

Guide de soutien à la pratique

Intervenir auprès des personnes à risque de suicide
vivant avec un trouble neurocognitif (TNC)

Atelier d'appropriation

Objectifs de l'atelier


Transmettre les informations pertinentes pour permettre aux personnes-ressources de déployer le guide TNC et outils :

- Mise en contexte et démarche
- Revoir les principaux fondements et composantes du guide
- Quand utiliser la procédure en prévention du suicide du CISSS vs le Guide TNC
- Connaître les outils cliniques découlant du Guide TNC
- Se familiariser avec la structure du formulaire « Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC »
- S'exercer à utiliser le formulaire d'estimation et le « Plan de sécurité pour la personne présentant des idéations suicidaires et vivant avec un TNC à l'aide d'une vignette clinique

Démarche

Mise en contexte

- Constats issus des besoins des intervenants
- Indicateurs standardisés difficilement applicables
- Prévalence au Québec
- Comité et projet pilote
- Besoins identifiés par les participants



Fondement et composantes du guide

Objectifs

- **Améliorer les connaissances** et sensibiliser aux **particularités vécues** par les personnes vivant avec un TNC qui peuvent mener à une détresse émotionnelle et un risque suicidaire
- **Identifier des caractéristiques et comportements** reliés au risque suicidaire chez les personnes vivant avec un TNC
- **Soutenir la pratique**, l'analyse et le jugement clinique des intervenants à partir d'une structure et d'outils adaptés
- Prôner une **approche interprofessionnelle incluant la collaboration des personnes proches** aidantes



Structure

- Réflexion sur la **posture des membres de l'équipe** dans l'intervention (**biais**)
- **Entrer en relation** avec la personne à risque de suicide vivant avec un TNC
- **Pratiques à promouvoir** pour soutenir le jugement clinique pour chaque étape du processus clinique

Application de stratégies et exemples concrets



Fondement



- Complémentaire
- Pas de catégorisation standardisée (niveaux danger, codes couleur, chiffres (Hawton,al., 2022))
- Centré sur la personne et ses besoins au moment présent
- Éléments à considérer :
 - Degré d'atteinte des fonctions cognitives
 - Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)
 - Approche utilisée et l'environnement autour de la personne
- Approche interprofessionnelle et valorise rôle et implication proches aidants

Posture dans l'intervention

✘ Éviter les généralisations

✔ Valider perceptions et impressions

Les personnes vivant avec un TNC :

- Ne se suicident pas, ne sont pas capables d'exécuter leurs gestes suicidaires
- Ont déjà vécu leur vie, normal qu'elles veuillent mourir
- Décident souvent par elles-mêmes de ne plus manger ni prendre leur médication
- Souffrent pour la plupart de dépression, il n'est pas nécessaire de se préoccuper de leur situation, etc.



Principes cliniques

- Jugement clinique
- Considérer toute expression ou comportement suicidaire même si semble insensé ou anodin
- Adapter les mesures de sécurité et la communication aux capacités de la personne
- Véhiculer l'espoir autrement
- Laisser empreintes émotionnelles positives
- Valoriser le sentiment d'utilité de la personne
- Encourager la collaboration de la personne selon ses capacités (consentement)



Quand utiliser la Procédure VS Guide TNC

Si la personne est en début de maladie et que ses fonctions cognitives semblent relativement préservées :

Vous pouvez suivre la procédure prévention suicide en vigueur dans votre direction clinique tout en ajoutant dans votre analyse :

- Les **impacts** du TNC
- L'importance de l'**approche** à utiliser
- Les impacts de l'**environnement** chez la personne



Quand utiliser la Procédure VS Guide TNC

Si vous jugez que les atteintes cognitives et mnésiques de la personne affectent ses capacités mnésiques, temporelles et fonctionnelles :

L'utilisation du Guide TNC et ses outils permettront d'explorer et d'estimer le risque suicidaire de la personne de façon plus **adaptée à cette clientèle**



