

Guide de soutien à la pratique

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

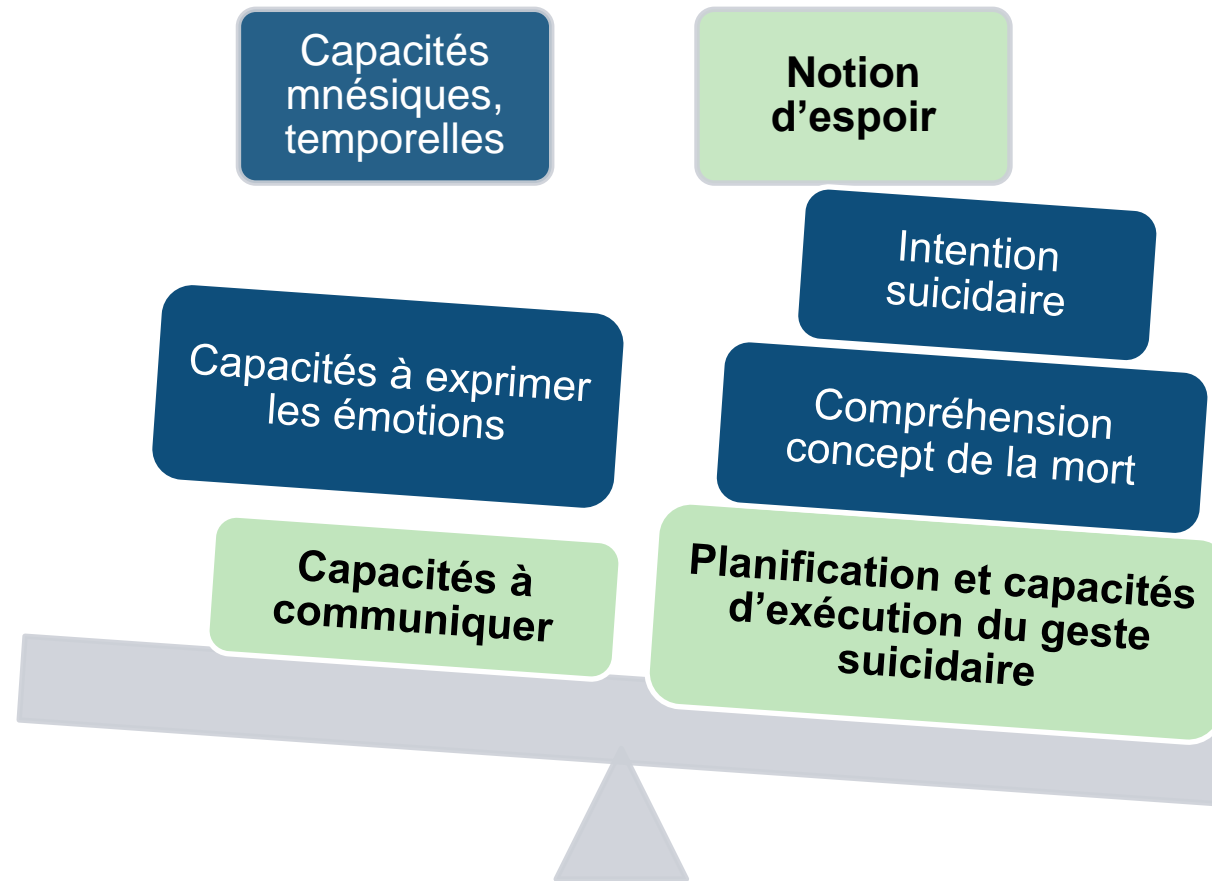
Démarche

Contexte et enjeux

Constats issus des besoins des intervenants

- **Manque d'informations** spécifiques à cette clientèle
- **Besoin d'une structure d'analyse adaptée** permettant aux intervenants de diminuer leur sentiment d'ambivalence et d'impuissance face à l'estimation du risque suicidaire
- **Défis importants d'utiliser les outils existants** pour la population en général avec les personnes vivant avec un TNC (indicateurs standardisés difficilement applicables)

