'évolution de la maladie, la personne peut tout de même éprouver des sentiments réels de détresse émotionnelle qui peuvent se traduire par de l'agressivité, de l'anxiété et de l'apathie. Ces émotions amenant des répercussions sérieuses sur la santé et le bien-être peuvent conduire, dans certains cas, à un risque suicidaire. La dépression (Haïdara, L. M., Voyer, P., Carmichael, P.-H., 2021) et le sentiment de rejet social seraient également des éléments très importants à prendre en compte dans la détresse émotionnelle de la personne vieillissante.

Facteurs aggravants

Facteurs de protection

**Cette liste est non exhaustive et risque d'évoluer avec les nouvelles recherches et données probantes*

- La présence d'armes à feu
- Intoxication, changement drastique dans les habitudes de consommation d'alcool, drogue, médicaments (effets secondaires des médicaments)
- Tentative de suicide dans le passé
- Émotions négatives qui perdurent dans le temps (colère, etc.) ;
- Présence d'un traumatisme
- Symptômes de dépression masquée ou sévère, troubles anxieux, troubles psychiatriques
- TNC qui amènent la désinhibition, l'impulsivité (fronto-temporal, Huntington où le risque serait triplé)
- Difficulté à verbaliser la souffrance, inflexibilité mentale (incapacité à changer d'activité ou stratégie mentale)
- Entrée en résidence ou l'anticipation d'un déménagement en résidence
- L'annonce d'un TNC
- Diagnostic de démence ou autres troubles cognitifs apparentés reçu à un âge inhabituel (50 à 69 ans)
- Douleur chronique non soulagée, perte d'autonomie
- Problème de sommeil
- Isolement social et affectif
- Veuvage ou accumulations de pertes, surtout chez les hommes
- Hommes (75 ans et plus)

Facteurs internes à la personne

- Maladie d'Alzheimer ou autres maladies apparentées au stade avancé avec incapacités à agir ou manque de stratégies de réalisation (ex. : sévérité des atteintes cognitives empêchant une planification suicidaire et l'exécution de celle-ci (Richard-Devantoy et Jollant, 2013)
- Collaboration de la personne à l'aide proposée
- Capacité pour la personne, elle-même ou avec aide, à espérer une amélioration (raison de vivre, espoir)
- Capacité à se contrôler elle-même ou avec aide et à se calmer rapidement
- Capacité à identifier des solutions seules ou avec aide, capacité à prendre soin de soi
- Capacité d'exprimer elle-même ou avec aide ses émotions et ses besoins
- Présence de sources de satisfaction dans la vie de la personne
- Engagement communautaire (ex. : activités rattachées à la spiritualité amenant des contacts et un soutien social, participation aux activités dans la résidence, impression de se sentir utile, etc.)

Facteurs externes à la personne

- Réseau ou entourage informé des idées suicidaires vécues par la personne
- Présence de proche aidant, personne significative ou personnel assurant un lien de confiance, une sécurité et un soutien social et émotionnel

4.3.2 CHANGEMENT RÉCENT DU NIVEAU DE FONCTIONNEMENT HABITUEL

Pour procéder à une estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, la littérature démontre également l'importance d'évaluer le niveau de fonctionnement habituel de la personne (ou niveau de base de la personne).

Or, cumulé à tous les facteurs déjà nommés dans ce guide, un changement récent du fonctionnement habituel chez la personne vivant avec un TNC (cognition, comportement, émotion, perte d'acquis,

difficulté d'adaptation dans la situation actuelle, etc.) combiné à une manifestation associée au suicide constituerait un indicateur très important du risque suicidaire (RUSHGQ, 2018 et Bardon, C. et Morin, D. 2015-2023).

Ex. : Une personne habituellement calme devient soudainement agitée et ne dort plus suite à une relocalisation dans un nouveau milieu de vie.

4.3.3 RISQUE SUICIDAIRE, DANGER DE PASSAGE À L'ACTE ET NIVEAU DE DANGEROSITÉ

Le formulaire d'estimation du risque suicidaire propose d'estimer le **risque suicidaire**, le **danger de passage à l'acte** et le **niveau d'urgence à partir des spécificités de la clientèle, de la littérature et du milieu clinique.**

Niveau d'estimation du risque suicidaire pour la personne vivant avec un TNC		
Indicateurs	Définitions	Spécificités pour la personne avec un TNC
Risque suicidaire	<p>Probabilité qu'une personne se suicide dans un temps donné</p> <p>Il est le résultat de l'interaction entre les signes de détresse, les moments critiques, les facteurs aggravants et l'absence de facteurs de protection.</p>	<p>Prendre en compte que les TNC provoquent des incapacités chez la personne (mémoire, jugement, compréhension, résolution de problème, langage) qui peuvent rendre l'estimation du risque suicidaire difficile pour l'intervenante. Il est peu probable que l'intervenante puisse se fier uniquement sur l'échange d'informations verbales avec la personne. D'autres moyens sont donc à considérer (observation des comportements, discussion et contribution du proche, travail interprofessionnel).</p>
Danger de passage à l'acte	<p>Risque réel du passage à l'acte à court terme</p> <p>Estimé à partir de la létalité du moyen prévu, niveau d'élaboration du scénario suicidaire, capacité physique et cognitive de planifier le suicide et de se mettre en action, etc.</p>	<p>En plus des éléments relatifs au moyen et scénario prévu, le changement récent du fonctionnement habituel, l'environnement, l'approche et les SCPD (agitation, désorganisation, impulsivité, propos récurrents, risque de fugue, etc.) se retrouvent dans le formulaire d'estimation du risque suicidaire puisqu'ils peuvent guider l'intervenante dans son estimation du risque suicidaire.</p> <p>N.B. L'incapacité physique et cognitive à planifier et exécuter une tentative de suicide ne minimise pas la détresse ressentie par la personne (Bardon, C. et Morin, D. (2025-2023).</p>
Niveau de dangerosité du passage à l'acte	<p>Imminence ou l'urgence du passage à l'acte</p> <p>Estimé à partir des observations et cueillettes d'informations, évaluations des besoins et de la détresse émotionnelle, discussions interprofessionnelles et avec l'entourage.</p> <p>Réfère aux actions, aux types d'intervention à préconiser et permet de guider l'intervenante, l'équipe et l'entourage sur les priorités sur lesquelles intervenir (à insérer dans le plan d'intervention et le plan de sécurité).</p>	<p>Ne réfère ni à un niveau standardisé de danger ni à une notion de catégorisation de la dangerosité (couleur, chiffres, lettres, etc.). Ne propose pas non plus de niveaux de surveillance précis et préétablis qui pourraient s'appliquer uniformément à toutes les personnes vivant avec un TNC. Ce genre d'évaluation renforce le désir d'une solution rapide et du besoin de certitude des intervenants quant à leur bilan, mais la valeur prédictive de ce type de catégories est illusoire et impossible avec cette clientèle (CRISE, 2022 et Hawton, Lascelles et al., 2022).</p> <p>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.</p>

Dans le formulaire « *Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC* », la section « *synthèse de mon estimation* » amène l'intervenante à se poser 3 questions fondamentales. Il ne s'agit pas de catégoriser le degré de danger du risque suicidaire, mais bien de permettre à l'intervenante de structurer et enrichir son jugement clinique pour qu'elle puisse déterminer, selon l'urgence de la situation, les priorités sur lesquelles intervenir.

