

Évaluation du risque suicidaire : un aperçu des pratiques exemplaires et considérations

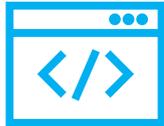


Rappels Audiovisuels



Interprétation simultanée

L'interprétation en français est disponible par ordinateur. Pour écouter, cliquez sur le bouton Interprétation en bas de votre écran et sélectionnez votre langue préférée.



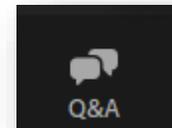
Diapositives en anglais et en français

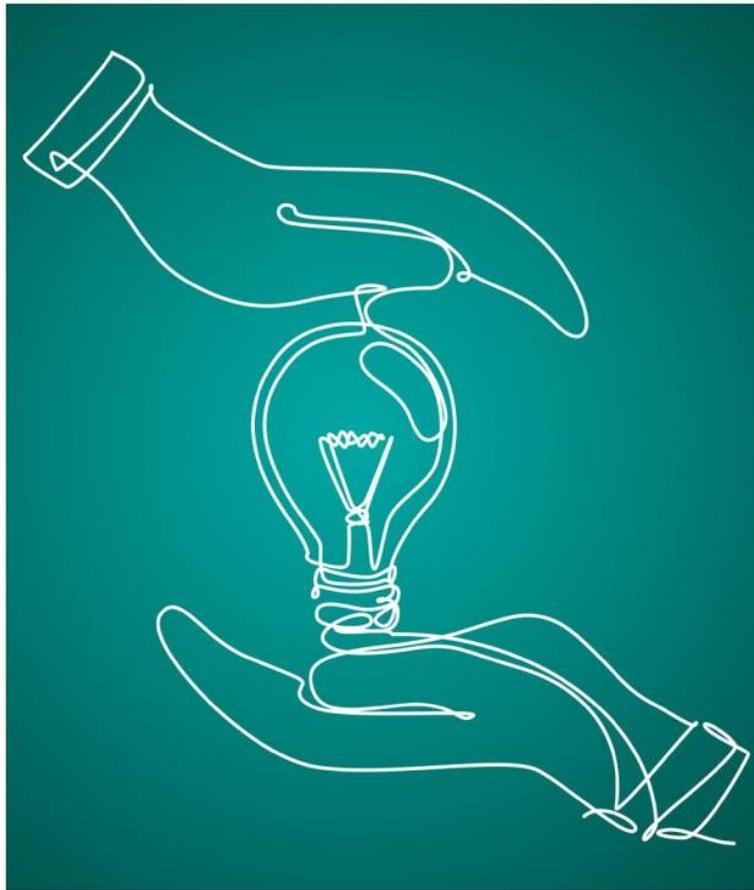
Si vous souhaitez suivre les diapositives en français, veuillez sélectionner la vue "Intervenant actif". Le curseur entre la caméra du conférencier et les diapositives en anglais peut être ajusté et déplacé vers la gauche afin de mieux voir les diapositives en français.



Il y aura une période de questions à la fin de la présentation

Veuillez écrire vos questions dans le **chat box** ou le **Q&A**





Trousse d'évaluation du risque suicidaire

**Ressource pour
les travailleurs et
les organisations
de soins de santé**

Janvier 2021



Présentateurs



Modératrice :
Nitika Rewari, MSc, PMP

Directrice par interim
Programmes de prévention et
de promotion
*Commission de la santé mentale
du Canada*



Présentateur :
E. David Klonsky, Ph. D.

Professeur
Département de psychologie
Université de la Colombie-
Britannique



Présentatrice :
Allison Crawford, M.D.,
Ph. D.

Clinicienne chercheuse
*Centre de toxicomanie et de
santé mentale (CAMH)*

Professeure agrégée
Département de psychiatrie
Université de Toronto



Présentateur :
Joseph Sadek, M.D.

Professeur agrégé
Département de psychiatrie
Université Dalhousie

**Chef de file clinique et
universitaire**
*Hôpital de la Nouvelle-Écosse,
soins actifs*



COMPRENDRE LE RISQUE SUICIDAIRE

E. David Klonsky, Ph. D.

Université de la Colombie-Britannique

@KlonskyLab



CONDITIONS INCITANT AU SUICIDE



- 1) Douleur
- 2) Désespoir
- 3) Liens relationnels
- 4) Capacité de se suicider

LA DOULEUR ET LE DÉSESPOIR



Incitent au suicide

LES LIENS RELATIONNELS



Donnent un sens à la vie

LA CAPACITÉ DE SE SUICIDER



Rend le suicide réalisable

CONDITIONS INCITANT AU SUICIDE



- 1) Douleur
- 2) Désespoir
- 3) Liens relationnels
- 4) Capacité de se suicider

Établir un modèle du risque suicidaire

Établir un modèle du risque suicidaire

Douleur	Désespoir	Liens relationnels	Capacité

Établir un modèle du risque suicidaire

Douleur	Désespoir	Liens relationnels	Capacité
Psychose			
Dépression			
Anxiété			
Dérèglement émotionnel			
Troubles mentaux			
Détresse générale			

Établir un modèle du risque suicidaire

Douleur	Désespoir	Liens relationnels	Capacité
Psychose	Désespoir		
Dépression	Perspectives pessimistes		
Anxiété	Locus de contrôle externe		
Dérèglement émotionnel	Impuissance acquise		
Troubles mentaux	Auto-efficacité		
Détresse générale	Orientations vers l'avenir		

Établir un modèle du risque suicidaire

Douleur	Désespoir	Liens relationnels	Capacité
Psychose	Désespoir	Isolement social	
Dépression	Perspectives pessimistes	Solitude	
Anxiété	Locus de contrôle externe	Faible soutien social	
Dérèglement émotionnel	Impuissance acquise	Faible sentiment d'appartenance	
Troubles mentaux	Auto-efficacité	Lourdeur	
Détresse générale	Orientation vers l'avenir		

Établir un modèle du risque suicidaire

Douleur	Désespoir	Liens relationnels	Capacité
Psychose	Désespoir	Isolement social	Capacité acquise
Dépression	Perspectives pessimistes	Solitude	Accès aux moyens
Anxiété	Locus de contrôle externe	Faible soutien social	Connaissance des moyens
Dérèglement émotionnel	Impuissance acquise	Faible sentiment d'appartenance	Capacité de disposition
Troubles mentaux	Auto-efficacité	Lourdeur	
Détresse générale	Orientation vers l'avenir		

CONDITIONS INCITANT AU SUICIDE



- 1) Douleur
- 2) Désespoir
- 3) Liens relationnels
- 4) Capacité de se suicider

NE PEUT PAS PRÉDIRE L'AVENIR AVEC PRÉCISION!



- 1) Douleur
- 2) Désespoir
- 3) Liens relationnels
- 4) Capacité de se suicider

APERÇU DU RISQUE SUICIDAIRE



- 1) Douleur
- 2) Désespoir
- 3) Liens relationnels
- 4) Capacité de se suicider

CATÉGORISATION GÉNÉRALE DU RISQUE SUICIDAIRE



- 1) Douleur
- 2) Désespoir
- 3) Liens relationnels
- 4) Capacité de se suicider

POINTS D'INTERVENTION



- 1) Douleur
- 2) Désespoir
- 3) Liens relationnels
- 4) Capacité de se suicider

NIVEAUX D'INTERVENTION MULTIPLES



- 1) Individuel (psychothérapie, médicaments, plans de sécurité)
- 2) Urgence (lignes d'écoute, hôpitaux, 911)
- 3) Communautés (écoles, Autochtones)
- 4) Population/Gouvernement (discrimination, soins de santé, pauvreté, armes à feu)

MERCI!!

QUESTIONS??



Sécurité culturelle en matière d'évaluation du risque suicidaire

Allison Crawford, M.D., PH. D., FRCPC
Médecin-chef, Service canadien de prévention du suicide
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Université de Toronto



Déclarations

- **Déclarations par la présentatrice**

- **Présentatrice :** [Allison Crawford](#)
- Aucune relation avec des bailleurs de fonds à déclarer.

- **Possibilité de conflits d'intérêts :**

- Aucune à déclarer

Nous remercions le Dr Rene Linklater pour sa collaboration à l'élaboration de certains de ces documents.

Merci également à l'équipe du projet CREATEs et aux jeunes participants.

