

ESTIMER LA DANGÉROSITÉ 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'il semble difficile pour elle de répondre au formulaire [FP-CISS-6334 Rapport d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire \(14 ans et plus\)](#). Avant d'utiliser ce formulaire, vous devez vous référer au guide « [Intervenir auprès de la personne à risque de suicide vivant avec un trouble neurocognitif \(TNC\) Guide de soutien à la pratique | 3e édition](#) ».

1 — DESCRIPTION DE LA SITUATION (signes de détresse, moments critiques repérés, etc.)

Caractéristiques de la personne: TNC mixte avec SCPD, dépression depuis quelques années. **Déclencheur:** Conjointe épuisée, ne peut plus prendre soin de son conjoint à domicile. M. est hébergé depuis peu en ressource intermédiaire (RI), n'accepte pas la relocalisation. Augmentation des chutes déjà présentes au domicile. **Contexte/Signes de détresse repérés:** 1re hospitalisation suite à une chute volontaire alors que M. vivait encore à domicile (s'est jeté délibérément au sol avec intention de se blesser). À l'hôpital, M. exprimait un désir de mourir. S'est enfui du centre hospitalier (CH) en taxi dans le but de retourner chez lui et a été ramené par les policiers. Conjointe a refusé un retour à domicile en raison des comportements difficiles de son conjoint. Celui-ci a donc été relocalisé en RI à partir du CH. Depuis que M. habite la RI, il a été hospitalisé à 2 autres reprises (chutes causées par des pertes d'équilibre et chutes volontaires). **Moments critiques repérés:** Déménagement récent non souhaité, hospitalisations, deuil de la conjointe. **Depuis admission en RI:** Augmentation des chutes (se frappe la tête en disant parfois vouloir mourir et parfois vouloir se tuer).

2 — FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE **Pour les sections suivantes, veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent à la situation et préciser.**

(Les informations peuvent provenir de la personne elle-même, si en mesure de comprendre et 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 : Augmentation de l'agressivité et dangerosité (impulsif, comportements dangereux qui se répètent) et détresse émotionnelle (se sent trahi par son épouse) Augmentation des chutes (qui semblent pour la majorité volontaires) depuis la relocalisation en RI.

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 : Même si la compréhension de M. semble limitée, il semble conserver une certaine conscience de ses pertes et une non-acceptation de son diagnostic et de sa condition. Il éprouve une grande souffrance reliée à son sentiment d'être trahi par sa conjointe suite à son hébergement et entretient une incompréhension face à la nécessité d'être hébergé dans cette ressource.

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

- 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 : À investiguer Précisions : Agitation physique de type SCPD (s'automutile, propos sexuels, agressivité verbale et physique envers le personnel et avec les meubles : agrippe les préposées par le bras, déplace rageusement des meubles sur l'unité, etc.). Comportements agressifs accentués du fait que M. n'accepte pas de vivre dans son nouvel environnement (RI) et sentiment d'abandon de sa femme. Investiguer l'approche utilisée par le personnel (influence-t-elle les comportements de M.?)

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 : M. exprime une grande souffrance, parfois à travers des propos relatifs à la mort (veut mourir et disparaître) et parfois à l'aide de propos suicidaires (dit vouloir se tuer en se frappant la tête contre le carrelage). Les membres du personnel tentent de faire diversion afin d'apaiser M. Toutefois, la diversion semble faire de moins en moins effet et une escalade des SCPD est constatée.

Selon le jugement clinique de l'intervenant, la case « Dépendance relationnelle » aurait pu être cochée également. L'important est d'être en mesure d'expliquer son opinion clinique et ses recommandations.

3 — DANGER DE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Dans le passé, comportements à risque de compromettre la sécurité ou la vie de la personne : acte violent fugue tentative de suicide comportements de type SCPD autres

- Fréquence et sévérité des actes violents/fugues/comportements de type SCPD, de la tentative de suicide
- Perception de la personne et de l'entourage face à sa situation actuelle (déçue d'être en vie, ambivalente)
- Ces comportements se répètent dans le temps

Précisions : À domicile, M. se jetait parfois au sol. Difficile de dire si cela était une intention de se suicider ou des comportements de type SCPD. Quoi qu'il en soit, ces gestes étaient empreints d'une grande détresse en lien avec la non-acceptation du dx et amenant des risques pour M. Pas de fugue lorsqu'il était à domicile, 1 fugue récente lors de son hospitalisation et aucune depuis son admission en RI.