La cueillette des informations relatives à la condition actuelle de la personne en détresse m'amène-t-elle à considérer qu'il y a :

- Un désir de mourir sans idées suicidaires (avec ou sans impulsivité) ?
- Des comportements perturbateurs (SCPD) sans idées suicidaires, mais à risque de compromettre sa sécurité ?
- Des idées suicidaires (avec ou sans planification du suicide) (avec ou sans SCPD) ?

Exemples de recommandations à privilégier selon la synthèse de l'estimation

Désir de mourir sans idées suicidaires (avec ou sans impulsivité)

Si la personne n'a pas d'idées suicidaires, mais exprime un désir de mourir sans impulsivité ou sans augmentation de la dangerosité = Identifier et réduire les causes, facteurs, moments critiques.

Ex. : Une personne dit vouloir mourir pour rejoindre son mari. En vérifiant, on constate que c'est davantage de l'ennui que le désir réel de mourir.

Une personne démontre une détresse émotionnelle, pense à la mort sans vouloir se suicider et accepte l'aide proposée par l'entourage.

Intervenir sur la détresse et faire des interventions pour aider la personne à retrouver un bien-être. Assurer une vigilance.

Ex. : Depuis qu'elle a été relocalisée en résidence intermédiaire, une personne a des propos agressifs et répétitifs quant à son désir de mourir.

Comportements perturbateurs (SCPD) sans idées suicidaires, mais à risque de compromettre sa sécurité

La personne n'a pas d'idées suicidaires, toutefois elle adopte des SCPD possibles = Identifier et réduire les causes, facteurs, moments critiques et intervenir sur la détresse. Appliquer des mesures de sécurité si nécessaires (protéger la personne des risques possibles en lien avec SCPD, adapter l'environnement et l'approche si nécessaire, etc.).

Ex. : Une personne fait de l'errance et tente d'ouvrir, chaque soir, la fenêtre de sa chambre qui est située au 7^e étage

Idées suicidaires (avec ou sans planification du suicide) avec ou sans SCPD

Idées suicidaires sans plan, ni moyen, ni impulsivité ou sans augmentation de la dangerosité = Intervenir sur la détresse et faire des interventions pour aider la personne à retrouver un bien-être. Assurer une vigilance.

Ex. : Une personne répète régulièrement vouloir s'enlever la vie et s'ennuyer puisque personne ne vient la visiter. Elle n'élabore pas de plan suicidaire et n'adopte aucun comportement dangereux.

Idées suicidaires avec moyen envisagé non dangereux = Intervenir sur la détresse et faire des interventions pour aider la personne à retrouver un bien-être. Assurer une vigilance.

Ex. : Une personne dit vouloir se tuer en tentant de retenir sa respiration.

Une personne répète vouloir se suicider en conduisant sa voiture, alors que la personne n'a pas de véhicule.

Idées suicidaires avec moyen envisagé dangereux = Assurer la sécurité immédiatement et poursuivre les interventions selon le jugement clinique.

Ex. : Une personne dit vouloir sauter de son lit pour se casser le cou.

Un homme âgé de plus de 75 ans, isolé, avec des antécédents suicidaires, vit depuis quelques semaines le deuil de sa femme et entretient des ruminations envahissantes et récurrentes face à la mort. Il répète souvent qu'il ira bientôt retrouver sa femme et qu'il prendra les médicaments qu'il trouvera dans sa maison.

Une personne affiche une escalade émotionnelle (émotions de plus en plus fortes), est impulsive, a des idées suicidaires récurrentes et un moyen létal à disposition.

4.3.4 ESTIMER LA DANGEROUSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE CHEZ LA PERSONNE VIVANT AVEC UN TNC : PRATIQUES À PROMOUVOIR POUR SOUTENIR LE JUGEMENT ET L'APPLICATION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION



Comprendre la situation et l'élément déclencheur des idées suicidaires

- Qu'est-ce qui rend la personne triste ?
- S'est-il passé quelque chose dans les derniers jours qui aurait pu favoriser la détresse émotionnelle ?
- La personne a-t-elle vécu des changements dans sa vie récemment ? (Changement au niveau du diagnostic, médication, etc.).
- La personne souhaite-t-elle mourir ? Est-ce les comportements perturbateurs de types SCPD qui amènent cette détresse et le risque suicidaire ? Souhaite-t-elle s'enlever la vie ?



Clarifier les intentions derrière les idées suicidaires

La compréhension et les croyances de la personne face à la mort

La compréhension et les croyances face à la mort, même si limitée, peuvent être influencées par les capacités cognitives, la maladie, la réalité socioculturelle, les expériences de vie, etc. Explorer les perceptions de la personne en lien avec les répercussions potentielles de sa mort sur son entourage (si la personne a les capacités de le faire) :

- La personne comprend-elle ses intentions suicidaires, idées, gestes ?
- Que ressent-elle à l'idée de s'enlever la vie ?
- Entretient-elle une fixation face à la mort ?

Tenter de défaire des croyances peut être néfaste

Demeurer sensible au fait que tenter de contredire ou de défaire les croyances culturelles, spirituelles ou religieuses peut être inutile, voire néfaste, notamment pour la relation avec la personne et son entourage.

La personne peut exprimer ses intentions suicidaires autrement que par la parole

Malgré l'absence de verbalisations claires face aux intentions suicidaires, il est important de tenter de relever la détresse et les comportements à risque. Ce guide ne propose pas des questions précises à poser à la personne puisque chaque situation est différente et doit être adaptée au niveau de communication de la personne. Toutefois, voici quelques exemples généraux qui pourraient être adaptés, selon le besoin, pour intervenir auprès de la personne ou élaborer son plan de sécurité :

- Geste (pointer des objets) ;
- Images ou dessins représentant des émotions ;
- Pictogrammes familiers à la personne pour l'amener à exprimer sa détresse, ses souhaits, ses désirs.

Clarifier sa compréhension en tant qu'intervenante

Tenter de comprendre l'intention de la personne derrière les paroles et comportements. Il n'est pas nécessaire de connaître en profondeur toute l'histoire passée de la personne pour agir sur ses besoins et ses préoccupations actuelles et trouver les bons moyens pour apaiser ses émotions.

Ex. : Un homme se tient devant la fenêtre en disant qu'il faut que ça s'arrête. L'intervenante pourrait lui demander « Que voulez-vous dire exactement par il faut que ça s'arrête ? ». Cette simple question pourrait permettre à la personne de développer son idée, sans que l'intervenante interprète à sa façon les propos de l'homme.



Cerner avec la personne ou l'entourage ce qui influence la durée, la fréquence et l'intensité de la souffrance

- Depuis quand la personne ressent-elle une détresse émotionnelle ?

- À quels moments de la journée ressent-elle cette détresse ?
Ex. : La personne est agressive et démontre une grande détresse émotionnelle le matin jusqu'à ce qu'elle prenne son déjeuner
La personne est très anxieuse l'après-midi et pose beaucoup de questions sur la mort.
- À quelle fréquence dans la semaine ?
- Quelles sont les périodes de la journée qui semblent être plus faciles pour la personne ? (qu'est-ce qui est différent à ce moment ?)

Aider la personne ou son proche aidant/membre du personnel à préciser la façon dont se manifestent les idées et gestes suicidaires

- Est-ce que l'envie de mourir survient chaque jour ou à quels moments de la journée ?
- À quels moments l'envie est-elle moins présente ? La personne est avec qui, que fait-elle ?