Indicateurs standardisés difficilement applicables



Prévalence au Québec

Viellissement accéléré de la population

Aînés : 65 ans et +



1 personne sur 6 en 2019 (19,3 %)



1 personne sur 4 en 2031 (25 %)

(Source : INSPQ 2023)

Alzheimer et autres troubles neurocognitifs (TNC)

126 030 diagnostics de TNC (surtout l'Alzheimer)
Trois fois plus qu'en 2020 (Données de 2022-2023, INSPQ)

D'ici 2050 : Hausse de 145 % (360 000 personnes)
(Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer 2023, 2024)

La prévalence des TNC **double tous les 5 ans**
à partir de l'âge de 65 ans (OMS 2023)

Création du comité

Durée d'environ 18 mois

Revue
littérature
scientifique
et littérature
grise, guide,
outils
existants

Processus
itératif
(rétroaction
par des
cliniciens,
chercheurs)

Considération
pour
l'implantation
dans des
contextes de
pratiques
variés

Projet réalisé par le CISSS des Laurentides (DSAPA-SAD et DSMER) en collaboration avec :



Projet pilote

Objectifs

Évaluation préliminaire : structure du guide, outils **et implantation à divers contextes de pratique**

Méthode de recherche

Étude collaborative **qualitative** supervisée par un comité de chercheurs

Participants

Phase 1. 4 groupes focalisé d'intervenants qui pratiquant en ressources intermédiaires et à domicile

Phase 2. 6 entretiens individuels avec intervenant ayant participé aux groupes focalisés n=16

Besoins identifiés par les participants au terme du projet pilote


Stratégies pour estimer le degré de dangerosité du passage à l'acte chez cette clientèle (**difficultés langagières : exprimer sa détresse émotionnelle ou idées suicidaires**)



Stratégies d'intervention adaptées aux usagers ayant des **idées suicidaires récurrentes, imprévisibles**



Poursuivre le développement, la consolidation des compétences et **sentiment de confiance dans l'intervention**



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))
- Centrée 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

Principes cliniques

- Jugement clinique
- Éviter les généralisations (prendre en compte la perception de la personne et valider ses impressions en tant qu'intervenant)
- 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
- Encourager la collaboration de la personne selon ses capacités (consentement)



Processus clinique

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~~visiter 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

- 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 et recommandations

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

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. Un seul formulaire a été élaboré pour tous : « *Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC* ». À utiliser si les atteintes cognitives de la personne affectent ses capacités mnésiques, temporelles et fonctionnelles.

Facteurs aggravants	Réduire les facteurs aggravants et renforcer les facteurs de protection
<ul style="list-style-type: none"> → Intoxication, changement dans les habitudes de consommation d'alcool, drogue, etc.; → 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; → Entrée en résidence (surtout si non souhaité) ou anticipation d'un déménagement; → L'annonce d'un TNC; → Douleur chronique non soulagée, perte d'autonomie. 	<ul style="list-style-type: none"> → Demeurer vigilant face à une personne qui vient de recevoir un diagnostic de TNC (porter une attention particulière pour les diagnostics donnés à un âge inhabituel (50 à 69 ans). Ce moment est critique; → 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. 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; → 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.).
Facteurs de protection	
<ul style="list-style-type: none"> → Maladie d'Alzheimer ou autre au stade avancé avec incapacités à agir ou manque de stratégies de réalisation; → Collaboration de la personne à l'aide proposée; → 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; → Engagement communautaire (ex. : activités rattachées à la spiritualité, participation à des activités, se sentir utile, etc.); → Présence personne significative assurant un lien de confiance, une sécurité et un soutien. 	

