# Guide du clinicien des
# FORCES ARMÉES CANADIENNES
## sur la prévention du suicide

Canadian Psychiatric Association
*Dedicated to quality care*
Association des psychiatres du Canada
*Dévouée aux soins de qualité*

## AUTEURS

Juveria Zaheer, M.D., M. Sc.

Rahel Eynan, Ph. D.

Paul S. Links, M.D., M. Sc.

Paul Kurdyak, M.D., Ph. D.

Les auteurs aimeraient remercier la Maj Jennifer Purdy, Mme Julie Albert et le Dr Ravi Shaw pour leur soutien dans la préparation de ce manuel.

Les auteurs aimeraient remercier le Maj Jean Boily, le Dr Alain Lesage, la Dre Fabienne Rouyer-Ligier et la Dre Monique Séguin pour leurs suggestions et leur aide dans la préparation de la version française de ce manuel.

## REMERCIEMENTS

Ce guide a été préparé en collaboration par l'Association des psychiatres du Canada et la Direction de la santé mentale des Forces armées canadiennes.

La production du présent document a été rendue possible grâce à l'aide financière du ministère de la Défense nationale. Les opinions présentées ici sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques et opinions de l'Association des psychiatres du Canada.

## CITATION SUGGÉRÉE

Zaheer J, Eynan R, Links P, et al., Guide du clinicien des Forces armées canadiennes sur la prévention du suicide. Ottawa (Ont.) : Association des psychiatres du Canada; 2017.

Le suicide est un problème important au Canada et dans les Forces armées canadiennes (FAC). L'évaluation, la gestion et le traitement d'un patient suicidaire peuvent être difficiles et stressants, mais ils peuvent aussi être très enrichissants pour les cliniciens. Le présent guide a été préparé par l'Association des psychiatres du Canada (APC), en collaboration avec la Direction de la santé mentale, afin d'aider les cliniciens à travailler avec les patients à risque de suicide. Il fournit aussi des conseils en postvention, car lorsqu'un patient s'enlève la vie, il est important de soutenir nos collègues et les autres personnes touchées par le décès. Nous sommes reconnaissants d'avoir eu la possibilité de collaborer avec l'APC, et nous espérons que les renseignements utiles et d'actualité figurant dans ce guide du clinicien vous aideront dans l'exercice de vos fonctions.

| | | |
|---|---|---|
| Colonel R. Jetly<br>conseiller en santé mentale | Brigadier-général A. M. T. Downes<br>Médecin général | Colonel C. A. Forestier<br>directrice, Santé mentale |

© Association des psychiatres du Canada, 2017.
Tous droits réservés. Le présent document ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de l'Association des psychiatres du Canada.

Réviseure : Eryn Kirkwood
Graphiste : Elizabeth Payne

# TABLE DES MATIÈRES


**Introduction** ..... **1**

**Glossaire** ..... **2**

**Suicide : Renseignements généraux à l'intention des cliniciens** ..... **3**

Le suicide dans les forces armées ..... 3

Aperçu ..... 3

Facteurs de risque pour le suicide et les tentatives de suicide ..... 3

**Étape 1 : Identifier les personnes à risque de suicide** ..... **7**

Aperçu ..... 7

Approche de dépistage du risque de suicide ..... 7

Recommandations générales ..... 7

Scénarios cliniques où le dépistage est indiqué ..... 8

**Étape 2 : Évaluation du risque de suicide** ..... **11**

Aperçu ..... 11

Qu'entend–on par « évaluation du risque de suicide »? ..... 11

Indications pour une évaluation du risque de suicide ..... 11

Échelles normalisées et évaluation du risque de suicide ..... 12

Guide de gestion et de traitement ..... 13

Approches de l'évaluation du risque de suicide ..... 13

Composantes communes d'une évaluation réussie ..... 13

Évaluation du risque de suicide ..... 14

Évaluation d'un nouveau risque de suicide ..... 14

**Étape 3 : Gestion et traitement de patients présentant un risque élevé de suicide** ..... **23**

Principes généraux ..... 23

Surveillance et coordination des soins ..... 23

Communication avec la chaîne de commandement (contraintes à l'emploi pour raisons médicales) ..... 23

Soins axés sur le patient ..... 23

Participation de la famille ..... 24

Les ententes de renonciation au suicide sont déconseillées ..... 24

Composantes du plan de traitement ..... 25

Détermination du niveau approprié de soins et suivi ..... 25

Traitement des problèmes de santé mentale comportant un risque élevé de suicide ..... 31

Traitement des troubles de toxicomanie comportant un risque élevé de suicide ..... 33

Interventions ciblant le suicide ..... 33

Soutiens psychosociaux ..... 33

**Expérience du clinicien** ..... **34**
Expérience émotionnelle du travail avec des clients suicidaires ..... 34
Perdre un patient au suicide ..... 34
Soutien des cliniciens ..... 34
Soutien des familles, des proches et des militaires ..... 35
**Annexes** ..... **36**
Annexe 1 : Échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C–SSRS) *Screen Version* ..... 36
Annexe 2 : Échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C–SSRS) *Screener/Depuis la dernière visite (Autoadministré)* ..... 37
Annexe 3 : Questionnaire sur la santé du patient 9 (PHQ–9) ..... 38
Annexe 4 : Gabarit de documentation pour l'évaluation et la formulation des risques ..... 39
Annexe 5 : Échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C–SSRS) *Lifetime/Recent* ..... 42
Annexe 6 : Scénarios cliniques – Évaluation et gestion du risque de suicide, et traitement ..... 45
Annexe 7 : Échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C–SSRS) *Depuis la dernière visite (clinique)* ..... 52
Annexe 8 : Fiche d'information pour la famille ..... 55
Annexe 9 : Modèle de plan de sécurité ..... 57
**Notes** ..... **59**

# INTRODUCTION

Chaque année, près de 4 000 Canadiens s'enlèvent la vie[1]. Le suicide est la deuxième cause de décès chez les personnes âgées de 15 à 34 ans au Canada[2]. La grande majorité des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne se suicident pas, mais plus de 90 % des victimes souffraient de troubles mentaux ou de toxicomanie au moment du décès[3–5].

Les Forces armées canadiennes (FAC) ont commandé ce guide du clinicien sur la prévention du suicide dans un contexte militaire, créé en consultation avec la Direction de la santé mentale. Le présent guide est conçu à l'intention de tous les cliniciens, tant militaires que civils, qui travaillent dans le système de soins de santé des FAC. Ces cliniciens sont notamment des médecins de soins primaires, des psychiatres, des psychologues, des infirmières et infirmiers, des travailleurs sociaux, des intervenants en dépendance, des adjoints au médecin, des aumôniers de la santé mentale et des techniciens médicaux.

Ce guide a été éclairé par plusieurs lignes directrices et rapports fondés sur des données probantes :

1. *United States Veterans Affairs / Department of Defense Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide (2013)*[6].
2. *United States Air Force Guide for Suicide Risk Assessment, Management, and Treatment (2014)*[7].
3. *United States Air Force Primary Behavioral Health Care Services Practice Manual, Version 20. (2011)*[8].
4. *American Psychiatric Association Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors (2003, 2010)*[9].
5. *Manuel de prévention du suicide et d'évaluation du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) (2011)*[10].
6. *Guide d'évaluation du risque de suicide* : *une ressource pour les organismes de santé (2011)*[11].

Le présent guide se compose de cinq sections. La première donne un aperçu et des renseignements sur le suicide et sa prévention, au Canada et dans un contexte militaire. Nous espérons que cette information est pertinente et intéressante pour les cliniciens et peut accroître leur sensibilisation, leur aisance et leur compréhension de ce sujet. Les trois sections suivantes portent sur le dépistage, l'évaluation et la gestion des patients à risque de suicide et sont conçues pour être faciles à lire et à présenter aux cliniciens de toutes les disciplines. Enfin, la section 5, « Expérience du clinicien », met l'accent sur les enjeux et les défis auxquels vous faites face dans votre travail, y compris les obstacles à l'évaluation du risque de suicide, les ressources de formation, la documentation, l'équilibre entre la confidentialité et la sécurité en milieu militaire, le travail avec les familles, la chaîne de commandement militaire, et l'adaptation au suicide d'un patient.

Nous espérons que ce guide clinique servira de ressource facile à utiliser et fondée sur des données probantes aux intervenants de soins de santé, et qu'il les aidera à repérer, à évaluer et à gérer les membres des FAC à risque de suicide. La mort par suicide est une tragédie tant pour le patient que pour sa famille et sa collectivité, et peut être pénible pour tous les cliniciens traitants. Il est impossible de prédire les décès par suicide avec 100 % de certitude, mais les organisations et les cliniciens doivent s'efforcer d'entreprendre une évaluation du risque de suicide qui répond à la norme d'excellence en matière de soins. Une approche formalisée et uniforme aidera les cliniciens qui traitent des personnes à risque de suicide, travail difficile sur le plan émotionnel. De plus, nous espérons que le fait de parler ouvertement du risque de suicide avec les membres des FAC aidera à réduire la stigmatisation et à améliorer l'accès à des soins de santé mentale de qualité.

# GLOSSAIRE

Un langage commun pour les phénomènes liés au suicide permet aux cliniciens de communiquer clairement et de façon efficace entre eux et avec leurs patients. Les termes du présent glossaire sont employés tout au long de ce guide et sont conformes aux définitions utilisées dans les lignes directrices et la recherche sur l'évaluation du risque de suicide. Les termes ci-dessous sont tirés des définitions fournies dans l'ouvrage *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors* de l'American Psychiatric Association et l'Échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C-SSRS)[12–14].

**Suicide :** Mort auto-infligée avec preuve que la personne avait l'intention de mourir.

**Idéation suicidaire :** Pensées de quelqu'un qui souhaite mourir par suicide ou qui voudrait être mort.

**Idéation suicidaire passive :** Désir passif de mourir (je voudrais m'endormir et ne jamais me réveiller). Aucune intention ni aucun plan ne sont présents.

**Idéation suicidaire active :** Pensées de quelqu'un qui souhaite se suicider (peut être présente avec ou sans intention ou plan).

**Idéation suicidaire avec intention :** Pensées suicidaires avec attente et désir subjectifs de poser un acte autodestructeur qui entraînerait la mort.

**Idéation suicidaire avec plan :** Pensées suicidaires avec plan dont les détails ont été arrêtés en tout ou en partie.

**Actes ou comportements préparatoires :** Actes ou préparatifs en vue d'une tentative de suicide.

**Communication suicidaire :** Écrits ou paroles concernant le suicide, le désir de mourir ou la mort; menaces d'automutilation ou de suicide.

**Planification d'une méthode de suicide :** Élaboration d'un plan pour mourir, préparation à une tentative de suicide (c.-à-d. achat d'un fusil, préparation d'un nœud coulant ou accumulation de médicaments), mise à l'essai du plan.

**Préparation à la mort :** Préparatifs à la mort prévue (c.-à-d. faire un testament, dire adieu aux amis et à la famille, rédiger une note de suicide, faire don de ses possessions, prendre des dispositions pour le soin des personnes à charge).

**Comportements liés au suicide :** Automutilation, tentatives de suicide et décès par suicide.

**Automutilation :** Infliction délibérée de douleur ou actes d'automutilation sans intention de mourir.

**Tentative de suicide :** Comportement d'automutilation qui n'entraîne pas la mort, avec preuve que la personne avait l'intention de mourir ou qu'elle était ambivalente face à la mort.

**Tentative de suicide avortée :** Comportement d'automutilation potentielle où la personne avait l'intention de mourir, mais a interrompu la tentative avant de causer des dommages physiques.

**Létalité :** Risque objectif de dommages médicaux associés à un plan ou à un comportement lié au suicide (la perception du patient ou la létalité n'est pas nécessairement corrélée avec le risque réel).

**Facteurs de risque :** Facteurs modifiables ou non modifiables qui font augmenter la probabilité de comportement suicidaire.

**Signes précurseurs :** Preuve qu'un patient présente un risque élevé de suicide dans un avenir immédiat (minutes, heures, jours).

**Facteurs de protection :** Facteurs personnels, sociaux ou environnementaux qui réduisent la probabilité de comportement suicidaire.

# SUICIDE : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX À L'INTENTION DES CLINICIENS

## LE SUICIDE DANS LES FORCES ARMÉES

### APERÇU

Le suicide a été la troisième cause de mortalité chez les membres des Forces armées canadiennes (FAC) au cours des 25 dernières années[15]. Le nombre d'hommes membres de la Force régulière qui sont morts par suicide s'élevait à 239 entre 1995 et 2015, à 56 entre 1995 et 1999 (19,9/100 000), à 50 entre 2000 et 2004 (19,0/100 000), à 51 entre 2005 et 2009 (18,5/100 000), à 68 entre 2010 et 2014 (23,5/100 000) et à 14 en 2014 (24,9/100 000)[16]. Entre 1995 et 2015, 14 femmes membres de la Force régulière se sont suicidées[17].

### FACTEURS DE RISQUE POUR LE SUICIDE ET LES TENTATIVES DE SUICIDE

#### Données démographiques : sexe et âge

Les données américaines et canadiennes donnent à penser que les personnes qui meurent par suicide dans les forces armées sont disproportionnellement des hommes[18,19]. Dans la plupart des pays du monde, les femmes affichent des taux plus élevés d'idéation et de comportement suicidaires, tandis que la fréquence de suicide est plus élevée chez les hommes[20,21]. Les groupes d'âge plus jeunes sont associés à un risque plus élevé de suicide dans les forces armées.

#### Antécédents de tentatives de suicide ou d'automutilation délibérée

Des antécédents personnels de tentative de suicide ou d'automutilation délibérée constituent **le plus important facteur de risque** pour le décès par suicide dans les populations militaires et civiles, quels que soient les caractéristiques démographiques ou le diagnostic[22–29].

#### Maladie mentale, toxicomanie et soins de santé mentale

La présence d'un diagnostic de troubles mentaux est fortement associée à l'idéation suicidaire, aux tentatives de suicide et au décès par suicide chez les militaires[30]. Les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles liés à un traumatisme, les troubles de la personnalité et la toxicomanie sont tous associés à un risque plus élevé de suicide[31–33]. Le risque le plus élevé est enregistré chez les personnes qui ont reçu un diagnostic ou qui ont été traitées au cours du mois précédent. Le risque diminue ensuite au fil du temps, mais demeure élevé pendant une période de cinq ans ou plus suivant le diagnostic[34,35].

Il importe de noter que les militaires chez qui un trouble mental ou un trouble de toxicomanie a été diagnostiqué n'ont pas tous des pensées suicidaires, et que la plupart des personnes ayant des pensées suicidaires ne se suicident pas ou n'essaient pas de le faire. Toutefois, environ la moitié des membres des FAC morts par suicide recevaient des soins pour un trouble mental ou un trouble de toxicomanie au moment du décès. Selon le *Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes (de 1995 à 2015)*, 42,9 % des victimes souffraient d'un trouble dépressif documenté, 35,7 % d'un trouble lié à un traumatisme, 28,6 % d'un trouble anxieux et 42,9 % d'un trouble documenté de toxicomanie[36]. Dans l'ensemble, 64,3 %

des victimes de suicide avaient reçu au moins deux diagnostics de troubles mentaux ou de toxicomanie au moment du décès[37].

Une hospitalisation pour problèmes de santé mentale, et une hospitalisation récente en particulier, constitue un important facteur de risque pour le suicide chez les militaires[38–42]. En effet, les militaires qui ont déjà été hospitalisés pour des problèmes de santé mentale sont entre 7 et 20 fois plus susceptibles de mourir par suicide, même après avoir pris en compte d'autres facteurs de risque, y compris les tentatives de suicide et l'automutilation[43,44]. Le risque est particulièrement élevé durant la période de 12 mois suivant l'hospitalisation, mais il persiste tout au long de la vie du patient[45,46].

## Troubles du sommeil

Les difficultés du sommeil ont également été associées à un risque élevé de suicide en milieu militaire[47]. Les membres des forces armées souffrant de troubles du sommeil, y compris un sommeil de courte durée, présentaient des taux plus élevés de dépression, de trouble de stress post-traumatique (TSPT), de trouble panique, de toxicomanie et de suicide[48].

## Facteurs de stress liés à la santé

### ▶ *Traumatisme cranio-cérébral*

Il a été démontré que les traumatismes cranio-cérébraux font augmenter le risque de tentative de suicide et de décès par suicide dans les populations tant civiles que militaires[49–51]. Les patients atteints de traumatismes cérébraux ont des taux plus élevés de trouble mental et de déficience fonctionnelle, mais il semble que le risque de suicide persiste même après avoir pris en compte ces facteurs[52].

### ▶ *Douleurs chroniques et maladies médicales*

Les douleurs chroniques et les autres maladies sont des facteurs de risque connus pour les tentatives de suicide et le décès par suicide[53–56]. Dans les populations militaires, les préoccupations relatives à la santé physique, y compris la douleur, ont été associées à un comportement suicidaire[57–60].

## Traumatismes liés aux déploiements et au combat

Des études sur les anciens combattants de la Force régulière des FAC n'ont révélé aucune association directe entre l'idéation suicidaire et le déploiement, constatation conforme aux études antérieures avec prise en compte des autres facteurs de risque de suicide[61,62]. Toutefois, les facteurs de déploiement (y compris les traumatismes et autres facteurs de stress) peuvent prédire une présence accrue d'autres facteurs de risque pour le suicide. Les taux de TSPT et de troubles de panique chez les membres du personnel de la Force régulière qui avaient été déployés étaient deux fois plus élevés que ceux des membres qui ne l'avaient pas été[63]. Par contraste, les membres non déployés de la Force régulière (5,4 %) étaient plus susceptibles de déclarer des symptômes d'abus d'alcool ou de dépendance à l'alcool que leurs collègues déployés (3,4 %)[64].

## Traumatisme non lié au combat

Avoir des antécédents de traumatismes dans l'enfance est un facteur de risque indépendant pour l'idéation et les comportements suicidaires dans les populations tant civiles que militaires[65–70]. L'exposition à la maltraitance des enfants est plus élevée chez les militaires que dans la population en général. Dans un échantillon de membres des FAC prélevé en 2002, entre 1 % et 15 % des répondants ont déclaré avoir des antécédents de traumatismes dans l'enfance, y compris avoir subi des sévices physiques ou sexuels graves à la maison ou en avoir été témoin[71].

Selon d'autres études, les taux de traumatismes dans l'enfance variaient entre 17 % et 50 %[72].

Outre les traumatismes physiques et sexuels dans l'enfance, d'autres événements traumatisants, y compris la violence conjugale et les traumatismes sexuels à l'âge adulte, ont été associés à des taux plus élevés de tentatives de suicide dans les FAC[73]. Un effet « dose-réponse » a été noté : le risque de tentative de suicide augmente avec le nombre de traumatismes[74].

## Facteurs de stress psychosociaux

Les facteurs de stress psychosociaux et ceux liés à la santé, y compris les conflits conjugaux et familiaux, le stress financier, les questions disciplinaires et juridiques, le deuil et la douleur chronique ou l'incapacité, sont autant de facteurs de risque pour les tentatives de suicide et le décès par suicide chez les militaires[75–82]. Ces facteurs peuvent être de nature chronique (p. ex., une discorde conjugale persistante ou le stress au travail) ou plus aigus (p. ex., deuil ou divorce). Selon le *Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes (de 1995 à 2015)*, 92,9 % des suicidés avaient au moins un facteur de stress dans leur vie, 78,6 % en avaient plus d'un, et 50,0 % en avaient au moins trois avant le décès[83].

## Impulsivité

L'impulsivité s'est avérée un facteur de risque pour le suicide dans la population en général[84–86]. Des études ont également démontré un lien entre les comportements suicidaires et les conditions associées à une plus grande impulsivité, y compris le TSPT, la toxicomanie et les facteurs de stress interpersonnels récents[87–89].

## Accès à des armes à feu

L'accès aux armes à feu est un facteur de risque pour le suicide. Selon le *Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes (de 1995 à 2015)*, une arme à feu est la cause du décès dans 5 suicides sur 14, soit 35,7 % du total[90].

## Modifications de l'état mental : intoxication, psychose, labilité émotionnelle ou changement radical de la présentation

Les modifications aiguës de l'état mental, y compris l'intoxication et les nouveaux symptômes psychotiques, sont associées à un risque accru de suicide[91,92]. Les cliniciens doivent prendre ces changements très au sérieux, car le risque de suicide peut changer rapidement et de façon imprévisible dans ces contextes. Enfin, certaines études indiquent que les personnes peuvent sembler beaucoup plus calmes avant d'adopter un comportement suicidaire[93,94].

## Antécédents familiaux de suicide

Des antécédents familiaux de suicide ou de tentative de suicide sont associés à un risque accru de suicide chez les civils comme chez les militaires[95,96]. L'obtention de renseignements sur les antécédents familiaux de maladie mentale et de comportement suicidaire est un élément clé de l'évaluation du risque de suicide.

### ▶ *Facteurs de protection*

Les facteurs personnels, sociaux et naturels peuvent réduire le risque de suicide chez les militaires[97,98]. Bien que l'absence de facteurs de risque protège contre le suicide (par exemple, aucune préoccupation existante en matière de santé mentale ou de toxicomanie), des facteurs de protection favorisent la résilience et la sécurité dans le contexte du risque de suicide[99].

Il a été démontré que les traits personnels, y compris les stratégies d'adaptation positives, la capacité de percevoir, de comprendre et de gérer les émotions, et le sentiment de pouvoir agir sur son environnement, protègent contre l'idéation suicidaire, les tentatives de suicide et le suicide chez les membres des forces armées[100,101].

Soutien social est défini comme étant « la présence d'autres personnes, ou les ressources qu'elles fournissent avant, pendant et après un événement stressant »[102,103]. Le soutien social englobe le « sentiment d'appartenance », le « soutien tangible » (soutien matériel pour aider à régler les problèmes courants), le « soutien d'appréciation » (validation émotionnelle et rétroaction constructive), et le « soutien d'estime » (expressions de confiance, de respect et de préoccupation)[104,105]. Il a été démontré que les formes de soutien social, y compris l'engagement avec la famille, le fait d'avoir des enfants, et l'affiliation religieuse, protègent contre le suicide dans les milieux civils et militaires[106–109].

### ▶ *Recours aux services de santé mentale*

#### *Aperçu*

En 2013, 16,5 % des membres de la Force régulière des FAC répondaient aux critères de l'un ou de plusieurs des cinq troubles mentaux courants au cours des 12 derniers mois. La dépression et le TSPT étaient les troubles les plus répandus au sein du personnel, 8 % pour le premier et 5,3 % pour le deuxième en étant atteints[110]. Ces troubles nuisent au bien-être et peuvent entraîner une réduction de la productivité, de l'engagement organisationnel et de l'état de préparation au déploiement, une hausse de l'absentéisme et du taux d'attrition militaire, ainsi que l'épuisement professionnel[111–113].

#### *Obstacles aux soins*

Les obstacles aux soins peuvent comprendre la stigmatisation, le manque d'accès aux soins et les doutes relatifs à l'utilité du traitement.

### ▶ *Stigmatisation*

La stigmatisation est définie comme étant une « marque » ou une « marque d'infamie » associée à une identité ou à un sous-groupe particulier[114]. En termes pratiques, **la stigmatisation en santé mentale est un ensemble de croyances négatives à l'égard des personnes qui souffrent ou présentent des symptômes d'un trouble mental ou d'un trouble de toxicomanie, ou qui sont traitées pour ces problèmes.** La stigmatisation en santé mentale peut prendre trois formes différentes : la stigmatisation sociale, l'autostigmatisation et la peur d'être étiqueté[115].

**L'autostigmatisation** est la perte d'estime de soi et d'autoefficacité qui se produit lorsqu'une personne internalise les attitudes stigmatisantes de son environnement social et commence à croire qu'elle est moins importante que les autres et qu'elle sera rejetée par la plupart des gens[116]. En milieu militaire, l'autostigmatisation peut susciter des sentiments de honte ainsi qu'une tendance au secret et au retrait social, ce qui risque d'exacerber la maladie mentale par la solitude et l'isolement[117].

**La stigmatisation sociale** fait référence à la réaction du groupe social qui embrasse les stéréotypes et agit à l'encontre de la personne qui déclare une détresse mentale et cherche un traitement[118]. La crainte de la stigmatisation sociale et les actes discriminatoires qui peuvent l'accompagner, par exemple, un traitement différent par les dirigeants de l'unité, ajouteraient à la détresse des soldats déjà aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie[119,120].

**La peur d'être étiqueté** est étroitement liée à la stigmatisation sociale et fait référence au fait d'éviter délibérément de divulguer des symptômes de troubles mentaux ou de toxicomanie ou d'avoir recours aux services de santé mentale pour éviter la stigmatisation et les effets négatifs possibles d'un diagnostic formel[121].

### ▶ *Perception négative du traitement*

Il a été démontré que les attitudes négatives à l'égard du traitement des troubles mentaux ou de toxicomanie ont tendance à décourager les militaires à demander des soins[122–124]. Cette association indique que les croyances négatives entourant les soins de santé mentale, y compris les doutes relatifs au risque et à l'efficacité du traitement, ou la conviction qu'une personne peut régler elle-même ses problèmes, peuvent constituer un obstacle aux soins aussi, sinon plus important que la stigmatisation[125,126].

# ÉTAPE 1 : IDENTIFIER LES PERSONNES À RISQUE DE SUICIDE

### POINTS CLÉS :

- **Le risque de suicide de chaque patient doit être évalué dès le premier rendez-vous pour un problème de santé mentale, de toxicomanie ou pour toute préoccupation associée à un risque plus élevé de comportement suicidaire (douleur chronique, traumatisme cranio-cérébral, insomnie, etc.).**
- **Le risque de suicide change avec le temps.**
- **Les cliniciens doivent évaluer le risque de suicide des patients identifiés comme étant « à risque » à chaque rendez-vous.**
- **L'examen des antécédents psychiatriques, y compris les problèmes de toxicomanie et les comportements suicidaires, peut aider à identifier les patients à risque.**

## APERÇU

La première chose à faire dans l'évaluation et la gestion des comportements suicidaires consiste à identifier les personnes à risque élevé de suicide. Le « dépistage du suicide » met l'accent sur l'identification des personnes à risque de suicide au moyen de questions précises. Il peut être effectué séparément ou dans le cadre des soins de santé réguliers[127]. « L'évaluation du risque de suicide » fait référence à l'évaluation complète du risque par le clinicien. Elle est traitée dans la section suivante, qui porte sur l'évaluation du risque de suicide[128–130].

Le dépistage du risque de suicide dans les groupes cibles identifiés, y compris les personnes qui déclarent des symptômes de troubles mentaux, des facteurs de stress psychosociaux ou des problèmes de santé associés au risque de suicide, s'est avéré efficace[131,132]. Le dépistage du risque de suicide peut aussi appuyer la prestation de soins efficaces de santé mentale et fournir des renseignements utiles qui permettront de mieux comprendre le niveau de risque du patient tout au long du traitement[133]. Par exemple, il est crucial de savoir si un patient a des antécédents de dépression et de comportements suicidaires et s'il est actuellement stable, au cas où son état changerait à l'avenir. Étant donné que le risque de suicide change au fil du temps, n'importe quel patient identifié comme étant à risque doit être examiné lors de chaque rendez-vous clinique.

L'étape 1 de ce guide propose aux cliniciens des soins primaires et des soins en santé mentale une approche de dépistage pour les nouveaux patients et pour les patients avec qui ils ont une relation thérapeutique continue, ainsi que des renseignements sur la façon de reconnaître les groupes à risque de suicide.

## APPROCHE DE DÉPISTAGE DU RISQUE DE SUICIDE

### RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Si un patient a déjà été identifié comme présentant un risque élevé de suicide (c.-à-d. s'il a déclaré des pensées suicidaires ou s'il affiche des symptômes de dépression sévère), le clinicien doit procéder directement à l'évaluation du risque de suicide décrite à l'étape 2. Les sections qui suivent examinent les scénarios cliniques où il est prudent de déterminer le risque de suicide, puis proposent une approche de dépistage.

L'Échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C-SSRS) est un outil de dépistage utile en soins primaires et est offert en français et en anglais (annexe 1)[134]. L'échelle est administrée par le clinicien en quelques minutes et consiste en six questions. Le questionnaire autoadministré C-SSRS est également disponible pour les patients rencontrés en suivis (annexe 2)[135].