Explorer le plan suicidaire

Il faut toujours garder en tête que les comportements suicidaires (agitation de la personne, impulsivité, escalade du comportement dangereux) ou le plan suicidaire peuvent survenir rapidement. Ainsi, même si la personne n'a pas de plan suicidaire, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de danger.

- Y a-t-il un moyen ? Est-il accessible et légal ?
- Y a-t-il un moment et un lieu de prévus ?

Explorer les antécédents d'idées ou de gestes suicidaires

- La personne a-t-elle déjà pensé à s'enlever la vie ?
- Y a-t-il eu tentative de suicide dans le passé ? Si oui, combien de fois ?
- La personne s'est-elle blessée ?
- Quel était le contexte entourant la détresse à ce moment ?
- Quelles actions ont été entreprises pour que la situation se résorbe ? (Ce qui a fonctionné ou pas).

Explorer la nature des relations de la personne avec son entourage

- Demander à la personne vers qui elle désire que vous vous tourniez pour l'aider dans la présente situation et explorer son ouverture à ce que vous collaboriez avec l'entourage (consentement).
- Tenter de comprendre si les relations sont empreintes de confiance ou tendues, conflictuelles.



L'importance de l'analyse clinique et des recommandations pour guider le plan d'intervention et le plan de sécurité

À la section « analyse et recommandations » du formulaire d'estimation, l'intervenante est amenée à se poser les questions suivantes pour appuyer son jugement clinique et déterminer les prochaines actions à entreprendre :

- Dois-je intervenir sur un désir de mourir, un comportement perturbateur mettant la personne en danger (SCPD) ou un risque suicidaire ?
- Qu'est-ce qui augmente le risque et compromet la sécurité de la personne ?
 - La personne collabore-t-elle pour assurer sa sécurité ?
 - Y a-t-il un danger si elle est laissée seule ?
 - Y a-t-il un danger de passage à l'acte dans les prochains jours ?
 - La situation peut-elle changer rapidement pour la personne ?
- Qu'est-ce qui réduit le risque pour la personne ?
- Quelles sont les interventions que je peux mettre en place pour assurer la sécurité physique et émotionnelle de la personne ?
- L'environnement est-il adéquat et suffisamment organisé pour assurer la protection de la personne ?
- L'entourage/proche aidant de la personne est-il en mesure de protéger la personne ?

4.4 PLANIFIER L'INTERVENTION

Consiste à définir et appliquer les stratégies d'intervention, la fréquence, le niveau de surveillance et la durée du suivi à partir d'un plan de sécurité. Plus précisément, les stratégies d'intervention sont utilisées comme levier afin de diminuer le niveau de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire et peuvent être variables selon l'intensité et la détresse vécue par la personne. Ces stratégies doivent être basées sur une observation concrète et une analyse rigoureuse favorisant une prise de décision éclairée. Chaque intervention doit s'accompagner d'un objectif clair et doit être définie dans le temps. C'est cette notion de temps qui permettra de faire le suivi de la situation à court ou moyen terme, d'évaluer l'efficacité des interventions (réduction de la détresse, retour au bien-être) et d'effectuer la mise à jour du plan d'intervention et de sécurité en assurant la communication entre l'équipe interprofessionnelle.

Capacités cognitives de la personne	Stratégies d'intervention	Fréquence, niveau de surveillance et durée du suivi
<p>La personne a conservé des capacités cognitives et est en mesure de participer à l'amélioration de son état</p>	<p>Il est recommandé de travailler davantage en collaboration avec celle-ci en l'incluant dans son plan d'intervention et son plan de sécurité.</p> <p><i>Ex. : Est-ce possible de travailler l'ambivalence ? Encourager une certaine introspection ? Susciter différemment l'espoir ? etc.</i></p>	<p>Déterminées en équipe, selon le jugement clinique, le contexte et les besoins/volontés de la personne.</p>
<p>La personne n'est pas en mesure de collaborer à l'amélioration de son état</p>	<p>Il est recommandé de travailler davantage sur la mise en place de moyens et de stratégies autour de celle-ci avec le soutien d'un proche aidant et de l'équipe interprofessionnelle.</p> <p><i>Ex. : Mettre en place un environnement adapté et sécuritaire, travailler sur l'adaptation du milieu, travailler sur l'approche à privilégier par les membres du personnel, inclure davantage le proche aidant, etc.).</i></p>	<p>Déterminées en équipe, selon le jugement clinique, le contexte et les besoins/volontés de la personne.</p>

4.4.1 DÉTERMINER LE PLAN DE SÉCURITÉ

Le plan de sécurité et les outils ne sont pas statiques et immuables. C'est-à-dire qu'il est important que les intervenantes ajustent leur utilisation aux particularités des personnes rencontrées et au contexte, tant que le processus global réflexif est respecté. Même s'il est préférable que le plan de sécurité soit rempli avec la personne concernée et lui soit remis, il pourrait être approprié de le compléter seulement avec un proche et de lui laisser la copie. Le plan de sécurité est également un outil à utiliser pour les membres de l'équipe interdisciplinaire. N.B. toujours respecter les règles de confidentialité et de consentement en vigueur.

Identifier clairement les moments critiques

Identifier les signes avant-coureurs d'une crise suicidaire potentielle (surveiller : pensées, humeur, situation, comportement, moments critiques qui peuvent faire basculer la personne vers un passage à l'acte suicidaire). Réfléchir avec les proches aidants aux signaux et moments de la journée à observer pour mieux comprendre la détresse de la personne.

Identifier les interventions à favoriser lors d'une prochaine crise ou idées suicidaires

Identifier le moyen de communication à privilégier avec la personne lorsque les pensées ou les comportements non sécuritaires font surface (verbalement, par gestes, par l'intermédiaire d'une personne spécifique, etc.).

Procéder à une discussion interprofessionnelle

Afin d'émettre des directives de soins au personnel d'assistance (si des soins d'assistance sont offerts) et pour assurer des mesures de protection requises (ex. lorsque requis, impliquer d'autres membres de l'équipe comme les ASSS et les PAB selon leur quart de travail [jour/soir/nuit]).

Identifier clairement les rôles de chacun des intervenants

Qui interpellé en situation de crise (intervenant, réseau, organisme d'aide) et identifier leurs coordonnées. Établir clairement les mécanismes de communication afin qu'il y ait continuité des interventions et filet de sécurité.

Impliquer un membre de l'entourage autant que possible

Obtenez l'autorisation de la personne et assurez-vous que les coordonnées pour la joindre sont valides. Faites valoir à l'équipe l'importance d'inclure un proche dans la démarche.

Identifier les principaux éléments qui donnent le goût de vivre

Identifiez-les afin de vous en servir ultérieurement dans le plan de sécurité.

Vérifier que la personne se sente à l'aise avec le plan d'intervention et le plan de sécurité

Avant de terminer l'intervention, vérifiez que la personne se sente à l'aise (modalités de suivi, etc.). Invitez-la à vous contacter en cas de besoin et lui remettre les coordonnées des ressources d'aide de sa région. Advenant que la personne ait des limitations ou incapacités à vous rejoindre ou qu'elle soit déclarée inapte, inviter les autres membres de l'équipe, le proche aidant ou le représentant légal à vous contacter.

Informé la CC/SAC/ICASI/ASI ou chef

Les informer des interventions effectuées.