Planification ou imminence du suicide (peut diverger selon le degré d'atteinte des fonctions cognitives)

Acte planifié ou imminent (peu importe le réalisme du scénario)

Précisions : Ne savons pas exactement si les actes sont planifiés? Imminence du suicide? Toutefois, nous avons été informés que M. semble conscient, par moments, puisqu'il a délibérément profité de la distraction de l'agent de sécurité pour se jeter par terre et se fracasser la tête au sol. (2 événements semblables dans les dernières semaines).

Moyen déterminé (même s'il semble illogique ou anodin) **Si oui** : Ne sommes pas certain si le moyen (se frapper la tête en se jetant par terre) est déterminé, difficile à évaluer, mais le fait qu'il utilise souvent les mêmes méthodes porte à croire que le moyen est prévisible.

- Le moyen est léthal ou dangereux
- La personne a accès au moyen
- La personne semble avoir les capacités cognitives pour passer à l'acte
- La personne semble avoir les capacités physiques pour passer à l'acte

Précisions : Ne savons pas si le moyen est déterminé puisque la capacité de s'exprimer de M. est limitée et altérée par la maladie. Toutefois, nous remarquons qu'il utilise presque toujours les mêmes gestes dangereux, soit se jeter par terre pour se frapper la tête au sol. (Est-ce un geste délibéré, difficile à estimer?). Toutefois, l'historique des gestes antérieurs nous indiquent qu'il a les capacités physiques et cognitives pour passer à l'acte.

Capacité à se contrôler

La personne arrive à se contrôler, même si cette capacité est minime (chasser ses idées, exprimer ses besoins et émotions, à se calmer, mettre des moyens en place)

La personne a besoin de l'entourage pour arriver à se contrôler

La perte de contrôle peut être anticipée par la personne ou son entourage (impulsivité, état de panique qui génère une dangerosité, agitation de la voix, comportement agressif, perte de contact avec la réalité, etc.)

Précisions : Lorsque M. arrive à exprimer ses émotions (avec difficulté), il réussit plus facilement à se calmer. Toutefois, la plupart du temps, M. a besoin des préposées de la RI et/ou de sa femme ou beau-frère pour ventiler et arriver à se contrôler. Le personnel arrive parfois à anticiper la perte de contrôle : l'agressivité physique de M. est toujours précédée de moments de déprime (lorsqu'il pense à sa femme) et d'agressivité verbale.

Usage de substances

La personne semble : intoxiquée adopte des comportements à risque Précisions : À investiguer

Capacité à prendre soin de soi (besoins de base, adhésion aux services, suivi médical, etc.)

La personne collabore aux soins ou accepte qu'on s'occupe d'elle Précisions : Depuis quelques semaines, la collaboration est plus difficile, mais habituellement, M. collabore (surtout quand il se sent écouté et compris).

Capacité cognitive à espérer un changement (perception de la personne, de l'entourage)

La personne a des raisons de vivre/espoir/sentiment d'utilité Précisions : M. s'accroche à l'espoir de retourner vivre avec sa femme. Parle souvent d'elle de façon positive au personnel de la RI.

Présence d'un réseau social

Implication des proches Quelqu'un peut assurer la sécurité La personne est seule ou sera laissée seule Isolement Autres

Précisions : Même si la conjointe est épuisée, elle est très impliquée auprès de son mari et collabore avec le personnel de la RI. Le beau-frère de M. est également présent. Le personnel de la résidence est présent 24/7 pour assurer la sécurité au besoin.

4 — FACTEURS AGGRAVANTS ET PROTECTION (Reprendre ces facteurs pour construire votre analyse et recommandations)

Aggravants :

- Arme à feu Intoxication (médicament, etc.) Émotions négatives qui perdurent dans le temps (colère, etc.)
- Symptômes dépressifs TNC qui amène une désinhibition, impulsivité (Front temporal, Huntington, etc.)
- Déménagement Annonce du diagnostic TNC Annonce diagnostic précoce (50 et 69 ans) Isolement social/affectif
- Deuils, surtout chez les hommes Hommes de 75 ans et plus Douleur chronique
- Difficulté à verbaliser la souffrance et inflexibilité mentale (incapacité à changer d'activité, faire diversion)

Précisions : Dans les faits, M. ne vit pas d'isolement puisque toujours entouré. Toutefois, selon sa perception, il se sent abandonné et seul.