# SCÉNARIOS CLINIQUES OÙ LE DÉPISTAGE EST INDIQUÉ

## Rencontre d'un nouveau patient pour une évaluation de la santé mentale ou une évaluation initiale

1. Examinez la confidentialité et ses limites :
    - Tous les renseignements partagés avec les cliniciens des soins de santé sont confidentiels, et les cliniciens sont assujettis aux lois provinciales et fédérales sur la protection des renseignements personnels. Les renseignements ne sont normalement pas divulgués à la chaîne de commandement ni aux familles sans le consentement du patient.
    - Si le patient pose un risque imminent pour lui-même ou pour autrui et qu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour assurer la sécurité, le clinicien doit l'aiguiller vers le service des urgences. Il peut obtenir des renseignements complémentaires auprès d'autres personnes, à condition de ne partager aucune information sur le patient sans le consentement de ce dernier.
2. Examinez la documentation existante :
    - Le Système d'information sur la santé des Forces canadiennes (SISFC) contient les antécédents médicaux et le dossier d'examen physique au moment du recrutement, les résultats des examens médicaux périodiques (EMP) et du dépistage postdéploiement amélioré (DPA), ainsi qu'une description des soins reçus avant votre rencontre avec le client.
    - Examinez les documents relatifs aux problèmes de santé mentale (p. ex., trouble dépressif majeur, TSPT, troubles anxieux, toxicomanie, troubles d'adaptation, etc.).
3. Examinez en détail les antécédents de santé mentale, y compris l'utilisation de substances, et posez des questions sur les facteurs de stress psychosociaux, les pensées suicidaires, les incidents d'automutilation et les comportements suicidaires antérieurs :
    - L'objectif est de recueillir le plus de renseignements possibles afin de mieux comprendre le risque actuel et futur de suicide du patient.
    - Si le patient a de nouveaux problèmes actifs de santé mentale ou de toxicomanie, procédez à une évaluation complète du risque de suicide.
4. Effectuez un dépistage du risque de suicide. Nous recommandons d'utiliser le questionnaire C-SSRS. Documentez les résultats de façon appropriée.
5. Si le patient déclare « oui » à une des questions du C-SSRS, procédez à une évaluation complète et à la gestion du risque de suicide.
6. Posez des questions sur les personnes qui sont les plus importantes pour le patient, y compris la famille, les amis et les soutiens au sein des FAC ou de groupes religieux ou autres.
7. Fournissez des renseignements au patient sur les signes avant-coureurs du suicide, les soutiens en situation de crise et les ressources familiales.

## Suivi des patients, aucun facteur de risque identifié

1. Le patient doit faire l'objet d'un dépistage, idéalement au moyen du Questionnaire sur les Résultats, OQ-45.2.
2. Si les réponses du patient indiquent un risque de suicide, procédez à l'évaluation et à la gestion du risque de suicide (étape 3).

## Dépistage du risque de suicide dans les groupes à risque

Le questionnaire C-SSRS peut être utilisé avec tout les patients peu importe le diagnostique de santé mentale et doit être rempli pour tous les patients présentant des problèmes de santé mentale, des facteurs de stress psychosociaux, des antécédents de toxicomanie, de problèmes médicaux liés au suicide ou de comportements suicidaires[136]. Si le patient déclare « oui » à l'une des six questions du C-SSRS, procédez à une évaluation complète du risque de suicide. Les patients des groupes associés à un risque démographique plus élevé de suicide doivent faire l'objet d'un dépistage du risque de suicide à chaque rendez-vous.

### ▶ *Patients ayant un comportement suicidaire ou autodestructeur ou des pensées suicidaires*

Les antécédents de comportement suicidaire sont le facteur de prédiction le plus important de décès par suicide pour toutes les populations et tous les groupes d'âge et en milieu militaire[137–142]. Si un patient divulgue des antécédents de comportement suicidaire, d'automutilation ou d'idéation suicidaire pour la première fois, une évaluation complète du risque de suicide est nécessaire, peu importe le temps qui s'est écoulé depuis l'idéation suicidaire. Selon les résultats de l'évaluation du risque, il peut être souhaitable de procéder à un dépistage lors de chaque visite subséquente et de prêter attention à toute modification des pensées ou du comportement depuis le dernier rendez-vous.

### ▶ *Patients ayant des symptômes de troubles mentaux et de toxicomanie*

Pour évaluer et traiter un patient souffrant d'un trouble dépressif majeur, nous recommandons fortement aux cliniciens d'utiliser une échelle normalisée comme le Questionnaire sur la santé du patient 9 (PHQ-9) (annexe 3), en plus du C-SSRS. Le PHQ-9 est court, rempli par le patient et noté rapidement par le clinicien. Des études indiquent que les patients qui reçoivent des soins fondés sur des mesures de résultats affichent des taux de rémission plus élevés, se rétablissent plus rapidement et bénéficient d'une pharmacothérapie plus appropriée que ceux qui n'en reçoivent pas[143,144].

La question 9 du PHQ-9 sert à repérer la présence de pensées suicidaires et à en déterminer la durée (« penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre »). Si la réponse obtenue par le patient pour cette question est supérieure à zéro, procédez à une évaluation complète du risque de suicide.

### ▶ *Patients souffrant de problèmes médicaux chroniques associés au risque de suicide*

Plusieurs problèmes de santé ont été associés à un risque plus élevé de comportement suicidaire dans les populations militaires, dont la douleur chronique, l'insomnie, les troubles convulsifs et les traumatismes cérébraux[145–147]. Ces patients doivent faire l'objet d'un dépistage du risque de suicide à chaque visite.

En outre, certaines présentations, y compris la fatigue, le manque de concentration et les symptômes sans explication médicale, peuvent être un signe de dépression ou d'anxiété[148]. Les patients affichant ces symptômes qui se présentent aux soins primaires doivent faire l'objet d'un dépistage du risque de dépression selon l'échelle PHQ-9 (annexe 3). Une réponse positive au point 9 concernant les pensées suicidaires nécessite une évaluation complète du risque de suicide.

### ▶ *Préoccupations exprimées par des amis, des membres de la famille, des membres du clergé ou des militaires*

Les préoccupations exprimées par des amis, des membres de la famille, des membres du clergé ou des militaires au sujet du bien-être d'un patient sont de la plus haute importance. Si un membre de la famille se dit préoccupé par la santé mentale du patient ou par sa consommation accrue de substances, demandez-lui s'il craint pour la sécurité du patient : « Est-ce que votre être cher a exprimé le désir de mourir? »; « A-t-il révélé qu'il songeait à s'enlever la vie? »; « Est-il passé aux actes? »; et « Craignez-vous pour votre propre sécurité ou pour celle de votre entourage? ».

La confidentialité interdit le partage de renseignements sur le patient, mais vous pouvez obtenir des renseignements auprès des membres de sa famille ou de ses amis. Si les membres de la famille signalent des problèmes de sécurité, procédez directement à une évaluation formelle du risque de suicide, même si le patient n'admet pas avoir eu des pensées suicidaires.

### ▶ *Évaluation de santé mentale*

Si le patient des soins primaires est soumis à une évaluation formelle de la santé mentale ou de toxicomanie, que celle-ci soit urgente, non urgente ou émergente, une évaluation complète du risque de suicide doit être effectuée[149,150].

# ÉTAPE 2 : ÉVALUATION DU RISQUE DE SUICIDE

## APERÇU

Dans la section précédente, nous avons examiné l'importance du dépistage du risque de suicide. Si une évaluation complète est indiquée, la présente section vous aidera à l'effectuer. Elle met l'accent sur l'évaluation en milieu de soins primaires et de santé mentale.

Il importe de noter que l'évaluation du risque de suicide n'est pas une science exacte, et qu'il est impossible pour les cliniciens de prédire et de prévenir le suicide avec certitude pour chaque patient. L'objectif d'une évaluation formalisée du risque de suicide est de classer le risque de la meilleure façon possible comme faible, moyen ou élevé, afin d'assurer la sécurité du patient et de gérer les facteurs de risque modifiables susceptibles de mener au suicide, tout en respectant son autonomie et ses objectifs de traitement. Il est important de comparer le risque de suicide de la personne à son propre risque au fil du temps. **L'« Étape 2 : Évaluation du risque de suicide » est adaptée de l'ouvrage *United States Veterans Affairs / Department of Defense Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide (2013)*.**

## QU'ENTEND–ON PAR « ÉVALUATION DU RISQUE DE SUICIDE »?

L'évaluation du risque de suicide est le processus par lequel les cliniciens recueillent systématiquement et évaluent les informations pour estimer le risque de comportement suicidaire d'un patient[151–154]. Il s'agit d'un processus de collaboration où le clinicien recueille des renseignements provenant de plusieurs sources, dont le patient lui-même, sa famille et ses proches, les autres professionnels de la santé qui le soignent, et les dossiers cliniques disponibles[155,156].

L'évaluation du risque de suicide a évidemment pour objectif de repérer les patients qui courent le plus grand risque de suicide et qui ont besoin d'une intervention immédiate pour prévenir le comportement suicidaire (c.-à-d., consultation psychiatrique urgente ou hospitalisation), mais elle peut également aider à déterminer le traitement approprié, à mobiliser les forces et les soutiens, et à orienter la planification de la sécurité[157–159].

Les évaluations séquentielles du risque de suicide permettent au clinicien et au patient de suivre l'évolution du risque de suicide au fil du temps et de s'assurer que le patient reçoit un traitement approprié pour son état de santé mentale sous-jacent, sa consommation de substances ou les facteurs de stress psychosociaux.

## INDICATIONS POUR UNE ÉVALUATION DU RISQUE DE SUICIDE

Si le patient a déjà été identifié comme présentant un risque élevé de suicide (p. ex., s'il a divulgué des pensées suicidaires ou des symptômes de dépression sévère), le clinicien doit procéder directement à une évaluation du risque de suicide. **Il est important de noter qu'il existe des situations où une évaluation complète du risque de suicide est indiquée, même en l'absence de pensées ou de comportements suicidaires déclarés**[160]**.** Une évaluation complète du risque de suicide est indiquée dans les situations suivantes[161] :

1. Les outils de dépistage utilisés lors d'un rendez-vous quelconque indiquent que le patient présente un risque de suicide (c.-à-d. qu'il admet avoir voulu mourir ou avoir songé à s'enlever la vie en réponse à la question 9 du PHQ-9, ou que ses réponses au C-SSRS indiquent un risque de suicide).
2. Le patient déclare des pensées suicidaires durant l'évaluation et la gestion des problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de santé physique associés au risque de suicide (traumatismes cérébraux, douleur, troubles du sommeil).
3. Le patient rapporte avoir des pensées suicidaires durant un examen médical périodique ou un dépistage postdéploiement amélioré.
4. Toute évaluation de symptômes nouveaux ou croissants de problèmes de santé mentale (y compris la dépression, le TSPT, et particulièrement les affections à risque élevé comme la dépression ou la psychose postnatale, la manie ou l'hypomanie, ou tout symptôme psychotique).
5. Dans le contexte d'un comportement autodestructeur délibéré ou d'un comportement lié au suicide qui n'a pas été examiné ou qui est survenu récemment (c.-à-d. au cours de la dernière année).
6. Des membres de la famille, des amis, des membres de l'unité, des membres du clergé ou des commandants ont exprimé des préoccupations au sujet du comportement ou de la sécurité du patient.
7. Après qu'un patient a reçu son congé de l'hôpital en raison d'un comportement suicidaire.
8. Une perte importante ou un changement important de situation sociale, nouveaux ou prévus (rupture du mariage, frais juridiques, discipline militaire, libération imminente).
9. Une évaluation complète du risque de suicide doit être effectuée lors de l'évaluation initiale ou de toute évaluation d'une situation de crise.

# ÉCHELLES NORMALISÉES ET ÉVALUATION DU RISQUE DE SUICIDE

Plusieurs échelles d'évaluation ont été mises au point pour aider les cliniciens à évaluer le risque de suicide, et elles sont largement utilisées dans la recherche et dans certains contextes cliniques[162–164]. Bien que le suicide soit un événement rare et difficile à prédire, même pour le professionnel de la santé mentale le plus qualifié, des preuves solides indiquent que les outils formalisés aident à améliorer la qualité de l'évaluation du risque[165–169].

L'Échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C-SSRS) est un outil éprouvé d'évaluation qui aide à prédire le comportement suicidaire dans plusieurs populations et milieux, y compris les hôpitaux, les cliniques de soins primaires et spécialisées en santé mentale et toxicomanie, les études de recherche et les écoles[170–175]. Elle est aussi largement utilisée dans des milieux militaires incluant le Corps des Marines et les Forces aériennes des États-Unis et les Forces de défense d'Israël[176–178]. L'échelle C-SSRS comporte un outil spécifique aux militaires qui peut s'avérer très utile aux cliniciens des FAC dans le cadre d'une évaluation formelle du risque de suicide. Il a été démontré que les outils d'évaluation aident à améliorer la qualité de l'évaluation du risque, particulièrement pour les cliniciens moins expérimentés ou moins à l'aise dans ce domaine.

# GUIDE DE GESTION ET DE TRAITEMENT

Les cliniciens estiment le risque de suicide d'un patient afin d'éclairer les plans de gestion et de traitement immédiats, à court terme et à long terme. Conformément à plusieurs cadres cliniques et organisationnels, y compris les *United States Veterans Affairs / Department of Defense Clinical Guidelines*, qui orientent le présent guide, le risque de suicide est caractérisé comme étant aigu élevé, aigu moyen, aigu faible, ou non spécialement élevé[179–182]. Cependant, en l'absence de contexte ou de planification, dire qu'un patient court un risque faible, moyen ou élevé n'est utile ni pour le patient, ni pour le clinicien[183]. Les nouvelles stratégies d'évaluation du risque de suicide passent d'une évaluation catégorique du risque à un modèle incorporant l'« état de risque relatif » du patient (par rapport à une population, par exemple tous les membres des FAC traités pour des problèmes de santé mentale) et son « état de risque actuel » (par rapport à son état de référence personnel ou à son état à d'autres moments)[184]. L'évaluation du risque de suicide doit aussi guider la planification des soins et la répartition des ressources[185–187]. L'« Étape 3 : Gestion et traitement de patients présentant un risque élevé de suicide » contient des directives cliniques sur la conversion de l'évaluation du risque de suicide en plan de gestion et de traitement.

Le tableau 1, qui se trouve à la page 21 de ce guide et qui est adapté de l'ouvrage *United States Veterans Affairs / Department of Defense Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide*, est un outil utile qui aide les cliniciens à repérer les patients présentant un risque aigu élevé, moyen ou faible de suicide. Les patients sans pensées suicidaires actuelles ou récentes ni signes avant-coureurs sont classés comme n'étant pas « à risque aigu supérieur » de suicide. Il est important de se rappeler que le suicide n'est pas toujours un résultat prévisible et que le jugement des cliniciens peut l'emporter sur les lignes directrices.

# APPROCHES DE L'ÉVALUATION DU RISQUE DE SUICIDE

## COMPOSANTES COMMUNES D'UNE ÉVALUATION RÉUSSIE

Une évaluation du risque de suicide peut être effectuée par un clinicien dans n'importe quel cadre de traitement. L'approche et le contenu couvert varient, mais toutes les évaluations ont des composantes communes. Une bonne évaluation du risque de suicide repose sur : 1) la création d'un environnement sûr et confortable; 2) la formulation claire et transparente des limites de la confidentialité et de la justification de l'évaluation; 3) un examen approfondi des pensées et intentions suicidaires, des comportements préparatoires et des tentatives antérieures; 4) l'évaluation du besoin de renseignements complémentaires; et 5) la formulation et la documentation.

### Création d'un environnement sûr, confortable et solidaire

Parler du suicide peut provoquer des sentiments d'anxiété et de honte chez les patients, et peut mettre les cliniciens mal à l'aise[188,189]. Plusieurs facteurs peuvent atténuer ces émotions difficiles et favoriser une évaluation plus efficace.

#### ▶ *Sécurité*

Si un patient est menaçant ou agressif, le clinicien ne doit pas tenter d'évaluer le risque de suicide lui-même. S'il semble présenter un risque imminent de se faire du mal ou d'en faire à autrui, ou s'il a déjà commis des actes violents ou autodestructeurs et qu'il paraît encore agité, il faut appeler la police et effectuer l'évaluation au service des urgences.

### ▶ *Formation et confiance du clinicien*

Des études indiquent que le manque de confiance d'un clinicien dans ses propres compétences a une incidence sur l'aise avec laquelle il pose des questions concernant le suicide[190]. Il a été démontré qu'une formation sur l'évaluation du risque de suicide aide à améliorer la qualité de l'évaluation par le clinicien. La Columbia Lighthouse Foundation offre des cours gratuits en ligne aux cliniciens qui souhaitent utiliser le questionnaire C-SSRS complet dans l'exercice de leurs fonctions : (**http://cssrs.columbia.edu/training/training-options/**).

### ▶ *Gestion des contraintes de temps*

Le dépistage des problèmes de santé mentale lors de la première rencontre avec un patient et l'examen de la documentation antérieure (voir « Étape 1 : Dépistage du risque de suicide ») peuvent permettre de gagner du temps lorsqu'une évaluation formelle des risques est nécessaire, car le clinicien est alors au courant des diagnostics antérieurs et du traitement des problèmes de santé mentale, des antécédents familiaux de comportements suicidaires et des antécédents personnels d'idéation ou de comportements suicidaires. Même si les premières évaluations du risque de suicide peuvent prendre du temps, avec la pratique, la majorité d'entre elles peuvent être effectuées en 15 minutes ou moins. L'utilisation d'un format uniforme pour documenter l'évaluation et la formulation favorise également la rigueur et l'efficacité. Un modèle d'évaluation du risque de suicide à l'intention des cliniciens est inclus à l'annexe 4 de cette section.

## Examen de la confidentialité et de ses limites

L'Instruction 5026-56 du Groupe des services de santé des Forces canadiennes, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) énoncent les pratiques requises en matière de protection des renseignements personnels dans le système de soins de santé des FAC. Toutefois, les cliniciens doivent intervenir si un patient présente un risque de causer des blessures importantes à lui-même ou à autrui.

Comme il est expliqué dans la section sur le dépistage, le clinicien et le patient doivent examiner les éléments suivants :

- Tous les renseignements partagés avec les cliniciens des soins de santé sont confidentiels, et les cliniciens sont liés par les lois fédérales et les directives des Services de santé des Forces canadiennes. Les renseignements ne sont pas divulgués à la chaîne de commandement ni aux familles sans le consentement du patient.
- Si le patient pose un risque imminent de préjudice pour lui-même ou pour autrui et qu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour assurer la sécurité, le clinicien doit l'aiguiller vers le service des urgences et divulguer des renseignements confidentiels si nécessaire. Il peut obtenir des renseignements complémentaires auprès d'autres personnes, à condition de ne partager aucun renseignement sur le patient sans le consentement de ce dernier.

# ÉVALUATION DU RISQUE DE SUICIDE

## ÉVALUATION D'UN NOUVEAU RISQUE DE SUICIDE

Une nouvelle évaluation du risque de suicide peut être effectuée la première fois que vous rencontrez un patient ou si un patient avec qui vous avez une relation présente un risque de suicide ou divulgue de nouvelles pensées suicidaires. Lorsque vous évaluez un patient pour la première fois, suivez les étapes protocolaires décrites ci-dessous[191] :

1. Procédez à une évaluation du risque actuel de suicide, en mettant l'accent sur les pensées suicidaires, les plans, les comportements préparatoires, les incidents d'automutilation récents ou les comportements suicidaires.
2. Examinez les facteurs de risque et les signes avant-coureurs qui peuvent amener quelqu'un de l'idéation à l'intention, puis au comportement.
3. Intégrez tous les renseignements pour estimer le risque du patient par rapport à son propre état de référence, et déterminez le niveau de soins requis.

L'évaluation du risque de suicide peut être stressante pour le clinicien comme pour le patient. **Il est important de se rappeler que poser des questions liées au suicide à un patient ne fait pas augmenter son risque de suicide.**

## Évaluation de l'idéation suicidaire, de l'intention et du plan, du comportement préparatoire et des comportements récents liés au suicide

Le clinicien doit suivre une approche structurée pour examiner l'idéation suicidaire, à l'heure actuelle et tout au long de la vie, ainsi que l'intention et le plan, le comportement préparatoire et les comportements récents liés au suicide. La version « Lifetime/Recent » du questionnaire C-SSRS peut servir de guide détaillé aux cliniciens évaluant le risque de suicide qui ont reçu une formation sur l'utilisation de cet outil (annexe 5)[192]. Elle aide les cliniciens à évaluer l'idéation suicidaire, l'intention, les comportements préparatoires et les comportements liés au suicide au cours du dernier mois et durant les périodes où le patient a eu les pensées suicidaires les plus fortes de sa vie[193].

Les questions doivent être posées avec calme et sympathie, et sans porter de jugement (c.-à-d. en commençant par les pensées suicidaires, puis en passant à l'intention, aux comportements préparatoires et aux tentatives de suicide). On ne s'attend pas à ce que le clinicien pose toutes les questions suggérées ci-dessous. L'objectif est plutôt de créer un sentiment de confort et de fournir un cadre d'évaluation sécuritaire et approfondie au clinicien.

### ▶ *Idéation suicidaire*

Les points suivants doivent être couverts lors de l'évaluation et sont présentés avec des exemples de questions applicables à divers scénarios cliniques et motifs d'évaluation. Les cliniciens doivent couvrir le dernier mois ainsi que la vie du patient. Il est important de noter que l'idéation suicidaire peut se produire avec ou sans intention et avec ou sans plan.

1. Explorez les attitudes à l'égard de la vie et la présence d'**idéation suicidaire passive** (p. ex., vouloir s'endormir et ne pas se réveiller). Le clinicien peut commencer par poser des questions sur les sentiments du patient au sujet de la vie en général, et ces questions peuvent être mises en contexte par l'information recueillie précédemment[194].

   Questions suggérées :

   - « Avez-vous déjà pensé que la vie ne valait pas la peine d'être vécue? »
   - « Avez-vous déjà souhaité être mort(e) ou vous endormir et ne jamais vous réveiller? »
   - « Je vois sur le questionnaire PHQ-9 que vous avez rempli aujourd'hui qu'il y a des jours où vous pensez à la mort. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet? »
   - « Votre conjoint(e) m'a dit que vous aviez mentionné que ce serait un soulagement pour vous d'aller vous coucher et de ne jamais vous réveiller. Est-ce un sentiment que vous avez eu récemment? »
   - « S'est-il passé quelque chose qui a provoqué ces pensées? »

2. Le clinicien doit alors poser des questions directes sur l'i**déation suicidaire active** (c.-à-d. les pensées de se suicider) :
    - « Avez-vous déjà réellement pensé à vous suicider? »
    - « Avez-vous déjà rêvé de vous enlever la vie? »
    - « Je vois sur le questionnaire de l'Échelle d'évaluation de Columbia que vous remplissez à chaque visite que vous avez récemment songé à vous suicider. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet? »
3. Le clinicien doit alors caractériser les idées suicidaires en posant des questions au patient sur le moment où il a commencé à entretenir ces réflexions, sur leur contenu, leur intensité et leur fréquence, ainsi que sur sa réaction émotionnelle aux pensées. Le clinicien doit aussi déterminer si c'est la première fois que le patient a éprouvé ces sentiments et comparer cette période aux épisodes antérieurs d'idéation suicidaire au cours de la vie du patient :
    - « Pouvez-vous décrire vos pensées suicidaires? »
    - « Avez-vous souvent ces pensées? Quelques fois par semaine? Tous les jours? Combien de temps durent-elles? Avez-vous remarqué si elles sont déclenchées par un événement en particulier? »
    - « Quelle est l'intensité de ces pensées? Deviennent-elles plus intenses? »
    - « Quelles émotions se rattachent à ces pensées? Sont-elles troublantes? Vous procurent-elles un sentiment de soulagement? »
    - « Ces pensées ont-elles déjà été plus fréquentes ou plus intenses que maintenant? Quand? Qu'est-ce qui est différent? »

### ▶ *Plan de suicide et intention de suicide*

**L'idéation suicidaire active avec plan** désigne les pensées suicidaires avec plan dont les détails ont été arrêtés en tout ou en partie[195,196]. **L'idéation suicidaire avec intention** désigne les pensées suicidaires avec attente subjective et désir de commettre un acte autodestructeur qui se conclurait par la mort[197,198]. Les patients peuvent avoir une **idéation suicidaire active sans plan ni intention**, une **idéation suicidaire active avec plan, mais sans intention**, une **idéation suicidaire active avec intention, mais sans plan** ou une **idéation suicidaire active avec intention et plan**[199]. Il incombe au clinicien de déterminer la puissance de l'intention ainsi que la létalité et la faisabilité du plan et l'accès aux moyens d'exécution.

1. Le clinicien doit mettre l'accent sur le contenu des pensées suicidaires, en particulier sur les méthodes de suicide que le patient a décrites et la létalité du plan :
    - « Lorsque je vous ai demandé de décrire vos pensées, vous avez mentionné que vous imaginez parfois de vous pendre. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet? »
    - « Avez-vous déjà pensé à des moyens de mettre fin à votre vie? »
    - « Combien de temps passez-vous à penser à des façons de mettre fin à votre vie? »
    - « Pensez-vous que le plan entraînerait votre mort? »
    - « Avez-vous parlé à quelqu'un de votre plan? Avez-vous pensé à la façon dont les gens peuvent vous protéger, ou essayez-vous de trouver des façons de vous isoler pour faciliter l'exécution de votre plan? »
    - « Avez-vous déjà pensé à des façons de vous tuer avant dans le passé? Quand vos pensées étaient-elles les plus intenses? »
2. Le clinicien doit explorer la faisabilité du plan divulgué et l'accès aux moyens d'exécution. **Le clinicien doit toujours demander au patient s'il a accès à des armes à feu ou à des médicaments sur ordonnance ou en vente libre, quel que soit le plan divulgué** :

- « Vous avez mentionné que vous aviez songé à prendre une surdose de vos médicaments. Quelle quantité de médicaments avez-vous à la maison? Pensez-vous que cela est suffisant pour mettre fin à votre vie? Avez-vous pensé à la façon d'obtenir plus de médicaments? »
- « Avez-vous des armes à feu à la maison? Avez-vous accès à une arme à feu? »
- « Vous avez déclaré avoir songé à utiliser un réservoir d'hélium pour mettre fin à votre vie. Savez-vous où en trouver un? Est-il facile d'y accéder? »

3. Le clinicien doit examiner en détail l'intention du patient de mourir. **L'intention de mourir est un facteur de risque important pour le suicide :**
   - « Certaines personnes sont dérangées par les pensées suicidaires mais ne souhaitent pas mourir. D'autres pensent que le suicide est la meilleure option pour eux. Quels sont vos sentiments à cet égard? »
   - « Pourquoi le suicide est-il une option attrayante pour vous? Qu'est-ce qui le rend moins attrayant? »
   - « Parlez-moi de votre désir de mourir. Quelle est l'intensité de ce désir? Qu'est-ce qui vous a empêché de passer à l'acte jusqu'ici? »
   - « Prévoyez-vous de vous enlever la vie aujourd'hui? Cette semaine? À un moment donné à l'avenir? »
   - « Est-ce qu'il y a des moments où votre désir de mourir est plus intense (p. ex., après une querelle avec une personne aimée ou lorsque vous êtes ivre)? »
   - « Qu'est-ce qui pourrait vous amener à vous enlever la vie? »
   - « Qu'est-ce qui devrait arriver pour vous amener à conclure que vous ne voulez pas mourir? »
   - « Y a-t-il déjà eu une période dans le passé où votre désir de mourir était plus intense qu'aujourd'hui? Parlez-moi de ce moment-là. Qu'est-ce qui n'a pas changé? Qu'est-ce qui est différent? »
   - « Dans quelle mesure maîtrisez-vous vos pensées suicidaires en ce moment? Y a-t-il eu des moments au cours du dernier mois où vous vous sentiez moins maître de la situation? Vous croyez-vous capable de céder à vos pulsions suicidaires? »
4. Le clinicien doit évaluer la perception, par le patient, des conséquences du suicide ainsi que les moyens de décourager les comportements liés au suicide (tentatives de suicide ou décès par suicide) :
   - « Si vous décidiez de vous suicider, comment cela affecterait-il les gens autour de vous? » (Les patients qui se sentent aliénés ou qui estiment constituer un fardeau pour autrui présentent un risque plus élevé de suicide[200,201].)
   - « Quelles sont vos raisons de vivre? »
   - « Espérez-vous que les choses s'améliorent? »
   - « Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir mieux qu'aujourd'hui? »

### ▶ *Actes ou comportements préparatoires*

Les **actes ou comportements préparatoires** sont les actes ou préparatifs menant à une tentative de suicide[202,203]. Ils comprennent les **communications suicidaires** (écrits ou paroles concernant le suicide, le désir de mourir ou la mort, ou menaces d'automutilation ou de suicide), la **planification d'une méthode de suicide** (élaboration d'un plan; préparatifs en vue d'une tentative, p. ex., achat d'une arme à feu et mise à l'essai du plan), et la **préparation à la mort** (p. ex., rédiger un testament, dire adieu aux amis et à la famille, écrire une note de suicide, faire don de ses possessions, prendre des dispositions pour le soin des personnes à charge)[204,205].