Détailler vos interventions et votre analyse clinique

Détailler dans les notes évolutives (processus de prise de décision tels l'estimation, l'intervention, le suivi, etc.). Nous vous encourageons, selon le cas et le contexte, à utiliser le formulaire permettant *d'Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC* pour soutenir votre analyse et jugement clinique.

4.4.2 PLANIFIER L'INTERVENTION : PRATIQUES À PROMOUVOIR POUR SOUTENIR LE JUGEMENT CLINIQUE ET L'APPLICATION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION



Utiliser une approche centrée sur la personne dans le moment présent

La capacité de la personne à se projeter dans le temps est limitée, elle vit dans l'ici et maintenant (Approche Carpe diem). Il faut aussi se rappeler que ses capacités peuvent changer d'un jour à l'autre et que ces changements demandent des réajustements pour l'intervenante.



Renforcer les facteurs de protection et réduire les facteurs de risque

Pour diminuer le risque de passage à l'acte actuel, tenter d'éliminer les causes des déclencheurs de la détresse, de renforcer les facteurs de protection qui contribuent à protéger la personne et réduire les facteurs de risque qui augmentent la vulnérabilité et le danger de passage à l'acte. Ex. :

- Demeurer vigilant face à une personne qui vient de recevoir un diagnostic de TNC. Ce moment critique peut perturber la personne ;
- Préparer l'équipe interprofessionnelle à l'arrivée d'un nouveau résident qui pourrait vivre une grande fragilité émotive face au changement de milieu de vie ;
- Renforcer les situations où la personne a un contrôle ou une impression de contrôle sur son existence, ses activités et son environnement (importance de la routine, de la stabilité, du calme, de respecter les intérêts de la personne et ce qu'elle aimait faire antérieurement, etc.). Cela peut lui permettre de diminuer son sentiment d'impuissance et retrouver plus facilement un sens à sa vie pour améliorer sa situation.
- Faire accroître le sentiment de sécurité pour la personne (être entourée, encouragée, rassurée, etc.) ;
- Instaurer des temps de discussion et d'écoute active dans la routine avec la personne pour lui permettre d'exprimer ses émotions ;
- Favoriser des rencontres sociales afin de diminuer le sentiment d'isolement et de solitude (ce besoin peut être différent selon chaque personne) ;
- Comprendre l'importance du sentiment d'utilité pour la personne ;
- Travailler en équipe interprofessionnelle pour avoir une vision plus large de la situation selon l'expertise de chacun. Référer la personne vers son médecin si vous constatez des signes et symptômes de dépression souvent présents chez une personne à risque suicidaire (être attentif à la possibilité de symptômes de dépression masquée ou changement de comportement de la personne : cesser de manger, etc.)



La répétition des propos suicidaires

La personne peut répéter des propos relatifs au suicide par habitude sans en comprendre le sens et la portée. Elle peut entretenir des idées, des propos et des gestes récurrents avec une intention suicidaire. Ces manifestations peuvent être des symptômes associés au TNC, mais peuvent également ne pas avoir de lien avec la maladie.

Même si la personne semble répéter des propos sans réellement en comprendre le sens et la portée, ou semble avoir développé des automatismes reliés aux propos suicidaires, cela témoigne d'une réelle détresse. Il est important de prendre en considération ce que la personne exprime pour montrer qu'on a bien entendu et qu'on va s'occuper d'elle. Ne pas porter attention à un propos répétitif pourrait avoir comme conséquence d'intensifier le message de la personne dans le but d'être entendue et ainsi augmenter le danger pour elle.

Ainsi, il est important de refaire une estimation des déclencheurs et des signes de détresse à chaque épisode (identifier, valider et adresser la détresse actuelle). Toutefois, 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).

→ **Demandez à la personne si quelque chose la préoccupe.**

→ **Vérifiez si un besoin non répondu (SCPD) pourrait provoquer les propos suicidaires répétitifs** (faim, soif, aller à la toilette, bouger, se reposer, se distraire, communiquer, etc.).

Ex. : La personne fait de l'errance dans sa résidence privée. Même si l'intervenant saisit difficilement ce que la personne exprime, elle réussit à comprendre avec l'aide de l'entourage qu'elle souhaite s'enlever la vie pour aller rejoindre son mari. L'intervenante constate que lorsque le crépuscule survient, Mme parle beaucoup de son ancienne maison et elle devient anxieuse, démontre un grand besoin de réconfort et de sécurité affective provoquant les idées suicidaires.

→ **Identifiez les éléments déclencheurs**

- Quelle est la fréquence des idées et propos répétitifs ? Peut-on identifier les déclencheurs externes associés aux comportements ?
- Est-ce que la personne entretient un intérêt particulier pour la mort depuis longtemps ? Est-ce que l'intérêt est apparu récemment ? Peut-on associer l'apparition de ses pensées à un événement extérieur ? (film, décès d'un proche, etc.) (Bardon, C. et Morin D., 2015-2023).

Ex. : La personne répète souvent, lorsqu'elle revient à sa chambre après le souper, qu'elle souhaite quitter la résidence, prendre sa voiture et se jeter dans la rivière. Les membres de l'équipe interprofessionnelle constatent que les propos répétitifs de Mme sont accentués à la vue de son manteau, de ses bottes et d'une clef servant à ouvrir un petit coffre à bijoux. Dans ce cas, il pourrait être pertinent de prendre la décision, en équipe, de retirer de la vue un ou des objets qui déclencheraient les idées et propos suicidaires répétitifs.

→ **Rassurez la personne et utilisez des stratégies de diversion**

Ex. : La personne devient nerveuse, désorganisée et répète qu'elle souhaite mourir à chaque fois qu'un nouvel employé de la RPA entre dans sa chambre. La présence de l'employé amplifie la détresse émotionnelle. Il est important de prendre le temps d'écouter et de rassurer la personne à chaque fois (se présenter et porter une étiquette avec son nom, expliquer son rôle auprès de la personne, parler de souvenirs heureux pour elle, écouter une musique significative pour la personne, sortir de la chambre et revenir plus tard, etc., sont toutes des interventions propices à diminuer les propos suicidaires répétitifs et l'anxiété associée à l'insécurité vécue par Mme).

N.B. Expliquer aux membres de l'équipe les impacts positifs de la routine et de la stabilité du personnel sur la détresse émotionnelle de la personne (une ambiance calme, apaisante et stable peut minimiser le nombre d'événements inattendus et stressants et peut prévenir les crises d'anxiété, d'agressivité et idées suicidaires).

→ **Important de demeurer vigilant**

Après avoir tenté ces différentes stratégies, il se peut que les propos répétitifs suicidaires demeurent. Il est important de réestimer la personne si vous constatez que les signes et symptômes, les moments critiques, causes et facteurs de la détresse sont encore présents.



Susciter l'espoir

Susciter l'espoir permet à la personne de détourner l'attention qu'elle porte à ses soucis vers des aspects positifs de sa vie et vers des solutions. Renforcer l'espoir peut se faire à très court terme comme à long terme (Bardon, C. et Morin, D., 2015-2023).