Processus clinique

Repérer

- **Tout le monde peut repérer**
- **Signes, symptômes pouvant indiquer une détresse psychologique** (signes directs ou indirects du désir de mourir ou de se suicider : comportements, mimiques, changement récent du niveau de fonctionnement : sommeil perturbé, agitation, impulsivité)
- **Moments critiques** (deuil, hospitalisation et relocalisation, grande dépendance à autrui)

~~Dé~~ster Explorer

- **L'intervenant pivot ou un professionnel de l'équipe peut explorer**
- **Pas de questions préétablies**
- **Phase exploratoire**
- **Explorer facteurs et causes de la détresse** (ce qui appartient à l'histoire de vie générale, effets du vieillissement, maladies physiques, répercussion du TNC, présence de SCPD)
- **Tenter de départager les personnes à risque de suicide de celles qui ne le sont pas**

Estimer et Planifier l'intervention

- Si incapacités importantes = on utilise le formulaire TNC
- Diagnostic
- Niveau évolution maladie
- Impacts possibles du TNC
- Déterminer ce qui appartient :
 - Désir de mourir sans idées suicidaires**
 - Comportements perturbateurs (SCPD) sans idées suicidaires**
 - Idées suicidaires (avec ou sans SCPD)**
- Danger de passage à l'acte et niveau de dangerosité (plan, impulsivité, moyen envisagé dangereux, etc.)

Réestimer

- Considérer les **périodes de transition** comme des événements déclencheurs
- Être à l'affût de **l'évolution de la situation et du TNC** (peut modifier le niveau de détresse)
- S'assurer que **l'implication de l'équipe** interprofessionnelle est **maintenue**
- Valider les **besoins du proche aidant** et **réajuster** le soutien en conséquence

La collaboration interprofessionnelle est indispensable

Facteurs

Aggravants

- Annonce d'un dx TNC (4 fois plus élevé au cours du 1^{er} mois) (dx à un âge inhabituel 50 à 69 ans)
- Stade précoce ou léger de la maladie
- Symptômes de dépression, maltraitance
- Quelques variations selon le type de démence (TNC avec désinhibition, impulsivité : fronto-temporal, Huntington) (Costanza, Weber et al., 2015)
- Difficulté à verbaliser souffrance, émotions, besoins (trouble du langage)
- Relocalisation (surtout si non souhaitée) ou anticipation d'un déménagement
- Capacités de compréhension et de planification (Bur., 2020)

Protections

- TNC stade avancé (altération du processus de prise de décision, manque de stratégies, diminution de la capacité à poser un geste suicidaire)
- Sources de satisfaction (sentiment d'utilité au moment présent) (Hamel al., 2010)
- Fort soutien social, réseau bienveillant informé (avec consentement de la personne)

Outils

*Outils développés

6 Fiches synthèses des sections importantes du Guide

Formulaire « Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC »

« Plan de sécurité pour la personne présentant des idéations suicidaires et vivant avec un TNC »

Gabarits pour retranscrire les notes évolutives (pour le formulaire d'estimation et le plan de sécurité)

6 Vignettes cliniques : 2 transposées dans le formulaire d'estimation

Fiches synthèses

Six fiches synthèses par section du guide afin de faciliter le repère d'information

- [*Principes d'interventions](#)
- [*Repérer](#)
- [*Explorer](#)
- [*Estimer](#)
- [*Planifier l'intervention](#)
- [*Réestimer](#)

Formulaire estimation TNC

- Conçu à partir du 6334, mais adapté à la clientèle TNC
- Formulaire contenant tous les indicateurs importants à tenir en compte pour bien analyser le risque suicidaire TNC
- Cases à cocher et précisions à inscrire

[*Formulaire FP-CISS-6732](#)

Formulaire : Catégories détaillées

Description de la situation

- Signes de détresse
- Moment critique
- Déclencheur

Facteurs de risque suicidaire

- **Manifestation détresse émotionnelle :**
- SCPD
- Idéations
- Désir de mourir VS désir de se suicider