ESTIMER LA DANGEROSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE PERSONNE TNC : PRATIQUES À PROMOUVOIR POUR SOUTENIR LE JUGEMENT CLINIQUE ET STRATÉGIES D'INTERVENTION

<p>Comprendre la situation et l'élément déclencheur des idées suicidaires</p> <ul style="list-style-type: none"> + Qu'est-ce qui rend la personne triste? + S'est-il passé quelque chose dans les derniers jours qui aurait favorisé la détresse? + Souhaite-t-elle mourir ? Est-ce les SCPD qui amènent cette détresse et le risque suicidaire? 	<p>Clarifier les intentions derrière les idées suicidaires</p> <ul style="list-style-type: none"> + Comprend-elle ses intentions suicidaires, idées, gestes?
<p>Cerner avec la personne ou l'entourage ce qui influence la durée, la fréquence et l'intensité de la souffrance</p> <ul style="list-style-type: none"> + Depuis quand ressent-elle une détresse émotionnelle et à quels moments de la journée? + Aider à préciser la façon dont se manifestent les idées et gestes suicidaires; + Les comportements suicidaires 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, un moment et un lieu de prévus? Est-il accessible et légal? + Demander à la personne vers qui elle désire que vous vous tourniez pour l'aider dans la présente situation et son ouverture à ce que vous collaboriez avec l'entourage; + Les relations avec l'entourage sont-elles empreintes de confiance, tendues, conflictuelles? 	<p>L'importance de l'analyse clinique et des recommandations pour guider le plan d'intervention et le plan de sécurité</p> <p>Questions à se poser lors de l'analyse et les recommandations pour appuyer le jugement clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> + 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? + Quelles sont les interventions que je peux mettre en place pour assurer la sécurité de la personne, augmenter les facteurs de protection et diminuer les facteurs aggravants? + L'entourage/proche aidant de la personne est-il en mesure de la protéger et a-t-il besoin d'aide dans son rôle?

**ESTIMER LA DANGEROUSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE
SUICIDAIRE CHEZ LA PERSONNE VIVANT AVEC UN
TROUBLE NEUROCOGNITIF (TNC)**

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

1 — DESCRIPTION DE LA SITUATION (signes de détresse et moments critiques repérés)

2 — FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE Cocher les cases qui s'appliquent à la situation et préciser (informations peuvent provenir de la personne elle-même, si en mesure de comprendre et de s'exprimer et/ou de l'entourage)

Manifestation de la détresse émotionnelle

- Changement récent du niveau de fonctionnement (sommeil perturbé, agitation, anxiété, impulsivité)
- Amplification de la détresse émotionnelle/comportementale dans les derniers jours? (pensée, humeur, comportement, désorganisation)
- La personne démontre des comportements d'impulsivité ou augmentant la dangerosité

Précisions :

Facteurs et causes de la détresse

Histoire de vie

- La personne est consciente de sa maladie et des répercussions (anxiété, non-acceptation, peur de l'avenir, méfiance envers les services)
- Dépression, troubles anxieux, etc. Dépendance relationnelle Isolement, deuil Autres :

Précisions :

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) à risque de compromettre la sécurité de la personne

- La personne adopte des comportements de type SCPD pouvant la mettre en danger (agitation, agressivité)
- Ces comportements sont présents en raison d'un besoin non comblé
- L'environnement (milieu de vie) influence les SCPD
- L'approche (entourage ou intervenants) influence les SCPD

Fréquence et moments dans la journée où surviennent habituellement ces comportements :

Précisions :

Idéations qui démontrent un désir de mourir VS un désir de se suicider

- Idéations relatives à la mort sans idées suicidaires (occasionnelles, fréquentes)
- Idéations relatives au suicide (occasionnelles, fréquentes)
- Des interventions ont été tentées pour diminuer la présence d'idéations de mort ou de suicide? (diversion ou autres)

Identifiez les stratégies/interventions qui ont fonctionné.

Précisions :

THÈME : L'importance de déterminer l'élément déclencheur ou la cause réelle de la détresse exprimée ainsi que la manière dont elle peut être soulagée.