Mais comment arriver à construire l'espoir avec une personne qui n'a plus de repère temporel ni de mémoire ou de souvenir? :

- Valider la réalité et légitimer les émotions ressenties par la personne, même si elles sont exprimées difficilement. Celle-ci peut aussi vivre de l'ambivalence face à son état (une partie d'elle peut vouloir mettre fin à ses souffrances, son désespoir et son isolement et une autre partie d'elle peut vouloir vivre). Prendre le temps d'écouter la personne est rassurant pour elle. Lorsque le senti est validé, cela peut réduire le sentiment d'impuissance et favoriser le bien-être.
- Nommer que le bien-être de la personne vous préoccupe et que vous travaillez en équipe pour qu'elle se sente mieux. Même si la personne est limitée dans sa compréhension, passez le message que le suicide n'est pas une option. Faites preuve d'empathie et rappelez-lui qu'il existe des moyens accessibles et immédiats pour apaiser la souffrance. Nommer à la personne que sa situation va s'améliorer à court terme. L'objectif est de renforcer le fait que la personne se sentira bien par rapport à ce qu'elle ressent actuellement, tout en lui nommant que ce processus peut prendre un certain temps.
- Inviter la personne à réfléchir au but à atteindre ou à un avenir meilleur. Si les capacités cognitives de la personne le permettent, vous pourriez l'amener à parler de façon concrète et détaillée de ce qu'elle désire vivre plutôt que de ce qu'elle ne veut pas ([Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus – Guide pratique à l'intention des intervenants en soutien à la formation](#) *Susciter l'espoir et estimer le danger*).
Ex. : Comment aimeriez-vous vous sentir si la détresse n'était plus présente ? Imaginez que vous aviez le pouvoir de changer les choses, qu'est-ce qui changerait dans votre vie ? Quelles petites actions pourrions-nous mettre en place pour vous aider ?
- Mobiliser les forces de la personne, ses ressources, ses compétences et tenter de l'aider à trouver des raisons de vivre en les explorant avec elle et/ou son entourage (connaître l'histoire de vie, les goûts et les préférences de la personne est primordial dans ce contexte). L'objectif visé est de renforcer le sentiment de contrôle de la personne sur la situation et de faire ressortir les éléments positifs de la vie de la personne malgré ses difficultés.

Pour les personnes qui n'ont pas les capacités cognitives pour faire une introspection, le simple fait de répondre rapidement à leurs besoins démontre que vous vous préoccupez de leur bien-être. Ainsi, vous transmettez à la personne l'espoir que son état et sa qualité de vie peuvent s'améliorer.

Ex. : Nous allons vous aider, mon équipe et moi, ainsi que votre proche aidant (s'il y a lieu). Cela vous permettra de vous sentir mieux rapidement.

N'oubliez pas que parfois, de petits changements ou gestes peuvent contribuer à redonner espoir et bien-être à la personne.



Tenter de maintenir un sentiment d'utilité pour la personne

Donner à la personne la possibilité de continuer à s'engager dans son quotidien, selon ses capacités. Cela permet de garder un contact avec l'entourage, de s'ancrer dans le moment présent, de conserver un sentiment d'utilité et de fierté (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2024). Ex. :

- Activités de la vie domestique (s'impliquer dans de petites tâches) ;
- Activités sociales (même si la personne ne peut plus entrer en contact avec les autres, le simple fait d'être présente peut apporter un bienfait) ;
- Activités physiques ou simplement bouger (marche à l'intérieur ou à l'extérieur pour aller déposer une lettre à la poste, etc.) ;
- Stimulation des sens (l'écoute d'une musique significative a fait ses preuves pour favoriser le calme et diminuer les SCPD chez la personne atteinte d'un TNC, etc.) ;

- Prendre soin (plante, animal réel ou non) ;
- Souvenirs du passé (album photos, boîte remplie de souvenirs, visite d'un endroit aimé).



Collaborer avec la personne

Opter toujours pour la recherche de solutions à la situation en collaboration avec la personne, le proche aidant, l'entourage, et ce, même si les capacités cognitives sont diminuées (identifier des stratégies qui l'aident à s'apaiser, miser sur ses forces et ses capacités, etc.).



Soyez conscient de l'importance des contacts humains

Favoriser des moments de rencontres, d'échanges et d'activités avec son réseau. Les contacts humains avec des personnes significatives peuvent avoir des effets bénéfiques sur l'état de la personne tout en amenant une diversion positive. Ne pas oublier de demander à la personne d'identifier les gens avec qui elle se sent bien.



Soyez vigilant en cas de négligence ou de maltraitance

La personne ne parlera peut-être pas librement si elle perçoit que des conséquences négatives peuvent survenir ; notamment dans des situations de négligence ou de maltraitance. Ces situations peuvent d'ailleurs être à l'origine de la détresse psychologique et doivent, sous certaines conditions, faire l'objet d'un signalement. L'implication des proches aidants doit alors se faire avec doigté et vigilance, en considérant la situation dans son ensemble.



Avant de conclure chacune des interventions

À la fin de chacune des interventions, il est nécessaire de s'assurer que la personne est en sécurité et qu'il y a un retour au calme (avec la mise en place d'un PI comprenant un plan de sécurité).

N.B. Prendre en considération que la crise pourrait être masquée et silencieuse, sans agitation apparente. Dans ce cas, le retour à un fonctionnement antérieur ou plus habituel chez la personne (ex. : reprise de l'alimentation, des activités antérieures, etc.) pourrait être le signe d'un certain apaisement émotionnel et retour au calme chez la personne. Si la personne est en mesure de comprendre, explorer comment elle se sent à la fin de l'intervention :

- La souffrance semble-t-elle avoir diminué ?
- Y a-t-il des éléments qui continuent d'inquiéter ou de préoccuper la personne, son proche aidant ou les membres du personnel ?
- Explorer ce qui l'a aidé à se sentir mieux. Si elle éprouve de la difficulté à verbaliser son ressenti, observer son comportement non verbal et son état.

Avec l'équipe interprofessionnelle



Impliquer et échanger régulièrement avec les membres et l'équipe interprofessionnelle

- Est-ce que le personnel impliqué est au courant de la détresse actuelle de la personne et de ses idées suicidaires ?
- Peuvent-ils fournir de plus amples informations utiles à l'analyse de la situation ?

Utiliser le formulaire permettant d'Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC pour partager une séquence clinique cohérente à l'équipe interprofessionnelle basée sur des faits et observations.

Avec le proche aidant



Favoriser la présence du proche aidant qui se veut un filet de sécurité

La présence du proche aidant est considérée comme un filet de sécurité important dans la prévention du suicide chez la population en général, mais aussi chez la personne avec un TNC. N'hésitez pas à l'inclure lorsque possible.



Informez le proche aidant des risques

S'assurer que le proche aidant est au courant de la situation en l'informant des risques présents. Il est également judicieux de l'aider à normaliser ses émotions et recueillir auprès de lui différentes informations utiles pour la poursuite des interventions.



Explorer la situation avec le proche aidant

- Est-ce que le proche aidant pose des actions pour soutenir la personne, pour assurer sa sécurité ? Qu'est-ce qui fonctionne ? Qu'est-ce qui fonctionne moins bien ?
- Est-ce que le proche aidant a tendance à croire que la personne agit comme cela pour manipuler ? Des interventions peuvent-elles être entreprises pour démystifier la situation ?
- Quels sont ses besoins pour faire face aux comportements suicidaires de son proche ?



Offrez un soutien au proche aidant

Vérifiez s'il a besoin de soutien ou d'outils pour agir auprès de la personne et aidez-le à identifier ses besoins et obtenir l'aide nécessaire (répit, aide psychologique).