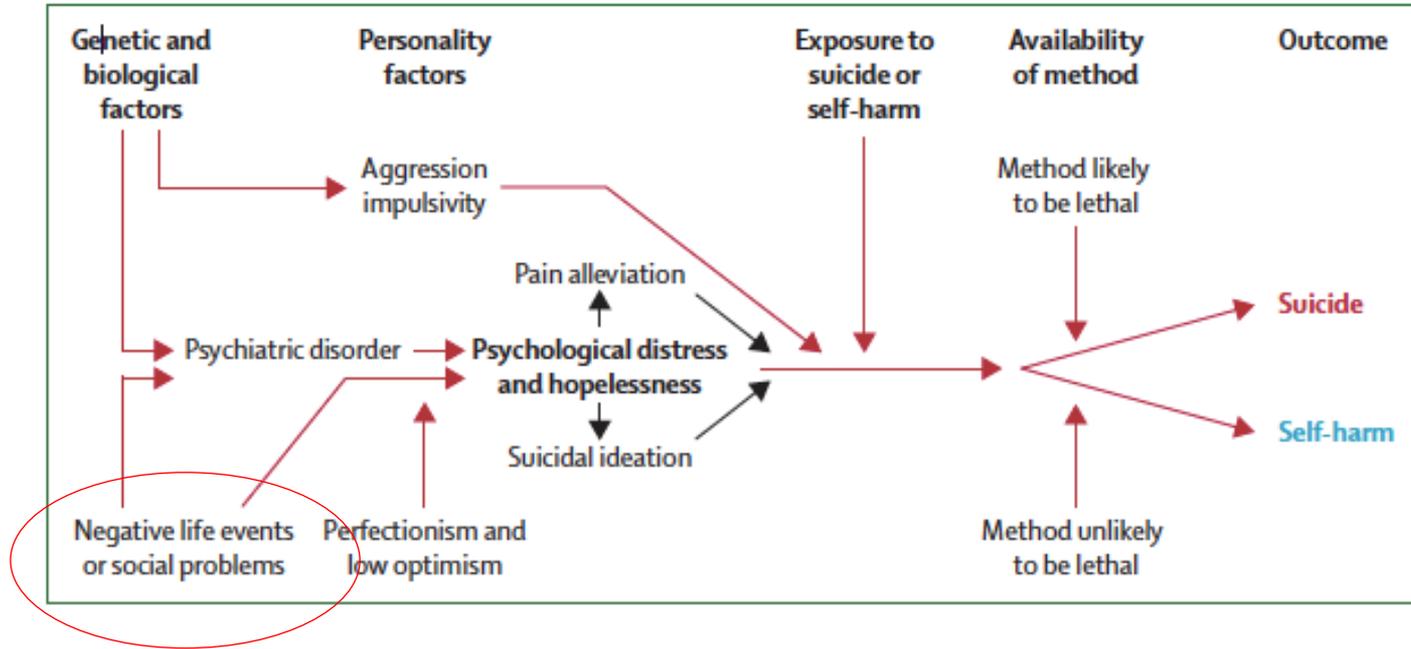
www.ProjectCREATEs.com

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette séance, les participants seront en mesure de :

- ① Examiner la manière dont les pratiques d'évaluation du risque suicidaire « s'adaptent » dans des contextes divers et pour des communautés en quête d'équité.
- ② Appliquer le principe de sécurité culturelle lors de la détermination des forces et des facteurs de risque aux niveaux communautaire et individuel.

Les voies du risque



Hawton, Saunders, O'Connor 2012

Tentatives de quantification du risque

EMNote

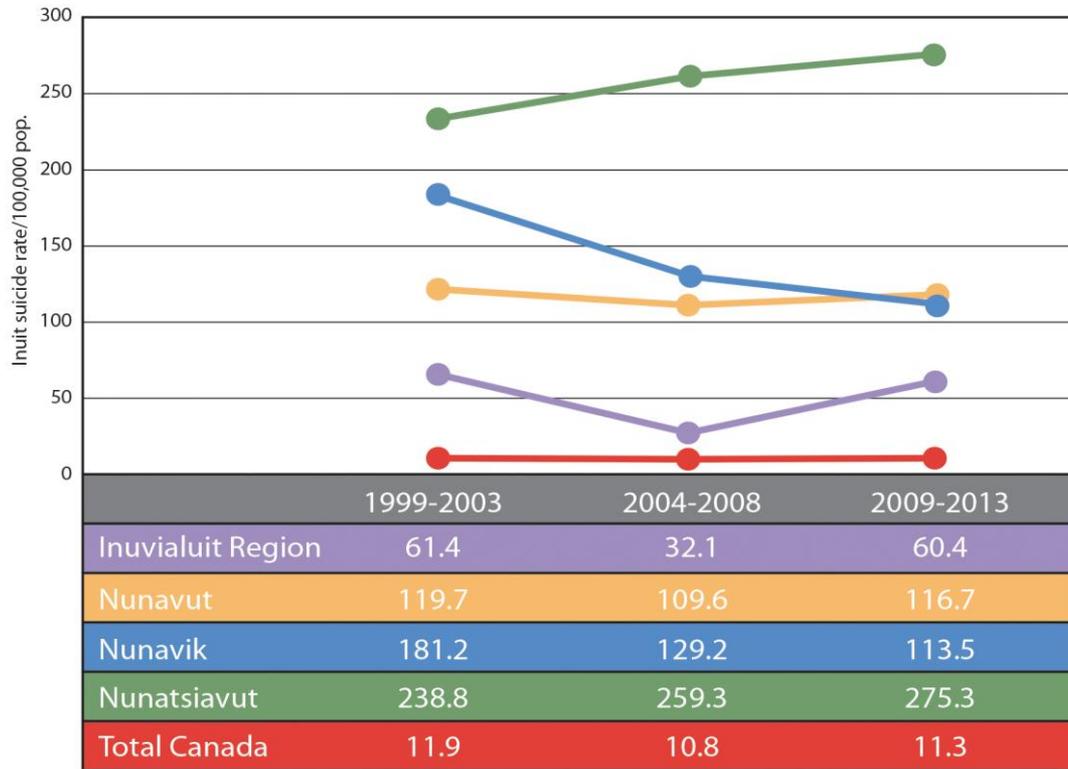
The modified SADPERSONS score

	Meaning	Points Assigned
S	Sex: Male	1
A	Age: <19 or >45	1
D	Depression or hopelessness	2
P	Previous attempts or psychiatric care	1
E	Excessive alcohol or drug use	1
R	Rational thinking loss	2
S	Separated/divorced/widowed	1
O	Organized or serious attempt	2
N	No social support	1
S	Stated future intent	2



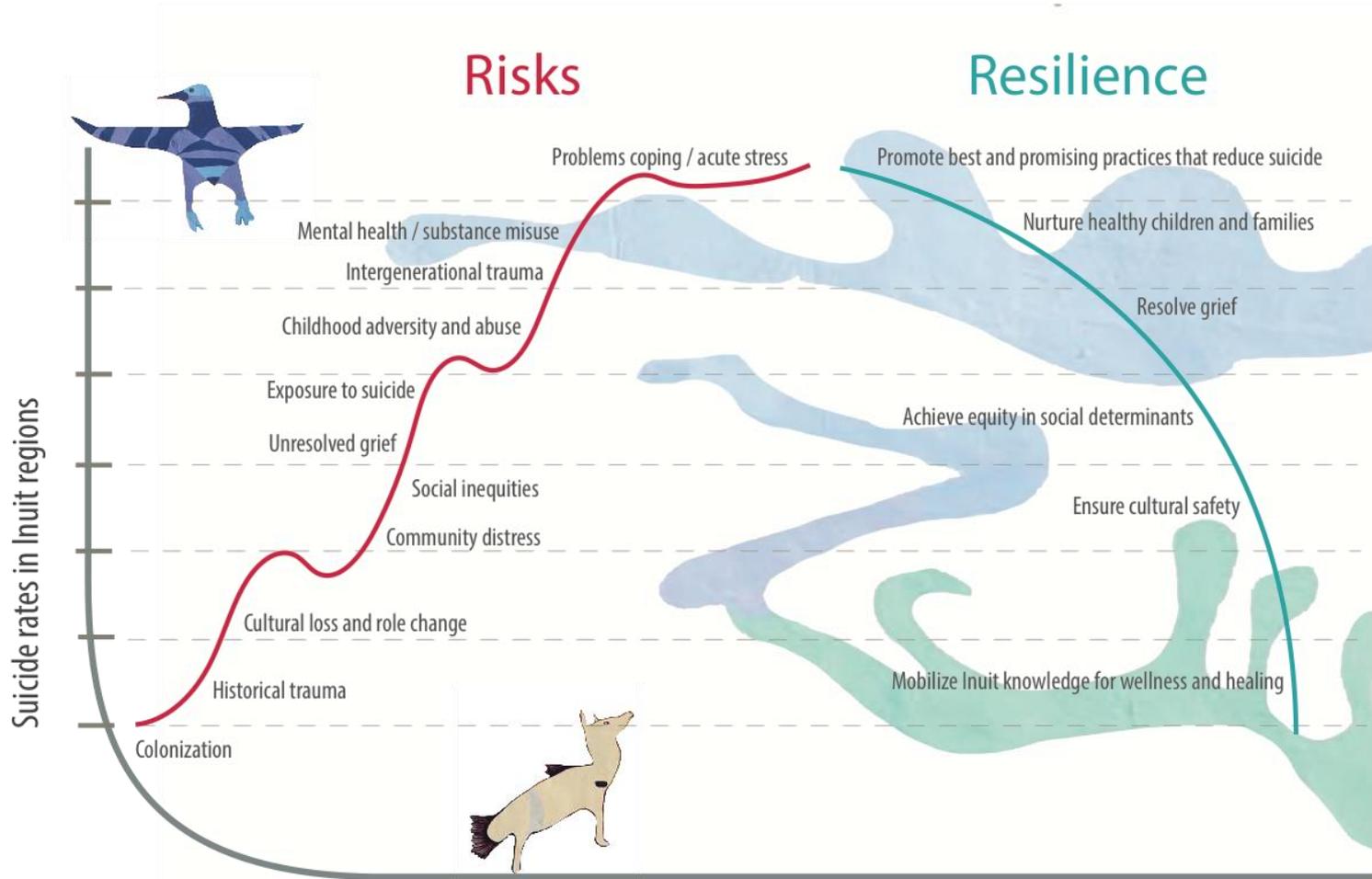
Score \geq 6: high suicide risk, need psychiatry directed hospitalization