Protection :

Alzheimer stade avancé Collabore à l'aide proposée Présence de source de satisfaction Présence réseau

Capacité à : Espérer une amélioration de son état Se contrôler et se calmer rapidement Prendre soin de soi ou accepter l'aide Exprimer ses émotions et besoins

Précisions : Facteurs de protection fluctuent selon l'état cognitif de M. (capacités à espérer changement, exprimer émotions, accepter l'aide)

La perception de la personne est très importante à considérer. Elle peut devenir un facteur aggravant, même si dans les faits, la personne n'est pas isolée. Dans ce contexte, la perception d'être isolé est un facteur aggravant et la présence du réseau est un facteur de protection.



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

« Synthèse de mon estimation »

Dans cette section, veuillez cocher seulement 1 case. L'énoncé coché sert à guider votre analyse clinique et recommandations.

Je constate que la personne démontre :

-Désir de mourir sans idées suicidaires (avec ou sans SCPD) :

- Pas d'idées suicidaires, mais expression du désir de mourir sans impulsivité ou sans augmentation de la dangerosité
- Pas d'idées suicidaires, mais expression du désir de mourir avec impulsivité et/ou augmentation de la dangerosité

-Comportements perturbateurs (SCPD) sans idées suicidaires :

- La personne n'a pas d'idées suicidaires, toutefois elle adopte des comportements perturbateurs (SCPD) nécessitant des interventions afin de la protéger des risques possibles pour sa sécurité

-Idées suicidaires (avec ou sans SCPD) :

- Idées suicidaires sans plan, sans impulsivité ou sans augmentation de la dangerosité
- Idées suicidaires sans plan, avec impulsivité ou avec augmentation de la dangerosité
- Idées suicidaires avec plan et/ou moyen envisagés non dangereux
- Idées suicidaires avec plan et/ou moyen envisagés dangereux

« Idées suicidaires avec plan et/ou moyen envisagés dangereux » a été coché dans ce cas-ci. Toutefois, selon l'estimation propre à chacun, « idées suicidaires sans plan avec impulsivité ou avec augmentation de la dangerosité » aurait pu être coché également (puisque ne savons pas si M. a réellement un plan). Le but de cette synthèse est de prendre un temps de recul pour bien estimer la situation à partir des éléments recueillis. Dans cet exemple, il est évident que la situation est à haut risque. L'important est d'exposer son analyse clinique et les recommandations appropriées pour diminuer la détresse et assurer rapidement la sécurité de M.

5 — ANALYSE CLINIQUE ET RECOMMANDATIONS (interventions à prioriser selon la situation et les besoins de la personne).

Exemples d'éléments à inscrire dans cette section : Bref, résumé des signes de détresse. Danger de passage à l'acte dans les prochains jours? Situation peut-elle changer rapidement? La personne a-t-elle les capacités physiques/ cognitives pour passer à l'acte? Moyen envisagé dangereux? Environnement sécuritaire? Danger de passage à l'acte si la personne est laissée seule? L'entourage peut assurer la sécurité? Facteurs aggravants et facteurs de protection qui renforcent mon analyse. Synthèse de mon estimation : Dois-je intervenir sur un désir de mourir, un comportement pouvant mettre la personne en danger (SCPD), un risque suicidaire? Actions à entreprendre pour réduire la détresse et risque de suicide, pour assurer la sécurité et le bien-être de la personne à court et moyen terme. Signes de détresse et/ou moments critiques à surveiller.