Les actes et comportements préparatoires sont des **signes avant-coureurs clairs** des tentatives de suicide et signifient que le patient présente un risque élevé de suicide, même en l'absence d'autres facteurs de risque[206]. Si le patient accomplit ces actes ou adopte ces comportements, mais qu'il les minimise devant le clinicien, il faut quand même procéder à d'autres évaluations urgentes de la santé mentale.

1. Évaluation des communications suicidaires

   Le clinicien doit poser des questions sur les méthodes de communication des pensées à d'autres personnes, notamment les paroles ou écrits concernant le suicide et les menaces d'automutilation ou de suicide :

   - « Avez-vous mentionné à un proche que vous songiez à vous suicider? Avez-vous mentionné de telles pensées dans le passé? »
   - « Votre collègue s'est dit préoccupé par le fait que vous aviez mentionné que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Pouvez-vous me parler de cette conversation? »
   - « Vous avez mentionné que lorsque vous êtes en colère, vous dites à votre conjoint(e) que vous "seriez aussi bien de vous suicider". Quand cela s'est-il produit pour la première fois? Quelle réaction espériez-vous? Étiez-vous sincère? Dans quelle mesure se faisait-il (elle) du souci pour vous? »

2. Évaluation de la planification d'une tentative de suicide

   De nombreuses personnes qui ont des idées suicidaires ont des images ou des fantasmes mentaux sur la façon dont elles s'enlèveraient la vie, mais la plupart d'entre elles ne passent pas à l'étape du comportement de planification. À cette étape, la personne passe du temps à élaborer un plan, prend des mesures pour se préparer à une tentative et met le plan à l'essai. Le clinicien doit évaluer ces comportements avec soin :

   - « Avez-vous fait des recherches en ligne sur les moyens de mettre fin à votre vie? Combien de temps avez-vous consacré à ces recherches? Quelle est leur fréquence? »
   - « Avez-vous envisagé plusieurs plans et choisi celui qui vous semble le plus facile à réaliser? »
   - « Quelles mesures avez-vous prises pour vous préparer au suicide? Avez-vous acquis une arme à feu? Amassé des médicaments? Acheté une corde? Cherché des ponts? »
   - « Avez-vous envisagé des stratégies pour faciliter la tentative de suicide (c.-à-d. prévoyez-vous de vous isoler, d'utiliser des substances intoxicantes ou autres pour réduire la peur de la mort)? »
   - « Avez-vous fait des essais pratiques (p. ex., en passant mentalement en revue les étapes de la tentative, en chargeant un pistolet, en vous coupant dans l'intention de vous donner du courage pour affronter la mort, en vous mettant une corde autour du cou)? »

3. Évaluation des préparatifs

   Le clinicien doit poser des questions au sujet de tout comportement préparatoire à la mort, notamment dire adieu à ses proches, rédiger une note de suicide, mettre ses finances en ordre ou prendre des dispositions pour le soin des personnes à charge :

   - « Avez-vous essayé de communiquer avec des proches pour leur dire adieu? »
   - « Avez-vous pris des dispositions pour votre décès, par exemple en rédigeant un nouveau testament, en souscrivant une assurance-vie ou en mettant vos finances en ordre? »
   - « Avez-vous rédigé ou commencé à rédiger des notes de suicide? »
   - « Avez-vous fait don d'effets personnels ou pris des arrangements pour le soin de votre chien ou de votre chat en prévision du décès? »

### ▶ *Comportement lié au suicide (tentatives de suicide et automutilation)*

Même si l'absence de tentatives de suicide n'exclut pas le décès par suicide, sa présence augmente considérablement le risque[207]. Une **récente tentative de suicide** est une indication de la nécessité d'une évaluation urgente du risque de suicide par un professionnel de la santé mentale[208,209].

L'automutilation sans intention de mourir est un facteur de risque indépendant pour le suicide, et une escalade du comportement d'automutilation (c.-à-d. augmentation de la fréquence ou de la gravité par rapport à la base de référence) est un précurseur potentiel du décès par suicide[210–212].

1. Établissez une liste complète des tentatives de suicide antérieures et des tentatives avortées :
   - Le clinicien doit poser des questions afin de déterminer le nombre de tentatives de suicide antérieures et passer en revue les circonstances entourant chacune d'elles, y compris 1) les symptômes de maladie mentale avant la tentative, 2) le degré de planification, 3) les efforts déployés pour s'isoler / comment la personne a été trouvée (p. ex., a-t-elle demandé de l'aide), 4) la létalité et les conséquences médicales, 5) la recherche d'aide subséquente, et 6) la réaction émotionnelle après avoir survécu à la tentative.
   - Le clinicien peut demander si la situation actuelle ressemble à celle qui existait au moment des tentatives de suicide antérieures ou s'il y a des différences.
   - Pour les patients qui ont fait plusieurs tentatives de suicide, le tableau clinique est plus compliqué, et un aiguillage vers un professionnel de la santé mentale est justifié, même en l'absence de risque aigu.
2. Passez en revue les antécédents d'automutilation délibérée (notamment se couper, se gratter, se frapper la tête, se brûler) :
   - Prenez en note le moment de l'apparition du comportement, sa fréquence, sa gravité, l'évolution des tendances, et l'intention.
   - Examinez les justifications du patient (p. ex., pour soulager le stress, pour se punir, pour communiquer sa détresse, pour gérer la dissociation).

## Examen des facteurs de risque, des facteurs de protection et des signes avant-coureurs du suicide

1. Évaluez les facteurs de risque non modifiables
   - La plupart de ces renseignements sont facilement accessibles au clinicien (âge, sexe, état matrimonial).
   - Certains renseignements, y compris l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les antécédents familiaux de comportement suicidaire, doivent être obtenus à cette étape, s'il y a lieu.
   - Posez des questions sur les facteurs de risque de nature médicale, y compris les antécédents de traumatismes cérébraux et de douleur chronique.
   - Vous aurez déjà obtenu les antécédents de risque de suicide qui permettent de mieux comprendre le risque non modifiable du patient.
2. Évaluez les facteurs de risque et les signes avant-coureurs
   - Idéalement, vous disposerez d'une grande partie de ces renseignements dès votre première rencontre avec le patient (voir « Scénarios cliniques : Rencontrer un nouveau patient pour une évaluation de la santé mentale ou une évaluation initiale »).
   - Notez tout diagnostic antérieur de trouble de l'humeur, de trouble anxieux, de trouble psychotique, de trouble de la personnalité ou de toxicomanie. Passez en revue les hospitalisations psychiatriques.
   - Examinez les symptômes psychiatriques actuels ainsi que leur gravité et leur intensité. Les échelles peuvent être utiles ici, y compris le PHQ-9 pour les symptômes dépressifs. Examinez toute consommation actuelle de substances, y compris l'alcool, le cannabis, les stimulants, les benzodiazépines et les opiacés.

- Posez des questions sur les problèmes médicaux nouveaux ou ceux qui se sont aggravés, particulièrement la douleur chronique et les traumatismes cérébraux.
- Examinez les changements récents de médicaments ou les effets secondaires (par exemple, les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine [ISRS] chez les personnes de moins de 24 ans peuvent être associés à un risque accru de suicide).
- Renseignez-vous sur les facteurs de stress psychosociaux : relations, rendement ou conflit au travail, ou stress financier. Examinez les changements dans le niveau de fonctionnement et les pertes récentes.
- Accordez une attention particulière aux signes et aux symptômes liés aux signes avant-coureurs de comportement suicidaire, y compris l'agression et la violence envers autrui, l'impulsivité, une aggravation de l'anxiété générale, les crises de panique, l'insomnie, le désespoir et la psychose[213].

3. Évaluez les facteurs de protection
   - Évaluez les facteurs de protection personnels et sociaux et ceux liés au traitement :
     - Le patient est-il coopératif, ouvert et honnête au sujet de ses pensées suicidaires? Est-il disposé à discuter d'un plan de sécurité avec sa famille?
     - Le patient a-t-il demandé de l'aide lui-même? Est-il optimiste et positif au sujet du traitement?
     - A-t-il révélé sa détresse et ses pensées suicidaires à des proches ou à des collègues? Ceux-ci lui ont-ils offert un soutien?

## Évaluation du besoin de renseignements complémentaires

Si un patient se présente lui-même et qu'il est à faible risque de suicide, il ne sera peut-être pas nécessaire d'obtenir des renseignements complémentaires. Toutefois, si le patient y consent, il pourrait être utile d'engager sa famille et son unité dans la création d'un plan de sécurité.

En cas de risque élevé de suicide, particulièrement chez les patients qui sont réservés ou vagues ou qui minimisent leur comportement préparatoire ou lié au suicide, il est recommandé de recueillir des renseignements complémentaires auprès de la famille.

Si le patient présente un risque aigu faible ou moyen, mais qu'il a été identifié par sa famille, par des membres du clergé ou par d'autres militaires comme présentant un risque de suicide, il faut obtenir des renseignements complémentaires si le patient y consent. Sinon, n'oubliez pas qu'un clinicien peut recueillir des renseignements auprès des proches sans divulguer d'information sur le patient. Si l'évaluation a été faite en réponse aux préoccupations de la famille ou d'une autre personne, il faut toujours communiquer avec cette personne.

## Formulation et documentation du risque de suicide : intégration de tous les renseignements afin d'estimer le risque de suicide, en mettant l'accent sur l'état de risque relatif et l'état de risque actuel

La formulation du risque de suicide fait référence à l'intégration de l'évaluation du risque afin d'attribuer un niveau de risque aigu. La formulation du risque permet aux cliniciens de prévoir le niveau approprié de soins pour assurer la sécurité du patient et fournir un traitement adéquat permettant de réduire son risque, d'améliorer ses symptômes et de promouvoir son rétablissement. L'évaluation du risque de suicide doit indiquer l'état de risque **relatif** du patient (par rapport à une population, par exemple, toutes les personnes qui ont reçu un diagnostic de dépression et qui sont traitées pour dépression) et l'état d**e risque actuel** (comparativement à son état de référence personnel ou à son état en période de risque plus élevé).

Le tableau 1 présente un cadre permettant de déterminer le niveau de risque et le niveau approprié de soins. L'annexe 6 donne des exemples de formulation du risque et illustre le lien entre le niveau de risque et le plan de sécurité et de traitement. Enfin, l'annexe 4 fournit un modèle de documentation qui peut être utilisé par tous les cliniciens des soins primaires.

**TABLEAU 1. Détermination du niveau de risque de suicide et mesures appropriées en milieu de soins primaires***

| RISQUE DE TENTATIVE DE SUICIDE | INDICATEURS DU RISQUE DE SUICIDE | FACTEURS CONTRIBUTIFS† | MESURE INITIALE FONDÉE SUR LE NIVEAU DE RISQUE |
|---|---|---|---|
| Risque aigu élevé | ☐ **Idéation** suicidaire persistante<br>☐ Forte **intention** d'agir ou de planifier<br>☐ Incapacité de contrôler ses **impulsions**<br>OU<br>☐ **Tentative récente de suicide** ou **comportement préparatoire** | ☐ État aigu de troubles mentaux ou symptômes psychiatriques aigus (psychose, agitation, intoxication)<br>☐ Événements **déclencheurs** aigus (perte récente, conflit ou baisse de statut)<br>☐ Facteurs de **protection** inadéquats | ☐ Discuter de la nécessité d'une évaluation immédiate de l'état de santé mentale avec le patient<br>☐ Contacter l'hôpital le plus proche pour une évaluation d'urgence<br>☐ Si le patient ne peut pas ou ne veut pas être escorté de façon sécuritaire jusqu'à l'hôpital, obtenir un certificat d'admission en vertu de la loi sur la santé mentale de votre province ou territoire<br>☐ Obtenir des renseignements complémentaires auprès de la famille<br>☐ Aviser le médecin–chef de la base ou de l'escadre<br>☐ Produire une documentation exhaustive |
| Risque aigu modéré | ☐ **Idéation** suicidaire actuelle<br>☐ **Aucune intention** d'agir<br>☐ **Aucune tentative récente** ni **aucun comportement préparatoire** ou passage à l'acte | ☐ Existence de **signes avant–coureurs** ou de **facteurs de risque**††<br>ET<br>☐ **Facteurs de protection** limités | ☐ Soumettre le patient à une évaluation urgente de la santé mentale (psychiatrie ou psychologie) pour une évaluation plus approfondie<br>☐ Obtenir des renseignements complémentaires afin d'éclairer la planification de la sécurité, notamment en restreignant l'accès aux moyens<br>☐ Produire une documentation exhaustive |
| Risque aigu faible | ☐ **Idéation** suicidaire récente<br>☐ Aucune **intention** d'agir ou de planifier<br>☐ Capacité de contrôler ses **impulsions**<br>☐ Aucune planification ni mise à l'essai d'un acte de suicide<br>☐ Aucune tentative précédente | ☐ Existence de **facteurs de protection**<br>☐ ET<br>☐ **Facteurs de risque** limités | ☐ Consulter les services de santé mentale<br>☐ Amorcer le traitement pour les problèmes sous–jacents<br>☐ Procéder à une planification de la sécurité<br>☐ Encourager la collaboration avec les soutiens militaires et la famille<br>☐ Produire une documentation exhaustive |

† Les facteurs de modification qui font augmenter le niveau défini de risque de suicide comprennent ce qui suit :

- Toxicomanie aiguë : les antécédents d'abus d'alcool ou d'autres substances sont également associés à un jugement déficient et peuvent accroître la gravité de la suicidalité et du risque d'acte de suicide.
- L'accès aux moyens (armes à feu, médicaments) peut accroître le risque d'acte de suicide.
- L'existence de multiples facteurs de risque ou signes avant–coureurs ou l'absence de facteurs de protection peuvent accroître le risque d'acte de suicide.

†† Les preuves de signes avant–coureurs de comportement suicidaire devraient faire augmenter l'indice de suspicion du clinicien, même si le patient refuse d'admettre une idéation suicidaire (p. ex., s'il envisage un plan, mais refuse d'admettre des pensées ou une idéation suicidaires).

* Ce tableau est adapté du tableau 1. Déterminer le niveau de risque de suicide et les mesures appropriées en milieu de soins primaires d'après la directive *United States Veterans Affairs / Department of Defense Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide* (p. 19).

## Évaluation du risque de suicide continu

Nous recommandons le dépistage du risque de suicide pour tous les patients qui reçoivent des soins de santé mentale en milieu de soins primaires. Le questionnaire C-SSRS – Depuis la dernière visite – Auto-administré (annexe 2) est un outil utile dans les cas de ce genre.

Nous recommandons une évaluation formelle du risque de suicide lors de chaque rendez-vous pour les personnes à risque moyen ou élevé de suicide. De plus, il est déterminé que le patient entretient des pensées suicidaires ou satisfait à l'un des critères énoncés plus tôt dans la section « Indications pour l'évaluation du risque de suicide ». Avec la formation appropriée, le questionnaire C-SSRS – Depuis le dernier contact – Clinique (annexe 7) peut aider les médecins de soins primaires à effectuer une évaluation du risque récurrent.

# ÉTAPE 3 : GESTION ET TRAITEMENT DE PATIENTS PRÉSENTANT UN RISQUE ÉLEVÉ DE SUICIDE

## PRINCIPES GÉNÉRAUX

### SURVEILLANCE ET COORDINATION DES SOINS

Les cliniciens en soins primaires, y compris les médecins militaires généralistes (MMG), les omnipraticiens civils, les infirmières praticiennes et les adjoints au médecin supervisent les soins aux patients. Ils peuvent communiquer avec n'importe quel professionnel médical ou en santé mentale qui administre un traitement[214]. Lorsqu'un membre a été identifié comme présentant un risque aigu élevé de suicide, le clinicien en soins primaires surveille l'accès aux services et l'efficacité du traitement prescrit[215]. Les cliniciens en soins primaires doivent être informés lorsqu'un patient ne se présente pas à un rendez-vous afin d'évaluer les obstacles ou la résistance à l'accès aux soins[216]. Ils doivent en outre recevoir des mises à jour régulières des autres fournisseurs de soins au sujet des progrès du patient.

Il est recommandé au clinicien en soins primaires de convoquer régulièrement des discussions de cas et des conférences de cas interdisciplinaires, où tous les fournisseurs de services se réunissent en personne ou par téléphone pour discuter des progrès du patient. Idéalement, le patient et sa famille sont présents[217].

### COMMUNICATION AVEC LA CHAÎNE DE COMMANDEMENT (CONTRAINTES À L'EMPLOI POUR RAISONS MÉDICALES)

Les contraintes à l'emploi pour raisons médicales (CERM) sont des restrictions administratives imposées à l'horaire de travail, aux tâches et aux rôles d'un membre des FAC, ainsi qu'à des milieux ou emplacements géographiques, lorsqu'un problème de santé est décelé dans une évaluation médicale[218]. Les CERM, qui visent à protéger les membres des FAC qui ne peuvent exécuter de façon sécuritaire ou efficace certaines tâches ou fonctions, permettent aux cliniciens en soins primaires de communiquer avec la chaîne de commandement[219,220]. En particulier, les contraintes géographiques sont cruciales pour qu'un membre demeure dans son secteur local afin qu'il puisse se rendre à ses rendez-vous.

Les CERM ne précisent pas la nature du trouble médical. La santé mentale et le risque de suicide d'un patient ne peuvent être divulgués sans son consentement, à moins que ce dernier ou qu'une personne identifiée court un risque imminent. Dans ce cas, il est possible de déroger à l'obligation de confidentialité. Dans de nombreux cas pourtant, le soutien et la participation du commandement peuvent contribuer à réduire la honte ou la stigmatisation et à dresser un plan intégré de reprise du service. Les fournisseurs de soins peuvent discuter avec les patients des avantages potentiels de la participation du commandement et les rassurer que leurs renseignements de santé sont protégés[221].

### SOINS AXÉS SUR LE PATIENT

Chaque plan de traitement doit tenir compte des besoins, des préférences, des buts et des valeurs du patient[222]. En collaboration avec son équipe soignante, le patient doit avoir la possibilité de prendre des décisions éclairées au sujet des soins et des traitements, s'il est en mesure de le faire[223]. La confiance, l'entente et la communication efficace entre le patient et son équipe sont essentielles.

Il importe de souligner que l'évaluation et la gestion des patients à risque de suicide peuvent donner lieu à une dynamique d'opposition et de méfiance entre ceux-ci et les intervenants de services. Les patients peuvent regretter d'avoir divulgué certains faits lorsqu'il en résulte une hospitalisation involontaire ou des CERM. La transparence, l'honnêteté et l'empathie peuvent atténuer en partie ces tensions, ainsi qu'un clinicien confiant en ses décisions qui a effectué une évaluation exhaustive et raisonnée.

## PARTICIPATION DE LA FAMILLE

La participation de la famille, avec le consentement du patient, peut contribuer à la planification de la sécurité, au traitement et au rétablissement de ce dernier. Les membres de la famille doivent recevoir de la psychoéducation ainsi qu'un soutien émotionnel concret au besoin. Après avoir recueilli le consentement du patient, les fournisseurs de soins renseignent les membres de la famille sur les diagnostics de santé mentale, la médication (les avantages et les effets secondaires possibles), les services communautaires et les groupes de soutien. Les membres de la famille peuvent aussi contribuer à la planification de la sécurité. Ils devraient être informés des signes avant-coureurs du suicide et des coordonnées de l'équipe traitante, ainsi que de la personne à contacter si la situation du patient empire et qu'ils ont besoin de soutien ou de conseils. Après avoir obtenu le consentement, le clinicien rencontre les membres de la famille en privé ou avec le patient pour communiquer des renseignements délicats et collaborer à la planification de la sécurité.

Enfin, les membres de la famille collaborent avec le patient et l'équipe soignante pour restreindre l'accès aux moyens de se donner la mort qui se trouvent à domicile[224–227] et s'assurer que les armes à feu ne sont pas faciles d'accès**.** Si des armes à feu demeurent dans la maison, les membres de la famille doivent les ranger dans une armoire verrouillée, séparément des munitions, et voir à ce que le patient n'y ait pas accès[228,229]. Ils s'efforcent aussi d'éloigner l'alcool et les drogues illicites de la maison familiale, et les médicaments doivent être rangés et verrouillés. L'équipe soignante, les membres de la famille et le personnel pharmacien travaillent avec le patient pour qu'il n'ait pas accès à des médicaments en quantité dangereuse[230–232]. Les membres de la famille doivent aussi ranger à un endroit sûr les objets tranchants, comme les lames de rasoir et les couteaux[233].

Les Services de santé des Forces canadiennes (SSFC) offrent ressources aux familles des militaires qui éprouvent des problèmes de santé mentale. Le site Web « Vous n'êtes pas seul » (**http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante/ressources-sante-mentale.page**) fournit de l'information et des ressources pour les membres des FAC et leur famille. La Ligne d'information pour les familles est accessible tous les jours, 24 heures sur 24 (1-800-866-4546).

L'annexe 8 renferme une fiche d'information pour les familles qui donne un aperçu des signes avant-coureurs du suicide et des conseils si leur proche est en situation de crise.

## LES ENTENTES DE RENONCIATION AU SUICIDE SONT DÉCONSEILLÉES

Ce genre d'entente peut être faite entre un clinicien et un patient, dans laquelle ce dernier s'engage à ne pas tenir de conduite suicidaire ou à informer un proche ou un fournisseur de soins d'une intention suicidaire ou d'un comportement préparatoire[234]. Les ententes de renonciation au suicide sont habituellement utilisées dans les milieux cliniques. Toutefois**, rien ne démontre qu'elles réduisent le risque de suicide**, et elles ne sont d'aucune utilité pour protéger les cliniciens contre les poursuites pour négligence professionnelle[235–237].

# COMPOSANTES DU PLAN DE TRAITEMENT

Le niveau évalué de risque de suicide (risque aigu faible, modéré ou élevé) oriente les soins prodigués à chaque patient. Les composantes du plan de traitement doivent cependant être communiquées pour tous les niveaux de risque. La conceptualisation du risque de suicide dans un continuum est importante, car elle permet au clinicien de participer constamment à la planification dynamique de la sécurité qui est la moins contraignante et la plus propice au rétablissement. La section présente ci-dessous un examen des composantes de traitement pour les personnes manifestant un risque aigu de suicide :

1. Détermination du niveau approprié de soins et suivi
2. Planification de la sécurité
3. Traitement des troubles mentaux sous-jacents
4. Traitement du trouble de toxicomanie
5. Prestation de soutien psychosocial
6. Prestation d'interventions ciblées de prévention du suicide

## DÉTERMINATION DU NIVEAU APPROPRIÉ DE SOINS ET SUIVI

La première et la plus importante étape dans la gestion du risque de suicide est l'évaluation de la sécurité immédiate du patient et la détermination du milieu de traitement approprié. « L'étape 2 : évaluation du risque de suicide » décrit le processus à suivre pour évaluer le risque aigu de suicide chez le patient, soit élevé, modéré ou faible, ou non spécialement élevé. Le tableau 1, qui est adapté de l'*United States Veterans Affairs / Department of Defense Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide* (en anglais seulement), est une ressource clé pour cerner le risque aigu de suicide. L'annexe 6 présente quatre scénarios cliniques qui font ressortir les différences cliniques entre les niveaux de risque.

### Risque aigu élevé de suicide

Les patients à risque aigu élevé de suicide sont ceux chez qui les idées suicidaires sont persistantes, qui ont une intention ferme de passer à l'acte, qui possèdent un plan détaillé ou se sentent incapables de maîtriser leur impulsion de se blesser[238]. Il s'agit aussi de ceux qui ont récemment tenté de se suicider ou qui ont manifesté un comportement préparatoire. Ils peuvent aussi être dans un état de déséquilibre mental aigu, afficher des symptômes psychiatriques (psychose, agitation ou intoxication) ou avoir vécu des événements déclencheurs et présenter des facteurs de protection inadéquats[239].

Dans ce cas, le patient doit recevoir de toute urgence une consultation en santé mentale. La majorité des cliniques des SSFC n'ont pas la capacité nécessaire pour offrir des services d'évaluation psychiatrique très urgente. Les patients doivent donc être dirigés vers les urgences locales. Si des services d'évaluation psychiatrique très urgente sont disponibles, le clinicien en soins primaires assure la liaison avec le psychiatre ou le psychologue pour déterminer si un aiguillage vers un service d'urgence est justifié et pour décider des soins de suivi. Durant l'évaluation, l'équipe traitante doit surveiller en tout temps le patient.

Si le patient refuse l'aiguillage vers un service d'urgence, le clinicien doit considérer un certificat d'hospitalisation involontaire pour une évaluation psychiatrique, conformément à la *Loi sur la santé mentale* de sa province ou de son territoire de résidence. Ce certificat peut seulement être délivré par un médecin. Si le clinicien évaluateur n'est pas un médecin, il doit demander à un médecin de voir le patient immédiatement ou contacter la police pour l'aviser que le patient court un risque imminent d'autodestruction et lui demander d'exécuter

l'hospitalisation involontaire. Il faut aussi contacter les forces de l'ordre si le patient est trop agressif ou agité pour le transporter de façon sécuritaire ou s'il quitte les lieux.

Si le patient est intoxiqué durant l'évaluation et qu'il affiche une idéation suicidaire, il court un risque accru de suicide sous l'effet de l'impulsivité, de la désinhibition et de la plus grande probabilité de surdose causée par d'autres substances. Dans ce cas, une surveillance médicale constante est nécessaire jusqu'à ce qu'il soit réévalué, idéalement dans un service d'urgence[240].

Il importe de souligner que les patients désignés comme à « risque aigu élevé de suicide » ne seront pas tous hospitalisés. Les psychiatres qui exercent dans les urgences sont formés pour effectuer des évaluations complexes des risques de suicide et peuvent conclure qu'un patient peut rentrer en toute sécurité à la maison ou qu'il n'est pas visé par un certificat d'hospitalisation involontaire aux termes de la *Loi sur la santé mentale* provinciale ou territoriale. L'hospitalisation est souvent préférable pour les personnes dont le risque de suicide est extrêmement élevé plutôt que chroniquement élevé, qui sont fragilisées par une crise psychosociale et ont besoin de stabilisation, ainsi que celles dont les symptômes peuvent être soulagés par une intervention rapide (p. ex., les symptômes de manie, de psychose ou de dépression grave)[241].

Dans tous les cas, il faut fournir une information écrite complémentaire à l'équipe d'évaluation de l'hôpital civil. Il est préférable de contacter au préalable le service d'urgence pour fournir un compte rendu et vos coordonnées. Si le patient est mis en congé, le psychiatre consultant peut apporter un précieux concours à l'élaboration du plan de sécurité.

Dans de rares cas où une évaluation et une hospitalisation urgentes ne sont pas possibles (p. ex., lors d'un déploiement), il faut envisager une évacuation ou une observation constante dans un milieu sécurisé jusqu'à ce que le patient reçoive une consultation urgente en santé mentale.

## Risque chronique élevé de suicide

Un petit sous-groupe de patients peut être classifié comme présentant un risque chronique élevé de suicide. Ces adultes ont tenté maintes fois de se suicider et courent un risque démesuré comparativement à ceux ayant fait une seule tentative de suicide[242–245]. Certains modèles de suicide posent comme hypothèse que le comportement suicidaire antérieur peut faciliter l'activation d'épisodes futurs, c'est-à-dire que ceux ayant fait de nombreuses tentatives de suicide présentent un risque de base supérieur[246,247].