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Madame Leduc est âgée de 76 ans et elle a reçu récemment un diagnostic de TNC léger. Elle se situe dans les premiers stades de la maladie. Elle a également un diagnostic de dépression chronique et elle prend des antidépresseurs depuis de nombreuses années. Madame Leduc est veuve depuis 15 ans et elle habite seule en appartement, dans une résidence privée pour aînés autonomes. Elle a de légères pertes de mémoire à court terme, elle répète régulièrement les mêmes choses. Sa capacité de rétention de l'information est faible et il lui est difficile de faire de nouveaux apprentissages. Toutefois, elle est fonctionnelle dans son milieu de vie et ne reçoit aucun service. Mme a un fils unique avec qui elle n'a plus de contacts, car celui-ci a des problèmes de consommation et il est sans domicile fixe. Mme en est très attristée. La nièce de Mme est son unique proche. Elle est peu disponible, mais adéquate lorsque présente auprès de sa tante.

Récemment, Mme a dû être hospitalisée à cause d'un problème cardiaque. Son état médical s'est stabilisé avec le temps, mais le personnel soignant a constaté qu'elle présentait un affect dépressif important. Mme est apathique, pleure beaucoup, mentionne que sa vie est inutile, ne comprend pas pourquoi elle est encore sur Terre et exprime à quelques reprises son souhait de disparaître et de mourir. Avant de signer le congé, l'équipe soignante fait une requête en service social afin d'évaluer la cause de la détresse, le risque suicidaire et s'il est sécuritaire que Mme Leduc retourne chez elle. L'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire de la TS démontre que Mme Leduc est consciente de ses pertes cognitives et qu'elle n'arrive pas à accepter sa perte d'autonomie ni les pertes fonctionnelles à venir. Mme Leduc a le sentiment de n'être plus bonne à rien, mais ne souhaite pas mourir.

La TS a constaté que Mme Leduc aimait par moments sortir de sa chambre pour aller aider les autres personnes hospitalisées. Elle a constaté qu'à ce moment, Mme Leduc semblait heureuse, elle riait et semblait oublier qu'elle avait des atteintes cognitives.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

- **Concier et collaborer en équipe (ergothérapeute, infirmière, TS, médecin, psychiatre) afin de trouver des pistes d'intervention pour soulager la détresse de madame et l'aider à diminuer ses symptômes dépressifs.**
- **Maintenir madame au centre hospitalier le temps de stabiliser son état, dans un plan d'intervention concerté.**
- **Pendant son hospitalisation, offrir à Mme de s'impliquer, selon ses capacités, auprès des autres usagers hospitalisés afin de leur offrir son aide (sentiment d'utilité)**
- **Explorer de quelle façon la proche aidante souhaite s'impliquer.**
- **Favoriser la réflexion et la prise de décision de Mme concernant une éventuelle relocalisation en RPA de type familial, où madame pourrait s'impliquer, maintenir son sentiment d'utilité et briser l'isolement. Référencer Mme vers des organismes communautaires ou autres.**
- **Mettre l'emphase sur ses capacités et ses forces, malgré les atteintes cognitives, comme son altruisme et son désir d'aider les autres dans leurs activités de la vie quotidienne.**
- **Être conscient de la fragilité de l'état émotionnel de Mme Leduc ainsi que de son état de conscience et d'inquiétude face à son TNC et réévaluer le risque suicidaire au besoin.**
- **Au congé du centre hospitalier, transmettre, si pertinent et nécessaire, les informations pertinentes (RPA, proche aidant, CLSC) pour le suivi du dossier (avec le consentement de Mme).**

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

Défis

- Proposer un guide à partir de peu d'études scientifiques
- Intégrer les anciennes et les nouvelles pratiques (changement de culture)
- Remettre le jugement clinique au cœur de l'analyse clinique

- 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

Direction services multidisciplinaires de l'enseignement et de la recherche, pratiques professionnelles

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

Rock-André Blondin, PsyD., psychologue-chercheur à l'hôpital Montfort et professeur UOttawa