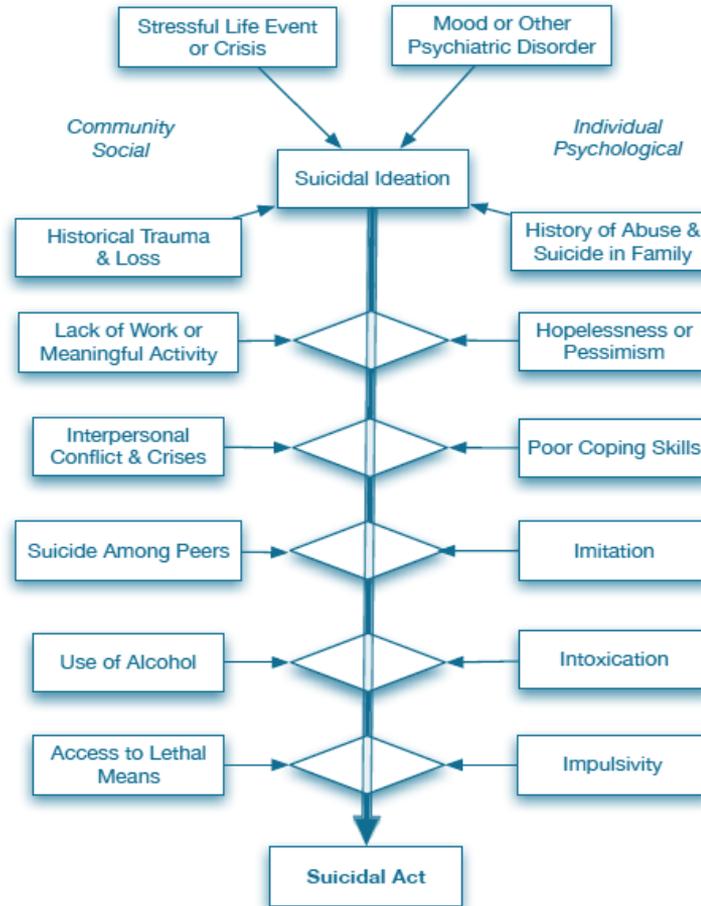
@jackcfchong



Note: Rates for all populations are crude. Total Canada rates are for 2001, 2006 and 2011.

Sources: a) Inuit data prepared for ITK by J. Hicks; b) Total Canada data – Statistics Canada, Table 102-0552 – Deaths and mortality rate, by selected grouped causes and sex, Canada, provinces and territories, annual.





Continuité culturelle

- Mesure de l'autonomie gouvernementale*
- Revendications territoriales litigieuses
- Contrôle local sur l'éducation
- Contrôle local sur la santé
- Contrôle local sur les services de police et d'incendie
- Installations communautaires pour la préservation de la culture
- Contrôle local sur le système de protection de l'enfance
- Présence de femmes à des postes de direction



National Inuit Suicide Prevention Strategy

www.itk.ca

SUICIDE RISK AND PROTECTIVE FACTORS FOR INUIT IN CANADA

RISK FACTORS



Historical Trauma

Impacts of colonialism, residential schools, relocations, dog slaughter



Community Distress

Social inequities including crowded housing, food insecurity, lack of access to services



Wounded Family

Intergenerational trauma, family violence, family history of suicide



Traumatic Stress and Early Adversity

Experiencing acute or toxic stress in the womb, witnessing or experiencing physical or sexual abuse



Mental Distress

Depression, substance misuse, mental health disorder, self-harm



Acute Stress or Loss

Recent loss, intoxication, access to means, hopelessness, isolation

PROTECTIVE FACTORS

Cultural Continuity

Strongly grounded in Inuit language, culture and history



Social Equity

Adequate economic, educational, health and other resources support and foster resilience



Family Strength

Safe, supportive and nurturing homes



Healthy Development

Providing children with safe environments that nurture social and emotional development



Mental Wellness

Access to Inuit-specific mental health services and supports

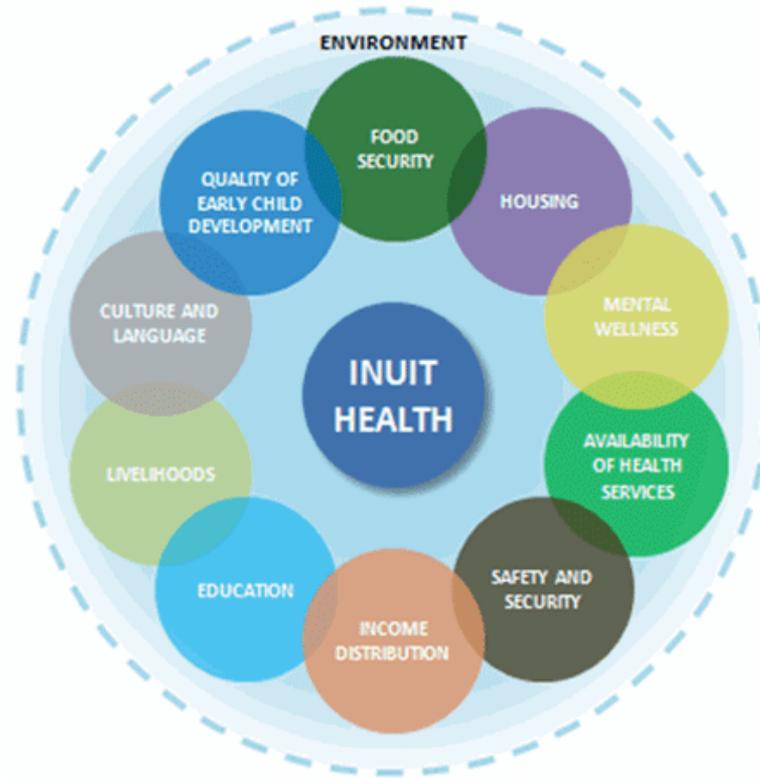


Coping with Acute Stress

Ability to regulate and cope with distress, access to social supports and resources



Déterminants sociaux de la santé



Inuit Tapiriit Kanatami, 2014



ARCTIC COUNCIL

The leading intergovernmental forum promoting cooperation in the Arctic.