Un modèle qui expose un risque « aigu chronique » peut être utile dans une évaluation du risque de suicide chez les patients qui sont considérés comme à risque chronique élevé [248]. Selon ce modèle, les facteurs de stress aigus, tels qu'un épisode dépressif majeur, la consommation croissante de substances intoxicantes ou les relations conflictuelles, peuvent hausser le niveau de risque de base du patient[249].

L'évaluation du risque de suicide chez une personne qui présente un risque chroniquement élevé peut poser un défi même aux cliniciens les plus expérimentés. C'est pourquoi il est recommandé que les cliniciens en soins primaires consultent les cliniciens en santé mentale au début des soins prodigués aux clients qui comptent de nombreuses tentatives de suicide, même en l'absence d'idées suicidaires courantes. Une relation thérapeutique préexistante et la connaissance du profil de risque du patient ainsi que de ses facteurs déclencheurs de comportement suicidaire se révèlent efficaces pour évaluer le risque aigu chronique.

## Risque aigu modéré de suicide

Les patients à risque aigu modéré de suicide affichent actuellement une idéation suicidaire, sans cependant avoir l'intention de passer à l'acte, avoir fait une tentative récente ni avoir tenu de conduite préparatoire. Ils montrent des signes avant-coureurs ou des facteurs de risque ainsi que des facteurs de protection limités[250]. Idéalement, ces patients sont traités dans le milieu où ils se sentent le plus à l'aise. Toutefois, des

situations peuvent se produire où des soins en milieu hospitalier sont nécessaires. Une évaluation urgente et une hospitalisation peuvent être indiquées dans les situations où l'hospitalisation est optimale pour le rétablissement (p. ex., une surveillance très étroite de la médication est nécessaire, le patient court un risque de symptômes de sevrage mortel ou son environnement présente un risque très élevé de suicide) ou le patient est incapable ou refuse de participer à la planification de la sécurité ou de donner son consentement à la communication d'information complémentaire uniquement pour des préoccupations en matière de sécurité.

En général, les patients à risque aigu modéré de suicide nécessitent une évaluation urgente en santé mentale (dans un délai d'une semaine). Ils peuvent réagir favorablement aux consultations en milieu externe, idéalement en recevant des soins de haut niveau (p. ex. lors de visites à tout le moins hebdomadaires ou selon leurs besoins). Ils doivent faire l'objet d'une évaluation du risque de suicide à chaque rendez-vous.

## Risque aigu faible de suicide

Les patients à risque aigu faible de suicide peuvent avoir affiché une idéation suicidaire récente, sans cependant avoir l'intention de passer à l'acte. Ils maîtrisent leurs impulsions, n'ont pas manifesté de comportement préparatoire et n'ont jamais essayé de se suicider. Ils présentent peu de facteurs de risque et certains facteurs de protection[251]. Il est possible de gérer en toute sécurité ces patients en consultation externe et ceux-ci peuvent bénéficier d'une consultation auprès d'un clinicien en santé mentale, duquel ils reçoivent un soutien supplémentaire, des recommandations relatives à un traitement et une planification de la sécurité. Le clinicien en soins primaires doit réévaluer ces patients dans un délai d'une semaine et les soumettre à une évaluation du risque de suicide à chaque rendez-vous.

## Le patient ne présente pas de risque aigu élevé de suicide

Cette catégorie comprend les patients sans récentes idées suicidaires ou antécédents de comportement suicidaire. Ils peuvent continuer de recevoir les traitements habituels pour leurs problèmes de santé mentale ou de toxicomanie[252].

## Transition entre les niveaux de soins

### ▶ *Mise en congé de l'unité psychiatrique en milieu hospitalier*

Les hospitalisations psychiatriques antérieures constituent un important facteur de risque de suicide, car ce risque est le plus élevé immédiatement après la mise en congé de l'hôpital et demeure à ce niveau pendant au moins un an[253–256]. Le risque de suicide durant les quatre semaines qui suivent la mise en congé est près de 100 fois supérieur au taux observé dans la population générale[257,258]. Si un patient est hospitalisé, le clinicien en soins primaires doit contacter immédiatement l'équipe traitante de l'hôpital pour discuter de l'état du patient et de la planification de son traitement, de sa sécurité et de sa mise en congé. Le patient doit être réévalué immédiatement après sa mise en congé et être suivi de près (au moins une fois par semaine) au cours des six premières semaines suivant le congé. De plus, une évaluation du risque de suicide doit être effectuée à chaque visite.

### ▶ *Planification de la sécurité*

La planification de la sécurité s'inscrit dans un processus collaboratif dans lequel un patient et son équipe soignante personnalisent un plan qui expose l'approche que ce dernier peut appliquer pour assurer sa sécurité lorsque ses pensées suicidaires s'intensifient[259–261]. Une approche de planification de la sécurité consiste en une intervention structurée en planification de la sécurité visant à atténuer le risque de suicide[262–264]. La planification de la sécurité peut viser toutes les personnes qui présentent un risque extrêmement élevé de suicide, et elle est particulièrement importante pour celles à risque aigu élevé, surtout lors de la transition d'un niveau de soins

supérieur à un niveau inférieur[265,266]. L'approche suivante est tirée de la description dans Stanley et Brown (2012) d'une intervention en planification de la sécurité qui comporte des éléments d'autres plans de sécurité, y compris le modèle défini dans le *Guide d'évaluation et de prévention du suicide* du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)[267,268]. Un gabarit pour un plan de sécurité à l'intention des clients se trouve à l'annexe 9. Il faut prévoir de 20 à 45 minutes environ pour remplir le gabarit avec un patient[269]. **Il faut réexaminer et modifier le plan de sécurité lorsqu'un changement survient dans le niveau de risque ou de soins.**

Les principaux éléments du plan de sécurité sont énumérés ci-dessous[270,271] :

1. Reconnaître les signes avant-coureurs d'une crise imminente de suicide
2. Se rappeler les raisons de vivre
3. Utiliser des stratégies d'adaptation personnelles
4. Recourir aux contacts et aux milieux sociaux pour se distraire des idées suicidaires
5. Faire appel aux membres de la famille ou aux amis pour régler une crise
6. Contacter les professionnels ou les organismes de santé mentale
7. Restreindre l'accès aux moyens de se donner la mort

Nous recommandons que les patients conservent une copie de leur plan de sécurité dans leur porte-monnaie ainsi qu'à des endroits faciles d'accès durant les périodes de crise, dont la table de chevet, le réfrigérateur ou une automobile[272,273]. Ils peuvent aussi en remettre une copie à la famille et à leurs amis intimes, et en mémoriser une copie dans leur téléphone[274,275]. La participation et la sensibilisation de la famille relativement au plan de sécurité peuvent améliorer le respect du plan et informer les familles de ce qu'elles doivent faire et à quoi elles peuvent s'attendre en cas de risque élevé de suicide[276,277]. La participation des autres membres ou des chefs de l'unité peut aussi être utile, dans la mesure où le patient y consent[278].

## Reconnaître les signes avant-coureurs d'une crise imminente de suicide

La première étape du plan de sécurité d'un patient concerne la reconnaissance des signes qui annoncent une intensification des pensées suicidaires. Ces signes peuvent comprendre des situations, des pensées ou des sentiments personnels ainsi que des comportements[279]. La présence de signes avant-coureurs particuliers (p. ex., le sentiment de honte au travail en cas d'erreur ou une perception de faiblesse) peut constituer un incitatif plus important à appliquer le plan de sécurité que l'apparition de signes vagues (un sentiment de gêne)[280].

### ▶ *Exemples de signes avant-coureurs possibles[281,282]*

***Situations personnelles :***

☐ Les querelles avec un proche

☐ Un conflit au travail

☐ L'anxiété éprouvée lors d'une activité familiale

***Pensées, sentiments ou images :***

☐ Idées suicidaires et sentiment de désespoir ou de dévalorisation

☐ Intensification des pensées défilantes ou de l'anxiété

☐ Forte compulsion à consommer de l'alcool

☐ Sentiment d'abandon et de solitude

☐ Irritation

☐ S'en vouloir pour sa situation financière

***Comportements :***

☐ Jeu compulsif

☐ Consommation de drogues

☐ Longues périodes de solitude

## Se rappeler les raisons de vivre

Dans une crise suicidaire, cela peut être un défi pour les patients de se rappeler leurs raisons de vivre[283]. Les raisons de vivre peuvent être relationnelles (« J'aime mon mari et mes enfants et je veux les voir grandir »), être en rapport avec une maladie (« Je sais que je suis malade, et je sais que je vais aller mieux »), d'ordre spirituel (« Ma foi m'enseigne que le suicide n'est pas une option »), personnel (« J'ai beaucoup accompli et je suis une bonne personne qui mérite de vivre ») ou relatives à l'espoir pour l'avenir (« Je veux retourner à l'école et voyager à travers le monde »).

## Utiliser des stratégies d'adaptation personnelles

À cette étape, les patients réfléchissent à ce qu'ils peuvent faire eux-mêmes pour réduire leurs pensées suicidaires[284]. Le renforcement des capacités pour gérer l'idéation suicidaire de façon autonome peut rehausser l'auto-efficacité, l'autonomie et la capacité d'agir des patients, et réduire leur vulnérabilité aux idées suicidaires[285]. Les stratégies d'adaptation sont arrêtées conjointement par le clinicien et le patient. Les stratégies personnalisées sont basées sur le parcours de vie, le type de personnalité et la culture du patient[286–289]. Elles peuvent comprendre les activités suivantes : faire une promenade, de l'exercice ou des tâches ménagères, écouter de la musique, prendre un bain, écrire des poèmes, jouer un instrument de musique, passer du temps avec un animal domestique, se livrer à un passe-temps ou à des activités spirituelles, cuisiner, lire ou méditer[290–293]. Le clinicien peut évaluer l'efficacité de ces stratégies avec le patient. Si l'une des stratégies est inefficace, ils peuvent réfléchir aux moyens de l'améliorer ou faire un remue-méninges pour trouver des solutions de rechange[294].

## Recourir aux contacts et aux milieux sociaux pour se distraire des idées suicidaires

Le prochain élément du plan de sécurité concerne la socialisation dans le but de distraire des idées suicidaires, au lieu de rechercher un soutien se rapportant explicitement à ces pensées[295]. Les objectifs sont les suivants : détourner l'attention, resserrer les liens avec les autres personnes et éprouver un sentiment d'appartenance[296]. Parmi les stratégies, mentionnons faire du bénévolat, fréquenter des lieux où la socialisation se produit naturellement (café, lieu de culte, réunion des alcooliques anonymes, bibliothèque, centre d'accueil) ou rencontrer des personnes ou des groupes sans cependant discuter spécifiquement des idées suicidaires (inviter un ami au cinéma, aller au restaurant avec un membre de la famille)[297]. Voici des questions qui peuvent aider à déterminer les contacts et les milieux propices :

- « Avec qui vous sentez-vous bien? »
- « Qui vous aide à oublier vos problèmes au moins pendant quelque temps sans devoir lui parler de vos pensées suicidaires? »
- « Quel endroit pouvez-vous fréquenter pour vous entourer de personnes en toute sécurité? »[298]

Les patients devraient éviter les endroits où l'alcool ou les drogues sont facilement accessibles[299].

## Faire appel aux membres de la famille ou aux amis pour régler une crise

Si les stratégies d'adaptation personnelles et sociales échouent, les patients peuvent informer leurs proches (membres de la famille ou amis) et leur demander leur appui. À cette étape, le patient divulgue à d'autres personnes son état de crise ou ses idées suicidaires[300,301]. Le clinicien et le patient essaient de déterminer les contacts les plus empathiques, ceux qui sont disponibles et qui connaissent les difficultés de ce dernier[302]. Les cliniciens peuvent poser des questions comme : « Quel membre de la famille ou ami pouvez-vous contacter pour obtenir de l'aide en cas de crise? » ou « Y a-t-il une personne à laquelle vous pouvez parler quand vous éprouvez du stress? »[303].Idéalement, le plan de sécurité est remis au préalable aux contacts pour les informer et pour qu'ils se sentent à l'aise d'offrir un soutien[304,305]. Quoi qu'il en soit, certains patients peuvent refuser de divulguer leurs idées suicidaires ou leur plan de sécurité à la famille ou aux amis[306].

## Contacter les professionnels ou les organismes de santé mentale

Si les cinq étapes ci-dessus ne réduisent pas la détresse ou les idées suicidaires du patient, ce dernier peut contacter les services de santé mentale et les membres de l'équipe soignante pour obtenir un soutien[307–310]. Il est important que le patient et le clinicien déterminent les fournisseurs de soins qui sont disponibles et leur période de disponibilité[311]. Leurs noms, numéros de téléphone et lieux doivent être indiqués selon l'ordre de préférence du patient et leur pertinence[312]. Le plan de sécurité doit aussi comprendre des ressources disponibles en dehors des heures ouvrables (p. ex., le service d'écoute téléphonique ou les urgences les plus près)[313]. Il faut aussi discuter des conséquences et des obstacles associés aux contacts (p. ex., est-ce que le patient craint qu'il serait hospitalisé?)[314].

## Restreindre l'accès aux moyens de se donner la mort

La discussion au sujet des moyens de se donner la mort doit avoir lieu une fois le plan de sécurité arrêté, afin d'informer le patient de l'existence d'autres moyens d'atténuer l'angoisse. Cette discussion peut avoir lieu dans un climat de collaboration[315].

Même si les patients n'ont pas de plan de suicide précis, la restriction de l'accès aux moyens de se donner la mort, surtout aux armes à feu, constitue une importante intervention dans la prévention du suicide[316–318]. Il faut aussi veiller à ce que l'alcool et les drogues illicites, qui peuvent être ingérées ensemble dans les tentatives de surdose, soient éloignés de la maison[319]. Le clinicien travaille avec le patient de sorte qu'il n'ait pas accès à des médicaments en quantité dangereuse[320–322]. Les plans de sécurité doivent aussi prévoir l'entreposage sécuritaire des objets tranchants, comme les lames de rasoir et les couteaux[323]. Les produits toxiques et les poisons ménagers doivent être rangés en lieu sûr pour prévenir leur ingestion[324]. S'il existe d'autres objets qui peuvent être utilisés dans une tentative de suicide, tels qu'une corde ou une cravate, ils doivent aussi être rangés à un endroit inaccessible au patient.

## Réduire la fréquence des suivis ou mettre fin aux soins spécialisés en santé mentale

La fréquence des suivis doit être déterminée conjointement par le patient, le clinicien en soins primaires et le clinicien en santé mentale. Si le patient a bien réagi au traitement et démontre une diminution de ses idées suicidaire, il peut être approprié de réduire la fréquence des visites. Cependant, avant tout changement, il faut effectuer une évaluation complète du risque de suicide pour s'assurer que le nouveau niveau de soins répond aux besoins du patient. Si le clinicien modifie la médication, il doit continuer à suivre le patient de près. Le patient et sa famille (s'il accorde son consentement) doivent être informés du moyen le plus efficace de joindre l'équipe traitante, si les symptômes devaient s'aggraver ou si les idées suicidaires du patient reprenaient ou empiraient. Le plan de sécurité du patient doit aussi être mis à jour.

# TRAITEMENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE COMPORTANT UN RISQUE ÉLEVÉ DE SUICIDE

## Aperçu

Quel que soit le niveau de risque aigu de suicide, les cliniciens doivent gérer activement et énergiquement les problèmes de santé mentale ou de toxicomanie comportant un risque de suicide. Les traitements possibles comprennent la gestion de la médication, les traitements somatiques et la psychothérapie. Tous les traitements doivent être effectués en conformité aux lignes directrices fondées sur des données probantes. Il est fortement recommandé aux cliniciens d'employer les pratiques exemplaires pour gérer les diagnostics particuliers. Les lignes directrices ne remplacent pas le jugement clinique, mais constituent un outil qui peut appuyer la prestation de soins éprouvés et un cadre de traitement rationnel[325].

Nous recommandons fortement d'utiliser les échelles d'évaluation lors du traitement des troubles mentaux et des dépendances. Les soins basés sur les mesures comportent l'utilisation systématique d'outils d'évaluation, dont les échelles validées, afin de suivre les résultats des patients et d'appuyer la prise des décisions cliniques[326–328]. Le tableau 2 donne des exemples d'échelles d'évaluation efficaces que les cliniciens peuvent utiliser pour orienter et surveiller la réponse au traitement.

**TABLEAU 2. Choix d'échelles d'évaluation psychiatrique utilisées pour surveiller la gravité des symptômes et la réponse au traitement[329,330]**

| DIAGNOSTIC | ÉCHELLE D'AUTOÉVALUATION |
|---|---|
| Trouble dépressif majeur ou trouble bipolaire, phase de dépression | Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)*<br>Inventaire de dépression de Beck II (BDI-II) |
| Trouble de stress post-traumatique | Liste de vérification du TSPT selon les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux V (PCL-5) |
| Toxicomanie | Questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool (AUDIT) |

* Annexe 3 du guide

## Gestion de la médication

L'examen complet des traitements associés à chaque diagnostic demeure hors du champ de ce guide, mais nous recommandons aux cliniciens de prescrire les médicaments en conformité aux directives cliniques fondées sur des données probantes, afin de gérer le ou les troubles mentaux de leurs patients. Dans cette section, nous donnons un aperçu des questions liées à la médication qui concernent précisément les patients à risque de suicide. En général, des médicaments ne devraient pas être prescrits pour atténuer le risque de suicide en l'absence de diagnostic psychiatrique.

### ▶ *Médicaments et risque de suicide*

Lorsqu'un patient est identifié comme présentant un risque aigu de suicide, le clinicien passe en revue son régime médicamenteux en portant une attention particulière à l'apparition ou à l'aggravation de conduites ou de pensées suicidaires et à leur relation aux modifications de la médication (c.-à-d. le début ou la cessation de la médication ou l'augmentation de la posologie). Dans de rares cas, des médicaments peuvent susciter une idéation suicidaire causée par des mécanismes incertains, tels que potentiellement l'acathésie, l'agitation ou l'activation, ou provoquer des symptômes maniaques[331–333]. Les patients de moins de 25 ans peuvent courir un risque de

suicide accru sous l'effet des antidépresseurs[334]. En 2004, Santé Canada et le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques ont publié une mise en garde (encadré noir) relative aux antidépresseurs, en raison du risque accru de conduites et d'idées suicidaires chez les enfants et les adolescents prenant ces médicaments. En 2007, la mise en garde a été étendue aux personnes de moins de 25 ans[335]. Toutefois, chez les personnes qui courent un risque de suicide en raison d'un trouble dépressif majeur non traité, il est fort probable que les avantages l'emportent sur les risques associés au traitement médicamenteux[336,337]. Les personnes de moins de 25 ans et tous les patients suivant une pharmacothérapie qui manifestent un risque aigu de suicide doivent être suivis de près, afin de dépister une aggravation des conduites ou idées suicidaires au stade initial du traitement[338–340].

Les médicaments suivants pourraient accroître le risque de suicide : agents antiépileptiques (flebamate, lamotrigine, oxcarbazépine, tiagabine, zonisamide, valproate, carbamazépine, gabapentine, lévétiracétame, prégabaline, et topiramate), acamprosate, belimumab, éfavirenz, emtricitabine, rilpirivine, ténofovir, interféron, peginterféron alfa-2a et 2b, métoclopramide, milnaciprame, oxybate sodique, tramadol, varénicline, ziconotide, isotrétinoïne, et zolpidem[341]. Les patients à risque de suicide qui prennent ou prendront ces médicaments doivent être informés des risques et surveillés de près.

### ▶ *Lithium prescrit pour les comportements et idées suicidaires*

De nombreuses études menées depuis les années 1970 ont révélé que le lithium produit des effets antisuicidaires[342–345]. Le lithium est un médicament de première intention pour les phases maniaque, dépressive et de maintien du trouble bipolaire et une stratégie d'augmentation de première intention pour la dépression grave[346,347]. Son utilisation peut être envisagée pour les patients à risque de suicide ayant reçu un diagnostic de trouble bipolaire ou qui ont réagi partiellement à un antidépresseur[348–350]. Le lithium comporte une faible marge thérapeutique, et il faut s'assurer de limiter la quantité à la disposition du patient s'il est à risque de surdose. Le lithium doit seulement être prescrit s'il existe une étroite collaboration entre les fournisseurs de soins primaires et en santé mentale, car ils doivent dresser un bilan médical complet avant de commencer le traitement, effectuer une surveillance étroite et user de prudence s'il est combiné à d'autres médicaments courants (dont les anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS] et les antihypertenseurs).

### ▶ *Prescription sécuritaire pour les patients à risque de suicide*

L'équipe soignante, les membres de la famille et le personnel pharmacien doivent travailler avec le patient pour faire en sorte qu'il n'a pas accès à des médicaments en quantité dangereuse. Les emballages-coques, l'exécution quotidienne d'ordonnances et la désignation d'un membre de la famille pour fournir les médicaments sont autant de stratégies efficaces pour prévenir une surdose. Il faut user de prudence lors de la prescription de médicaments comme les benzodiazépines et les opioïdes, qui peuvent causer une désinhibition ou une dépression respiratoire et entraîner une consommation abusive[351].

## Psychothérapie

La psychothérapie est une intervention de première intention pour plusieurs affections psychiatriques, qui est employée seule ou en combinaison avec la médication[352–354]. Les membres actifs des FAC peuvent obtenir une psychothérapie auprès des Services psychosociaux, du programme de Santé mentale générale (SMG) ou d'un centre de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO)[355]. Le PSMG et les CSTSO offrent diverses formes de psychothérapie, dont la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), l'intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires, la thérapie du processus cognitif et la thérapie d'exposition prolongée, pour les affections comme la dépression, les troubles de l'anxiété et le TSPT[356]. Les CSTSO offrent des évaluations et des traitements individuels et en groupe aux membres diagnostiqués d'une maladie mentale résultant d'une opération[357,358].

La thérapie comportementale dialectique (TCD) est l'une des rares thérapies ayant contribué à réduire les comportements suicidaires chez les patients ayant un trouble de la personnalité limite[359–361]. La TCD compte quatre modules (pleine conscience, tolérance à la détresse, régulation émotionnelle et relations interpersonnelles efficaces), et comporte des composantes de thérapie de groupe et individuelle[362]. La TCD a aussi été utilisée pour traiter des personnes atteintes de troubles de toxicomanie, de l'alimentation et de l'humeur[363].

## TRAITEMENT DES TROUBLES DE TOXICOMANIE COMPORTANT UN RISQUE ÉLEVÉ DE SUICIDE

La présence d'un trouble de toxicomanie représente un important facteur de risque pour les idées suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide chez les populations civiles et militaires[364–367]. Les personnes intoxiquées présentent un risque aigu élevé de suicide en raison de l'altération du jugement, de la désinhibition, de l'impulsivité croissante et de la susceptibilité accrue à une dépression respiratoire. Si un client à risque aigu élevé de suicide est intoxiqué, il doit être transporté de façon sûre aux urgences pour le stabiliser et le traiter[368]. Si le patient est agité ou agressif, le recours aux forces de l'ordre pourrait être nécessaire[369]. Les troubles de toxicomanie peuvent aussi accroître les sentiments de solitude, de culpabilité, de honte, de désespoir et de détresse, et peuvent intensifier les pensées ou conduites suicidaires[370,371].

## INTERVENTIONS CIBLANT LE SUICIDE

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour prévenir le suicide constitue une intervention prometteuse pour la réduction des comportements suicidaires, quel que soit le diagnostic[372,373]. La TCC pour prévenir le suicide peut avoir lieu en consultation externe et se déroule généralement en dix séances[374].

## SOUTIENS PSYCHOSOCIAUX

Le risque de suicide est associé à des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. Les personnes à risque de suicide peuvent avoir honte ou se sentir prises au piège par leurs conditions de vie, ce qui peut susciter un sentiment d'aliénation et leur faire croire qu'elles sont un fardeau pour la société[375–377].

Le programme des Services psychosociaux des FAC offre des séances de psychoéducation, des interventions dans les situations de crise et des services de counseling à court terme pour régler les problèmes et atténuer le stress, qui peuvent constituer des facteurs contributifs de l'idéation suicidaire d'un membre, comme les relations conflictuelles, les problèmes familiaux ou professionnels, les difficultés d'adaptation ou les crises personnelles[378]. Les aumôniers militaires en santé mentale sont aussi disponibles pour offrir un counseling au sujet d'enjeux comme le deuil et les blessures morales.

Les facteurs de stress financiers, dont l'endettement, l'insécurité en matière de logement et les craintes liées à la cessation du service militaire, doivent être évalués. Il faut aussi renseigner sur les soutiens accessibles, tels que le Régime d'assurance-revenu militaire (RARM).

# EXPÉRIENCE DU CLINICIEN

## EXPÉRIENCE ÉMOTIONNELLE DU TRAVAIL AVEC DES CLIENTS SUICIDAIRES

Les cliniciens en soins primaires et en santé mentale travaillent régulièrement avec des clients qui courent un risque de suicide, ce qui peut être taxant sur le plan professionnel ou émotionnel[379]. La recherche indique que les soins aux clients qui disent vouloir se suicider ou qui adoptent des comportements suicidaires représentent l'une des situations les plus stressantes qu'un clinicien peut affronter[380]. L'ambiguïté et l'incertitude entourant la sécurité continue et le maintien en vie d'un patient, avec lequel le clinicien a établi un lien, peuvent susciter des sentiments d'être inadéquat et impuissant[381,382]. Les cliniciens courent un risque d'épuisement professionnel et émotionnel, d'usure de compassion et peuvent ressentir un sentiment d'incompétence[383–385].

Si vous éprouvez de l'anxiété ou de la détresse dans le cadre de votre travail auprès de clients suicidaires qui nuit à votre sentiment d'accomplissement dans votre vie professionnelle ou personnelle, vous avez intérêt à demander de l'aide à votre supérieur ou à un fournisseur de soins.

## PERDRE UN PATIENT AU SUICIDE

### SOUTIEN DES CLINICIENS

Il est souvent déclaré que la perte d'un patient au suicide est l'une des expériences les plus stressantes que vivent les professionnels de la santé[386,387]. Un tiers des travailleurs sociaux en santé mentale et de 50 à 70 % des psychiatres ont dit avoir perdu un patient au suicide, et des taux comparables sont affichés chez les psychologues et les infirmières en santé mentale[388,389]. Les professionnels de la santé éprouvent non seulement des réactions imputables au deuil, mais aussi des sentiments de culpabilité, d'incompétence, de colère, et craignent les poursuites[390–392]. La section qui suit présente brièvement les étapes à suivre pour soutenir le personnel clinicien à la suite d'un suicide.

#### Réponse immédiate

Il faut renseigner le personnel sur les endroits où obtenir un counseling émotionnel et psychosocial[393]. Il est contre-indiqué de discuter, immédiatement après l'événement, des détails des soins prodigués au patient afin de cerner les difficultés ou d'imputer la faute. Encouragez les membres du personnel à prendre soin d'eux-mêmes et offrez-leur un soutien et de nombreuses occasions de converser de façon formelle et informelle. Il peut être approprié et efficace de participer aux rituels de deuil (funérailles), de parler à la famille ou d'envoyer des cartes ou des fleurs, mais il faut le faire de façon à respecter les souhaits, les contraintes et la confidentialité de la famille[394,395]. Les membres du personnel peuvent s'inquiéter des ramifications possibles du suicide sur le plan juridique ou professionnel. La direction peut les aiguiller vers des ressources pertinentes, y compris l'entité de protection de leur ordre professionnel ou le syndicat.

#### Prochaines étapes

Pendant les jours et les semaines qui suivent le suicide, les réunions de débriefing et la supervision clinique peuvent être efficaces[396]. Leur objectif est d'exprimer les sentiments et d'offrir un soutien, et non d'imputer la

faute[397]. Après que le membre du personnel a repris confiance, l'équipe peut revoir les processus existants afin de déterminer s'il est possible d'améliorer les soins pour les patients suicidaires. En cas de tragédie, il est crucial de s'attarder aux facteurs entourant le patient, l'environnement et le système, ainsi que ceux liés à la prestation des soins qui peuvent avoir contribué au résultat.

