

Que faire si une personne vous fait part de ses intentions suicidaires?

Programme de formation à l'intention des omnipraticiens

Le Centre de prévention du suicide de Québec, le Centre de crise de Québec, le Comité de prévention du suicide de Charlevoix, L'Arc-en-Ciel de Portneuf, des omnipraticiens et psychiatres de la région, de même que la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale ont participé à l'élaboration et à la prestation d'un programme de formation sur l'intervention de crise suicidaire destiné aux omnipraticiens de la région. Entre janvier et novembre 2004 a été offerte une première série de dix sessions de formation qui a rejoint dans leur milieu de travail tout près d'une centaine d'omnipraticiens.

Chacune des sessions mettait à contribution une équipe de trois ou quatre formateurs présentant des expertises complémentaires : un omnipraticien, un psychiatre et au moins un intervenant d'un organisme communautaire spécialisé en intervention de crise. La formation, d'une durée de trois heures, vise non seulement l'acquisition de connaissances et d'habilités relatives à l'intervention de crise suicidaire, elle permet également un échange pour une meilleure utilisation des ressources de la région et une plus grande collaboration entre elles, notamment dans les situations de dangerosité élevée. La formation aborde donc de façon concrète la conduite à adopter selon le niveau de dangerosité que présente la crise suicidaire. L'algorithme décisionnel présenté ci-dessous explique les différents thèmes et étapes de la formation. L'évaluation systématique de la formation par les participants nous informe de leur très haut niveau d'appréciation. Les principaux soulignés par les participants ont trait à l'expertise des formateurs, à leur capacité à cerner les messages essentiels, et à l'applicabilité de ces messages en situation clinique.

La formation est toujours disponible pour les omnipraticiens, selon la demande. Les autres professionnels (infirmières, travailleur sociaux, psychologues) qui pourraient tirer profit de cette formation d'équipe sont également invités à participer aux sessions. Toute personne ou tout groupe intéressés à recevoir cette formation sont invités à communiquer avec :

Madame Chantal Martineau
Direction régionale de santé publique
de la Capitale nationale
Courriel : chantal.martineau@ssss.gouv.qc.ca
Télécopieur : 418-666-2776