[Learn more](#)



ARCTIC PEOPLES



BIODIVERSITY



CLIMATE



OCEAN



POLLUTANTS



EMERGENCIES

RISING SUN: Prioritized Outcomes for Suicide Prevention in the Arctic

Pamela Y. Collins, M.D., M.P.H., Roberto A. Delgado, Jr., Ph.D., Charlene Apok, M.A., Laura Baez, L.C.S.W., M.S.W., Peter Bjerregaard, M.D., Ph.D., Susan Chatwood, Ph.D., M.Sc., Cody Chipp, Ph.D., Allison Crawford, M.D., Ph.D., Alex Crosby, M.D., M.P.H., Denise Dillard, Ph.D., David Driscoll, Ph.D., Heidi Erickson, M.D., Ph.D., Jack Hicks, Christina V. L. Larsen, Ph.D., Richard McKeon, Ph.D., M.P.H., Per Jonas Partapuoli, B.Sc., Anthony Phillips, Ph.D., Beverly Pringle, Ph.D., Stacy Rasmus, Ph.D., Sigrún Sigurðardóttir, Ph.D., Anne Silvikien, Ph.D. (Cand. Psychol.), Jon Petter Stoor, M.Sc., Yury Sumarokov, M.D., Ph.D., Lisa Wexler, M.S.W., Ph.D.

The Arctic Council, a collaborative forum among governments and Arctic communities, has highlighted the problem of suicide and potential solutions. The mental health initiative during the United States chairmanship, *Reducing the Incidence of Suicide in Indigenous Groups: Strengths United Through Networks (RISING SUN)*, used a Delphi methodology complemented by face-to-face stakeholder discussions to identify outcomes to evaluate suicide prevention

interventions. RISING SUN underscored that multilevel suicide prevention initiatives require mobilizing resources and enacting policies that promote the capacity for wellness, for example, by reducing adverse childhood experiences, increasing social equity, and mitigating the effects of colonization and poverty.

Psychiatric Services 2019; 70:152–155; doi: 10.1176/appi.ps.201700505

Approximately 500,000 indigenous people inhabit the circumpolar North, and suicide rates in Arctic communities, particularly for young people, typically exceed national averages (1). The high rates of suicide among indigenous youths in the Arctic are a relatively recent phenomenon, coinciding with colonial intrusions into traditional lifestyles, rapid modernization, cultural disruption, and policies of cultural assimilation (2). Lack of service system infrastructure, distrust of formal services, systemic discrimination, underemployment, and collective disempowerment increase suicide risk for Arctic indigenous youths (1, 3). Yet the holistic perspectives (i.e., connections with land and spirituality) reflected in the traditional culture of many circumpolar indigenous communities can support mental health (4).

Suicide prevention efforts should be tied to identified strengths and vulnerabilities, but the challenges of conducting rigorous research and evaluation in the Arctic hinder the development and implementation of best practices. Suicide prevention research in these locations is constrained by geography, lack of culturally relevant measures with thorough psychometric testing, small populations, and research strategies that prioritize local control and cultural relevance over generalizability and rigor-enhancing scientific conventions (5). Another constraint is the definition of evidence, which has often limited the criteria for determining intervention effectiveness to

randomized controlled trials at the expense of evidence from other knowledge systems. Arctic mental health researchers have called for a “circumpolar comparative framework . . . to design, conduct and interpret interventions [to] enable lessons to be learned and shared” (5). Such a framework will better enable indigenous communities, service providers, researchers, and policymakers to address the critical health disparities that affect indigenous youths across the Arctic.

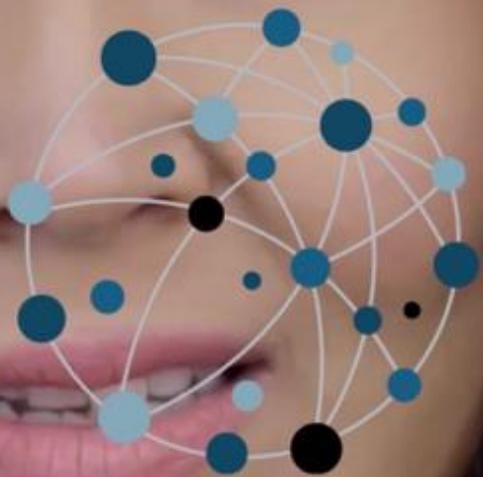
Over the past decade, the Arctic Council, the intergovernmental forum of Arctic states and permanent participants (representing indigenous peoples’ organizations), has become a forum for collaborative efforts to highlight the problem of suicide and potential solutions. The 2011 Arctic Health Declaration in Nuuk, Greenland, focused on enhancing mental health and the prevention of substance abuse and suicide. Under the 2013–2015 Canadian chairmanship of the Arctic Council, the Sharing Hope initiative supported international teams of Arctic researchers to identify evidence-based interventions that increase mental wellness and prevent suicide among circumpolar indigenous communities (5). The final report revealed a dearth of rigorously tested interventions for these communities. More recently, under the United States chairmanship (2015–2017), a multicountry team built on this work with a new mental health initiative called *Reducing the Incidence of Suicide in Indigenous Groups: Strengths United Through Networks (RISING SUN)*. The

PROJECT
CREATES

INSPIRE
THROUGH
STORY

ACTION

ABOUT TEAM STORIES DOCUMENTARY PARTNERING CONTACT



PROJECT
CREATES

Diapositive vidéo

<https://www.dropbox.com/s/hqljsgpz050uwky/A01%20Byron%20Nicholai.mov?dl=0>

“TELL A STORY ABOUT LIVING, OR ABOUT SUICIDE, OR BOTH”

Arctic Indigenous youth aged 18-30 responded with digital stories.

Each story showed the importance of interventions at one or more of the levels shown here.



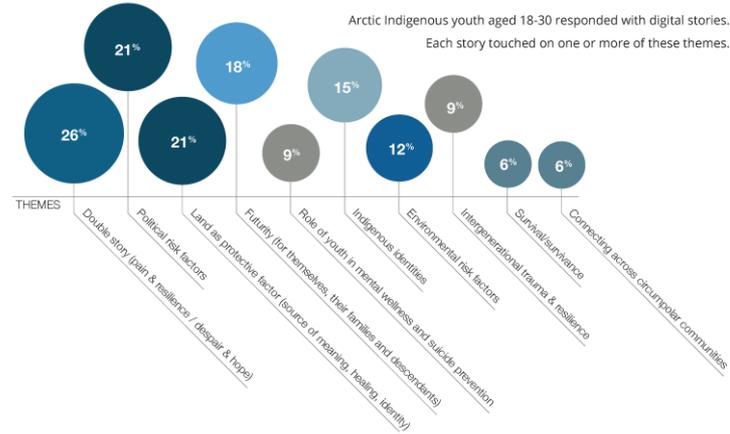
ARCTIC COUNCIL



Circumpolar Resilience, Engagement and Action Through Story – Project Report
www.projectcreates.com/workshops-key-findings

“TELL A STORY ABOUT LIVING, OR ABOUT SUICIDE, OR BOTH”

Arctic Indigenous youth aged 18-30 responded with digital stories.
 Each story touched on one or more of these themes.



ARCTIC COUNCIL



Circumpolar Resilience, Engagement and Action Through Story – Project Report
www.projectcreates.com/workshops-key-findings

Sécurité culturelle en matière d'évaluation du risque suicidaire



Jamasie Pitseolak

Qu'est-ce que la sécurité culturelle?

La sécurité culturelle consiste à favoriser un climat dans lequel l'histoire unique des peuples autochtones est reconnue et respectée afin de fournir des soins et des services appropriés de manière équitable et sécuritaire, sans discrimination. (San'yas 2021)

La **confiance** est établie et maintenue dans la relation de traitement.

Les clients sont traités avec **respect**.

La **situation, les valeurs et les préférences culturelles des clients sont prises en considération** lors de la prestation du service de santé.

Humilité culturelle

Un processus **d'autoréflexion** pour comprendre les préjugés personnels et systémiques et pour développer et maintenir des relations et des processus respectueux basés sur la confiance mutuelle.

L'humilité culturelle consiste à se reconnaître humblement **comme étant un apprenant** lorsqu'il s'agit de comprendre l'expérience d'autrui.

Sécurité culturelle et connaissances autochtones

Croire que la santé est un concept **holistique**.