Il existe un lien entre le confort ou la détresse du proche aidant et son efficacité à prendre soin de l'autre. Si le proche se sent épuisé et dépassé par les événements, il peut être moins alerte ou disponible physiquement et émotionnellement aux signaux de détresse de l'autre, ce qui peut avoir des conséquences (diminution de la capacité à s'impliquer, négligence, maltraitance, etc.).

Accueillir avec bienveillance le proche aidant dans ses réactions et émotions (déni ou sentiment d'impuissance, colère, etc.). Le soutenir dans sa capacité d'agir contribue au bien-être et à la sécurité de la personne.

Prenez le temps d'explorer ses croyances en prévention du suicide. Il peut entretenir des croyances amenant des préjugés face aux personnes à risque suicidaire vivant avec un TNC. (Les personnes vivant avec un TNC ne sont plus capables de penser au suicide ou ne sont pas capables de poser un geste suicidaire, etc.). Demeurer sensible au fait qu'il peut être aussi tabou ou très souffrant pour le proche aidant de réaliser que la personne pense au suicide ou qu'elle a posé un geste associé au suicide).

Les proches aidants sont à haut risque d'épuisement et de dépression ; facteurs de risque très élevés pouvant les mener aussi au suicide. Favoriser les moments de répit, entre autres, est très important.



Incluez le proche aidant dans le PI

Le proche aidant doit être inclus dans le PI et dans le plan de sécurité à moins que sa présence soit nuisible. (Le proche aidant pourrait être la cause de la détresse émotionnelle de la personne : maltraitance, abus, etc.)

4.5 RÉESTIMER

Réestimer consiste à faire un suivi avec la personne afin de :

- **Mesurer** l'atteinte des objectifs du plan d'intervention et du plan de sécurité afin de diminuer la détresse, éviter que les idées suicidaires perdurent, s'intensifient et pour sécuriser la personne ;
- **Réajuster** les actions et les mesures de sécurité mises en place ;
- **Garder contact** avec les membres de l'équipe interprofessionnelle et avec les proches, s'il y a lieu, en assurant un suivi et une communication adéquate et efficace ;
- **Accompagner et référer vers des ressources appropriées** (référer la personne vers un organisme communautaire, favoriser l'intégration d'activités pour stimuler la personne, etc.).

4.5.1 RÉESTIMER : PRATIQUES À PROMOUVOIR POUR SOUTENIR LE JUGEMENT ET L'APPLICATION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION



Porter une attention particulière aux moments critiques comme les périodes de transition

- La personne a-t-elle vécu une transition, un changement de milieu de vie ? Tel que mentionné, les craintes d'une relocalisation, surtout en début de maladie, pourraient être un élément déclencheur d'une crise suicidaire. Il est justifié que l'équipe assure un suivi lors de ces périodes charnières.



Tenter de cerner l'évolution de la situation depuis la dernière rencontre

- Est-ce que la détresse émotionnelle est encore préoccupante ? Si oui, les déclencheurs sont-ils encore les mêmes ?
- Comment la situation a-t-elle évolué depuis la dernière rencontre ? (Nouveaux épisodes de détresse ? Comment la personne a-t-elle géré la détresse ?)
- Le plan de sécurité (moyens, méthodes utilisées) correspond-il encore aux besoins et à la réalité de la personne, du proche aidant, de l'équipe interprofessionnelle ?



Prendre en considération l'évolution possible de la maladie neurodégénérative sur l'état de la personne

- Les capacités de la personne ont-elles diminué depuis les dernières interventions ? Si oui, cela a-t-il un impact sur la suite des interventions (ajustements des stratégies d'intervention, etc.) ?



Favoriser l'arrimage et la continuité des services

Transmettre les informations à l'équipe interprofessionnelle pour assurer le suivi selon le respect de la confidentialité, du secret professionnel, des règlements de l'établissement.



S'intéresser au proche aidant

- Se sent-il confortable dans son rôle ? Comment les choses se sont-elles passées depuis la dernière fois ? A-t-il besoin d'aide pour développer des stratégies afin d'intervenir auprès de la personne ? Est-ce qu'il vit de l'épuisement ? A-t-il besoin de répit ?
- Prévoir un accès rapide aux services pour une demande d'aide pour la personne souffrante ou pour le proche aidant (selon le cas : offre de service à l'interne ou référence à l'externe).

5. CONCLUSION

La prévention du suicide chez les personnes vivant avec un TNC est un sujet complexe et multifactoriel. Même si peu d'études existent actuellement sur le sujet et que nous devons tendre vers l'amélioration de notre compréhension entre le risque suicidaire et les troubles neurocognitifs, nous savons qu'intervenir dans ce contexte demande d'investir du temps. Une évaluation rigoureuse et centrée sur la personne est nécessaire pour permettre à l'intervenante et les membres de l'équipe de considérer tous les éléments permettant d'analyser la situation afin d'intervenir efficacement et avec confiance auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un TNC et son proche aidant.

Nous souhaitons que les retombées de ce guide permettent l'amélioration des pratiques et le développement de nouveaux outils d'intervention (ex. : outils permettant de mieux intervenir avec une personne vivant avec un TNC et éprouvant des troubles du langage, etc.).

De plus, bien que l'aide médicale à mourir (AMM) dans un contexte de TNC ait été identifiée dans ce guide comme un moment critique, elle n'a pas été développée compte tenu des travaux d'élargissement de l'AMM en cours au Québec. Nous espérons que le sujet fasse l'objet de recherches et que des pistes d'intervention en découlent dans les années à venir.

Enfin, nous souhaitons que ce guide de soutien à la pratique « *Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un TNC* » favorise l'acquisition de meilleures connaissances, permette aux professionnels et aux équipes d'appuyer leur analyse clinique sur des fondements théoriques adaptés à la clientèle et soit un moteur d'échange entre les intervenantes de toutes disciplines et les milieux d'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

Alphs, Brashear et al. (2016). Considerations for the assessment of suicidal ideation and behavior in older adults with cognitive decline and dementia. *Alzheimer's and Dementia*, p. 48-59.

Association québécoise en prévention du suicide (AQPS). (2014). La prévention du suicide des aînés au Québec : Comprendre, s'inspirer, agir. [Accueil - AQPS](#) (Consulté le 3 mars 2023).

Aziz Gbaya et al. Les maladies neurodégénératives (2012). Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. [conversations_maladies-neurodegeneratives-et-comportements-reactifs.pdf](#). (Consulté le 21 mars 2023).

Bardon, C. et Morin, D. (2015-2023). Processus AUDIS – Processus de soutien à la décision clinique en prévention du suicide chez les personnes autistes ou ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. CRISE, chaire DITC, Montréal, QC, 136 p. [AUDIS-avril-2024-version-finale-PDF.pdf](#) (Consulté le 24 mars 2022 et le 15 mai 2024).

Bazinet, Gohier et al. (2021). Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire. Gouvernement du Québec. [21-825-03W.pdf \(gouv.qc.ca\)](#) (Consulté le 22 avril 2022).

Bigault et Walter. (2019). Prévention du suicide des personnes âgées en France. Vers une stratégie multimodale de lutte contre la dépression et l'isolement : CQFDI. *Revue Perspectives, Opinion*. P S35-S37.