## SOUTIEN DES FAMILLES, DES PROCHES ET DES MILITAIRES

Les membres de la famille et les amis qui perdent leur proche au suicide sont souvent désignés comme des « survivants du suicide »[398–400]. En cas de suicide, il est d'importance primordiale de soutenir les membres de la famille et des FAC qui sont directement touchés. Bien que les SSFC ne fournissent pas de services de santé directement aux membres de famille civils, selon le besoin, les cliniciens peuvent les renseigner sur l'accès aux ressources et aux soins civils ainsi qu'aux ressources des FAC, comme les Services de deuil du PAMFC et le programme ESPOIR (empathie, soutien par les pairs, offrons une invitation au réconfort).

L'équipe traitante peut contacter la famille peu après le suicide pour la rencontrer pour lui offrir un appui. Les survivants du suicide, dont la famille et les amis, ainsi que la chaîne de commandement, sont affligés par le décès et peuvent éprouver d'autres émotions intenses, comme l'abandon, la honte, la colère, la culpabilité, la confusion, ou encore le soulagement[401]. Les cliniciens qui travaillent auprès des survivants du suicide doivent reconnaître qu'ils peuvent éprouver des sentiments conflictuels et désagréables et avoir besoin d'empathie, de validation et d'une attitude non réprobatrice. Certaines personnes peuvent témoigner leur colère à l'équipe soignante, au système de santé, aux forces armées, à leurs proches ou à leur propre endroit[402]. La colère (non accompagnée d'agressivité) est une réaction normale au deuil, et les cliniciens peuvent procurer un espace sécuritaire aux personnes pour qu'elles vivent leur deuil[403].

Le site Web de l'Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS) renferme de nombreuses ressources pour les survivants du suicide, dont le guide *After a Suicide: A Practical and Personal Guide for Survivors* (en anglais seulement). Ce guide contient des renseignements pratiques, entre autres, il examine les interventions d'urgences et les enquêtes, il presente des suggestions sur les dispositions à prendre, la façon d'en parler aux autres personnes, donne de l'information sur le deuil, et parle de comment soutenir les enfants et les adolescents[404].

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE COLUMBIA SUR LA GRAVITÉ DU RISQUE SUICIDAIRE (C–SSRS)

### *Screen Version*

| **DÉFINITION DES PENSÉES SUICIDAIRES ET QUESTIONS À POSER** | **Au cours des dernier mois** | |
|---|---|---|
| Posez les questions en **caractères gras** et **soulignées** | **OUI** | **NON** |
| **Posez les questions 1 et 2** | | |
| **1.** ***Avez-vous déjà souhaité être mort(e) ou vous endormir et ne jamais vous réveiller?*** | | |
| **2.** ***Avez-vous réellement déjà pensé à vous suicider?*** | | |
| **Si la réponse à la question 2 est « oui », posez les questions 3, 4, 5 et 6. Si la réponse à la question 2 est « non », posez la question 6** | | |
| **3.** ***Avez-vous pensé à comment vous vous y prendriez?***<br>*P. ex., « J'ai pensé prendre une surdose de médicaments mais je n'ai pas fait de plan spécifique concernant le moment ou la manière dont je m'y prendrais… et je ne pourrais jamais y arriver. »* | | |
| **4.** ***Avez-vous eu ces pensées accompagnées d'une certaine intention de passer à l'acte?***<br>Comparativement à : *« J'y pense mais je ne mettrai certainement pas ces pensées à exécution. »* | | |
| **5.** ***Avez-vous commencé à mettre au point ou avez-vous mis au point les détails de votre suicide? Avez-vous l'intention de mettre ce plan à exécution?*** | | |

| **6.** ***Avez-vous déjà fait, commencé à faire ou préparé quelque chose dans le but de mettre fin à vos jours?*** | **OUI** | **NON** |
|---|---|---|
| Exemples : *Je me suis fait une réserve de pilules, je me suis procuré une arme, j'ai donné mes biens, j'ai rédigé mon testament ou une note de suicide, j'ai retiré des pilules de leur flacon mais je ne les ai pas avalées, j'ai pris mon arme mais j'ai changé d'idée ou quelqu'un me l'a enlevée, je me suis rendu sur le toit mais je n'ai pas sauté; ou j'ai avalé des pilules, j'ai tenté de me tirer une balle, je me suis coupé, j'ai tenté de me pendre, etc.*<br>**Si OUI, demandez :** ***Est-ce que c'était au cours des 3 derniers mois?*** | | |

- Faible risque
- Risque modéré
- Risque élevé

*Pour toute question et tout besoin en matière de formation, veuillez contacter Kelly Posner, Ph. D.*
*New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; posnerk@nyspi.columbia.edu.*
© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

# ANNEXE 2 : ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE COLUMBIA SUR LA GRAVITÉ DU RISQUE SUICIDAIRE (C–SSRS)

## *Screener/Depuis la dernière visite (Autoadministré)*

| | Depuis la dernière visite | |
|---|---|---|
| Répondez s'il vous plait aux Questions 1 et 2 (mettez une croix dans la case) | **OUI** | **NON** |
| **1)** ***Avez-vous déjà souhaité être mort(e) ou vous endormir et ne jamais vous réveiller ?*** | | |
| **2)** ***Avez-vous réellement déjà pensé à vous suicider ?*** | | |
| Si vous avez répondu **OUI** à 2, répondez aux questions 3, 4, 5, et 6.<br>Si vous avez répondu **NON** à 2, passez directement à la question 6 | | |
| **3)** ***Avez-vous pensé à comment vous vous y prendriez ?***<br>*(Exemple : J'ai pensé prendre une surdose de médicaments mais je n'ai pas fait de plan spécifique concernant le moment ou la manière dont je m'y prendrais... et je ne pourrais jamais y arriver.)* | | |
| **4)** ***Avez-vous eu ces pensées accompagnées d'une certaine intention de passer à l'acte ?***<br>*(Exemple : Je pense me suicider en prennant une surdose de médicaments mais je ne suis pas certain de le faire.)* | | |
| **5)** ***Avez-vous commencé à mettre au point ou avez-vous mis au point les détails de votre suicide? Avez-vous l'intention de mettre ce plan à exécution ?***<br>*(Exemple : Je planifie prendre 3 bouteilles de médicaments pour dormir ce samedi quand personne ne sera là.)* | | |
| **6) Avez-vous déjà fait, commencé à faire ou préparé quelque chose dans le but de mettre fin à vos jours?**<br>*(Exemples : Je me suis fait une réserve de pilules, je me suis procuré une arme, j'ai donné mes biens, j'ai rédigé mon testament ou une note de suicide, j'ai retiré des pilules de leur flacon mais je ne les ai pas avalées, j'ai pris mon arme mais j'ai changé d'idée ou quelqu'un me l'a enlevée, je me suis rendu sur le toit mais je n'ai pas sauté; ou j'ai avalé des pilules, j'ai tenté de me tirer une balle, je me suis coupé, j'ai tenté de me pendre, etc.)* | | |

# ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT 9 (PHQ–9)

| **Au cours des <u>deux dernières semaines</u>, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?** *(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)* | **Jamais** | **Plusieurs jours** | **Plus de sept jours** | **Presque tous les jours** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **2.** Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **3.** Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **4.** Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **5.** Peu d'appétit ou trop manger | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **6.** Mauvaise perception de vous-même — ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **7.** Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **8.** Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire — vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **9.** Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre | 0 | 1 | 2 | 3 |

**FOR OFFICE CODING** 0 **+** _____ **+** _____ **+** _____

**=Total Score:** _____

**Si vous avez coché <u>au moins un</u> des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu <u>difficile(s)</u> votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?**

| **Pas du tout difficile(s)** | **Plutôt difficile(s)** | **Très difficile(s)** | **Extrêmement difficile(s)** |
|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Mis au point par les D^rs^ Robert L. Spitzer, Janet B. Williams et Kurt Kroenke et collègues, et une bourse d'étude de Pfizer Inc. Aucune permission requise pour reproduire, traduire, afficher or distribuer.

# ANNEXE 4 : GABARIT DE DOCUMENTATION POUR L'ÉVALUATION ET LA FORMULATION DES RISQUES

**Justification de l'évaluation du risque de suicide** (p. ex., dépistage positif, préoccupations nouvelles ou croissantes relatives à la santé mentale, réévaluation du patient présentant un risque élevé de suicide, membre de la famille inquiet)

### *DONNÉES HISTORIQUES*

**Historique de tentatives de suicide** (nombre, dernières tentatives, méthode, létalité, efforts de s'isoler, réaction émotionnelle à l'échec de la tentative) **Oui/non**

**Historique d'idées ou d'intentions suicidaires, plan de suicide ou comportement préparatoire Oui/non**

**Historique d'autodestruction délibérée** (description du comportement, début, fréquence, intensité, éléments déclencheurs, modèle explicatif)

**Facteurs de risque non modifiables** (sexe, âge, race, rang militaire, orientation sexuelle ou identité de genre, antécédents familiaux de comportement suicidaire, historique de traumatismes)

## SUITE DE L'ANNEXE 4

### *RISQUE ACTUEL*

**Idées et intentions suicidaires, plan de suicide et comportement préparatoire au cours du dernier mois (ou depuis la dernière visite); accès à des armes à feu Oui/non**

**Tentatives de suicide ou d'autodestruction délibérée au cours du dernier mois (ou depuis la dernière visite) Oui/non**

**Facteurs de risque aigu** (problèmes de santé mentale, toxicomanie, relations, stress d'ordre militaire, juridique ou financier, traumatisme récent) **Oui/non**

**Signes avant-coureurs** (agitation, insomnie croissante, irritabilité, anxiété, désespoir, communication à caractère suicidaire, psychose incluant des hallucinations de commandement, planification préalable à l'exécution du plan de suicide, prendre des arrangements en prévision de la mort, aggravation de la toxicomanie ou de l'intoxication) **Oui/non**

**Facteurs de protection** (facteurs personnels, soutiens sociaux, religieux ou spirituels, participation au traitement, capacité de planifier la sécurité) **Oui/non**

## SUITE DE L'ANNEXE 4

**Information complémentaire obtenue  Oui/non** (justification)

### *FORMULATION ET PLAN*

**Formulation des risques :**

**Niveau du risque :** (risque que court le patient comparé à la population générale, aux patients externes aux patients hospitalisés)

**État du risque :** (risque que court le patient comparé à sa base de référence et à d'autres moments de son historique)

**Plan de sécurité et de traitement :**

# ANNEXE 5 : ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE COLUMBIA SUR LA GRAVITÉ DU RISQUE SUICIDAIRE (C–SSRS) *Lifetime/Recent*

Lifetime/Recent

Version du 14 janvier 2009

***Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.***

*Avis d'exonération de responsabilité :*

*Cette échelle a été mise au point pour être utilisée par des personnes ayant été formées à son utilisation. Les questions contenues dans l'Échelle d'évaluation de Columbia sur le risque suicidaire (C-SSRS) sont des suggestions visant à obtenir des renseignements. En dernière analyse, la détermination de la présence d'idéations ou de comportements suicidaires dépend du jugement de la personne faisant passer le questionnaire.*

*Les définitions des comportements suicidaires dans cette échelle sont inspirées de celles utilisées dans* ***The Columbia Suicide History Form****, élaboré par John Mann, MD, et Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. Dans M.B. First [Ed.]* Standardized Evaluation in Clinical Practice*, p. 103 -130, 2003.)*

*Pour obtenir des exemplaires supplémentaires de l'échelle C-SSRS, veuillez communiquer avec Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; pour toute question et pour tout besoin en matière de formation, veuillez écrire à posnerk@nyspi.columbia.edu*

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

C-SSRS-Baseline-Screening - Canada/French - Version of 22 Apr 14 - Mapi.CSRA
ID7651 / C-SSRS-Lifetime-Recent Canada-French 5.1.doc

## SUITE DE L'ANNEXE 5

| *IDÉATION SUICIDAIRE* | | |
|---|---|---|
| *Posez les questions 1 et 2. Si la réponse aux deux questions est négative, passez à la section « Comportement suicidaire ». Si la réponse à la question 2 est affirmative, posez les questions 3, 4 et 5. Si la réponse à la question 1 et/ou 2 est affirmative, remplissez la section « Intensité de l'idéation » ci-dessous.* | **Depuis la naissance : moment où il/elle s'est senti(e) le plus suicidaire** | **Au cours du mois passé** |
| **1. Désir d'être mort(e)**<br>Le sujet souscrit à des pensées concernant le désir d'être mort ou de ne plus être vivant, ou le désir de s'endormir et de ne pas se réveiller.<br>***Avez-vous déjà souhaité être mort(e) ou vous endormir et ne jamais vous réveiller?***<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire : | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ |
| **2. Pensées suicidaires actives non spécifiques**<br>Pensées générales non spécifiques au cours de la période d'évaluation concernant le désir de s'enlever la vie/se suicider (p. ex. : *« J'ai pensé à me suicider »*) sans penser à des moyens de se suicider ou à des méthodes, intentions ou plans connexes.<br>***Avez-vous réellement déjà pensé à vous suicider?***<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire : | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ |
| **3. Idéation suicidaire active avec définition de méthodes (pas de plan) et sans intention de passer à l'acte**<br>Le sujet confirme penser au suicide et a pensé à au moins une méthode au cours de la période d'évaluation. Ceci diffère d'un plan spécifique comprenant le moment, l'endroit ou une méthode détaillée (p. ex. : penser à une façon de se suicider, mais sans plan spécifique). Comprend les personnes qui diraient : *« J'ai pensé prendre une surdose de médicaments, mais je n'ai pas fait de plan spécifique concernant le moment ou la manière dont je m'y prendrais… et je ne pourrais jamais y arriver. »*<br>***Avez-vous pensé à comment vous vous y prendriez?***<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire : | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ |
| **4. Idéation suicidaire active avec une certaine intention de passer à l'acte, sans plan spécifique**<br>Le sujet a des pensées suicidaires actives et déclare avoir une certaine intention de passer à l'acte, comparativement à : *« J'y pense, mais je ne mettrai certainement pas ces pensées à exécution. »*<br>***Avez-vous eu ces pensées accompagnées d'une certaine intention de passer à l'acte?***<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire : | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ |
| **5. Idéation suicidaire active avec plan spécifique et intention de passer à l'acte**<br>Le sujet a des pensées suicidaires et un plan détaillé entièrement ou partiellement mis au point accompagné d'une certaine intention de mettre son plan à exécution.<br>***Avez-vous commencé à mettre au point ou avez-vous mis au point les détails de votre suicide? Avez-vous l'intention de mettre ce plan à exécution?***<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire : | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ |
| ***INTENSITÉ DE L'IDÉATION*** | | |
| *Les points suivants doivent être évalués en fonction du type d'idéation le plus grave (c.-à-d., à partir des idéations 1 à 5 ci-dessus, 1 étant la moins grave et 5 la plus grave). Demandez à quel moment il/elle s'est senti(e) le plus suicidaire.*<br>Depuis la naissance - ***Idéation la plus grave :*** ___ ***N° du type (1 à 5)*** _____ ***Description de l'idéation***<br>Au cours du mois passé - ***Idéation la plus grave :*** ___ ***N° du type (1 à 5)*** _____ ***Description de l'idéation*** | Idéation la plus grave | Idéation la plus grave |
| **Fréquence**<br>***Combien de fois avez-vous eu ces pensées?***<br>(1) Moins d'une fois par semaine (2) Une fois par semaine (3) De 2 à 5 fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours (5) Plusieurs fois par jour | ____ | ____ |
| **Durée**<br>***Lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles?***<br>(1) Brièvement – quelques secondes ou minutes<br>(2) Moins d'une heure / de temps à autre<br>(3) De 1 à 4 heures / souvent<br>(4) De 4 à 8 heures / presque toute la journée<br>(5) Plus de 8 heures / continuellement | ____ | ____ |
| **Contrôlabilité**<br>***Pourriez-vous ou pouvez-vous arrêter de penser au suicide ou à vouloir mourir si vous le souhaitez?***<br>(1) Facilement capable de maîtriser vos pensées.<br>(2) Vous pouvez maîtriser vos pensées avec peu de difficulté.<br>(3) Vous pouvez maîtriser vos pensées avec une certaine difficulté.<br>(4) Vous pouvez maîtriser vos pensées avec beaucoup de difficulté.<br>(5) Incapable de maîtriser vos pensées.<br>(0) Vous n'essayez pas de maîtriser vos pensées. | ____ | ____ |
| **Eléments dissuasifs**<br>***Y a-t-il des choses – des personnes ou quoi que ce soit d'autre (p. ex. : famille, religion, douleur liée à la mort) – qui vous ont empêché(e) de vouloir mourir ou de mettre vos pensées suicidaires à exécution?***<br>(1) Des éléments dissuasifs vous ont assurément empêché(e) de commettre une tentative de suicide.<br>(2) Des éléments dissuasifs vous ont probablement empêché(e) de commettre une tentative de suicide.<br>(3) Il n'est pas certain que des éléments dissuasifs vous aient empêché(e) de commettre une tentative de suicide.<br>(4) Il est probable que des éléments dissuasifs ne vous ont pas empêché(e) de commettre une tentative de suicide.<br>(5) Il est certain que des éléments dissuasifs ne vous ont pas empêché(e) de commettre une tentative de suicide.<br>(0) Sans objet. | ____ | ____ |
| **Motifs de l'idéation**<br>***Quelles sont les raisons pour avoir pensé à vouloir mourir ou à vous suicider? Était-ce pour faire cesser la douleur ou pour ne plus ressentir ce que vous ressentiez (autrement dit, vous ne pouviez plus continuer à vivre avec cette douleur ou dans cet état de mal-être), ou bien souhaitiez-vous attirer l'attention, vous venger ou susciter une réaction chez les autres? Ou tout ça en même temps?***<br>(1) Entièrement pour attirer l'attention, vous venger ou susciter une réaction chez les autres.<br>(2) Surtout pour attirer l'attention, vous venger ou susciter une réaction chez les autres.<br>(3) Autant pour attirer l'attention, vous venger ou susciter une réaction chez les autres que pour mettre fin à la douleur.<br>(4) Surtout pour mettre fin à la douleur (vous ne pouviez plus vivre avec la douleur ou dans cet état de mal-être).<br>(5) Entièrement pour mettre fin à la douleur (vous ne pouviez plus vivre avec la douleur ou dans cet état de mal-être).<br>(0) Sans objet. | ____ | ____ |

© 2008 Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

## SUITE DE L'ANNEXE 5

| ***COMPORTEMENT SUICIDAIRE***<br>*(Cochez toutes les cases appropriées, pourvu qu'il s'agisse d'événements distincts; posez des questions sur tous les types de comportement.)* | **Depuis la naissance** | **Au cours des 3 derniers mois** |
|---|---|---|
| **Tentative réelle :**<br>Acte autoagressif potentiellement dommageable commis avec le désir plus ou moins fort de mourir, *à la suite de cet acte*. Ce comportement a été en partie envisagé comme moyen de se suicider. L'intention suicidaire ne doit pas être nécessairement de 100 %. Si une intention/volonté ***quelconque*** de mourir est associée à l'acte, celui-ci pourra alors être qualifié de tentative de suicide réelle. ***La présence de blessures ou de lésions n'est pas obligatoire***, le potentiel de blessure ou lésion suffit. Si la personne appuie sur la détente d'une arme à feu placée dans sa bouche, mais que l'arme est brisée et qu'aucune blessure n'est engendrée, cet acte est considéré comme étant une tentative.<br>Intention présumée : même si le sujet nie qu'il a l'intention ou le désir de mourir, son intention ou son désir peut être présumé cliniquement selon le comportement ou les circonstances. Par exemple, un acte pouvant entraîner une mort certaine et ne relevant clairement pas d'un accident, de sorte qu'il ne peut être assimilé qu'à une tentative de suicide (p. ex. : se tirer une balle dans la tête, sauter par la fenêtre d'un étage élevé). De plus, si la personne nie son intention de mourir, mais qu'elle croyait que ce qu'elle a fait pouvait être mortel, l'intention peut être présumée.<br>***Avez-vous fait une tentative de suicide?***<br>***Avez-vous fait quoi que ce soit pour vous blesser?***<br>***Avez-vous fait quelque chose de dangereux qui aurait pu causer votre mort?***<br>***Qu'avez-vous fait?***<br>***Avez-vous _____ dans le but de mettre fin à vos jours?***<br>***Vouliez-vous mourir (même un peu) lorsque vous _____?***<br>***Tentiez-vous de mettre fin à vos jours lorsque vous _____? ou***<br>***Pensiez-vous qu'il était possible que vous mouriez en _____?***<br>***Ou l'avez-vous fait purement pour d'autres raisons / sans AUCUNE intention de vous suicider (p. ex. : pour soulager le stress, vous sentir mieux, obtenir de la sympathie, ou pour que quelque chose d'autre se produise)?*** (Comportement autoagressif sans intention de suicide)<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire : | **Oui** ☐ **Non** ☐<br><br>Nombre total de tentatives<br>_____ | **Oui** ☐ **Non** ☐<br><br>Nombre total de tentatives<br>_____ |
| **Le sujet a-t-il adopté un comportement autoagressif non suicidaire?** | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ |
| **Tentative interrompue :**<br>Lorsque la personne est interrompue (par des circonstances externes) au moment où elle tente de poser le geste pouvant lui causer des blessures *(sans cette interruption, la tentative réelle aurait eu lieu)*.<br>Surdose : la personne a les pilules dans la main, mais on l'empêche de les avaler. Lorsque les pilules sont avalées, il s'agit d'une tentative plutôt que d'une tentative interrompue. Arme à feu : la personne a une arme à feu pointée sur elle-même, quelqu'un lui enlève son arme ou on l'empêche de quelque façon que ce soit d'appuyer sur la détente. Si la personne appuie sur la détente, même si le coup ne part pas, il s'agit d'une tentative. Saut : la personne s'apprête à sauter, mais quelqu'un l'attrape par derrière et l'éloigne du bord. Pendaison : la personne a la corde autour du cou, mais ne s'est pas encore pendue – quelqu'un l'en empêche.<br>***Y a-t-il eu un moment où vous aviez commencé à faire quelque chose pour mettre fin à vos jours, mais quelqu'un ou quelque chose vous a retenu avant que vous n'ayez fait quoi que ce soit?***<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire : | **Oui** ☐ **Non** ☐<br><br>Nombre total de tentatives interrompues<br>_____ | **Oui** ☐ **Non** ☐<br><br>Nombre total de tentatives interrompues<br>_____ |
| **Tentative avortée :**<br>Lorsqu'une personne commence à prendre des mesures en vue de commettre une tentative de suicide, mais s'arrête d'elle-même avant d'adopter le comportement autodestructeur. Les exemples sont les mêmes que ceux pour les tentatives interrompues, sauf que le sujet s'arrête de lui-même au lieu d'être arrêté par quelque chose d'autre.<br>***Y a-t-il eu un moment où vous aviez commencé à faire quelque chose pour essayer de mettre fin à vos jours, mais vous vous êtes arrêté(e) de vous-même avant d'avoir fait quoi que ce soit?***<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire : | **Oui** ☐ **Non** ☐<br><br>Nombre total de tentatives avortées<br>_____ | **Oui** ☐ **Non** ☐<br><br>Nombre total de tentatives avortées<br>_____ |
| **Actes ou comportements préparatoires :**<br>Actes ou préparatifs en vue de commettre une tentative imminente de suicide. Il peut s'agir de toute chose qui dépasse le stade de la verbalisation ou de la pensée, telle que réunir les éléments d'une méthode particulière (p. ex. : acheter des pilules, se procurer une arme à feu) ou se préparer à mourir par suicide (p. ex., donner ses biens, écrire une lettre de suicide).<br>***Avez-vous déjà pris des mesures en vue de faire une tentative de suicide ou vous préparer à vous suicider (p. ex. : vous procurer des pilules ou une arme à feu, donner vos biens ou écrire une lettre de suicide)?***<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire : | **Oui** ☐ **Non** ☐ | **Oui** ☐ **Non** ☐ |

| ***Répondre en tenant compte des tentatives réelles seulement*** | Tentative la plus récente<br>Date : | Tentative la plus mortelle<br>Date : | Première tentative<br>Date : |
|---|---|---|---|
| **Degré des atteintes physiques observées :**<br>0. Aucune atteinte physique ou lésions très mineures (p. ex. : égratignures).<br>1. Atteinte physique mineure (p. ex. : élocution lente, brûlures au premier degré, léger saignement, entorse).<br>2. Atteinte physique modérée; soins médicaux nécessaires (p. ex. : état conscient mais somnolent, attention diffuse, brûlures au deuxième degré, saignement d'un vaisseau sanguin important).<br>3. Atteinte physique grave; hospitalisation nécessaire, probablement aux soins intensifs (p. ex. : état comateux avec réflexes intacts, brûlures au troisième degré sur moins de 20 % du corps, perte de sang abondante mais rétablissement probable, fractures importantes).<br>4. Atteinte physique très grave; hospitalisation aux soins intensifs nécessaire (p. ex. : état comateux sans réflexes, brûlures au troisième degré sur plus de 20 % du corps, perte de sang abondante avec signes vitaux instables, lésions importantes aux organes vitaux).<br>5. Décès | *Inscrire le code*<br>_____ | *Inscrire le code*<br>_____ | *Inscrire le code*<br>_____ |
| **Létalité potentielle : ne répondre que si la létalité réelle = 0**<br>Létalité probable de la tentative réelle en l'absence d'atteinte physique (exemples de tentatives n'ayant entraîné aucune atteinte physique, mais pouvant potentiellement engendrer un degré très élevé de létalité : placer le canon d'une arme à feu dans sa bouche et appuyer sur la détente, mais le coup ne part pas; s'étendre sur la voie ferrée à l'approche d'un train, mais en être retiré avant d'être écrasé).<br>0 = Peu de probabilité que le comportement aboutisse à des blessures.<br>1 = Probabilité que le comportement aboutisse à des blessures, mais peu de probabilité qu'il aboutisse à la mort.<br>2 = Probabilité que le comportement aboutisse à la mort malgré les soins médicaux disponibles. | *Inscrire le code*<br>_____ | *Inscrire le code*<br>_____ | *Inscrire le code*<br>_____ |

© 2008 Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

# ANNEXE 6 : SCÉNARIOS CLINIQUES – ÉVALUATION ET GESTION DU RISQUE DE SUICIDE, ET TRAITEMENT

## CAS Nº 1 : AUCUN RISQUE AIGU CONNU DE SUICIDE

Le caporal Singh est une conductrice de matériel mobile de soutien de 25 ans. Elle a fait l'objet d'un suivi en clinique aujourd'hui concernant un moniteur Holter et d'autres examens après qu'elle aurait eu une attaque de panique. Elle n'a pas connu de crises de ce genre auparavant, bien qu'elle se décrive comme une « personne anxieuse ». Elle éprouve pour la première fois des problèmes de santé mentale, et une évaluation exhaustive du risque de suicide a été effectuée.

Le Cpl Singh n'a pas d'antécédents de conduite ou d'idéation suicidaire, ni d'autodestruction délibérée. Elle n'a pas actuellement d'idées suicidaires actives ou passives. Elle collectionne des armes à feu, qu'elle conserve à domicile.

En ce qui concerne les facteurs de risque de suicide non modifiables, le Cpl Singh n'a pas d'antécédents familiaux de suicide. Quant aux facteurs de risque aigu, elle remplit les critères de trouble panique et possiblement de trouble anxieux généralisé. Elle consomme de l'alcool socialement. Son unité la soutient et, bien qu'elle est célibataire, elle compte de nombreux amis, collègues et membres de la famille qui l'appuient. Elle est résolue à suivre son traitement, et a fait savoir qu'elle avisera son clinicien si elle a des pensées suicidaires actives ou passives.

**Détermination du risque :** Risque aigu très faible. La patiente n'a pas de pensées suicidaires ni d'antécédents d'idéation suicidaire, et elle participe activement aux soins de santé primaires.

**Niveau du risque :** Comparativement à l'ensemble des membres militaires, le Cpl Singh se situe à la base de référence en matière de risque ou très près de celle-ci. Elle a reçu deux diagnostics de trouble anxieux, avec une récente exacerbation des symptômes. Elle ne présente cependant pas beaucoup d'autres facteurs de risque démographiques ou cliniques. Son risque de suicide est inférieur à celui de la majorité des patients psychiatriques externes et de presque tous les patients psychiatriques hospitalisés.