-Depuis sa relocalisation en RI, M. éprouve une grande détresse émotionnelle et augmentation des chutes volontaires (en montant sur un meuble, s'est jeté délibérément à quelques reprises au sol en se frappant la tête en disant parfois vouloir mourir et parfois vouloir se suicider). -Il y a risque de passage à l'acte dans les prochains jours, car plusieurs tentatives dans les dernières semaines. -En raison de l'impulsivité de M., la situation peut changer rapidement. -Ne pouvons affirmer exactement si M. possède les capacités cognitives pour passer à l'acte, mais savons qu'il a les capacités physiques pour actualiser son geste. -Il est difficile de dire si M. a un plan défini, mais savons qu'il utilise souvent les mêmes méthodes pour se faire du mal. -L'environnement dans lequel habite M. semble généralement sécuritaire, mais présence de plusieurs meubles dans la chambre de M. sur lequel il peut grimper. -M. est à risque de passage à l'acte si laissé seul. Le personnel de la RI qui est présent 24/7 peut assurer une sécurité, mais nous avons constaté que M. peut profiter d'une distraction des membres du personnel pour se faire du mal. **Facteurs aggravants :** -Hommes de plus de 75 ans avec TNC mixte -Déménagement récent non souhaité en RI -Accepte difficilement sa condition -Se sent isolé -Grande détresse émotionnelle reliée à son sentiment d'abandon -Deuil de sa vie commune avec sa femme -Émotions négatives persistantes -Dépression -Difficultés à verbaliser sa souffrance -Impulsivité. **Facteurs de protection :** -M. réagit positivement et collabore davantage à l'aide proposé lorsque le personnel prend le temps d'écouter ses émotions. -Réseau impliqué ce qui lui amène une source de satisfaction.

Synthèse de mon estimation : -À la lumière de ces informations, considérons que M. entretient des « idées suicidaires avec plan et moyen dangereux » (et met parfois le personnel de la RI à risque). Il est primordial d'assurer la sécurité immédiatement et selon le jugement clinique.

Actions à entreprendre pour réduire la détresse, risque de suicide et assurer la sécurité : -Faire le lien avec le médecin en ce qui concerne les symptômes dépressifs, comportements dangereux et autodestructeurs. Adapter l'environnement pour le rendre sécuritaire (retrait des meubles permettant à M. de grimper, réorganisation de la chambre pour la rendre sécuritaire). -Important d'expliquer à M. que le retrait n'est pas une punition, mais pour sa sécurité. -Continuer de mettre un agent de sécurité à la chambre, mais de façon discrète et non menaçante afin de ne pas faire augmenter l'agressivité -Investigation lors des pensées négatives (identifier les déclencheurs d'anxiété, de détresse). -Instaurer des périodes où M. peut ventiler avec un intervenant sur sa détresse émotionnelle. -Sensibiliser le personnel à l'importance de l'approche adaptée pour apaiser M. et favoriser sa collaboration et sentiment de prise de pouvoir sur sa vie (aborder M. calmement et respectueusement pour lui permettre de se sentir écouté et entendu). -Tenter d'instaurer un sentiment d'utilité en divertissant M., selon ses intérêts, lors de l'apparition de pensées négatives trop envahissantes. -Adapter l'environnement pour le rendre agréable et familier (photos ou décor, si apaisant, etc.). -Encourager l'implication de la conjointe et du beau-frère puisque leur présence est apaisante (instaurer des visites régulières où le temps passé avec M. sera positif). -Référence en physiothérapie puisque certaines chutes pourraient être dues à une perte d'équilibre -Rédiger le plan de sécurité et prévoir rapidement une rencontre interdisciplinaire (PII) afin que l'équipe (infirmière, préposées, médecin, etc.), CC/SAC/ICASI et le responsable de la RI (avec consentement de la personne) soient informés de la situation, prennent part aux orientations, aux stratégies de sécurité adaptées et réalistes, de l'intensité du suivi selon la dangerosité et connaissent leur rôle respectif. **Moments critiques à surveiller :** -Moments de déprime (pensées en lien avec sentiment d'abandon par sa femme) -Discours négatifs -Présence d'agressivité verbale (ces comportements précèdent la montée de l'agressivité physique et mettent M. et le personnel à risque).

Nom : Valiquette

Prénom :

Dossier :

État de la personne à la fin de la rencontre : Collaborante Agitée Agressive Autre

Précisions : M. est calme à la fin de la rencontre. Avec aide, exprime ses émotions et besoins, même si les mots exprimés par M. sont difficiles à comprendre.