Blondin Ruel, Rock-André (2023). Mieux comprendre le suicide chez les personnes de 65 ans et plus : Des repères pour intervenir lorsque l'âgisme alimente le désespoir. Essai doctoral. Université du Québec à Montréal.

Bouchard et Durand. (2018). Prendre soin de moi tout en prenant soin de l'autre. Guide de prévention de l'épuisement destiné aux proches aidants. 2^e édition. Regroupement des aidants naturels de la Mauricie. [guide-de-prevention-de-l-epuisement-aux-proches-aidantes-et-aux-proches-aidants \(ciusssmcq.ca\)](#) (Consulté le 21 mars 2023).

Boyer, Guelfi et al. (2018). Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Haute autorité de santé (HAS). American psychiatric association. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf (Consulté le 5 septembre 2023).

Bruneau, Voyer et al. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. [Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence \(gouv.qc.ca\)](#) (Consulté le 25 avril 2023).

Bur. (2020). Modifications neuropsychologiques associées à la vulnérabilité aux conduites suicidaires chez le sujet âgé ; étude de la cognition sociale. Médecin et pathologie. Hal open science.

Canadian mental health association. (2020). Trousse d'outils pour la prévention du suicide. Plan de sécurité pour prévenir le suicide.

[C-26 - Code des professions \(gouv.qc.ca\)](#) (Consulté le 22 mai 2023).

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2024). Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Toronto, Canada. [V4-CCSMH-FRENCH-BPSD-Clinical-Guidelines_Final-April-24.pdf](#) (Consulté le 15 mai 2025).

Costanza, Kerstin et al. (2015). Maladies neurologiques et suicide : de la neurobiologie au manque d'espoir. *Revue médicale suisse*. [Maladies neurologiques et suicide : de la neurobiologie au manque d'espoir \(revmed.ch\)](#) (Consulté le 6 avril 2022).

CRISE (2022). Évaluation des outils d'estimation du risque suicidaire. Prévention du suicide : synthèses de connaissances. <https://comprendrelesuicide.ugam.ca/fr/connaissance/evaluation-des-outils-destination-du-risque-suicidaire>

Crocker, Clare et al. (2006). Giving up or finding a solution? The experience of attempted suicide in later life. *Aging and mental health*. p.638-647.

Desmidt. (2019). La revue du praticien. (2019). Le syndrome de glissement. [Le syndrome de glissement | La Revue du Praticien](#) (Consultée le 6 avril 2022).

- Diggle-fox (2016). Assessing suicide risk in older adults. Vol. 41. No 10. p. 28-35.
- Draper, Peisah et al. (2010). Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia. *Alzheimer's and Dementia*. P. 75-82.
- France Alzheimer et maladies apparentées. Les symptômes de la maladie d'Alzheimer : comprendre les troubles pour faire face. [Les symptômes de la maladie d'Alzheimer : troubles pour faire face](#) (Consulté le 14 mai 2025).
- Gaillard. (2020). Qu'est-ce que le syndrome de glissement chez les personnes âgées. <https://www.retraiteplus.fr/sante/syndrome-glisement/est-que-syndrome-glisement-chez-les-personnes-agees> (Consultée le 21 septembre 2022).
- Geoffroy et al. (2021). Prévenir le suicide pendant la pandémie de la COVID-19, Réseau de recherche en santé des populations du Québec. Chaire de recherche du Canada en prévention du suicide.
- Gujral, Butters et al. (2021). Late-Onset suicide : A dementia prodrome ? *Science Direct*. p. 709-713.
- Günak, Barnes and all (2021). Risk of suicide attempt in patients with recent diagnosis of mild cognitive impairment or dementia. *JAMA psyatry*. p.659-666. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0150> (Consulté le 31-5-2023)
- Haïdara, L. M., Voyer, P., Carmichael, P.-H. (2021). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. *Perspective Infirmière*, 18(3), 24-29
- Hamel, Lane et al. (2010). Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. Service de développement, d'adaptation et d'intégrité sociale du ministère de la Santé et des Services sociaux et le Centre de santé et de services sociaux, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. [Prévention du suicide-Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#) (Consulté le 12 janvier 2023).
- Haute autorité de santé (2018). Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. [Haute Autorité de santé \(has-sante.fr\)](#) (Consulté le 2 mars 2023).
- Hawton, Lascelles et al. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. Personal view. *Lancet psychiatry*. P. 1-7.
- Holmstrand, Hallberg et al. (2021). Associated factors of suicidal ideation among older persons with dementia living at home in eight European countries. *Aging and mental health*. p. 1730-1739. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1745143> (Consulté le 31 mai 2023).
- International psychogeriatric association (2012). The IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia. [IPA_BPSD_Specialists_Complete_Guide_Online_2015_Final.pdf \(ipa-online.org\)](#) (Consulté le 4 mars 2023).
- Intervention de réévaluation cognitive pour la prévention du suicide pour les adultes d'âge moyen et plus âgés hospitalisés pour suicide. (2019). (Méta analyse, CRISP).
- J. Armstrong, M., Corsentino, P. et al. (2019). Cause of death and end-of-life experiences in individuals with dementia with lewy bodies. *The american geriatrics society. JAGS* 67; p. 67-73.
- J. Diehl-Schmid, R. Jox et al. (2017). Suicide and assisted dying in dementia : what we know and what we need to know. A narrative literature review. *International Psychogeriatrics*. P. 1-13.
- Kim, Yang et al. (2017). Effectiveness of a community-based program for suicide prevention among elders with early-stage dementia : a controlled observational study. *Geriatric nursing*. P. 97-105.
- Kok, Richard-Devantoy et al. (2019). Suicidal ideation is common in autosomal dominant Alzheimer's disease at-risk persons. *Geriatric psychiatry*. P. 1-9.
- Labarre. (2017). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) Faire la différence par l'approche. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CEVQ). https://www.umoncton.ca/umcs-epv/files/umcs-epv/wf/wf/pdf/karine_labarre_scpd_prof_faire_la_difference_par_lapproche.pdf (Consultée le 6 mai 2022).
- La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2021). Lignes directrices nationales : Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement). Toronto : Baycrest Centre for Geriatric Care. [Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées \(ccsmh.ca\)](#) (Consulté le 2 mars 2023).

Lacoursière, Reid et al. (2016). [Le guide SCPD. Symptômes comportementaux psychologiques de la démence. Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.](#)

Les suicides et tentatives de suicide de patients. (2022). Haute autorité de santé. [Microsoft Word - SPA 140 RAPPORT SUICIDES CD 2022 07 07 VF relecture COM 2022 09 01 \(has-sante.fr\)](#)

Melançon, Laforest et al. (2020). Prévenir la violence et le suicide dans un contexte de pandémie de covid-19 – quelques pistes. INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique. [Prévenir la violence et le suicide dans un contexte de pandémie de COVID-19 – quelques pistes \(inspq.qc.ca\)](#) (Consulté le 21 mars 2023).

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs, orientations ministérielles. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs> (Consulté le 28 avril 2022).

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

N. Weimann Péru, J. Pellerin. (2010). Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge. *L'encéphale* 36 S, D1-D6.

O'Connorand Nock. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Suicide* 2. p.73 à 84.

Phaneuf et Margot (2008). Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance. http://www.prendresoins.org/wpcontent/uploads/2013/02/Le_jugement_cliniquecet_outil_professionnel_dimportance.pdf (Consulté le 25 mai 2022).