**État du risque :** Comparativement à son risque de base, la situation du risque du Cpl Singh ne se situe pas à un niveau élevé. Même si ses symptômes d'anxiété se sont récemment exacerbés, elle nie avoir des idées suicidaires. Par le passé, elle a eu des épisodes d'anxiété croissante, mais sans être accompagnés de pensées suicidaires.

### ▶ *Prise en charge et traitement*

1. Elle doit se rendre au service d'urgence le plus près si elle commence à avoir des idées suicidaires.
2. Demander une consultation avec un clinicien en santé mentale pour traiter les symptômes d'anxiété.
3. Discuter de la prescription d'inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS), en conformité aux directives fondées sur les preuves.
4. Demander une consultation avec un psychiatre si la réponse au plan de traitement est nulle ou limitée.
5. Procéder à une brève évaluation du suicide à chaque visite.
6. Revoir le clinicien en soins primaires dans un délai de deux semaines.
7. Le clinicien doit établir des CERM pertinentes.

## CAS Nº 2 : RISQUE AIGU FAIBLE DE SUICIDE

Le capitaine de corvette Tremblay est un officier de logistique maritime de 37 ans. Il est marié et a des enfants. Il se présente à la clinique aujourd'hui pour une évaluation et la gestion d'une dépression grave. Une évaluation détaillée du risque de suicide a été effectuée, car le Capc Tremblay a manifesté une idéation suicidaire dans ses réponses au questionnaire PHQ-9.

Avant les deux derniers mois, le Capc Tremblay n'avait jamais tenté de se suicider ou affiché d'idéation suicidaire. Il n'a pas d'historique d'autodestruction délibérée.

Son idéation suicidaire passive a commencé il y a environ deux mois, pendant la période des Fêtes, alors qu'il souffrait de symptômes dépressifs. Il a exprimé ses pensées comme suit : « J'avais l'impression qu'il serait préférable que je meure ». Cette pensée ne l'habitait pas tous les jours, mais assez souvent pour l'inquiéter.

Pendant les deux dernières semaines, le Capc Tremblay a eu des pensées fugaces de mettre fin à sa vie. « Je m'imagine parfois me noyer dans la baignoire ». À son avis, il ne s'agit pas d'un plan : « Je ne ferai jamais cela ». Il est perturbé par ses pensées et n'a pas l'intention de les mettre à exécution. Il n'a pas envisagé d'autres façons de mettre fin à sa vie. Il n'a pas tenu de conduite préparatoire (aucune méthode de répétition ou n'a pas pris d'arrangements en prévision de sa mort). Il possède quelques armes à feu, qu'il conserve à la maison.

Le Capc Tremblay présente des facteurs de risque de suicide non modifiables : homme d'âge mûr sans historique personnel ou familial de tentatives de suicide.

En ce qui concerne les facteurs de risque aigu, en plus de la nouvelle idéation suicidaire active accompagnée d'un plan, mais sans intention, le Capc Tremblay manifeste des symptômes de dépression grave, et la note qu'il a obtenue sur le questionnaire PHQ-9 a augmenté depuis son dernier rendez-vous. Il continue cependant de donner un bon rendement au travail, ne consomme pas l'alcool ou de drogue, et jouit d'une relation favorable avec sa conjointe. Il ne remplit pas les critères de trouble anxieux. Il a éprouvé certains traumatismes durant une mission de combat il y a plusieurs années (« Je n'aime pas trop penser à ça »). Il n'affiche pas de signes avant-coureurs de suicide, il n'a pas d'antécédents de violence et ne pense pas blesser d'autres personnes. Il s'est présenté pour obtenir des soins, s'est confié à sa conjointe lorsque ses pensées suicidaires se sont intensifiées (elle assiste au rendez-vous), et c'est elle qui tient la clé de l'armoire où sont rangées les armes à feu. Elle s'inquiète pour lui, sans cependant avoir de préoccupation au sujet de sa sécurité immédiate. Parmi les facteurs de protection, mentionnons qu'il est marié et a des enfants, qu'il a une affiliation religieuse et qu'il bénéficie du soutien de son église (il s'est confié au pasteur) et de son commandant. Il fait confiance au processus de traitement, il a noué une solide alliance thérapeutique, et il accepte volontiers de planifier sa sécurité.

**Détermination du risque :** risque aigu faible. Le patient manifeste une idéation suicidaire qui est accompagnée d'un plan élémentaire, mais sans intention suicidaire. Il présente quelques facteurs de risque, plusieurs facteurs de protection, mais ne manifeste pas de signes avant-coureurs de suicide.

**Niveau du risque :** Comparativement à l'ensemble des membres militaires, le Capc Tremblay est à risque élevé de suicide et comparativement à tous les patients psychiatriques, il présente un risque légèrement élevé; et son risque de suicide est faible comparativement aux patients psychiatriques hospitalisés. Ce risque peut être géré au moyen d'un suivi continu et d'une consultation psychiatrique externe.

**État du risque :** Comparativement à son risque de base, le Capc Tremblay court un risque supérieur de suicide, ce qui dénote qu'il a besoin de traitement et de soutien.

▶ ***Prise en charge et traitement***

1. Dresser un plan de sécurité comprenant les éléments suivants :
   a. Se rendre au service d'urgence le plus près si ses pensées suicidaires s'intensifient.
   b. Lui recommander de ne pas consommer d'alcool au cours des prochains mois, car l'intoxication peut hausser le risque de suicide.
   c. Dresser un plan de sécurité et informer le Capc Tremblay et sa conjointe de la ligne d'écoute téléphonique et des ressources accessibles.
   d. Renseigner sa conjointe sur les signes avant-coureurs de suicide, la restriction des moyens mortels, ainsi que sur la dépression et le traitement.
2. Plan de traitement
   a. Le clinicien en soins primaires optimisera le traitement de la dépression en conformité aux directives fondées, et peut envisager un aiguillage vers un psychiatre pour effectuer une évaluation de la médication.
   b. Aiguiller vers un clinicien en santé mentale pour une thérapie appropriée.
   c. Rien n'indique que l'état du Capc Tremblay nuit à son travail. De fait, il dit qu'il se sent mieux quand il se consacre à ses tâches. Il devra faire l'objet de CERM, mais devrait continuer à travailler à temps plein.
   d. Le Capc Tremblay peut décider de discuter de ses symptômes dépressifs et de ses pensées suicidaires avec le commandant de son unité, en qui il a confiance.
   e. Revoir le clinicien en soins primaires dans un délai d'une semaine.

## CAS Nº 3 : RISQUE AIGU MODÉRÉ DE SUICIDE

Le sergent Peterson est un fantassin de 43 ans qui est séparé de sa conjointe. Il s'est rendu à la clinique aujourd'hui à la demande de son ami et collègue, qui l'a accompagné au rendez-vous urgent. Le collègue du Sgt Peterson, le Sgt O'Brien, a indiqué que ce dernier lui a dit : « À quoi ça sert tout ça? Je devrais tout simplement me tuer », alors qu'ils prenaient un verre au début de la semaine. Le Sgt Peterson a regretté ces paroles et a reconnu qu'il était temps qu'il demande un soutien psychologique.

Le Sgt Peterson a tenté de se suicider une fois auparavant il y a 20 ans, à l'âge de 23 ans. À cette époque, il avait été diagnostiqué d'une dépression et surconsommait des opioïdes, qui lui avaient été prescrits pour une blessure au genou. Il avait des idées suicidaires actives par surdose, mais sans intention. Durant une intoxication, son idéation suicidaire s'est activée, il était plus impulsif et a fait une surdose d'opioïdes. Son colocataire l'a retrouvé inerte, puis a composé le 911. Il a séjourné à l'hôpital deux semaines, où il a suivi un traitement pour dépression (fluoxéine, 40 mg). Il avait honte et regrettait sa tentative de suicide. Il a repris contact avec ses parents et d'autres soutiens. Il n'a pas eu besoin d'un traitement d'entretien par méthadone et a cessé d'utiliser les opioïdes à cette époque. Il s'est enrôlé dans l'armée l'année suivante et sa situation est stable depuis ce temps, ayant cessé la fluoxéine avant son enrôlement. Avant cet épisode, pendant ses études secondaires, il avait des pensées suicidaires actives, sans intention ou plan, en raison de l'intimidation qu'il subissait et d'un conflit familial. Il a des antécédents d'acte autodestructeur délibéré durant ses études secondaires (il se cognait la tête, une ou deux fois par mois, lorsqu'il ressentait de la détresse, pendant une période de six mois), mais sans récurrence depuis.

Au cours des deux derniers mois, le Sgt Peterson dit qu'il avait pensé à s'enlever la vie « chaque jour, plusieurs fois par jour ». Ces pensées empiraient lorsqu'il était intoxiqué à l'alcool, ce qui se produisait deux ou trois fois par semaine (il consomme de huit à dix bières par soir). Lorsqu'il est intoxiqué, il recherche sur Internet des moyens de se tuer; les pensées de mort le soulagent. Toutefois, même intoxiqué, il demeure ambivalent au sujet de son

intention : « Je veux mettre fin à ma douleur, mais je n'aimerais pas blesser les personnes qui tiennent à moi. J'aimerais que les choses s'améliorent ». Il n'a pas fait de préparatifs de mort et n'a pas envisagé de méthode pour mettre fin à ses jours. Il n'a pas accumulé de médicaments et n'a pas d'arme à feu à la maison. En raison de son traitement courant pour alcoolisme, il est visé par des CERM qui l'empêchent de conduire des véhicules du ministère de la Défense nationale, de manipuler une arme personnelle et d'être affecté à un environnement opérationnel. Il n'a pas récemment pratiqué d'acte autodestructeur ni tenté de se suicider.

Le Sgt Peterson compte plusieurs facteurs de risque de suicide non modifiables : homme de 43 ans ayant des antécédents familiaux de suicide (sa mère a fait une tentative de suicide par surdose lorsqu'il avait 12 ans, alors qu'elle était dépressive, consommait de l'alcool et vivait la dissolution de son mariage). Le Sgt Peterson a aussi subi des traumatismes durant son enfance (témoin de la violence familiale, violence physique aux mains de son père). **Il a des antécédents (éloignés) de tentative de suicide.**

Le Sgt Peterson compte plusieurs facteurs de risque aigus. En plus de l'idéation suicidaire et de la communication d'idées suicidaires, il présente des symptômes de dépression (il a obtenu un score de 20 sur le questionnaire PHQ-9) et remplit les critères de phobie sociale. Sa consommation d'alcool s'est accrue à son retour d'un déploiement il y a trois mois. Même s'il ne remplit pas les critères du TSPT, des traumatismes reliés au combat ont été observés. Il s'est séparé de sa conjointe l'an dernier et voit ses deux adolescents moins souvent. Il y a trois semaines, il s'est présenté pour traiter son alcoolisme, avec le soutien du Sgt O'Brien. Il s'inquiète de la stigmatisation et de son avancement professionnel à l'avenir.

Au nombre des signes avant-coureurs de suicide, mentionnons sa conversation avec le Sgt O'Brien durant une intoxication, sa consommation d'alcool associée à l'aggravation de son idéation suicidaire. Il est aussi plus anxieux dernièrement, mais ne manifeste pas d'autres signes avant-coureurs de conduite suicidaire. Il ne pense jamais à blesser d'autres personnes.

Avec le consentement du Sgt Peterson, des renseignements complémentaires ont été obtenus du Sgt O'Brien et du conseiller en toxicomanie. Le Sgt O'Brien a indiqué que l'état de son ami l'avait surtout inquiété il y a trois semaines, mais se dit soulager qu'il suive désormais un traitement pour toxicomanie. Il a affirmé avoir entendu le Sgt Peterson parlé de suicide trois fois au cours du dernier mois quand il était intoxiqué. Le Sgt Peterson a dit regretter ses paroles; il n'a pas détaillé de plan et n'est pas passé à l'acte. Son conseiller en toxicomanie a fait savoir que le Sgt Peterson a assisté à tous les rendez-vous et qu'il a réduit sensiblement sa consommation d'alcool (deux ou trois fois par semaine au lieu de tous les jours). Il est réceptif à une thérapie médicamenteuse pour gérer son alcoolisme, et une consultation avec un psychiatre est prévue dans deux jours. Il n'a pas de symptôme ou de convulsion de sevrage, et son conseiller en toxicomanie ne s'en inquiète pas, car le patient peut passer cinq jours sans alcool sans manifester de symptôme.

**Formulation du risque :** Le Sgt Peterson présente un risque aigu modéré de suicide et une idéation suicidaire courante, mais sans intention de passer à l'acte, plan de suicide ou tentative récente. Il manifeste cependant des signes avant-coureurs de suicide (intoxication passée, mais qui peut ressurgir, et anxiété).

**Niveau du risque :** En comparaison avec la population militaire générale, le Sgt Peterson est à risque élevé de suicide et comparativement à d'autres patients externes suivant un traitement pour trouble de santé mentale ou de toxicomanie, il présente un risque élevé, et un risque équivalent ou légèrement inférieur aux patients psychiatriques hospitalisés.

**État du risque :** De façon importante, comparé à son propre historique et à son risque de suicide de base, le Sgt Peterson affiche un risque élevé, mais a couru un risque supérieur par le passé (p. ex., à l'âge de 23 ans, il a tenté de se suicider, il était intoxiqué aux opioïdes, et comptait moins de facteurs de protection). Il y a un mois, il présentait probablement un risque plus élevé qu'aujourd'hui, alors qu'il consommait de l'alcool plus souvent, ne recourait pas aux ressources en santé mentale ou pour toxicomanie, et se sentait plus désespéré de ses soins.

▶ ***Plan de sécurité et de traitement***

1. Se rendre au service d'urgence le plus près si les idées suicidaires s'intensifient.
2. Le patient n'est pas à risque aigu élevé et n'a pas besoin d'évaluation urgente en santé mentale.
3. Dresser le plan de sécurité, qui prévoit qu'il habite chez le Sgt O'Brien et sa famille pendant les prochaines semaines pour bénéficier d'un environnement lui procurant soutien et stabilité. Le Sgt O'Brien retirera l'alcool de son domicile parce que l'**intoxication à l'alcool accroît sensiblement le risque que court le Sgt Peterson**.
4. Fournir des fiches d'information au Sgt Peterson, qu'il peut remettre à ses amis et à sa famille, y compris les coordonnées des services d'urgence et les signes d'autodestruction.
5. Contacter le clinicien en soins primaires qui verra le patient dans un délai de deux jours pour envisager une médication ou un traitement en milieu hospitalier pour alcoolisme.
6. Présenter une demande de consultation psychiatrique urgente, idéalement pour que le patient soit pris en charge dans un délai d'une semaine.
7. Le clinicien en soins primaires aiguillera le Sgt Peterson vers les services psychosociaux, dans la mesure où il veut consulter un professionnel pour l'aider à gérer son stress psychosocial.
8. Le patient accepte de commencer un traitement par ISRS pour gérer ses symptômes dépressifs comorbides; les médicaments seront prescrits et dosés en conformité aux directives. Les ISRS cibleront aussi les symptômes de phobie sociale, car ils sont de première intention dans les deux cas.
9. Aiguillage à une psychothérapie pour gérer les symptômes de dépression et d'anxiété.
10. Le clinicien en soins primaires a intérêt à s'assurer que le Sgt Peterson poursuit son activité professionnelle, préférablement à temps plein, car elle donne une structure à sa vie et renforce son soutien social.

## CAS Nº 4 : RISQUE AIGU ÉLEVÉ DE SUICIDE

Le caporal Simard est un technicien des mouvements de 24 ans; il est célibataire. Il se rend à un premier rendez-vous chez son clinicien en soins primaires. Il a été dirigé par un travailleur social du programme psychosocial, qu'il a consulté pour obtenir un soutien à la suite de mesures disciplinaires dans son unité. Une évaluation du risque de suicide a été effectuée, car le Cpl Simard a souscrit à des pensées suicidaires dans ses réponses au questionnaire de dépistage C-SSRS.

Il a déjà tenté de se suicider. À 18 ans, il fait une surdose de benzodiazépines et a été admis aux soins intensifs. Une autre tentative a échoué la semaine dernière. Il avait acheté une corde pour se pendre, mais son ex-petite amie a composé le 911 après que le Cpl Simard lui avait téléphoné pour lui dire adieu. La police s'est rendue au domicile du Cpl Simard, qui a été transporté au service d'urgence le plus près, où il a indiqué au médecin : « J'ai joué un mélodrame. Je voulais qu'elle vienne me retrouver, mais je n'étais pas vraiment sérieux ». Il n'a pas précisé qu'il s'était procuré une corde, mais il était déçu que sa tentative ait été interrompue. Il n'a pas d'historique d'autodestruction délibérée.

À l'heure actuelle, il continue de souscrire à de fortes idées et intentions suicidaires (« La question n'est pas de savoir comment, mais quand [...] À quoi ça sert de vivre? »). Il a donné son chien et a rédigé des notes de suicide pour ses amis et sa famille. Lorsqu'on lui a demandé pourquoi il divulguait ces renseignements, il a répondu : « Je vous fais confiance et peut-être que d'une certaine façon, j'aimerais qu'on me vienne en aide ». Il possède une arme à feu. En réponse à la question s'il pensait se tuer par balle, il a affirmé : « N'est-ce pas vrai pour tout le monde? », sans cependant donner de précision.

Ses facteurs de risque non modifiables comprennent le jeune âge et le sexe masculin. Il a un historique de traumatismes physiques et de négligence pendant son enfance. **Il a des antécédents de comportement suicidaire passé et récent.** Les facteurs aigus de risque incluent de graves symptômes dépressifs, une polytoxicomanie (cocaïne et opioïdes), peu de proches intimes, la récente dissolution de sa relation amoureuse, et des mesures disciplinaires militaires prises à son endroit.

Son clinicien en soins primaires lui a prescrit un ISRS le mois dernier pour dépression, mais le Cpl Simard a affirmé : « À quoi ça sert? À moins de m'en servir pour une surdose ».

Le Cpl Simard était agité et irritable durant l'évaluation. Il ne cessait de bouger sur sa chaise et menaçait de partir, son affect était labile. Il avait quelques difficultés à énoncer ses mots, ce qui donnait à penser qu'il était peut-être intoxiqué. Il a communiqué une intention suicidaire, a manifesté un comportement suicidaire et a pris des dispositions en prévision de sa mort. Il ne pense pas à blesser d'autres personnes.

Le patient a peu de facteurs de protection. Il est socialement isolé comptant peu de soutiens, et il est ambivalent au sujet d'un traitement (il ne croit pas qu'il sera efficace).

L'information complémentaire a été glanée dans le dossier de santé électronique du patient. Puisque le risque aigu élevé de suicide est évident, aucune autre tentative n'a été faite pour obtenir des renseignements complémentaires.

**Détermination du risque :** risque aigu élevé. Idéation suicidaire persistante; ferme intention de passer à l'acte; incapacité à contrôler l'impulsivité; récente tentative de suicide et comportement préparatoire; plusieurs signes avant-coureurs de suicide, dont l'agitation et l'intoxication; nombreux facteurs non modifiables et aigus de risque; facteurs de protection limités.

**Niveau du risque :** Comparativement à l'ensemble des membres miliaires, le Cpl Simard présente un risque de suicide extrêmement élevé et comparativement à tous les patients psychiatriques, son risque est très élevé, et comparé aux patients psychiatriques hospitalisés, son risque de suicide est supérieur. Son risque ne peut être géré en consultation externe.

**État du risque :** Comparativement à son risque de base, le Cpl Simard court un risque beaucoup plus élevé, ce qui dénote un besoin très urgent de traitement et de soutien.

### ▶ *Prise en charge et traitement*

1. Planification de la sécurité

    a. Durant la rencontre, le clinicien en soins primaires devrait évaluer ce patient et voir au transport sûr à un service d'urgence pour une consultation aux fins d'hospitalisation. Si le clinicien est une infirmière praticienne ou un auxiliaire médical, il doit alors contacter immédiatement un médecin, passer en revue l'évaluation, et le médecin peut organiser le transport sûr au service d'urgence.

    b. Le patient ne doit pas être laissé sans surveillance et doit être accompagné d'un membre du personnel aux urgences. S'il demande de partir et qu'il pose une menace à la sécurité, il faut contacter la police pour l'appréhender, en conformité à la *Loi sur la santé mentale* provinciale ou territoriale (le médecin doit remplir les formalités administratives requises).

    c. Le clinicien en soins primaires doit contacter immédiatement les urgences pour fournir une information complémentaire. Dans ce cas, le risque aigu de sécurité l'emporte sur la confidentialité du patient.

    d. Si le patient est admis à l'hôpital, il faut s'efforcer de maintenir un contact étroit avec l'équipe traitante.

    e. Le clinicien en soins primaires doit veiller à ce que le Cpl Simard soit visé par des CERM pertinentes.

2. Le suivi et la planification auront lieu à l'avenir après avoir dissipé les préoccupations de sécurité urgentes. Le Cpl Simard doit faire l'objet d'un suivi auprès du personnel de soins primaires et de santé mentale quelques jours après son congé de l'hôpital. Il devra aussi subir des évaluations de sécurité continues, un traitement basé sur les données probantes pour la dépression et le trouble de toxicomanie, et recevoir des soutiens psychosociaux.

# ANNEXE 7 : ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE COLUMBIA SUR LA GRAVITÉ DU RISQUE SUICIDAIRE (C–SSRS)

## *Depuis la dernière visite (clinique)*

Depuis la dernière visite

Version du 14 janvier 2009

***Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.***

*Avis d'exonération de responsabilité :*

*Cette échelle a été mise au point pour être utilisée par des personnes ayant été formées à son utilisation. Les questions contenues dans l'Échelle d'évaluation de Columbia sur le risque suicidaire (C-SSRS) sont des suggestions visant à obtenir des renseignements. En dernière analyse, la détermination de la présence d'idéations ou de comportements suicidaires dépend du jugement de la personne faisant passer le questionnaire.*

*Les définitions des comportements suicidaires dans cette échelle sont inspirées de celles utilisées dans* ***The Columbia Suicide History Form****, élaboré par John Mann, MD, et Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. Dans M.B. First [Ed.]* Standardized Evaluation in Clinical Practice*, p. 103 -130, 2003.)*

*Pour obtenir des exemplaires supplémentaires de l'échelle C-SSRS, veuillez communiquer avec Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; pour toute question et pour tout besoin en matière de formation, veuillez écrire à posnerk@nyspi.columbia.edu*

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

## SUITE DE L'ANNEXE 7

### *IDÉATION SUICIDAIRE*

*Posez les questions 1 et 2. Si la réponse aux deux questions est négative, passez à la section « Comportement suicidaire ». Si la réponse à la question 2 est affirmative, posez les questions 3, 4 et 5. Si la réponse à la question 1 et/ou 2 est affirmative, remplissez la section « Intensité de l'idéation » ci-dessous.*

**Depuis la dernière visite**

**1. Désir d'être mort(e)**
Le sujet souscrit à des pensées concernant le désir d'être mort ou de ne plus être vivant, ou le désir de s'endormir et de ne pas se réveiller.
***Avez-vous déjà souhaité être mort(e) ou vous endormir et ne jamais vous réveiller?***
Dans l'affirmative, veuillez décrire :

**Oui** ☐ **Non** ☐

**2. Pensées suicidaires actives non spécifiques**
Pensées générales non spécifiques concernant le désir de s'enlever la vie/se suicider ( ex., *« J'ai pensé à me suicider »*) sans penser à des moyens de se suicider ou à des méthodes, intentions ou plans connexes au cours de la période d'évaluation.
***Avez-vous réellement déjà pensé à vous suicider?***
Dans l'affirmative, veuillez décrire :

**Oui** ☐ **Non** ☐

**3. Idéation suicidaire active avec définition de méthodes (pas de plan) et sans intention de passer à l'acte**
Le sujet confirme penser au suicide et a pensé à au moins une méthode au cours de la période d'évaluation. Ceci diffère d'un plan spécifique comprenant le moment, l'endroit ou une méthode détaillée (ex., penser à une façon de se suicider, mais sans plan spécifique). Comprend les personnes qui diraient : *« J'ai pensé prendre une surdose de médicaments, mais je n'ai pas fait de plan spécifique concernant le moment ou la manière dont je m'y prendrais… et je ne pourrais jamais y arriver. »*
***Avez-vous pensé à comment vous vous y prendriez?***
Dans l'affirmative, veuillez décrire :

**Oui** ☐ **Non** ☐

**4. Idéation suicidaire active avec une certaine intention de passer à l'acte, sans plan spécifique**
Le sujet a des pensées suicidaires actives et déclare avoir une certaine intention de passer à l'acte, comparativement à : *« J'y pense, mais je ne mettrai certainement pas ces pensées à exécution. »*
***Avez-vous eu ces pensées accompagnées d'une certaine intention de passer à l'acte?***
Dans l'affirmative, veuillez décrire :

**Oui** ☐ **Non** ☐

**5. Idéation suicidaire active avec plan spécifique et intention de passer à l'acte**
Le sujet a des pensées suicidaires et un plan détaillé entièrement ou partiellement mis au point accompagné d'une certaine intention de mettre son plan à exécution.
***Avez-vous commencé à mettre au point ou avez-vous mis au point les détails de votre suicide? Avez-vous l'intention de mettre ce plan à exécution?***
Dans l'affirmative, veuillez décrire :

**Oui** ☐ **Non** ☐

### *INTENSITÉ DE L'IDÉATION*

*Les points suivants doivent être évalués en fonction du type d'idéation le plus grave (c.-à-d., à partir des idéations 1 à 5 ci-dessus, 1 étant la moins grave et 5 la plus grave).*

***Idéation la plus grave :*** _____ *N° du type (1 à 5)* _____ *Description de l'idéation*

Idéation la plus grave

**Fréquence**
***Combien de fois avez-vous eu ces pensées?***
(1) Moins d'une fois par semaine (2) Une fois par semaine (3) De 2 à 5 fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours (5) Plusieurs fois par jour

____

**Durée**
***Lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles?***
(1) Brièvement – quelques secondes ou minutes
(2) Moins d'une heure / de temps à autre
(3) De 1 à 4 heures / souvent
(4) De 4 à 8 heures / presque toute la journée
(5) Plus de 8 heures / continuellement

____

**Contrôlabilité**
***Pourriez-vous ou pouvez-vous arrêter de penser au suicide ou à vouloir mourir si vous le souhaitez?***
(1) Facilement capable de maîtriser vos pensées.
(2) Vous pouvez maîtriser vos pensées avec peu de difficulté.
(3) Vous pouvez maîtriser vos pensées avec une certaine difficulté.
(4) Vous pouvez maîtriser vos pensées avec beaucoup de difficulté.
(5) Incapable de maîtriser vos pensées.
(0) Vous n'essayez pas de maîtriser vos pensées.

____

**Éléments dissuasifs**
***Y a-t-il des choses – des personnes ou quoi que ce soit d'autre (ex., famille, religion, douleur liée à la mort) – qui vous ont empêché(e) de vouloir mourir ou de mettre vos pensées suicidaires à exécution?***
(1) Des éléments dissuasifs vous ont assurément empêché(e) de commettre une tentative de suicide.
(2) Des éléments dissuasifs vous ont probablement empêché(e) de commettre une tentative de suicide.
(3) Il n'est pas certain que des éléments dissuasifs vous aient empêché(e) de commettre une tentative de suicide.
(4) Il est probable que des éléments dissuasifs ne vous ont pas empêché(e) de commettre une tentative de suicide.
(5) Il est certain que des éléments dissuasifs ne vous ont pas empêché(e) de commettre une tentative de suicide.
(0) Sans objet.

____

**Motifs de l'idéation**
***Quelles sont les raisons pour avoir pensé à vouloir mourir ou à vous suicider? Était-ce pour faire cesser la douleur ou pour ne plus ressentir ce que vous ressentiez (autrement dit, vous ne pouviez plus continuer à vivre avec cette douleur ou dans cet état de mal-être), ou bien souhaitiez-vous attirer l'attention, vous venger ou susciter une réaction chez les autres? Ou tout ça en même temps?***
(1) Entièrement pour attirer l'attention, vous venger ou susciter une réaction chez les autres.
(2) Surtout pour attirer l'attention, vous venger ou susciter une réaction chez les autres.
(3) Autant pour attirer l'attention, vous venger ou susciter une réaction chez les autres que pour mettre fin à la douleur.
(4) Surtout pour mettre fin à la douleur (vous ne pouviez plus vivre avec la douleur ou dans cet état de mal-être).
(5) Entièrement pour mettre fin à la douleur (vous ne pouviez plus vivre avec la douleur ou dans cet état de mal-être).
(0) Sans objet.