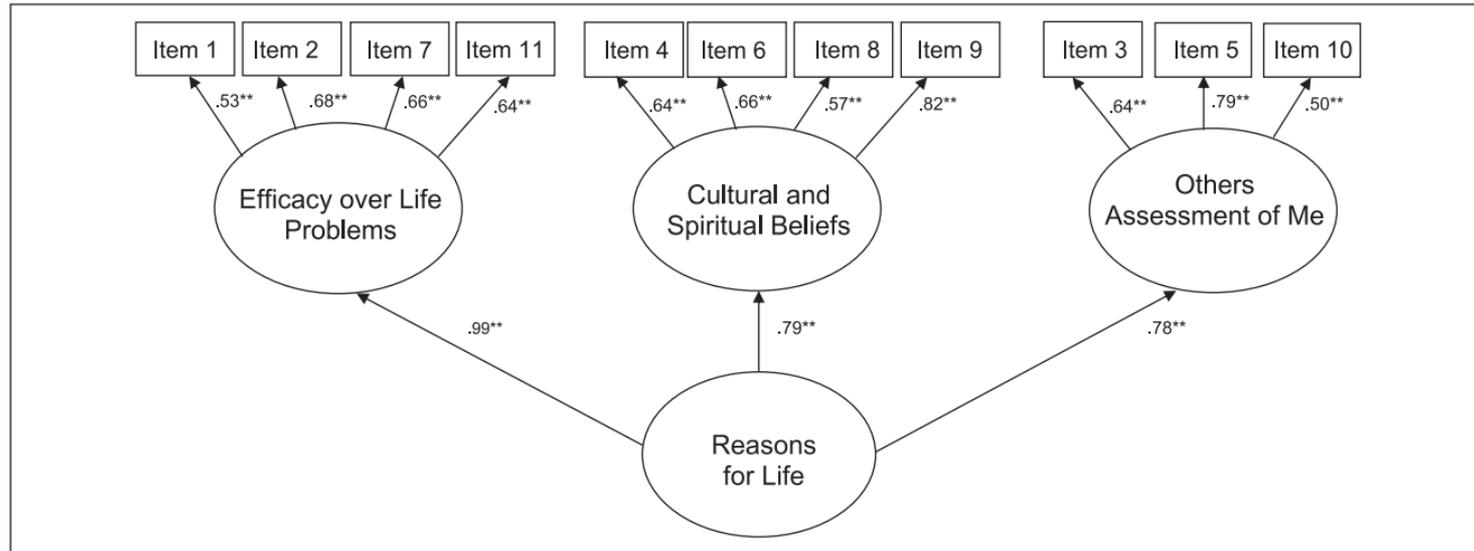
Apprendre que **les façons de penser et d'être des personnes** sont importantes pour le bien-être et la guérison, tout en adoptant une **approche fondée sur les différences**.

Reconnaître que la santé mentale se développe et se maintient grâce aux **liens** avec la famille, la communauté et l'environnement.

Comprendre la manière dont l'**histoire**, notamment individuelle et communautaire, peut influencer l'expérience.

Accepter l'existence de processus de guérison différents pour différentes personnes, et respecter les forces et les capacités d'aide de chacun d'eux.

Évaluation des raisons de vivre



Allen et autres, 2021

Évaluation des raisons de vivre

Table 2. Item Parameters for Five-Category and Four-Category Calibrations.

Item	Five-category calibration					Four-category calibration				
	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>b</i> ₄	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	
<i>Efficacy Over Life Problems</i>										
1	I believed I can help others fix their problems	1.00	-3.30	-0.54	0.01	1.22	1.00	-3.32	-0.55	1.22
2	I believed I can make things work out for the best even when life gets difficult	1.93	-2.26	-0.78	-0.38	0.82	1.78	-2.35	-0.79	0.85
7	I believed I can fix my problems	1.54	-2.76	-1.30	-0.89	0.30	1.57	-2.73	-1.28	0.30
11	I had the courage to face life's hardest moments	1.47	-2.86	-0.89	-0.49	0.44	1.41	-2.93	-0.89	0.45
<i>Cultural and Spiritual Beliefs</i>										
4	No matter how hard things got, I believed God wanted me to live	1.07	-4.52	-2.75	-1.69	-1.29	1.03	-4.64	-2.91	-1.32
6	My Yup'ik Elders taught me that my life is valuable	1.93	-2.21	-1.20	-0.93	-0.13	1.84	-2.25	-1.22	-0.14
8	I believed I must live to be an Elder	1.25	-3.87	-2.04	-1.66	-0.51	1.23	-3.92	-2.06	-0.52
9	My religion taught me that my life is valuable	2.32	-2.09	-0.90	-0.56	0.10	2.42	-2.06	-0.89	0.10
<i>Others' Assessment of Me</i>										
3	People saw me do good things to help others	1.62	-2.40	-0.74	-0.29	0.69	1.51	-2.49	-0.75	0.70
5	People saw that I am strong and care about others	2.70	-2.27	-1.16	-0.74	0.20	2.92	-2.22	-1.13	0.19
10	People saw I live my life in a good way	0.88	-4.37	-1.58	0.05	0.57	0.83	-4.55	-1.81	0.60

Qu'est-ce que cela signifie pour notre travail?

Position en matière d'humilité culturelle

Supposition des forces

Soins tenant compte des traumatismes

Holisme

Évaluation de la sécurité culturelle

Connaissance des ressources

Partenariat

Leadership autochtone



Wise Practices for Life Promotion

Indigenous Leadership for Living Life Well





[Passer au français](#)

HOPE FOR WELLNESS HELPLINE

Welcome to the Hope for Wellness Helpline – On-Line Chat Counseling Service

Call the toll-free Help Line at 1-855-242-3310, 24 hours a day, 7 days a week, or use the chat box below to connect with a counsellor on-line

The Hope for Wellness Help Line offers immediate mental health counselling and crisis intervention to all Indigenous peoples across Canada.

Experienced and culturally competent Help Line counsellors can help if you:

- want to talk
- are distressed
- have strong emotional reactions
- are triggered by painful memories

If asked, counsellors can also work with you to find other wellness supports that are available near you

Phone and chat counselling is available in English and French. On request, phone counselling is also available in:

- Cree
- Ojibway
- Inuktitut

CHAT NOW

Name (Real name optional)

Your Question

[Connect with a counsellor](#)

Services provided by Donna Cona. To understand how your personal information is managed, please click Donna Cona's [privacy policies and terms and condition policy](#).

Références

Allen J, Rasmus SM, Fok CCT, Charles B, Trimble J, Lee K; et l'équipe Qungasvik. Strengths-Based Assessment for Suicide Prevention: Reasons for Life as a Protective Factor From Yup'ik Alaska Native Youth Suicide. *Évaluation*. Avril 2021; 28(3):709-723.

Collins PY, Delgado RA Jr, Apok C, Baez L, Bjerregaard P, Chatwood S, Chipp C, Crawford A, Crosby A, Dillard D, Driscoll D, Ericksen H, Hicks J, Larsen CVL, McKeon R, Partapuoli PJ, Phillips A, Pringle B, Rasmus S, Sigurðardóttir S, Silviken A, Stoor JP, Sumarokov Y, Wexler L. RISING SUN: Prioritized Outcomes for Suicide Prevention in the Arctic. *Services psychiatriques*. 1^{er} février 2019;70(2):152-155.

Crawford A. Project CREATEs: youth engagement in suicide prevention. *Lancet*. 5 octobre 2019; 394(10205):1222-1223.

Crawford, Allison. 2016. Inuit Take Action towards Suicide Prevention. *Lancet* 388 (10049) : 1036–38.

Hawton, K., Saunders, KEA, O'Connor, RC. (2012) Suicide 1. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379, 2373-82.

Inuit Tapiriit Kanatami National Inuit Suicide Prevention Strategy
<https://www.itk.ca/national-inuit-suicide-prevention-strategy/>

Linklater, Renee. *Decolonizing Trauma Work: Indigenous Stories and Strategies*. 2014.

Approche clinique de l'évaluation du risque suicidaire

Dr Joseph Sadek, M.D., MBA, B. Sc. Pharm, FRCPC.

Médecin agrégé de l'*American Board of Psychiatry and Neurology*

Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université Dalhousie

Ancien président du groupe de travail sur la prévention du suicide de la Nouvelle-Écosse

Objectifs

- À la fin de cette présentation, les participants seront en mesure de comprendre l'approche clinique de l'évaluation et de la gestion du risque suicidaire, en particulier l'expérience de la Nouvelle-Écosse.

POURQUOI la prévention du suicide est-elle importante?

Les répercussions psychologiques et sociales du suicide sur les familles et la société sont incommensurables.

En moyenne, un seul suicide affecte au moins six autres personnes. Si un suicide se produit dans une école ou en milieu de travail, il a un impact sur des centaines de personnes (Bolton J, 2015, BMJ).