Politique fouille et saisie sécuritaire (2016). CISSS des Laurentides. POL 2016 DSMDPGA 001. https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciss_laurentides/Soins_et_services/Ressources_hebergement/PO_Politique_fouille_et_saisie.pdf

Politique d'intervention en matière de suicide (2021). Protocole « Intervenir auprès de la personne vulnérable au suicide au soutien à domicile ainsi qu'en centre d'hébergement de soins de longue durée ». CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

[Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus – Guide pratique à l'intention des intervenants en soutien à la formation](#)
[Susciter l'espoir et estimer le danger. Gouvernement du Québec. 2024.](#)

Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier chez la personne âgée. Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM). *Introduction - Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM)* (Consulté le 9 mai 2022).

[Procédure « Intervenir auprès d'une personne à risque de suicide ». \(2023\). DSAPA-SAD PROC2022 DSAPA-SAD 052. Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.](#)

[Procédure de non réponse lors des services et des visites planifiées pour les clientèles vulnérables \(2019\). PROC 2019 DSAPA 40 Non-réponses clientèles vulnérables. Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.](#)

Programme de prévention et de gestion des comportements suicidaires en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (2017). Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

Régner, I., Mazerolle, M., Alescio-Lautier, B. et al. (2016). Aging Stereotypes Must be Taken Into Account for the Diagnosis of Prodromal and Early Alzheimer Disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 30(1), 77–79. <https://doi.org/10.1097/WAD.000000000000129> (Consulté le 31 mai 2023).

[Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec \(RUSHGQ\). \(2018\). Approche interprofessionnelle structurée pour la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements perturbateurs reliés au délirium et autres troubles neurocognitifs en UCDG.](#) (Consulté le 9 août 2023).

Richard-Devantoy, S. & Wilhelmy, M. (2015). Peut-on parler de libre choix dans le déterminisme cognitif des conduites suicidaires des aînés ? *L'information psychiatrique*, 91, 729-739. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1399> (Consulté le 31 mai 2023).

Richard-Devantoy, Kefi et al. (2014). Crise suicidaire et maladie d'Alzheimer débutante : intérêt d'une analyse neuropsychologique détaillée. *Annales Medico-Psychologiques*. P 1-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2013.10.003> (Consulté le 25 avril 2023).

- Schmutte, Maust et al. (2021). Suicide risk in the first year following dementia diagnosis : a national study of U.S. older adults. *Geriatric psychiatry*. P. 18-19.
- Schmutte, Olfson et al. (2021). Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults. *Alzheimer's and Dementia*. P. 1-10.
- Société Alzheimer du Canada (2011). Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne. *Société Alzheimer du Canada* (Consulté le 12 février 2023).
- Société Alzheimer. (2021). Maladie de Huntington. https://alzheimer.ca/sites/default/files/formulaires/Maladie-Huntington_Soci%C3%A9t%C3%A9-Alzheimer_0.pdf (Consulté le 12 février 2023).
- Société d'Alzheimer. [Communiquer avec une personne atteinte d'un trouble neurocognitif | Société Alzheimer du Canada](#) (Consulté le 21 mars 2023).
- Société d'Alzheimer. (2022). Les troubles cognitifs légers. [Les troubles cognitifs légers | Société Alzheimer du Canada](#) (Consulté le 5 mars 2023).
- Thomas Desmimdt (2019). Le syndrome de glissement. *La revue du praticien*. Vol. 69. P. 80 à 82.
- Viau-Quesnel et Teasdale-Dubé. (2020). Détresse suicidaire chez le proche aidant d'une personne atteinte de démence : portrait de la situation et stratégies d'adaptation. *UQTR*. [Détresse suicidaire chez les proches aidants \(chumontreal.qc.ca\)](#) (Consulté le 2023-04-27).
- Voyer (éditions 2012 et 2021). *Les soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* éditions.
- Wallyn. (2022). Syndrome de glissement : la descente aux enfers des personnes âgées. <https://autonome-a-domicile.com/syndrome-de-glissement/> (Consulté le 24 mars 2022).
- Wikimedia. Troubles neurocognitifs (2022). https://wikimedi.ca/wiki/Troubles_neurocognitifs#:~:text=L'atteinte%20de%20multiples%20fonctions,l'aspect%20fonctionnel%20est%20atteint (Consulté le 6 avril 2022).
- Won Kong and Young Park. (2022). Understanding suicide risk in people with dementia and family caregivers in south korea : A systematic review. *Behavioral sciences*. p. 1-12. 7. <https://doi.org/10.3390/bs12040097> (Consulté le 20 septembre 2022).

COLLABORATEURS

Coordination des travaux, conception & rédaction

Catherine Gagnon, T.S., M. Sc., agente planification programme recherche, direction des services multidisciplinaires, CISSS des Laurentides

Isabelle Lafleur, T.S. conseillère cadre aux pratiques professionnelles et collaboratives, direction des services multidisciplinaires, CISSS des Laurentides

Soutien à la rédaction

Geneviève Croisetière, T.S., coordonnatrice clinique régionale, direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS des Laurentides

Collaboration aux travaux

Claudie Audet, T.S., agente planification programme recherche, direction des services multidisciplinaires, support à la pratique professionnelle et aux programmes, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Suzie Perrier, T.S., conseillère cadre aux pratiques professionnelles et aux programmes, volet transversal, direction des services multidisciplinaires, CISSS Abitibi-Témiscamingue

Consultations

Dr Stéphane Richard-Devantoy, M.D., Ph. D., psychiatre, professeur adjoint de clinique, Université de Montréal et chef de département de psychiatrie du CISSS des Laurentides

Julie Gravel, directrice générale à l'Anr'Aidant (organisme communautaire en proche aide) et

Brigitte Bolduc, intervenante à l'Anr'Aidant

Groupe d'experts (suivi et validation des travaux)

Cécile Bardon, Ph. D. professeure, département de psychologie, Université du Québec à Montréal, directrice associée, centre recherche et intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE)

Rock-André Blondin, PsyD, CPsych, Psychologue-chercheur à l'Hôpital Montfort et professeur à temps partiel à l'Université d'Ottawa

Sylvie Lapierre, Ph. D. professeure titulaire, Université du Québec à Trois-Rivières, département de psychologie

Charles Viau-Quesnel, Ph. D. professeur, psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

Catherine Laramée, assistante infirmière chef, CHSLD l'Équip'Âge, DSAPA, CISSS des Laurentides

Nicole Poirier, présidente directrice générale Carpe Diem (Centre ressources Alzheimer), Trois-Rivières

Kim St-Amant, psychologue, Clinique psychologie du Suroît, Valleyfield et Vaudreuil-Dorion

Révision et validation du contenu

Sophie Rainville, T.S. M. Sc., conseillère cadre aux pratiques professionnelles et collaboratives, direction des services multidisciplinaires, CISSS des Laurentides

Geneviève Lefebvre, M.A.P, directrice adjointe, direction des services multidisciplinaires, CISSS des Laurentides

Marise Bouchard, coordonnatrice nord, direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS des Laurentides

Manon Diné, conseillère cadre en soins infirmiers, direction adjointe aux pratiques professionnelles, direction des services infirmiers, CISSS des Laurentides

Caroline Paquette, directrice adjointe, direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS des Laurentides

Chrystel Delisle, gestionnaire responsable du Site LG Rolland, chargée de projet pôle gériatrique Rivière du Nord, direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS des Laurentides