Moyens de communication à privilégier et éléments relatifs au TNC à considérer Précisions : Prévoir suffisamment de temps pour discuter avec M. en raison des limites langagières. Lorsque M. a suffisamment de temps pour ventiler, son niveau de détresse diminue.

Nom, coordonnées intervenant significatif : conjointe xx Coordonnées validées

Nom, coordonnées proche aidant impliqué : beau-frère xx **Coordonnées validées**

Nature de l'implication du proche aidant : Plusieurs appels par semaine. 1 visite par semaine. Impliqués et collaborent avec personnel de la RI

Un soutien est-il apporté au proche aidant : oui, car conjointe épuisée. Soutien apporté par la TS en RI et organismes communautaires

Coordonnées autres ressources impliquées : _xx

Poursuite des interventions : Suivi régulier Modéré Intensif Autres Précision :

-S'assurer que M. ne demeure pas seul (continuer de mettre un agent de sécurité à la chambre et réévaluer selon la dangerosité).

-Assurer un suivi dans un délai de 24 heures par l'intervenante désignée de la RI qui nous fera un suivi (en tant qu'intervenante pivot du CLSC).

-Poursuivre le suivi 4 fois dans la prochaine semaine : 2 fois par l'intervenante en RI (lundi et mercredi) et 2 fois par l'intervenante pivot du CLSC (mardi et jeudi) et réajuster selon la dangerosité et les moments critiques.

-Réestimer le risque de passage à l'acte suicidaire à chacune des rencontres ou plus selon la dangerosité, moments critiques et jugement clinique.

Autre(s) suivi(s) requis :

- Aucun
- SAPA-SAD
- Suivi étroit
- Service de crise Au besoin ou si la personne doit être hospitalisée et qu'elle est non volontaire (P-38)
- Service ou organisme spécifique
- Santé mentale
- Signalement ou suivi avec Curateur public
- Signalement pour maltraitance
- 9-1-1 Si tentative de suicide en cours ou selon le jugement clinique
- Autres (spécifiez) :

-Contacter au besoin le Centre de prévention suicide (CPS) Faubourgs (1-866-APPELLE).

-Si la RI n'a plus la capacité d'assurer la sécurité de M., orienter la personne vers l'urgence du CH par ambulance selon la dangerosité (dans ce cas, toujours accompagner M. (par un membre de son entourage, si sécuritaire et convenable pour la famille, ou par un intervenant). Si M. est dirigé à l'urgence, s'assurer de faire un appel à la commis de l'urgence afin d'informer de l'arrivée de M. et nommer les spécificités importantes à prendre en considération pour assurer le suivi avec l'équipe du CH (particularités en lien avec le TNC, etc.).

Prochain rendez-vous prévu (aaaa-mm-jj) : Rencontre avec moi-même (TS du CLSC) demain (date) à 13h

Plan en cas d'absence au rendez-vous : Oui Non

Précision : RI et famille avisés de nous contacter au besoin.

Consentement pour divulguer l'information contenue au formulaire : Oui Non

Consentement donné par qui (personne elle-même, représentant légal) : Personne elle-même

L'information peut être échangée avec qui : Conjointe, beau-frère, personnel RI (et exploitant de la RI si besoin), médecin

Date du consentement (aaaa-mm-jj) : xx

RAPPEL IMPORTANT :

Compléter le FP-CISSS-6733 Plan de sécurité pour la personne avec idéations suicidaires et TNC en l'impliquant (si possible). Avec le consentement de celle-ci et selon le besoin, impliquer ses proches, l'équipe interprofessionnelle, un responsable du milieu de vie, etc.

Si le plan de sécurité a déjà été complété, date de révision prévue (aaaa-mm-jj): _____

Organiser une rencontre interprofessionnelle et s'assurer qu'un suivi de la situation est fait.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS À PARTAGER LORS DE LA RENCONTRE INTERPROFESSIONNELLE :

Résumé de votre analyse clinique et recommandations, moment critique/déclencheur à surveiller, impact du TNC sur la personne et son entourage, moyen de communication à privilégier pour intervenir auprès d'elle, principales directives du plan de sécurité, rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe, du milieu de vie, du proche aidant, etc. Inscrire les notes au dossier.

xx

xx

xx

xx

Nom de l'intervenant

Signature

Permis

aaaa/mm/jj