Le fardeau causé par un suicide est deux fois supérieur à celui du diabète et est égal à celui de l'asphyxie et des traumatismes à la naissance (OMS. Prévention du suicide — l'état d'urgence mondial 2014)

Épidémiologie

REF. : Statistique Canada

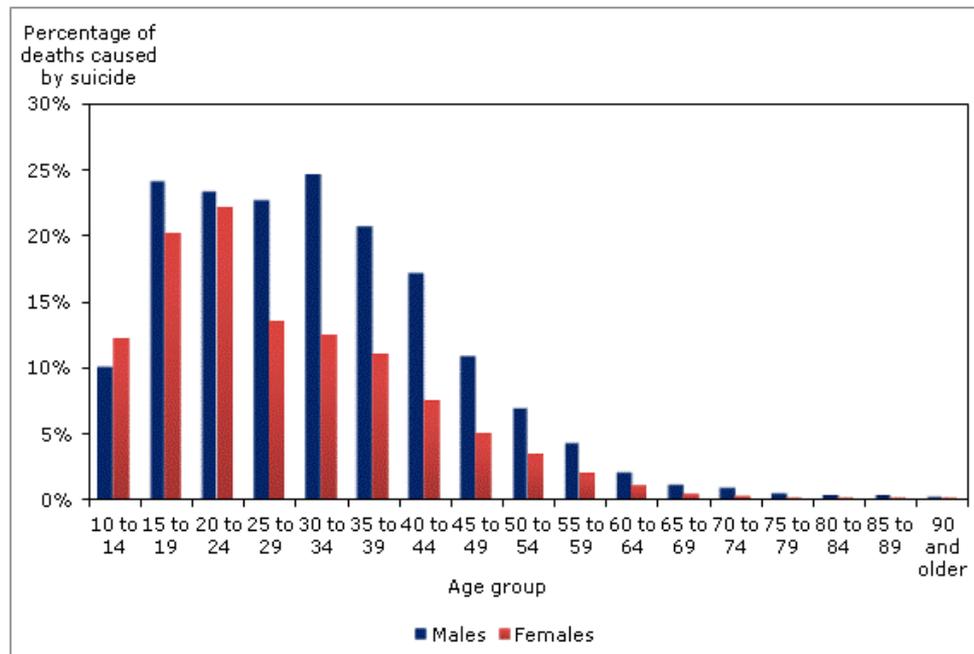
En 2019, le nombre de suicides au Canada était d'environ 4 012.

Le taux de suicide chez les hommes était trois fois plus élevé que chez les femmes (17,9 par rapport à 5,3 par 100 000 habitants).

Bien que les décès par suicide touchent presque tous les groupes d'âge, les personnes âgées de 40 à 59 ans affichent les taux les plus élevés.

Les taux de suicide chez les jeunes autochtones sont parmi les plus élevés au monde, soit 11 fois plus que la moyenne nationale.

Épidémiologie



REF. : Statistique Canada

Groupe de travail pour la prévention du suicide en Nouvelle-Écosse

Le groupe de travail devait :

Répondre aux normes d'Agrément Canada

Examiner des cas de morbidité et de mortalité actuels et passés.

Passer en revue la littérature portant sur le suicide.

Déterminer les défis de l'évaluation du risque de suicide et proposer des solutions

Concevoir un outil d'aide au jugement clinique et assurer la formation.

Normes de pratiques organisationnelles requises pour la prévention du suicide

Agrément Canada (2015) énonce les exigences suivantes :

- Les clients présentant un risque suicidaire sont identifiés.
- Le risque suicidaire pour chaque client est évalué à intervalles réguliers ou en fonction de l'évolution des besoins. Les besoins immédiats en matière de sécurité des clients évalués comme présentant un risque suicidaire sont pris en compte.
- Des stratégies de traitement et de suivi sont déterminées pour les clients évalués comme présentant un risque suicidaire.
- La mise en œuvre des stratégies de traitement et de suivi est consignée dans le dossier du client.
- RÉF. : <http://accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2014-en.pdf>

Quels sont les défis communs dans l'évaluation du risque suicidaire?

- Les cliniciens se fient généralement à des informations rapportées de manière subjective, ce qui ne dresse pas toujours un portrait complet du risque. Les informations provenant d'autres sources peuvent mieux étoffer le portrait du risque.
- Conception d'un outil permettant d'inclure des informations provenant d'autres sources.

Quels sont les défis communs dans l'évaluation du risque suicidaire?

- Les grilles d'évaluation du risque suicidaire ne permettent pas de prédire avec précision le décès par suicide et ne peuvent pas être utilisées pour l'évaluation du risque suicidaire par des personnes non formées à l'évaluation du risque suicidaire.
- Conception d'un outil qui s'appuie sur le jugement clinique, mais qui permet d'inclure toutes les informations pertinentes pour prendre un jugement judicieux.

Quels sont les défis communs dans l'évaluation du risque suicidaire?

- Manque de cohérence dans l'éducation et la formation des fournisseurs de soins de santé en ce qui concerne les compétences nécessaires pour effectuer une évaluation du risque suicidaire.
- Élaboration d'un programme de formation pour tous les cliniciens et les professionnels paramédicaux avec des modules vidéo, un livre, un livre électronique, des études de cas et une formation en présentiel.

Quels sont les défis communs dans l'évaluation du risque suicidaire?

- Le comportement suicidaire peut produire des réactions émotionnelles intenses chez les cliniciens. Lorsque ces émotions ne sont pas prises en charge, elles peuvent créer des réactions négatives qui réduisent leur capacité à travailler efficacement avec les personnes présentant un risque suicidaire grave.
- Prévoir une formation supplémentaire pour les cliniciens qui réagissent négativement aux patients suicidaires.

Quels sont les défis communs dans l'évaluation du risque suicidaire?

- Parfois, le risque suicidaire n'est pas consigné.
- Le risque suicidaire n'est pas communiqué aux autres personnes concernées par les soins du patient.

- Élaboration d'un outil qui permet la consignation du risque suicidaire et la communication entre tous les cliniciens qui participent aux soins prodigués aux patients concernés.

Quels sont les défis communs dans l'évaluation du risque suicidaire?

- Parfois, le risque suicidaire grave n'est pas distingué du risque suicidaire chronique.
- Les patients qui s'automutilent ne sont pas diagnostiqués et pris en charge de manière adéquate.
- Conception de modules de formation pour aborder l'automutilation et les troubles qui peuvent être liés à l'automutilation, comme le trouble de la personnalité limite.

Quels sont les défis communs dans l'évaluation du risque suicidaire?

- Certaines personnes soutiennent que la prévention du suicide n'est pas la responsabilité du système de santé mentale.
- Plusieurs chercheurs ont constaté que la majorité des patients décédés par suicide avaient un trouble mental. Les troubles de l'humeur (principalement la dépression) et les troubles liés à l'usage de substances (en particulier l'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool) ont été constatés chez environ deux tiers des personnes décédées par suicide, les troubles de la personnalité représentant un pourcentage supplémentaire de 15 %.
- Les dimensions sociales ne peuvent être ignorées. (Turecki, Lancet 2016)

Quels sont les défis communs dans l'évaluation du risque suicidaire?

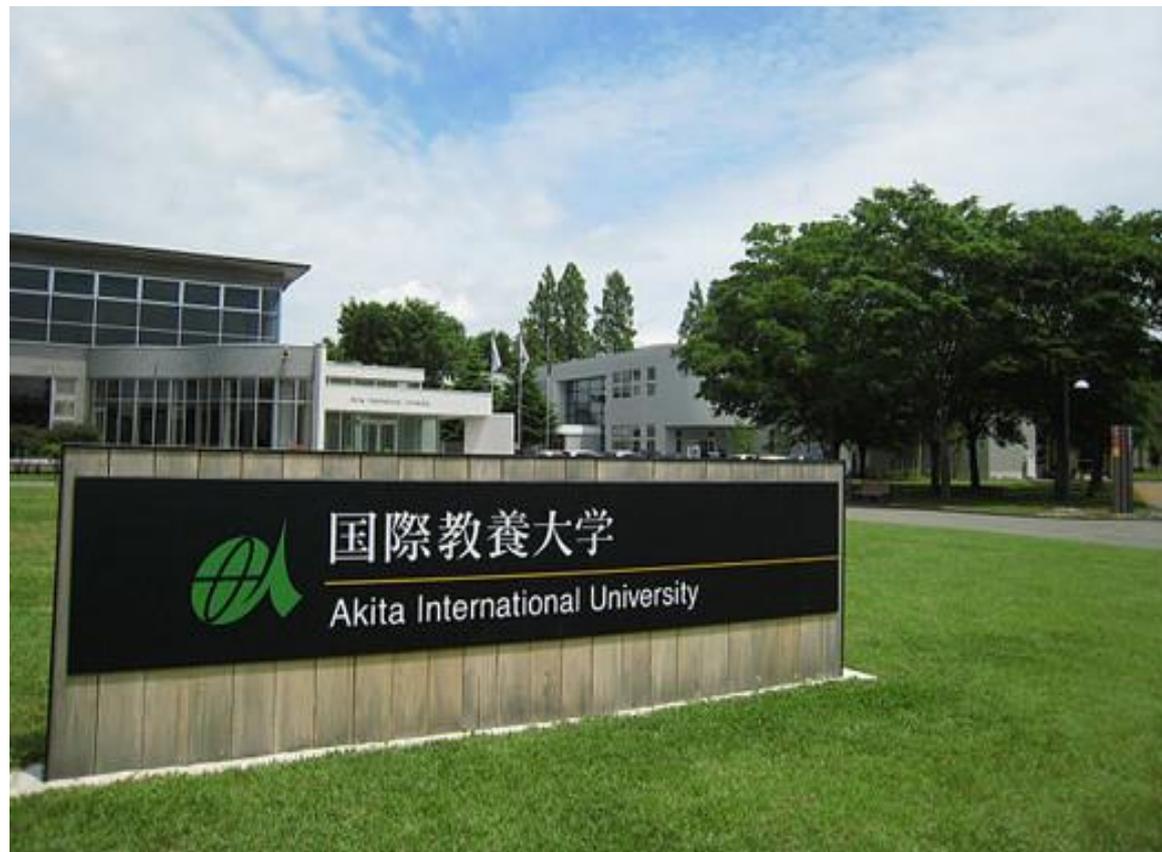
Certains soutiennent que : « Il n'y a pas de preuve qui démontre que la prévention du suicide peut porter fruit. »