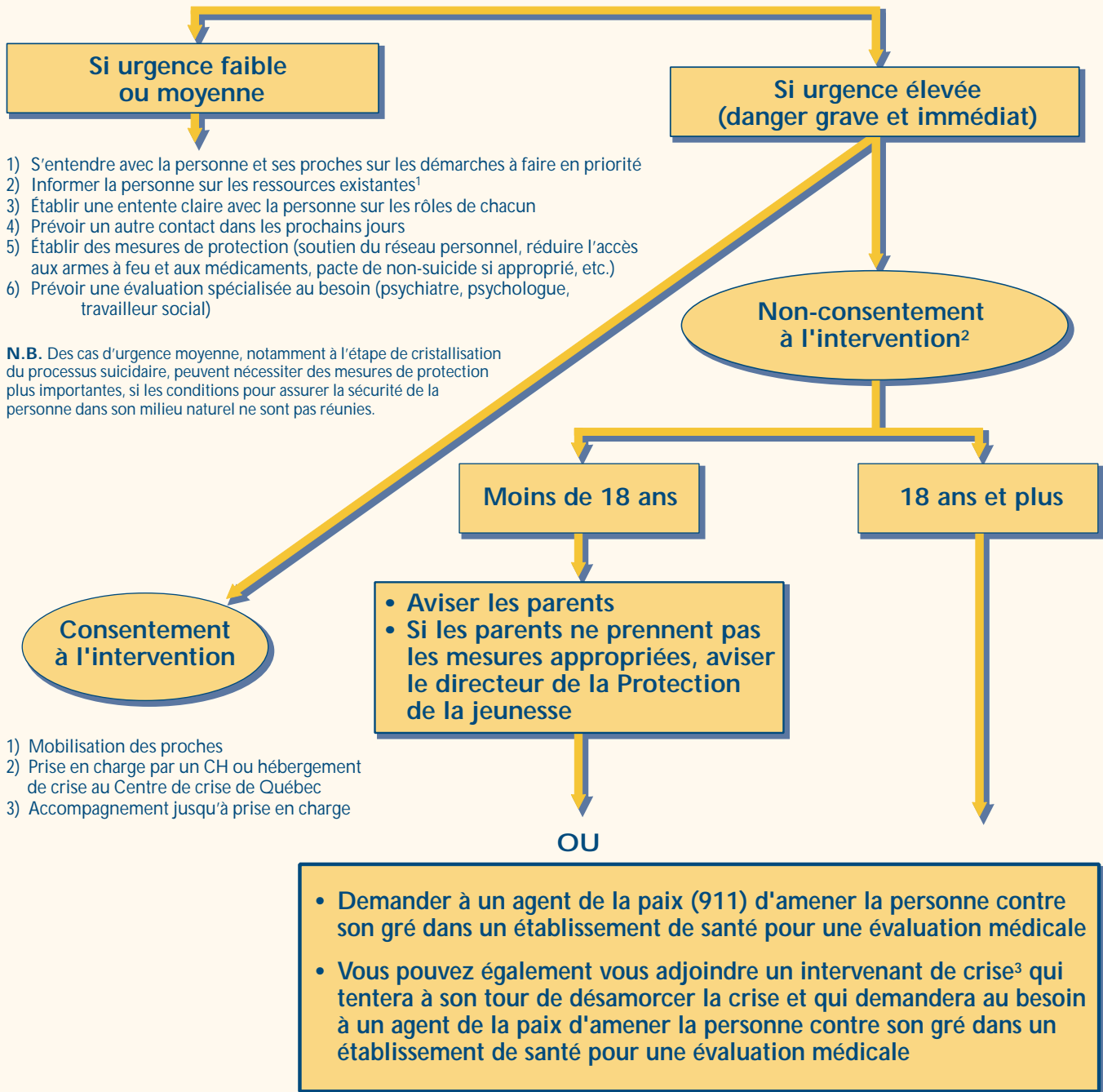
Sommaire

| | |
|---|---|
| Que faire si une personne vous fait part de ses intentions suicidaires? Programme de formation à l'intention des omnipraticiens | 1 |
| Tableau : Que faire si une personne vous fait part de ses intentions suicidaires? | 2 |
| Sauriez-vous aider cet enfant ? | 3 |
| Pour mieux soutenir vos interventions de prévention des chutes auprès de vos patients âgés | 6 |
| Prévention des chutes : formation adaptée pour les médecins traitants | 8 |

Spécial
« Sécurité dans les milieux de vie »

Que faire si une personne vous fait part de ses intentions suicidaires?

1. Désamorcer la crise
2. Évaluer l'urgence suicidaire
 - Urgence faible : grande vulnérabilité, flash suicidaire, idéation suicidaire
 - Urgence moyenne : rumination, cristallisation (structuration du plan suicidaire sans intention de passage à l'acte dans les prochains jours)
 - Urgence élevée : le suicide est planifié (Comment ? Où ? Quand ?) et le passage à l'acte est prévu dans les 48 prochaines heures
3. Déterminer l'aide à venir et assurer la sécurité de la personne



1. Organismes en prévention du suicide, Centre de crise de Québec, Centre de santé et de services sociaux (CLSC), psychiatres, psychologues, autres ressources selon les problématiques abordées (ex : violence conjugale, toxicomanie). Les personnes qui manifestent des intentions suicidaires peuvent en tout temps bénéficier d'une intervention téléphonique en prévention du suicide en signalant le numéro de téléphone sans frais 1-866-APPELLE (1-866-277-3553).
2. Si vous avez des motifs sérieux de croire qu'une personne qui ne consent pas à recevoir les soins requis présente un danger pour elle-même ou pour autrui, en raison de son état mental, sans toutefois que le danger ne requière une intervention immédiate, vous pouvez appuyer une démarche pour une requête à la Cour du Québec pour l'obtention d'une garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique.
3. Pour le territoire de Québec-métro, contactez le Centre de crise de Québec (688-4240) et pour les territoires de Charlevoix et de Portneuf, contactez le CLSC.

Source Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Bien s'équiper pour faire face au suicide. Programme de formation à l'intention des omnipraticiens, cahier du participant*, Québec, RRSS-03, 2003.

Sauriez-vous aider cet enfant ?

Étant donné la fréquence des cas, il vous arrive sûrement d'être en contact avec un enfant exposé à la violence conjugale. Or, l'exposition à la violence a des conséquences graves sur l'enfant. Il importe donc que les intervenants connaissent les rudiments d'une intervention de base afin de repérer cette réalité et d'orienter l'enfant vers des ressources qui pourront lui assurer un meilleur développement et aussi prévenir la reproduction intergénérationnelle de la victimisation et de la violence. Si tous les intervenants n'ont pas à faire un suivi complet auprès de l'enfant exposé à la violence conjugale, **tous doivent être à son écoute et se préoccuper de sa sécurité.**

Dans cette perspective, le présent article traite :

- de certaines notions apparentées à la violence conjugale ;
- de la définition de l'exposition à la violence conjugale ;
- des réalités éprouvées par les enfants exposés ;
- des attitudes et interventions de base à privilégier en présence d'un enfant exposé.

Vous dites «Exposé à la violence conjugale ? »

La **violence**, c'est un ensemble d'attitudes, de comportements, de propos ayant pour but de dévaloriser, dominer, contrôler, apeurer, blesser psychologiquement ou physiquement une autre personne. Cette violence, lorsque présente à l'intérieur d'un couple, s'appelle **violence conjugale**.