____

© 2008 Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

## SUITE DE L'ANNEXE 7

| ***COMPORTEMENT SUICIDAIRE***<br>*(Cochez toutes les cases appropriées, pourvu qu'il s'agisse d'événements distincts; posez des questions sur tous les types de comportement.)* | **Depuis la dernière visite** |
|---|---|
| **Tentative réelle :**<br>Acte autoagressif potentiellement dommageable commis avec le désir plus ou moins fort de mourir, *à la suite de cet acte*. Ce comportement a été en partie envisagé comme moyen de se suicider. L'intention suicidaire ne doit pas être nécessairement de 100 %. Si une intention/volonté ***quelconque*** de mourir est associée à l'acte, celui-ci pourra alors être qualifié de tentative de suicide réelle. ***La présence de blessures ou de lésions n'est pas obligatoire***, le potentiel de blessure ou lésion suffit. Si la personne appuie sur la détente d'une arme à feu placée dans sa bouche, mais que l'arme est brisée et qu'aucune blessure n'est engendrée, cet acte est considéré comme étant une tentative.<br>Intention présumée : même si le sujet nie qu'il a l'intention ou le désir de mourir, son intention ou son désir peuvent être présumés cliniquement selon le comportement ou les circonstances. Par exemple, un acte pouvant entraîner une mort certaine et ne relevant clairement pas d'un accident, de sorte qu'il ne peut être assimilé qu'à une tentative de suicide (ex., se tirer une balle dans la tête, sauter par la fenêtre d'un étage élevé). De plus, si la personne nie son intention de mourir, mais qu'elle croyait que ce qu'elle a fait pouvait être mortel, l'intention peut être présumée.<br>***Avez-vous fait une tentative de suicide?***<br>***Avez-vous fait quoi que ce soit pour vous blesser?***<br>***Avez-vous fait quelque chose de dangereux qui aurait pu causer votre mort?***<br>***Qu'avez-vous fait?***<br>***Avez-vous _____ dans le but de mettre fin à vos jours?***<br>***Vouliez-vous mourir (même un peu) lorsque vous _____?***<br>***Tentiez-vous de mettre fin à vos jours lorsque vous _____? ou***<br>***Pensiez-vous qu'il était possible que vous mouriez en _____?***<br>***Ou l'avez-vous fait purement pour d'autres raisons / sans AUCUNE intention de vous suicider (p. ex., pour soulager le stress, vous sentir mieux, obtenir de la sympathie, ou pour que quelque chose d'autre se produise)?*** (Comportement autoagressif sans intention de suicide)<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire :<br>**Le sujet a-t-il adopté un comportement autoagressif non suicidaire?** | **Oui** ☐ **Non** ☐<br>Nombre total de tentatives<br>_____<br>**Oui** ☐ **Non** ☐ |
| **Tentative interrompue :**<br>Lorsque la personne est interrompue (par des circonstances externes) au moment où elle tente de poser le geste pouvant lui causer des blessures *(sans cette interruption, la tentative réelle aurait eu lieu)*. Surdose : la personne a les pilules dans la main, mais on l'empêche de les avaler. Lorsque les pilules sont avalées, il s'agit d'une tentative plutôt que d'une tentative interrompue. Arme à feu : la personne a une arme à feu pointée sur elle-même, quelqu'un lui enlève son arme ou on l'empêche de quelque façon que ce soit d'appuyer sur la détente. Si la personne appuie sur la détente, même si le coup ne part pas, il s'agit d'une tentative. Saut : la personne s'apprête à sauter, mais quelqu'un l'attrape par-derrière et l'éloigne du bord. Pendaison : la personne a la corde autour du cou, mais ne s'est pas encore pendue – quelqu'un l'en empêche.<br>***Y a-t-il eu un moment où vous aviez commencé à faire quelque chose pour mettre fin à vos jours, mais quelqu'un ou quelque chose vous a retenu avant que vous n'ayez fait quoi que ce soit?***<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire : | **Oui** ☐ **Non** ☐<br>Nombre total de tentatives interrompues<br>_____ |
| **Tentative avortée :**<br>Lorsqu'une personne commence à prendre des mesures en vue de commettre une tentative de suicide, mais s'arrête d'elle-même avant d'adopter le comportement autodestructeur. Les exemples sont les mêmes que ceux pour les tentatives interrompues, sauf que le sujet s'arrête de lui-même au lieu d'être arrêté par quelque chose d'autre.<br>***Y a-t-il eu un moment où vous aviez commencé à faire quelque chose pour essayer de mettre fin à vos jours, mais vous vous êtes arrêté(e) de vous-même avant d'avoir fait quoi que ce soit?***<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire : | **Oui** ☐ **Non** ☐<br>Nombre total de tentatives avortées<br>_____ |
| **Actes ou comportements préparatoires :**<br>Actes ou préparatifs en vue de commettre une tentative imminente de suicide. Il peut s'agir de toute chose qui dépasse le stade de la verbalisation ou de la pensée, telle que réunir les éléments d'une méthode particulière (p. ex., acheter des pilules, se procurer une arme à feu) ou se préparer à mourir par suicide (p. ex., donner ses biens, écrire une lettre de suicide).<br>***Avez-vous déjà pris des mesures en vue de faire une tentative de suicide ou vous préparer à vous suicider (p. ex., vous procurer des pilules ou une arme à feu, donner vos biens ou écrire une lettre de suicide)?***<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire : | **Oui** ☐ **Non** ☐ |
| **Suicide:**<br>La mort par suicide est survenue depuis la dernière évaluation. | **Oui** ☐ **Non** ☐ |
| ***Répondre en tenant compte des tentatives réelles seulement*** | Tentative la plus mortelle<br>Date : |
| **Degré des atteintes physiques observées :**<br>0. Aucune atteinte physique ou lésions très mineures (ex., égratignures).<br>1. Atteinte physique mineure (ex., élocution lente, brûlures au premier degré, léger saignement, entorse).<br>2. Atteinte physique modérée; soins médicaux nécessaires (ex., état conscient mais somnolent, attention diffuse, brûlures au deuxième degré, saignement d'un vaisseau sanguin important).<br>3. Atteinte physique grave; hospitalisation nécessaire, probablement aux soins intensifs (ex., état comateux avec réflexes intacts, brûlures au troisième degré sur moins de 20 % du corps, perte de sang abondante mais rétablissement probable, fractures importantes).<br>4. Atteinte physique très grave; hospitalisation aux soins intensifs nécessaire (ex., état comateux sans réflexes, brûlures au troisième degré sur plus de 20 % du corps, perte de sang abondante avec signes vitaux instables, lésions importantes aux organes vitaux).<br>5. Décès | *Inscrire le code*<br>_____ |
| **Létalité potentielle : ne répondre que si la létalité réelle = 0**<br>Létalité probable de la tentative réelle en l'absence d'atteinte physique (exemples de tentatives n'ayant entraîné aucune atteinte physique, mais pouvant potentiellement engendrer un degré très élevé de létalité : placer le canon d'une arme à feu dans sa bouche et appuyer sur la détente, mais le coup ne part pas; s'étendre sur la voie ferrée à l'approche d'un train, mais en être retiré avant d'être écrasé).<br>0 = Peu de probabilité que le comportement aboutisse à des blessures.<br>1 = Probabilité que le comportement aboutisse à des blessures, mais peu de probabilité qu'il aboutisse à la mort.<br>2 = Probabilité que le comportement aboutisse à la mort malgré les soins médicaux disponibles. | *Inscrire le code*<br>_____ |

© 2008 Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

# ANNEXE 8 : FICHE D'INFORMATION POUR LA FAMILLE

Cette fiche d'information peut être remise aux membres de la famille ou aux proches des personnes à risque de suicide. Elle renseigne sur les ressources de soutien, les signes avant-coureurs de suicide, et renferme les coordonnées de l'équipe traitante du patient. La fiche est adaptée des ressources suivantes : « Suicidal Thoughts in a Family Member: Care Instructions » (en anglais seulement) (personnel averti en santé, **myhealth.alberta.ca**, 2016); « Suicide: What to do when someone is suicidal » (en anglais seulement) (personnel de la clinique Mayo, **http://www.mayoclinic.org**, 2015); et « Connaissez-vous quelqu'un qui a des idées suicidaires? » (Organisation mondiale de la santé, **http://www.who.int/fr/**, 2017)[405–407].

## COMPRENDRE LE RISQUE DE SUICIDE : INFORMATION À L'INTENTION DES MEMBRES DE LA FAMILLE

**Que puis-je faire pour aider un proche souffrant de pensées suicidaires?**

- ☐ Le fait de parler du suicide n'aggrave pas les pensées suicidaires et n'incite pas les personnes à les mettre à exécution. Leur demander plutôt ce qu'elles ressentent peut les aider à se sentir en sécurité et vous aider à décider ce que vous pouvez faire pour les appuyer.
- ☐ Faites-leur savoir que vous êtes prêt à les écouter, et encouragez-les à communiquer avec leur équipe soignante. Vous pouvez aussi prendre contact avec l'équipe si vous avez des inquiétudes que votre proche se sente plus déprimé ou ne se comporte pas comme d'habitude.
- ☐ Encouragez votre proche à ne pas consommer de substances intoxicantes, et limiter son exposition à des situations où de l'alcool ou des drogues sont accessibles. S'il éprouve un trouble de toxicomanie, parlez à son équipe traitante pour connaître l'approche à privilégier.
- ☐ Offrez-lui de l'accompagner à ses rendez-vous aux services de santé ou à d'autres endroits qui le stressent. Demandez à d'autres membres de la famille et à des amis de former un réseau de soutien.
- ☐ Si votre proche a dressé un « plan de sécurité » et accepte de le partager, conservez-en une copie pour connaître les étapes à suivre lorsqu'il se sent mal.
- ☐ Gardez à portée de la main les renseignements sur les lignes d'écoute téléphonique (mémorisez-les dans votre téléphone et celui de votre proche).

**Que puis-je faire pour sécuriser le plus possible notre maison?**

1. **Assurez-vous que les armes à feu à la maison ne sont pas faciles d'accès**. Idéalement, elles devraient être retirées de la maison. Si vous les conservez à la maison, elles doivent être rangées dans une armoire verrouillée, séparément des munitions, et votre proche ne doit pas y avoir accès.
2. **Ne conservez pas d'alcool ou de drogues illicites à la maison**. Rangez les médicaments en lieu sûr. Collaborez avec votre proche, l'équipe soignante et le personnel de pharmacie pour que votre proche n'ait pas accès à une grande quantité de médicaments. Verrouillez les pesticides et les autres produits ménagers dangereux.
3. Dans la mesure du possible, retirez les objets tranchants (couteaux, lames de rasoir) de la maison.

## SUITE DE L'ANNEXE 8

**Quels sont les signes avant-coureurs de suicide?**

- ☐ Faire une tentative de suicide.
- ☐ Préparer une tentative de suicide – mettre des médicaments en réserve, essayer de se procurer une arme à feu, faire des recherches sur les méthodes de suicide ou essayer de se procurer des moyens de se donner la mort en ligne.
- ☐ Rédiger des notes de suicide, dire adieu à ses proches, donner ses biens ou mettre de l'ordre dans ses affaires.
- ☐ Altérations de sa personnalité, de sa routine, de ses pensées ou de son niveau d'énergie (p. ex., insomnies, faire les cent pas toute la journée, hallucinations auditives ou conduite paranoïaque).
- ☐ Parler du suicide – dire des choses comme : « Je vais me tuer » ou « Vous seriez mieux sans moi ».
- ☐ Se sentir piégé, honteux ou désespéré.
- ☐ Comportement risqué, violent ou autodestructeur, ou consommation croissante d'alcool ou de drogues illicites.
- ☐ Délaisser des activités, s'éloigner des autres personnes, et rechercher la solitude.

**Que dois-je faire si mon proche manifeste des signes avant-coureurs de suicide?**

1. **Assurez votre sécurité.** Si votre proche est agité, menaçant ou agressif, voyez à votre propre sécurité et à celles des autres personnes, puis **composez le 911**.
2. Si votre proche anticipe un suicide ou tente de se suicider et que vous n'êtes pas en danger, ne le laissez pas seul et **composez le 911**.
3. Si vous pouvez le faire en toute sécurité, accompagnez votre proche au service d'urgence le plus près. Contactez la chaîne de commandement ou l'équipe de santé pour l'informer.
4. Si votre proche refuse de se rendre au service d'urgence ou si vous doutez que ce soit la chose à faire, obtenez sans tarder l'aide d'un professionnel. Pour obtenir un soutien, vous pouvez joindre la ligne d'information pour les familles, l'équipe soignante de votre proche si elle est disponible, ou le service d'assistance téléphonique de prévention du suicide accessible 24 heures sur 24.
5. N'essayez pas de raisonner votre proche ou de vous opposer à lui. Offrez-lui plutôt de l'aide et restez calme, dans la mesure du possible.

**Qui puis-je contacter si j'ai des questions ou j'ai besoin de soutien?**

1. **Lignes d'assistance téléphonique :**

2. **Ligne d'information pour les familles des Forces armées canadiennes –** Composez le numéro 1-800-866-4546 (Amérique du Nord) ou 00-800-771-17722 (outremer) sept jours par semaine, 24 heures sur 24 pour consulter un conseiller expérimenté et obtenir de l'aide.
3. **« Vous n'êtes pas seul » : Ressources en santé mentale pour les membres des FAC et leur famille –** http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante/ressources-sante-mentale.page
4. Le **fournisseur de soins primaires** ou le **clinicien en santé mentale** de votre proche – dans la mesure où ce dernier vous a donné son consentement pour que vous lui parliez.
5. Votre propre **fournisseur de soins primaires** – prenez rendez-vous pour lui parler de ce que vous ressentez et pour obtenir un soutien.

# ANNEXE 9 : MODÈLE DE PLAN DE SÉCURITÉ

Le modèle de plan de sécurité ci-dessous est adapté de l'article de Stanley et Brown, *Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Risk for Suicide* (2012) (en anglais seulement) et du *Guide d'évaluation et de prévention du suicide* (2011) du CAMH[408,409].

| PLAN DE SÉCURITÉ |
|---|
| **Étape 1 : Signes avant-coureurs signalant que je suis à risque** |
| 1.<br>2.<br>3. |
| **Étape 2 : Se rappeler les raisons de vivre** |
| 1.<br>2.<br>3. |
| **Étape 3 : Stratégies d'adaptation à utiliser pour me distraire ou me sentir mieux** |
| 1.<br>2.<br>3. |
| **Étape 4 : Activités sociales et personnes qui peuvent m'aider à me distraire** |
| 1.<br>2.<br>3. |
| **Étape 5 : Personnes à contacter pour obtenir de l'aide** |
| 1.<br>2.<br>3. |

## SUITE DE L'ANNEXE 9

| **Étape 6 : Professionnels ou organismes à contacter en situation de crise** |
|---|
| 1.<br><br>2.<br><br>3.<br><br>4.<br><br>5. |
| **Étape 7 : Rendre mon environnement plus sûr** |
| 1.<br><br>2.<br><br>3. |

# NOTES


1. Statistique Canada. « Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes, le groupe d'âge et le sexe, Canada ». CANSIM (Base de données). Statistique Canada; 2015. Adresse : http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26;jsessionid=36BF93527DF5B4C6537438E596D6D53D?id=1020551&lang=fra&retrLang=fra (page consultée le 5 mai 2017).
2. Statistique Canada. « Décès, selon la cause, Chapitre XX : Causes externes de morbidité et de mortalité (V01 à Y89), le groupe d'âge et le sexe, Canada ». Statistique Canada; 2006. Adresse : http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1020540&lang=fra&retrLang=fra (page consultée le 5 mai 2017).
3. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004;4:37. doi:10.1186/1471-244X-4-37.
4. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. 2003;33(3):395–405.
5. Ping Q, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hôpitalization. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:427–432.
6. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide; 2013. Adresse : www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADODCP_SuicideRisk_Full.pdf.
7. Laboratory for the Treatment of Suicide-Related Ideation and Behaviour at Uniformed Services University of the Health Sciences (USUHS). Air Force guide for suicide risk assessment, management, and treatment. Uniformed Services University; 2014. Adresse : www.usuhs.edu/faculty/holloway.
8. Vanacek R. Primary behavioral health care services practice manual, version 2.0. Lackland (TX); 2011. Adresse : www.integration.samhsa.gov/images/res/2011%20BHOP%20Manual%20-%20PDF,%207.28%20updates.pdf.
9. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, et al. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Am J Psychiatry. 2003;160(11 Suppl):1–60. doi:10.1176/appi.book.9780890423363.56008.
10. Haberman M, MacLellan W, Tindall C, et al. CAMH suicide prevention and assessment handbook. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2011.
11. Perlman C, Neufeld E, Martin L, et al. Suicide risk assessment inventory: a resource guide for Canadian health care organizations. Toronto: Ontario Hospital Association and Canadian Safety Institute; 2011.
12. Jacobs DG, "Practice guideline" (voir note 9).
13. Columbia Lighthouse Foundation. Clinical triage guidelines using the C-SSRS. Adresse : http://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRStriageexampleguidelines.pdf (page consultée le 5 mai 2017).
14. Posner K, Brent D, Lucas C, et al. "Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)-military version." New York; 2009. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
15. Tien HCN, Acharya S, Redelmeier DA. Preventing deaths in the Canadian military. Am J Prev Med. 2010;38(3):331–339.
16. Rolland-Harris E, Cyr E, Zamorski MA. Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes (de 1995 à 2015). Défense nationale; 2016. Adresse : http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/rapport-mortalite-suicide-fac-2016.pdf (page consultée le 5 mai 2017).
17. Ibid.
18. Nock MK, Deming CA, Fullerton CS, et al. Suicide among soldiers: a review of psychosocial risk and protective factors. Psychiatry. 2013;76(2):97–125. doi:10.1521/psyc.2013.76.2.97.
19. Rolland-Harris, « Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide » (voir note 16).
20. Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide. Organisation mondiale de la Santé; 2012. Adresse : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/ (page consultée le 30 septembre 2012).
21. Canetto S, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. Suicide Life Threat Behav. 1998;28(1):1-23. Adresse : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9560163.
22. Haberman M, "CAMH suicide prevention" (voir note 10).

23. Nock MK, Stein MB, Heeringa SG, et al. Prevalence and correlates of suicidal behavior among soldiers. JAMA Psychiatry. 2014;71(5):514-522. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.30.
24. Suokas J, Suominen K, Isometsä E, et al. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide—findings of a 14-year follow-up study. Acta Psychiatr Scand. 2001;104:117–121.
25. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. Arch Gen Psychiatry. 1983;40(3):249–257. Adresse : **http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6830404** (page consultée le 30 septembre 2012).
26. Kessler RC, Warner CH, Ivany C, et al. Predicting suicides after psychiatric hôpitalization in U.S. Army soldiers: the Army Study To Assess Risk and rEsilience in Servicemembers (Army STARRS). JAMA Psychiatry. 2015;72(1):1–9. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1754.
27. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, et al. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. Am J Psychiatry. 2016;173(11):1094–1100.
28. Bryan CJ, Rudd MD, Wertenberger E, et al. Nonsuicidal self-injury as a prospective predictor of suicide attempts in a clinical sample of military personnel. Compr Psychiatry. 2015;59:1–7. doi:10.1016/j.comppsych.2014.07.009.
29. Bryan CJ, Bryan AO, Ray-Sannerud BN, et al. Suicide attempts before joining the military increase risk for suicide attempts and severity of suicidal ideation among military personnel and veterans. Compr Psychiatry. 2014;55(3):534-541. doi:10.1016/j.comppsych.2013.10.006.
30. Ursano RJ, Kessler RC, Stein MB, et al. Risk factors, methods, and timing of suicide attempts among U.S. Army soldiers. JAMA Psychiatry. 2016;20814:E1–E9. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0600.
31. Nock MK, “Suicide among soldiers” (voir note 18).
32. Denneson LM, Corson K, Helmer DA, et al. Mental health utilization of new-to-care Iraq and Afghanistan veterans following suicidal ideation assessment. Psychiatry Res. 2014;217(3):147–153. doi:10.1016/j.psychres.2014.03.017.
33. Bray RM, Pemberton MR, Lane ME, et al. Substance use and mental health trends among U.S. military active duty personnel: key findings from the 2008 DoD Health Behavior Survey. Mil Med. 2010;175(6):390–399. doi:10.7205/MILMED-D-09-00132.
34. Bell NS, Harford T, Amoroso PJ, et al. Prior health care utilization patterns and suicide among U.S. Army soldiers. Suicide Life-Threatening Behav. 2010;40(September):407–415. doi:10.1521/suli.2010.40.4.407.
35. Ursano RJ, Colpe LJ, Heeringa SG, et al. The Army Study to Assess Risk and rEsilience in Servicemembers (Army STARRS). Psychiatry. 2014;77(2):107–119. doi:10.1521/psyc.2014.77.2.107.
36. Rolland-Harris E, « Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide » (voir note 16).
37. Ibid.
38. Bell NS, “Prior health care utiization” (voir note 34).
39. Kessler RC, “Predicting suicides after psychiatric hôpitalization” (voir note 26).
40. Ghahramanlou-Holloway M, Brown GK, Currier GW, et al. Safety Planning for Military (SAFE MIL): rationale, design, and safety considerations of a randomized controlled trial to reduce suicide risk among psychiatric inpatients. Contemp Clin Trials. 2014;39(1):113–123. doi:10.1016/j.cct.2014.07.003.
41. Zivin K, Kim HM, McCarthy JF, et al. Suicide mortality among individuals receiving treatment for depression in the veterans affairs health system: associations with patient and treatment setting characteristics. Am J Public Health. 2007;97(12):2193–2198. doi:10.2105/AJPH.2007.115477.
42. Valenstein M, Kim HM, Ganoczy D, et al. Higher-risk periods for suicide among VA patients receiving depression treatment: prioritizing suicide prevention efforts. J Affect Disord. 2009;112(1–3):50–58. doi:10.1016/j.jad.2008.08.020.
43. Bell NS, “Prior health care utiization” (voir note 34).
44. Kessler RC, “Predicting suicides after psychiatric hôpitalization” (voir note 26).
45. Nock MK, “Suicide among soldiers” (voir note 18).
46. Kessler RC, “Predicting suicides after psychiatric hôpitalization” (voir note 26).
47. Richardson JD, Cyr KS, Nelson C, et al. Sleep disturbances and suicidal ideation in a sample of treatment-seeking Canadian Forces members and veterans. Psychiatry Res. 2014;218(1–2):118–123. doi:10.1016/j.psychres.2014.04.008.

48. Luxton DD, Greenburg D, Ryan J, et al. Prevalence and impact of short sleep duration in redeployed OIF soldiers. Sleep. 2011;34(9):1189–1195. doi:10.5665/sleep.1236.
49. Nock MK, “Suicide among soldiers” (voir note 18).
50. Brenner LA, Ignacio RV, Blow FC. Suicide and traumatic brain injury among individuals seeking Veterans Health Administration services. J Head Trauma Rehabil. 2011;26(4):257–264. doi:10.1097/HTR.0b013e31821fdb6e.
51. Teasdale TW, Engberg AW. Suicide after traumatic brain injury: a population study. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2001;71(4):436–440. doi:10.1136/jnnp.71.4.436.
52. Brenner LA, “Suicide and traumatic brain injury” (voir note 50).
53. Jacobs DG, “Practice guideline” (voir note 9).
54. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
55. Politi P, Piccinelli M, Klersy C, et al. Mortality in psychiatric patients 5 to 21 years after hôpital admission in Italy. Psychol Med. 2002;32(2):227–237.
56. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, et al. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J Affect Disord. 2013;147(1–3):17–28. doi:10.1016/j.jad.2013.01.004.
57. Jacobs DG, “Practice guideline” (voir note 9).
58. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
59. Politi P, “Mortality in psychiatric patients” (voir note 55).
60. Hawton K, “Risk factors for suicide” (voir note 56).
61. Thompson JM, Zamorski MA, Sweet J, et al. Roles of physical and mental health in suicidal ideation in Canadian Armed Forces Regular Force veterans. Can J Public Health. 2014;105(2):e109–115. doi:10.17269/cjph.105.4217.
62. Boulos D, Zamorski MA. Deployment-related mental disorders among Canadian Forces personnel deployed in support of the mission in Afghanistan, 2001–2008. CMAJ. 2013;185(11). doi:10.1503/cmaj.122120.
63. Pearson C, Zamorski M, Janz T. Santé mentale dans les Forces armées canadiennes. Ottawa (Ont.), Statistique Canada; 2014. Adresse : **http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2014001/article/14121-fra.pdf**.
64. Ibid.
65. Nock MK, “Suicide among soldiers” (voir note 18).
66. Rolland-Harris E, « Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide » (voir note 16).
67. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Fawcett JA, et al. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. American Psychiatric Association; 2013. Adresse : **https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf** (page consultée le 5 mai 2017).
68. Curtis C. Sexual abuse and subsequent suicidal behaviour: exacerbating factors and implications for recovery. J Child Sex Abus. 2006;15(2):1–21. doi: 10.1300.J070v15n02_01.
69. Santa Mina EE, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. Can J Psychiatry. 1998;October(43):793–800.
70. Fennig S, Horesh N, Aloni D, et al. Life events and suicidality in adolescents with schizophrenia. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2005;14(8):454-460. doi:10.1007/s00787-005-0498-z.
71. Afifi TO, Taillieu T, Zamorski MA, et al. Association of child abuse exposure with suicidal ideation, suicide plans, and suicide attempts in military personnel and the general population in Canada. JAMA Psychiatry. 2016;73(3):229–238. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2732.
72. Rosen L, Martin L. The measurement of childhood trauma among male and female soldiers in the U.S. Army. Mil Med. 1996;161(6):342–345.
73. Belik SL. Stein MB. Asmundson GJ, et al. Relation between traumatic events and suicide. Can J Psychiatry. 2009;54(2):93–104. doi:10.1037/e517302011-196.
74. Belik SL, Stein MB, Asmundson GJ, et al. Are Canadian soldiers more likely to have suicidal ideation and suicide attempts than Canadian civilians? Am J Epidemiol. 2010;172(11):1250–1258. doi:10.1093/aje/kwq290.
75. Nock MK, “Suicide among soldiers” (voir note 18).
76. Nock MK, “Prevalence and correlates” (voir note 23).
77. Rolland-Harris E, « Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide » (voir note 16).