Nous connaissons plusieurs programmes qui ont fait leurs preuves :

Université d'Akita, au Japon, une réduction de 50 % des suicides a été constatée dans une ville en 4 ans.

Au Royaume-Uni, l'amélioration de la prestation des services a permis de réduire jusqu'à 20 % le nombre de suicides par les utilisateurs de ces services.

Nurmburg, Allemagne : deux ans après la mise en œuvre d'un programme, une réduction de 24 % des suicides et des tentatives de suicide a été constatée.







AVONS-NOUS LA PREUVE QUE LA PRÉVENTION DU SUICIDE PEUT PORTER FRUIT?

- Il a été prouvé que la réalisation d'évaluations approfondies après une automutilation peut à elle seule améliorer les résultats. (Kapur N, 2008, Bergen H, 2010).

Augmente-t-on la possibilité de voir un patient passer à l'acte lorsqu'on aborde le sujet du suicide avec lui?

- Non
- La croyance de certains cliniciens que le fait de poser des questions sur les pensées suicidaires induira de telles pensées chez les patients est un obstacle à l'évaluation (Bolton 2015).
- L'examen de 13 études publiées entre 2001 et 2013 qui se sont penchées sur cette question n'a révélé aucune preuve d'une augmentation des idées suicidaires chez les patients qui ont été interrogés au sujet du suicide.

Formation sur la prévention du suicide en Nouvelle-Écosse

1. Politique d'évaluation du risque suicidaire
2. Introduction à l'histoire du suicide et à la littérature portant sur ce sujet
3. Suicide, automutilation, trouble bipolaire et autres troubles
4. Le contenu et le processus de l'évaluation du risque suicidaire :
 - Développer des compétences de base telles que l'alliance thérapeutique;
 - Déterminer les facteurs de risque et les facteurs qui renforcent la résilience;
 - Cueillir des informations provenant d'autres sources;
 - Formuler le risque.
5. Prise en charge d'un patient suicidaire
6. Consignation, communication et contrôle de la qualité

Mental Health and Addictions
Suicide Risk Assessment Tool

Addressograph

Date _____ Time _____ Assessor _____ Diagnosis _____

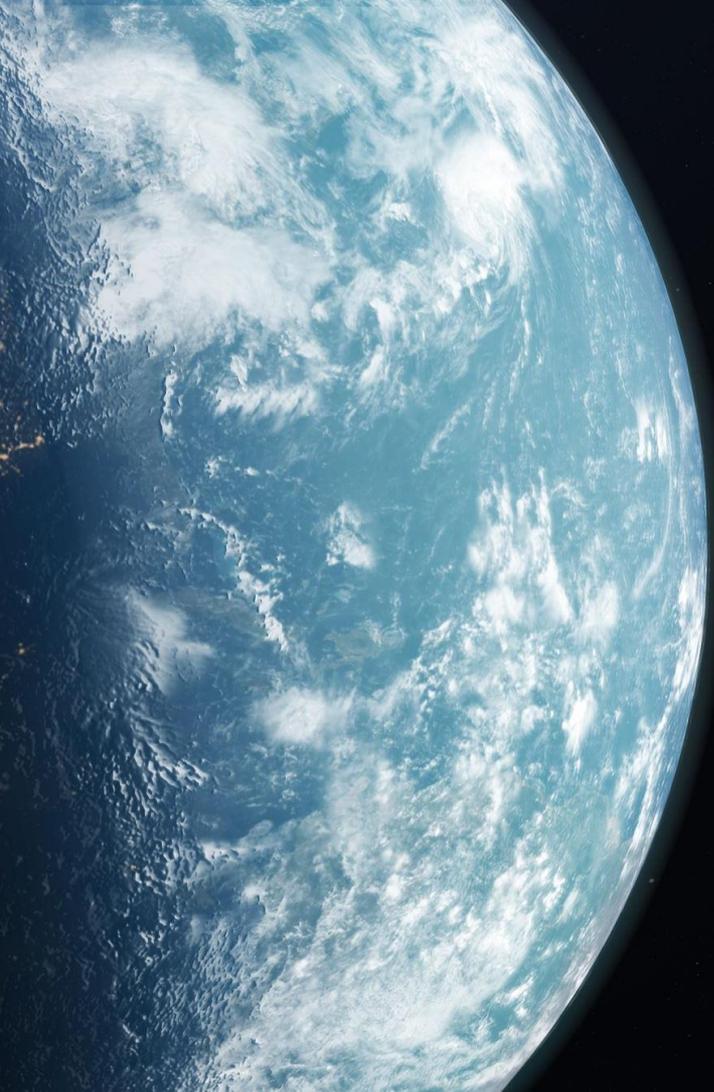
Reason: MH Assessment Admission/Transfer/Discharge Acute deterioration _____

<p><u>Interview Risk Profile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suicidal thinking or Ideation <input type="checkbox"/> Access to lethal means <input type="checkbox"/> Suicide intent or lethal plan or plan for after death (note) <input type="checkbox"/> Hopelessness <input type="checkbox"/> Intense Emotions: rage, anger, agitation, humiliation, revenge, panic, severe anxiety <input type="checkbox"/> Current Alcohol or Substance intoxication /problematic use <input type="checkbox"/> Withdrawing from family, friends <input type="checkbox"/> Poor Reasoning/Judgment <input type="checkbox"/> Clinical Intuition: assessor concerned <input type="checkbox"/> Recent Dramatic Change in mood <input type="checkbox"/> Recent Crisis/Conflict/ Loss <p><u>Illness Management</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lack of clinical support <input type="checkbox"/> Non compliance or poor response to treatment 	<p><u>Individual Risk Profile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ethnic, cultural risk group or refugee <input type="checkbox"/> Family history of suicide <input type="checkbox"/> Trauma: as domestic violence / sexual abuse/neglect <input type="checkbox"/> Poor self-control: impulsive / violent/aggression <input type="checkbox"/> Recent suicide attempt <input type="checkbox"/> Other past suicide attempts, esp. with low rescue potential <input type="checkbox"/> Mental illness or addiction <input type="checkbox"/> Depression/ anhedonia <input type="checkbox"/> Psychotic <input type="checkbox"/> Command hallucinations <input type="checkbox"/> Recent admission / discharge / ED visits <input type="checkbox"/> Chronic medical illness/ pain <input type="checkbox"/> Disability or impairment <input type="checkbox"/> Collateral information supports suicide intent <p><u>Circle of support</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lack of family/ friends support <input type="checkbox"/> Caregiver unavailable <input type="checkbox"/> Frequent change of home 	<p><u>Risk Buffers – Not to be used to determine degree of risk.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Has reason to live/hope <input type="checkbox"/> Social support <input type="checkbox"/> Responsibility for family/kids/pets <input type="checkbox"/> Capacity to cope/resilience <input type="checkbox"/> Religion/ faith <input type="checkbox"/> Strength for managing risk <p><u>Communication Plan</u></p> <p>Verbal (V) Written/fax (W)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nurse: <input type="checkbox"/> Physician: <input type="checkbox"/> SDM/Family: <input type="checkbox"/> Mobile Crisis: <input type="checkbox"/> Others: <input type="checkbox"/> Documentation in chart <p><u>Management Plan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Follow patient care plan for chronic risk <input type="checkbox"/> Regular outpatient follow-up <input type="checkbox"/> Removal of lethal means <input type="checkbox"/> Urgent outpatient follow-up <input type="checkbox"/> Admit to a psychiatric unit <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Routine observation <input type="checkbox"/> Close observation q 15 m <input type="checkbox"/> Constant observation
---	---	---

Suicide Risk Level: Risk assessment is based on clinical judgment and not based on number of items checked. The checklist is intended to guide the clinical decision only.