Formulaire : Catégories détaillées

Danger de passage à l'acte suicidaire

- Comportements à risque de compromettre sécurité ou vie de la personne
- **Planification** ou imminence du suicide
- Capacité à se **contrôler**
- Usage de **substances**
- Capacité à **prendre soin de soi**
- Capacité à **espérer un changement**
- Présence d'un **réseau social**

Formulaire : Catégories détaillées

Facteurs aggravants et protection

Synthèse de mon estimation pouvant guider analyse et interventions

- **Désir de mourir** sans idées suicidaires
- **Comportements perturbateurs (SCPD)** sans idées suicidaires
- **Idées suicidaires** (avec ou sans SCPD)

Formulaire : Catégories détaillées

Analyse clinique et recommandations

État de la personne à la fin de la rencontre

Moyens de communication à privilégier et éléments relatifs au TNC à considérer

Poursuite des interventions (prochain r-v, plan de sécurité, consentement, rôles respectifs)

Plan de sécurité

Similaire au plan de sécurité existant, avec ajout de certaines particularités :

- Comportements **SCPD**
- Identifier les **moments critiques** (stratégies différentes : diversion, **sécuriser l'environnement** : meubles, articles, etc.)
- **Inclure la personne selon ses capacités** ou membre de l'entourage
- Identifier principaux éléments qui donnent le **goût de vivre**

[*Plan de sécurité FP-CISSS-6733](#)

Plan de sécurité

- Interventions à favoriser lors prochaine crise suicidaire
- Discussion interprofessionnelle
- Identifier les rôles de chacun
- Vérifier que la personne se sent à l'aise avec le plan (et qu'il est réaliste)

Gabarits de notes

- *Gabarit Formulaire estimation
- *Gabarit Plan de sécurité



**C'est le temps de
pratiquer!**

*Vignette clinique # 2 (M. Valiquette)

VIGNETTE CLINIQUE N°2

THÈME : Dans les dossiers complexes, l'importance de travailler avec l'équipe interprofessionnelle et les aidants, de favoriser une bonne communication entre les différents acteurs et d'adapter spécifiquement les interventions en contexte de prévention du suicide et de SCPD.

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Monsieur Valiquette est âgé de 77 ans et il est atteint d'un TNC mixte avec SCPD. Il souffre également de dépression depuis quelques années. M. Valiquette est marié depuis longtemps avec sa conjointe. Celle-ci ainsi que son beau-frère sont très impliqués auprès de lui. À domicile, Monsieur exprime parfois des propos relatifs à la mort sans idées suicidaires (je veux disparaître, je ne veux pas vivre avec une démence, etc.). La conjointe de M. nous informe qu'elle a remarqué un comportement étrange chez M. Valiquette. Il se jette parfois délibérément au sol. Mme se questionne sur cet étrange comportement. Serait-ce un SCPD?

Récemment, M. fut hospitalisé suite à des blessures causées par une chute volontaire; c'est-à-dire qu'il se lança délibérément au sol pour se blesser. Alors qu'il était à l'hôpital, M. Valiquette exprima à plusieurs reprises son désir de mourir. De plus, pendant son hospitalisation, M. s'est enfui en taxi à l'insu du personnel soignant dans le but de retourner chez lui. M. fut ramené au centre hospitalier par les policiers. Au congé de l'hôpital, il fut relocalisé en RI puisque son épouse ne se sentait plus en mesure de lui offrir les soins nécessaires à domicile.