78. Black SA, Gallaway MS, Bell MR, et al. Prevalence and risk factors associated with suicides of Army soldiers 2001–2009. Mil Psychol. 2011;23:433–451. doi:10.1080/08995605.2011.590409.
79. Martin JS, Ghahramanlou-Holloway M, Englert DR, et al. Marital status, life stressor precipitants, and communications of distress and suicide intent in a sample of United States Air Force suicide decedents. Arch Suicide Res. 2013;17(2):148–160. doi:10.1080/13811118.2013.776456.
80. Kessler RC, “Predicting suicides after psychiatric hôpitalization” (voir note 26).
81. Kochanski-Ruscio KM, Carreno-Ponce JT, Deyoung K, et al. Diagnostic and psychosocial differences in psychiatrically hôpitalized military service members with single versus multiple suicide attempts. Compr Psychiatry. 2014;55(3):450–456. doi:10.1016/j.comppsych.2013.10.012.
82. Snarr JD, Heyman RE, Slep AMS. Recent suicidal ideation and suicide attempts in a large-scale survey of the U.S. Air Force: prevalences and demographic risk factors. Suicide Life Threat Behav. 2010;40(6):544–552. doi:10.1521/suli.2010.40.6.544.
83. Rolland-Harris E, « Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide » (voir note 16).
84. Maloney E, Degenhardt L, Darke S, et al. Impulsivity and borderline personality as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals. Psychiatry Res. 2009;169(1):16–21. doi:10.1016/j.psychres.2008.06.026. Impulsivity.
85. Pearson V, Phillips M, He F, et al. Attempted suicide among young rural women in the People’s Republic of China: possibilities for prevention. Suicide Life Threat Behav. 2002;32(4):359–369.
86. Pluck G, Lekka NP, Sarkar S, et al. Clinical and neuropsychological aspects of non-fatal self-harm in schizophrenia. Eur Psychiatry. 2013;28(6):344–348. doi:10.1016/j.eurpsy.2012.08.003.
87. Nock MK, “Suicide among soldiers” (voir note 18).
88. Legarreta M, Graham J, North L, et al. DSM – 5 Posttraumatic stress disorder symptômes associated with suicide behaviors in veterans. Psychol Trauma. 2015;7(3):277–285. doi:http://dx.doi.org/10.1037/tra0000026.
89. Weyrauch K, Roy-Byrne P, Katon W, et al. Stressful life events and impulsiveness in failed suicide. Suicide Life-Threatening Behav. 2001;31(3):331–339.
90. Rolland-Harris E, « Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide » (voir note 16).
91. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
92. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
93. Ibid.
94. Jacobs DG, “Practice guideline” (voir note 9).
95. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
96. Jacobs DG, “Practice guideline” (voir note 9).
97. Nock MK, “Suicide among soldiers” (voir note 18).
98. Bryan CJ, Hernandez AM. The functions of social support as protective factors for suicidal ideation in a sample of Air Force personnel. Suicide Life Threat Behav. 2013;43(5):562–573. doi:10.1111/sltb.12039.
99. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
100. Nock MK, “Suicide among soldiers” (voir note 18).
101. Bryan CJ, Andreski SR, McNaughton-Cassill M, et al. Agency is associated with decreased emotional distress and suicidal ideation in military personnel. Arch Suicide Res. 2014;18(3):241–250. doi:10.1080/13811118.2013.824836.
102. Bryan CJ, “The functions of social support” (voir note 98).
103. Cohen S, Willis TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985;98:310–357.
104. Bryan CJ, “The functions of social support” (voir note 98).
105. Cohen S, “Stress, social support” (voir note 103).
106. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
107. Nock MK, “Suicide among soldiers” (voir note 18).
108. Bryan CJ, “The functions of social support” (voir note 98).

109. Kushner HI, Sterk CE. The limits of social capital: Durkheim, suicide, and social cohesion. Am J Public Health. 2005;95(7):1139–1143. doi:10.2105/AJPH.2004.053314.

110. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, et al. Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(7):843–852. doi:10.1001/archpsyc.64.7.843

111. Rost K, Smith JLJ, Dickinson M. The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity a randomized trial. Med Care. 2004;42(12):1202–1210. doi:10.1097/00005650-200412000-00007.

112. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. JAMA. 2006;295(9):1023–1032. doi:10.1001/jama.295.9.1023.

113. Vinokur AD, Pierce PF, Lewandowski-Romps L, et al. Effects of war exposure on Air Force personnel's mental health, job burnout and other organizational related outcomes. J Occup Heal Psychol. 2011;16(1):3–17. doi:10.1037/a0021617.

114. Sadow D, Ryder M. Reducing stigmatizing attitudes held by future health professionals: the person is the message. Psychol Serv. 2008;5(4):362–372.

115. Ben-Zeev D, Young MA, Corrigan PW. DSM-V and the stigma of mental illness. J Ment Heal. 2010;19(4):318–327. doi:10.3109/09638237.2010.492484.

116. Ibid.

117. Harris J, Farchmin L, Stull L, et al. Prediction of changes in self-stigma among veterans participating in partial psychiatric hôpitalization: the role of disability status and military cohort. Psychiatr Rehabil J. 2015;38(2):179–185. doi:10.1037/prj0000118.

118. Ben-Zeev D, "DSM-V" (voir note 115).

119. Gould M, Adler A, Zamorski M, et al. Do stigma and other perceived barriers to mental health care differ across Armed Forces? J R Soc Med. 2010;103(4):148–156. doi:10.1258/jrsm.2010.090426.

120. Dickstein BD, Vogt DS, Handa S, et al. Targeting self-stigma in returning military personnel and veterans: a review of intervention strategies. Mil Psychol. 2010;22(Feb 2015):224–236. doi:10.1080/08995600903417399.

121. Ben-Zeev D, Corrigan PW, Britt TW, et al. Stigma of mental illness and service use in the military. J Ment Heal. 2012;21(3):264–273. doi:10.3109/09638237.2011.621468.

122. Sudom K, Zamorski M, Garber B. Stigma and barriers to mental health care in deployed Canadian Forces personnel. Mil Psychol. 2012;24:414–431. doi:10.1080/08995605.2012.697368.

123. Gould M, "Do stigma and other perceived" (voir note 119).

124. Kim PY, Britt TW, Klocko RP, et al. Stigma, negative attitudes about treatment, and utilization of mental health care among soldiers. Mil Psychol. 2011;23(1):65–81. doi:10.1080/08995605.2011.534415.

125. Sudom K, "Stigma of mental illness" (voir note 122).

126. Kim PY, "Stigma, negative attitudes" (voir note 124).

127. Suicide Prevention Resource Center. "Suicide screening and assessment. Vol September." Waltham (MA): Education Development Centre, Inc; 2014. Adresse : **www.sprc.org**.

128. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, "VA/DoD clinical practice guideline" (voir note 6).

129. Jacobs DG, "Practice guideline" (voir note 9).

130. Suicide Prevention Resource Center, "Suicide screening" (voir note 127).

131. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, "VA/DoD clinical practice guideline" (voir note 6).

132. Lang M, Uttaro T, Caine E, et al. Implementing routine suicide risk screening for psychiatric outpatients with serious mental disorders: I. Qualitative results. Arch Suicide Res. 2009;13(2):160–168. doi:10.1080/13811110902835098.

133. Pisani AR, Murrie DC, Silverman MM. Reformulating suicide risk formulation: from prediction to prevention. Acad Psychiatry. 2016;40(4):623–629. doi:10.1007/s40596-015-0434-6.

134. Columbia-Suicide Severity Rating Scale. Screen Version. The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc; 2008. Adresse : **www.integration.samsha.gov/clinical-practice/Columbia_Suicide_Severity_Rating_Scale.pdf**.

135. Columbia University. “Columbia-Suicide Severity Rating Scale – Screener/Self Report: 6.” Adresse : http://cssrs.columbia.edu.
136. “Columbia-Suicide Severity Rating Scale” (voir note 134).
137. Nock MK, “Prevalence and correlates” (voir note 23).
138. Bryan CJ, “Suicide attempts” (voir note 29).
139. Hawton K, “Risk factors for suicide” (voir note 56).
140. Riihimäki K, Vuorilehto M, Melartin T, et al. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. Psychol Med. 2014;44(2):291–302. doi:10.1017/S0033291713000706.
141. Tuisku V, Kiviruusu O, Pelkonen M, et al. Depressed adolescents as young adults – predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. J Affect Disord. 2014;152–154(1):313–319. doi:10.1016/j.jad.2013.09.031.
142. Wise J. Army suicide attempts are most likely among enlisted soldiers on first tour of duty and female soldiers, U.S. study finds. BMJ. 2015;351(July):h3702. doi:10.1136/bmj.h3702.
143. Guo T, Xiang Y-T, Xiao L, et al. Measurement-based care versus standard care for major depression: a randomized controlled trial With blind raters. Am J Psychiatry. 2015;172(10):1004–1013. doi:10.1176/appi.ajp.2015.14050652.
144. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological treatments. Can J Psychiatry. 2016;61(9):540–560. doi:10.1177/0706743716659417.
145. Nock MK, “Prevalence and correlates” (voir note 23).
146. Rolland-Harris E, « Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide » (voir note 16).
147. Brenner L, “Suicide and traumatic brain injury” (voir note 50).
148. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
149. Jacobs DG, “Practice guideline” (voir note 9).
150. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
151. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
152. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
153. Perlman C, “Suicide Risk assessment inventory” (voir note 11).
154. Jacobs M, “Practice guideline” (voir note 63).
155. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
156. Perlman C, “Suicide risk assessment inventory” (voir note 11).
157. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
158. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
159. Perlman C, “Suicide risk assessment inventory” (voir note 11).
160. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
161. Ibid.
162. Ibid.
163. Perlman C, “Suicide risk assessment inventory” (voir note 11).
164. Lang M, “Implementing routine suicide risk screening” (voir note 132).
165. O’Connor E, Gaynes B, Burda BU, et al. Screening for suicide risk in primary care: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (U.S.); 2013. Adresse : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137737/.
166. Tanguturi Y, Bodic M, Taub A, et al. Suicide risk assessment by residents: deficiencies of documentation. Acad Psychiatry. 2017 Jan 12. doi:10.1007/s40596-016-0644-6.

167. Haney E, O'Neil M, Carson S, et al. Evidence-based synthesis program suicide risk factors and risk assessment tools : a systematic review. Washington (DC): Department of Veterans Affairs; Mar 2012. Adresse : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22574340.
168. McNiel DE, Fordwood SR, Weaver CM, et al. Effects of training on suicide risk assessment. Psychiatr Serv. 2008;59(12):1462–1465. doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.59.12.1462.
169. Woo BK, Ma AY. Psychiatric inpatient care at a county hospital before and after the inception of a university-affiliated psychiatry residency program. J Psychiatr Pract. 2007;13(5):343–348. doi:10.1097/01.pra.0000290675.53170.54.
170. Greist JH, Mundt JC, Gwaltney CJ, et al. Predictive value of baseline electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale (eC-SSRS) assessments for identifying risk of prospective reports of suicidal behavior during research participation. Innov Clin Neurosci. 2014;11(9–10):23–31. Available : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267797/.
171. Mundt JC, Greist JH, Jefferson JW, et al. Prediction of suicidal behavior in clinical research by lifetime suicidal ideation and behavior ascertained by the electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale. J Clin Psychiatry. 2013;74(9):887–893.
172. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry. 2011;168(12):1266–1277.
173. Madan A, Frueh C, Allen JG, et al. Psychometric reevaluation of the Columbia–Suicide Severity Rating Scale: findings from a prospective, inpatient cohort of severely mentally ill adults. J Clin Psychiatry. 2016;77(7):867–873.
174. Blasco MJ, Castellví P, Almenara J, et al. Predictive models for suicidal thoughts and behaviors among Spanish University students: rationale and methods of the UNIVERSAL (university and mental health) project. BMC Psychiatry. 2016;16(1):122. doi:10.1186/s12888-016-0820-y.
175. The Columbia Scale (C-SSRS). About the Scale. The Columbia Lighthouse Project; 2016. Adresse : http://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale/ (page consultée le 26 janvier 2017).
176. Shelef L, Fruchter E, Spiegel DO, et al. Characteristics of soldiers with self-harm in the Israeli defense forces. Arch Suicide Res. 2014;18(4):410–418. doi:10.1080/13811118.2013.845121.
177. Ursano RJ, "The Army Study" (voir note 35).
178. "The Columbia Scale (C-SSRS)" (voir note 175).
179. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, "VA/DoD clinical practice guideline" (voir note 6).
180. Haberman M, "CAMH suicide prevention" (voir note 10).
181. Perlman C, "Suicide risk assessment inventory" (voir note 11).
182. Jacobs M, "Practice guideline" (voir note 67).
183. Pisani AR, "Reformulating suicide risk formulation" (voir note 133).
184. O'Connor E, "Screening for suicide risk" (voir note 165).
185. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, "VA/DoD clinical practice guideline" (voir note 6).
186. Laboratory for the Treatment of Suicide-Related Ideation and Behaviour at Uniformed Services University of the Health Sciences (USUHS), "Air Force guide" (voir note 7).
187. Pisani AR, "Reformulating suicide risk formulation" (voir note 133).
188. Haberman M, "CAMH suicide prevention" (voir note 10).
189. Bajaj P, Borreani E, Ghosh P, et al. Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners. Ment Health Fam Med. 2008;5:229–235.
190. Ibid.
191. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, "VA/DoD clinical practice guideline" (voir note 6).
192. Posner K, "Columbia-Suicide Severity Rating Scale" (voir note 14).
193. Ibid.
194. Jacobs M, "Practice guideline" (voir note 9).

195. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
196. Columbia Lighthouse Foundation, “Clinical triage guidelines” (voir note 13).
197. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
198. Columbia Lighthouse Foundation, “Clinical triage guidelines” (voir note 13).
199. Posner K, “Columbia-Suicide Severity Rating Scale” (voir note 14).
200. Khazem LR, Law KC, Green BA, et al. Examining the relationship between coping strategies and suicidal desire in a sample of United States military personnel. Compr Psychiatry. 2015;57:2–9. doi:10.1016/j.comppsych.2014.11.009.
201. Wong YJ, Koo K, Tran KK, et al. Asian American college students’ suicide ideation: a mixed-methods study. J Couns Psychol. 2011;58(2):197–209. doi:10.1037/a0023040.
202. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
203. Posner K, “Columbia-Suicide Severity Rating Scale” (voir note 14).
204. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
205. Posner K, “Columbia-Suicide Severity Rating Scale” (voir note 14).
206. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
207. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
208. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
209. Columbia Lighthouse Foundation, “Clinical triage guidelines” (voir note 13).
210. Madsen T, Agerbo E, Mortensen PB, et al. Deliberate self-harm before psychiatric admission and risk of suicide: survival in a Danish national cohort. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48(9):1481–1489. doi:10.1007/s00127-013-0690-2.
211. Zahl DL. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. Br J Psychiatry. 2004;185(1):70–75. doi:10.1192/bjp.185.1.70.
212. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hôpital contact in mental disorder. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(10):1058–1064. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113.
213. Jacobs M, “Practice guideline” (voir note 9).
214. Directorate of Mental Health, Canadian Forces Health Services. Suicide prevention program; Oct 2016.
215. Ibid.
216. Ibid.
217. Ibid.
218. Ibid.
219. Ibid.
220. Ibid.
221. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
222. Ibid.
223. Ibid.
224. Shelef L, “Characteristics of soldiers” (voir note 176).
225. Organisation mondiale de la Santé. Connaissez-vous quelqu’un qui a des idées suicidaires? Dépression : parlons-en. OMS; 2017. Adresse : **http://www.info-suicide.be/wp-content/uploads/2017/03/Fiche_suicide_journee_mondiale_OMS_2017.pdf** (page consultée le 12 février 2017).
226. Mayo Clinic Staff. Suicide: what to do when someone is suicidal. Diseases and Conditions. Suicide and Suicidal Thoughts. Mayo Clinic; 2015. Adresse : **http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/suicide/basics/definition/con-20033954** (page consultée le 12 février 2016).

227. Healthwise Staff. Suicidal thoughts in a family member: care instructions. [Patient care handouts]. Alberta (CA): Healthwise, Inc; 2016. Adresse : **https://myhealth.alberta.ca/Health/aftercareinformation/pages/conditions.aspx?hwid=ut3131** (page consultée le 12 février 2016).
228. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, "VA/DoD clinical practice guideline" (voir note 6).
229. Jacobs M, "Practice guideline" (voir note 9).
230. Organisation mondiale de la Santé, « Connaissez-vous quelqu'un » (voir note 225).
231. Mayo Clinic Staff, "Suicide" (voir note 226).
232. Healthwise Staff, "Suicidal thoughts" (voir note 227).
233. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, "VA/DoD clinical practice guideline" (voir note 6).
234. Scocco P, Toffol E, Pilotto E, et al. How the psychiatrists of a mental health department managed their patients before an attempted suicide. Psychiatry Clin Neurosci. 2009;63(6):706–714. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.02016.x.
235. Jacobs M, "Practice guideline" (voir note 9).
236. Haberman M, "CAMH suicide prevention" (voir note 10).
237. Lewis LM. No-harm contracts: a review of what we know. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(1):50–57. doi:10.1521/suli.2007.37.1.50.
238. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, "VA/DoD clinical practice guideline" (voir note 6).
239. Ibid.
240. Ibid.
241. Ibid.
242. Bryan CJ, "Suicide attempts" (voir note 29).
243. Kochanski-Ruscio KM, "Diagnostic and psychosocial differences" (voir note 81).
244. Finkelstein Y, Macdonald EM, Hollands S, et al. Risk of suicide following deliberate self-poisoning. JAMA Psychiatry. 2015;72(6):570–575. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3188.
245. Strike C, Rhodes AE, Bergmans Y, et al. Fragmented pathways to care. Cris J Cris Interv Suicide Prev. 2006;27(1):31–38. doi:10.1027/0227-5910.27.1.31.
246. Bryan CJ, "Suicide attempts" (voir note 29).
247. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, et al. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. Am J Psychiatry. 2004;161(3):437–443. doi:10.1176/appi.ajp.161.3.437.
248. Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. Psychiatr Clin North Am. 2008;31(3):527–43, viii–ix. doi:10.1016/j.psc.2008.03.007.
249. Ibid.
250. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, "VA/DoD clinical practice guideline" (voir note 6).
251. Ibid.
252. Ibid.
253. Ping Q, "Suicide risk" (voir note 5).
254. Politi P, "Mortality in psychiatric patients" (voir note 55).
255. Park S, Choi JW, Kyoung Yi K, et al. Suicide mortality and risk factors in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care in Korea: 1989–2006. Psychiatry Res. 2013;208(2):145–150. doi:10.1016/j.psychres.2012.09.039.
256. Madsen T, "Deliberate self-harm" (voir note 210).
257. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, "VA/DoD clinical practice guideline" (voir note 6).
258. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. Lancet. 1993;342(866):283–286.

259. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
260. Ghahramanlou-Holloway M, “Safety planning for military” (voir note 40).
261. Stanley B, Brown GK. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. Cogn Behav Pract. 2012;19(2):256–264. doi:10.1016/j.cbpra.2011.01.001.
262. Nock MK, “Suicide among soldiers” (voir note 18).
263. Ghahramanlou-Holloway M, “Safety planning for military” (voir note 40).
264. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
265. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
266. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
267. Ibid.
268. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
269. Ibid.
270. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
271. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
272. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
273. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
274. Ghahramanlou-Holloway M, “Safety planning for military” (voir note 40).
275. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
276. Ghahramanlou-Holloway M, “Safety planning for military” (voir note 40).
277. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
278. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
279. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
280. Ibid.
281. Ibid.
282. Stanley B, Brown GK, Karlin B, et al. Safety plan treatment manual to reduce suicide risk: Veteran version. Washington (DC): United States Department of Veterans Affairs; 2008. Adresse : **www.mentalhealth.va.gov/docs/va_safety_planning_manual.pdf**.
283. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
284. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
285. Ibid.
286. Laboratory for the Treatment of Suicide-Related Ideation and Behaviour at Uniformed Services University of the Health Sciences (USUHS), “Air Force guide” (voir note 7).
287. Khazem LR, “Examining the relationship” (voir note 200).
288. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
289. Yue X. An ethnographic study of coping strategies among Chinese college students in Beijing. Educ Res J. 1994;9(1):65–76.
290. Khazem LR, “Examining the relationship” (voir note 200).
291. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
292. Yue X, “An ethnographic study” (voir note 289).
293. Simon GE, Specht C, Doederlein A. Coping with suicidal thoughts: a survey for personal experience. Psychiatr Serv. 2016;67(9):1026-1029.
294. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
295. Ibid.
296. Ibid.
297. Ibid.

298. Stanley B, “Safety plan treatment manual” (voir note 282).
299. Ibid.
300. Ghahramanlou-Holloway M, “Safety planning for military” (voir note 40).
301. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
302. Ibid.
303. Stanley B, “Safety plan treatment manual” (voir note 282).
304. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
305. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
306. Ibid.
307. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
308. Ghahramanlou-Holloway M, “Safety planning for military” (voir note 40).
309. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
310. Stanley B, “Safety plan treatment manual” (voir note 282).
311. Ibid.
312. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
313. Ibid.
314. Stanley B, “Safety plan treatment manual” (voir note 282).
315. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
316. Mann J, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005;294(16):2064–2074. doi:10.1001/jama.294.16.2064.
317. Nock MK, “Prevalence and correlates” (voir note 23).
318. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).
319. Mayo Clinic Staff, “Suicide” (voir note 226).
320. Organisation mondiale de la Santé, « Connaissez-vous quelqu’un » (voir note 225).
321. Mayo Clinic Staff, “Suicide” (voir note 226).
322. Healthwise Staff, “Suicidal thoughts” (voir note 237).
323. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
324. Ibid.
325. The Department of Veterans Affairs (VA) and Department of Defense (DoD) Evidence-Based Practice Work Group (EBPWG). Clinical practice guideline: summary guideline: management of bipolar disorder (BD) in adults; 2010. Adresse : **http://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/bd/index.asp**.
326. Guo T, “Measurement-based care” (voir note 143).
327. Kennedy SH, “CANMAT 2016 clinical guidelines” (voir note 144).
328. Lam RW, McIntosh D, Wang J, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 1. Disease burden and principles of care. Can J Psychiatry. 2016;61(9):510–523. doi:10.1177/0706743716659416.
329. Ibid.
330. Swinson RP, Antony MM, Bleau P, et al. Guide de pratique clinique : traitement des troubles anxieux. Rev. can. psychiat. = Can J Psychiatry. 2006; 51(suppl. 2) : 9S–91S. doi:10.1002/da.1018.
331. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
332. Simon GE, Savarino J. Suicide attempts among patients starting depression treatment with medications or psychotherapy. Am J Psychiatry. 2007;164(7):1029–1034. doi:10.1176/appi.ajp.164.7.1029.
333. Laje G, Paddock S, Manji H, et al. Genetic markers of suicidal ideation emerging during citalopram treatment of major depression. Am J Psychiatry. 2007;164(10):1530–1538. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06122018.

334. McCain JA. Antidepressants and suicide in adolescents and adults: a public health experiment with unintended consequences? P T. 2009;34(7):355–378.
335. Ibid.
336. Ibid.
337. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
338. Ibid.
339. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
340. McCain JA, “Antidepressants and suicide” (voir note 334).
341. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
342. Lewitzka U, Severus E, Bauer R, et al. The suicide prevention effect of lithium: more than 20 years of evidence—a narrative review. Int J Bipolar Disord. 2015;3(1):15. doi:10.1186/s40345–015-0032-2.
343. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, et al. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. BMJ. 2013;3646(June):1–13. doi:10.1136/bmj.f3646.
344. Toffol E, Hätönen T, Tanskanen A, et al. Lithium is associated with decrease in all-cause and suicide mortality in high-risk bipolar patients: a nationwide registry-based prospective cohort study. J Affect Disord. 2015;183:159–165. doi:10.1016/j.jad.2015.04.055.
345. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, et al. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. Am J Psychiatry. 2005;162(10):1805–1819. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1805.
346. Kennedy SH, “CANMAT 2016 clinical guidelines” (voir note 144).
347. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. Bipolar Disord. 2009;11(3):225–255. doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00672.x.
348. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
349. Kennedy SH, “CANMAT 2016 clinical guidelines” (voir note 144).
350. Yatham LN, “CANMAT and ISBD collaborative update” (voir note 347).
351. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
352. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 2. Psychological treatments. Can J Psychiatry. 2016;61(9):524–539. doi:10.1177/0706743716659418.
353. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014;14 Suppl 1(Suppl 1):S1. doi:10.1186/1471-244X-14-S1-S1.
354. Swinson RP, « Guide de pratique clinique » (voir note 330).
355. Directorate of Mental Health, Canadian Forces Health Services, “Suicide prevention program” (voir note 213).
356. Ibid.
357. Ibid.
358. Ibid.
359. Chapman AL. Dialectical behavior therapy: current indications and unique elements. Psychiatry. 2006;3(9):62–68. Adresse : **https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2963469/**.
360. Koons CR, Robins CJ, Lindsey Tweed J, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behav Ther. 2001;32(2):371–390. doi:10.1016/S0005-7894(01)80009-5.
361. Goodman M, Banthin D, Blair NJ, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy in high-risk suicidal veterans. J Clin Psychiatry. 2016;77(12):1591–1600.
362. Chapman AL, “Dialectical behavior therapy” (voir note 359).

363. Ibid.
364. Black SA, “Prevalence and risk factors” (voir note 78).
365. Flensborg-Madsen T, Knop J, Mortensen EL, et al. Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide-irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. Psychiatry Res. 2009;167(1–2):123–130. doi:10.1016/j.psychres.2008.01.008.
366. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. Br J Psychiatry. 1998;172:35–37. doi:10.1192/bjp.172.1.35.
367. Haukka J, Suominen K, Partonen T, et al. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996–2003. Am J Epidemiol. 2008;167(10):1155–1163. doi:10.1093/aje/kwn017.
368. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group, “VA/DoD clinical practice guideline” (voir note 6).
369. Ibid.
370. Perlman C, “Suicide risk assessment inventory” (voir note 11).
371. Directorate of Mental Health, Canadian Forces Health Services, “Suicide prevention program” (voir note 214).
372. Laboratory for the Treatment of Suicide-Related Ideation and Behaviour at Uniformed Services University of the Health Sciences (USUHS), “Air Force guide” (voir note 7).
373. Directorate of Mental Health, Canadian Forces Health Services, “Suicide prevention program” (voir note 214).
374. Knox KL, Pflanz S, Talcott GW, et al. The U.S. Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. Am J Public Health. 2010;100(12):2457–2463. doi:10.2105/AJPH.2009.159871.
375. Nock MK, “Suicide among soldiers” (voir note 18).
376. Khazem LR, “Examining the relationship” (voir note 200).
377. Hicks MH-R, Bhugra D. Perceived causes of suicide attempts by U.K. South Asian women. Am J Orthopsychiatry. 2003;73(4):455–462. doi:10.1037/0002-9432.73.4.455.
378. Directorate of Mental Health, Canadian Forces Health Services, “Suicide prevention program” (voir note 214).
379. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
380. Monk L, Samra J. Working with the client who is suicidal: a tool for adult mental health and addiction services. Burnaby (BC): Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction; 2007. Adresse : **www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/MHA_WorkingWithSuicidalClient.pdf**.
381. Ibid.
382. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
383. Vinokur AD, “Effects of war exposure” (voir note 113).
384. Monk L, “Working with the client” (voir note 380).
385. Ting L, Jacobson JM, Sanders S. Current levels of perceived stress among mental health social workers who work with suicidal clients. Soc Work. 2011;56(2005):327–336. doi:10.1093/sw/56.4.327.
386. Monk L, “Working with the client” (voir note 380).
387. Ting L, “Current levels of perceived stress” (voir note 385).
388. Ibid.
389. Foley SR, Kelly BD. When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies. Adv Psychiatr Treat. 2007;13:134–138. doi:10.1192/apt.bp.106.002501.
390. Ting L, “Current levels of perceived stress” (voir note 385).
391. Foley SR, “When a patient dies” (voir note 389).
392. Evidence In-Sight. Suicide postvention for mental health staff after a discharged patient takes their own life. Suicide postvention for staff. Ontario (CA): Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health; 2012. Adresse : **www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/eib_attach/SuicidePostventionforMHStaff_FINAL_REPORT.pdf**.
393. Duffy D, Ryan T. New approaches to preventing suicide: a manual for practitioners. London: Jessica Kingsley Publishers; 2005.
394. Ibid.

395. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
396. Ibid.
397. Evidence In-Sight, “Suicide postvention” (voir note 392).
398. Ibid.
399. Knox S, Burkard AW, Jackson JA, et al. Therapists-in-training who experience a client suicide: implications for supervision. Prof Psychol Res Pract. 2006;37(5):547–557. doi:10.1037/0735-7028.37.5.547.
400. Fleischmann A, Bertolote JM, Mishara BL, et al. Preventing suicide: how to start a survivors group. Department of Mental Health and Substance Abuse. World Health Organization; 2008. pp 1–30. Adresse : **www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_survivors.pdf**.
401. Ibid.
402. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
403. Ibid.
404. Klinic Community Health Centre. After a suicide: a practical and personal guide for survivors; 2012. Adresse : **http://klinic.mb.ca/wp-content/uploads/2015/07/After-a-Suicide-A-Practical-and-Personal-Guide-for-Survivors.pdf**.
405. Organisation mondiale de la Santé, « Connaissez-vous quelqu’un » (voir note 225).
406. Mayo Clinic Staff, “Suicide” (voir note 226).
407. Healthwise Staff, “Suicidal thoughts” (voir note 227).
408. Haberman M, “CAMH suicide prevention” (voir note 10).
409. Stanley B, “Safety planning intervention” (voir note 261).

SANITAS