RISK LEVEL: High Moderate Low Signature: _____

Analysis of Risk, Comments and Collateral Information: _____



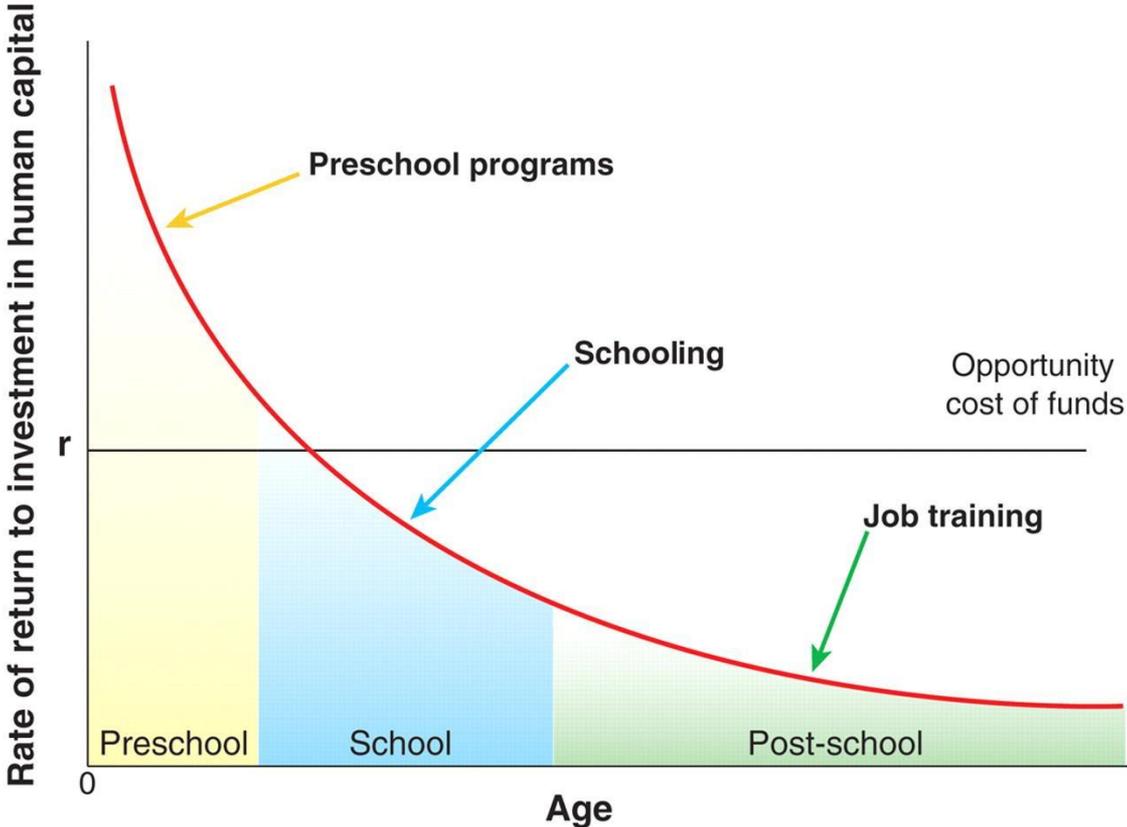
Un nouveau regard
sur l'avenir

Commencez
dès le plus
jeune âge et
pensez à la
prévention

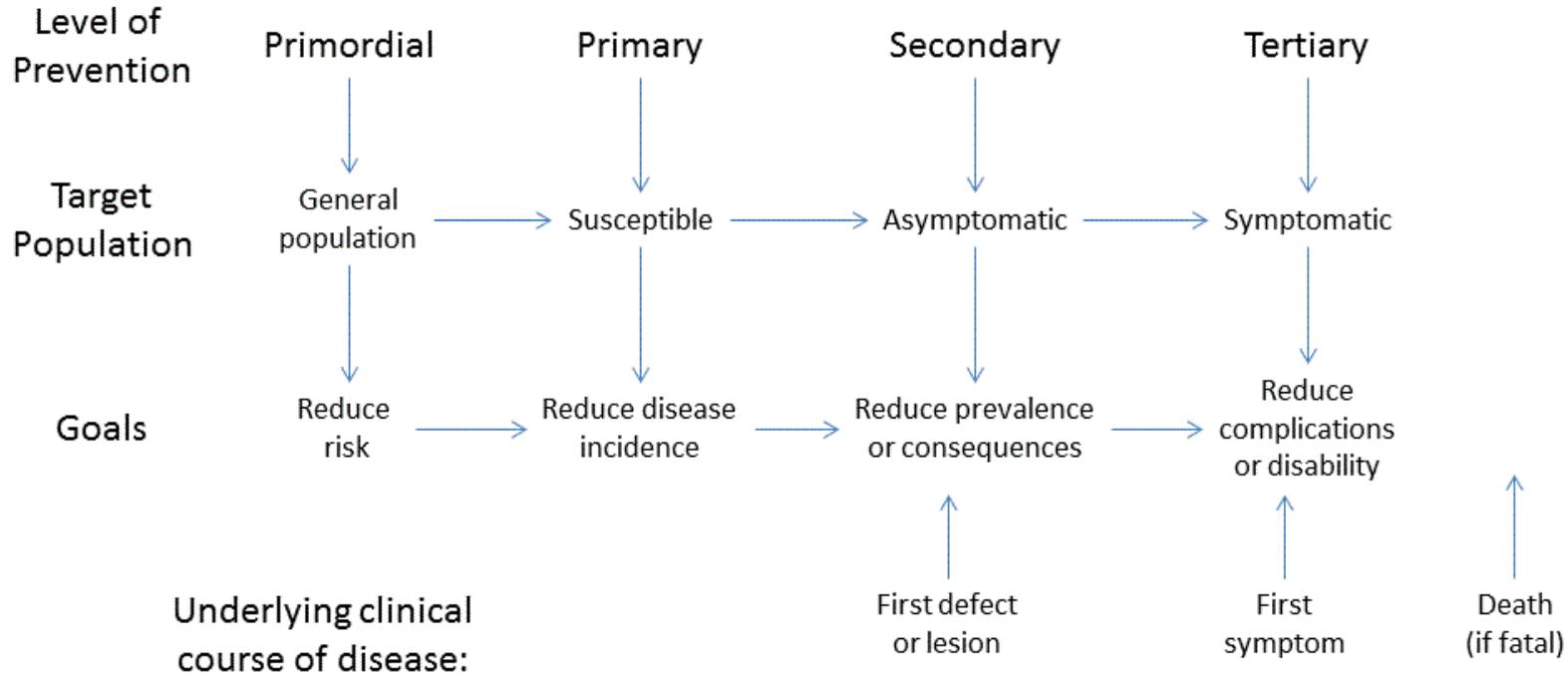
Il est utile de rappeler l'estimation globale du rendement de l'investissement en capital humain proposée par Heckman : plus l'âge de l'exposition (ou de l'investissement) est précoce, plus le rendement est élevé.

Si l'on considère la tendance de l'âge moyen de plus en plus bas auquel surviennent les comportements suicidaires, la proposition de Heckman revêt une importance encore plus grande.

Rates of return to human capital investment



A Classification of Preventive Strategies



Des mots à retenir :

Si des patients ont des troubles mentaux, ils pourraient peut-être se rétablir plus tard et changer d'avis sur leur intention de se suicider. De nombreuses personnes sont soulagées d'avoir survécu à un suicide.

Nous concluons généralement en donnant au patient le bénéfice du doute, et que tout ce que nous faisons doit contribuer à préserver la vie, et non le contraire. (*The Lancet*, vol. 383, 8 mars 2014)

Merci

Des questions? N'hésitez pas à
envoyer un courriel à :
joseph.sadek@nshealth.ca

MERCI!

Questions?



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

camh
mental health is health



**DALHOUSIE
UNIVERSITY**

Inspiring Minds