Dans la ressource d'hébergement, monsieur continue à chuter régulièrement, parfois volontairement, parfois à cause de pertes d'équilibre. Ses chutes sont maintenant amplifiées depuis sa relocalisation. Il présente des comportements d'agitation et d'agressivité verbale et physique (agrippe les préposées par le bras, déplace rageusement des meubles sur l'unité, etc.). Les membres du personnel tentent de faire diversion afin de l'apaiser. Toutefois, la diversion semble faire de moins en moins effet et une escalade des SCPD est constatée. M. tient des propos incohérents à caractère sexuel et suicidaire et il refuse souvent de prendre sa médication. Un agent de sécurité a été mis en place pour le surveiller afin d'assurer sa sécurité et celle d'autrui. Toutefois, au moment où l'agent de sécurité fut distrait, monsieur Valiquette s'étendit sur le carrelage au sol et se frappa violemment la tête à plusieurs reprises en exprimant vouloir se tuer. M. fut rapidement dirigé par ambulance à l'hôpital. Après les examens médicaux de routine, monsieur fut retourné à la ressource. Le soir même, M. réintégra le centre hospitalier à la suite d'une autre tentative de suicide.

Au moment où M. fut plus calme, la TS a pu procéder à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire afin de mieux comprendre, entre autres, la cause de sa détresse psychologique. Dans ses mots, M. a pu exprimer son sentiment d'être trahi par son épouse suite à son hébergement et son incompréhension face à la nécessité d'être hébergé dans cette ressource. Sa compréhension et sa capacité à communiquer étant fluctuant et limitées en raison des atteintes cognitives, la TS éprouve, encore à ce jour, beaucoup de difficulté à accompagner M. pour diminuer son sentiment de détresse qu'il habite constamment.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

- Comprendre le concept relié aux SCPD comme étant l'expression de la détresse émotionnelle vécue par la personne.
- Travailler en équipe interprofessionnelle vers un objectif commun, qu'il s'agisse des membres du personnel du centre hospitalier, de la RI, de la préposée aux bénéficiaires, l'agent de sécurité, la TS, des intervenants de l'équipe en santé mentale, et ce, en assurant une bonne communication fluide et bidirectionnelle, élément essentiel. Ne jamais oublier de toujours bien clarifier les rôles de chacun des membres de l'équipe, qui ont tous une importance à divers niveaux.
- Travailler de concert avec les différentes ressources spécialisées pour être guidé ou dirigé (service de téléconsultation de l'unité régionale SCPD, etc.)
- Outiller et sensibiliser les professionnels à la détresse exprimée par monsieur à travers un contexte de délirium et d'agitation comportementale.
- Encourager la présence ou l'implication de l'épouse et du beau-frère, afin de favoriser une présence chaleureuse et rassurante.
- Adapter l'environnement pour le rendre sécuritaire, offrir une surveillance accrue.
- Tenter de diminuer le sentiment de détresse en personnalisant la chambre de monsieur afin de lui donner le sentiment d'être chez lui, lui offrir collations ou repas maison préparés par les proches, etc.
- Bien connaître l'histoire de vie de M. et tenter de l'impliquer ou de le faire participer à différentes tâches, etc.

Vignette clinique # 2 (M. Valiquette)

- *6 vignettes cliniques à thème
- *Vignette clinique # 2 transposée dans le formulaire

Plan de sécurité

- Quels sont les éléments importants à faire ressortir selon vous?



Rôle personnes- ressources

Quelques recommandations

Atelier d'appropriation/formation sur le guide

Suivi post-atelier

Supervision clinique

Collaboration interprofessionnelle

Discussions cliniques

Suivi des comportements suicidaires

Adaptation aux réalités du système de santé/Continuum



Conclusion

- Mise en ligne sur l'ENA (à venir en 2026)
- Travail à poursuivre : fondé sur les connaissances actuelles et leurs impacts sur le risque de suicide (risque d'évoluer dans le temps)
- Tous ensemble pour prévenir le suicide :
 - Soutien organisationnel nécessaire pour l'implantation du guide dans vos équipes et milieux
 - Prévention du suicide selon une approche collaborative et interprofessionnelle est nécessaire à la mise en œuvre

Plan régional
en prévention
du suicide

Tous ensemble
pour prévenir le suicide

Merci

Une présentation de :

Catherine Gagnon, T.S, agente planification programmation et recherche

Isabelle Lafleur T.S, conseillère cadre

Service des pratiques professionnelles

Direction services multidisciplinaires de l'enseignement et de la recherche

Février 2026