La violence conjugale est caractérisée par un cycle qui se déroule en quatre phases : la tension, la crise, la responsabilisation et la lune de miel. Plus les crises sont fréquentes, plus la période de répit entre chacune est brève et plus les manifestations de violence s'aggravent.

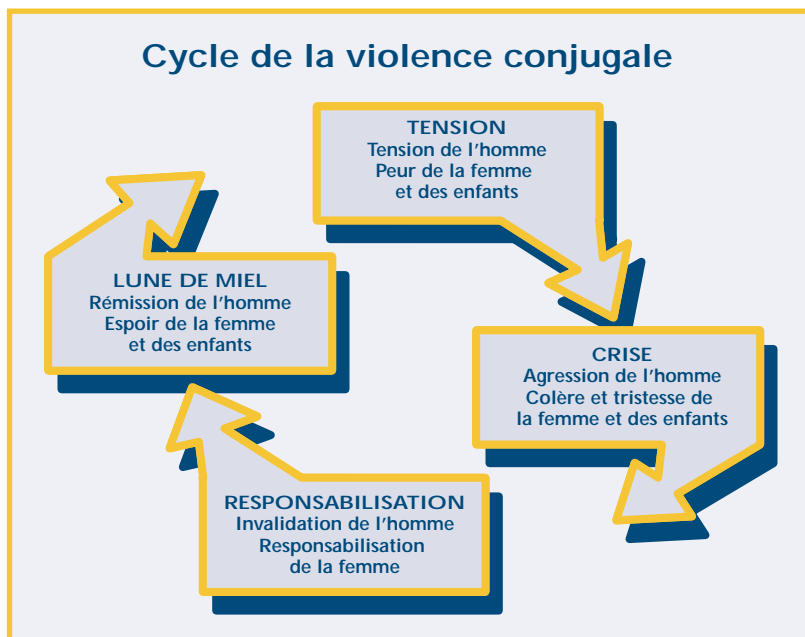
Créer pour grandir en confiance



Les enfants dont les parents ont entre eux des comportements violents sont exposés à la violence conjugale. Ainsi, il leur arrive :

- **d'assister** à des scènes de violence conjugale ;
- **d'entendre** des éclats de voix et des cris ;
- **de voir** les marques des coups portés ;
- **de percevoir** la détresse du parent agressé ;
- **de vivre** dans un climat de tension, de peur et d'insécurité.

On dit *être exposé* plutôt qu'*être témoin* parce que cette dernière expression place l'enfant comme étant à l'extérieur de l'événement. Or, il en est tout autrement. En effet, l'enfant vit au cœur d'une dynamique modulée par le cycle de la violence conjugale. Par analogie, c'est la même différence qui existe entre une personne témoin d'un accident de la route et une personne mêlée à ce même accident.



Les réalités de l'enfant exposé à la violence conjugale

L'enfant exposé à la violence conjugale peut vivre quatre réalités.

Il vit avec le secret

Ce secret est souvent gardé tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille, si bien que l'enfant est isolé et qu'il reste aux prises avec ses contradictions et ses peurs.

Il vit un conflit de loyauté

Face à la violence conjugale, l'enfant est incapable de prendre position. S'il le fait, c'est en éprouvant soit de l'empathie, soit du mépris envers sa mère, ou en ressentant de la colère ou de l'admiration pour son père. Mais règle générale, dans un cas comme dans l'autre, il se sent coupable.

Il vit dans la crainte et la terreur

La réalité quotidienne de cet enfant est de vivre dans l'expectative d'une nouvelle crise de violence, ce qui peut l'amener à croire que le monde est dangereux. Il peut se sentir impuissant et déprimé. Certains enfants développeront une hyper-vigilance face à leur environnement, de même que de l'introversion.

Il reproduit la violence

Certains enfants s'identifient à l'abuseur et utilisent les mêmes comportements de violence et de contrôle dans leurs relations interpersonnelles. Ils apprécient l'abuseur pour la supériorité qu'ils lui supposent.

En somme, l'enfant exposé à la violence conjugale vit dans un environnement toxique.

Aider l'enfant qui souffre par des attitudes et des interventions adéquates

Certaines attitudes permettront une intervention de base auprès des enfants exposés à la violence conjugale. Certes, il ne s'agit pas de remplacer les professionnels habilités à intervenir auprès de ces enfants, mais plutôt d'être à l'affût, et de faire en sorte que ces enfants trouvent une oreille attentive et soient aidés pour ne plus vivre un tel cauchemar.

Les attitudes pour une intervention de base consistent à accueillir l'enfant, à l'écouter, à ouvrir la discussion avec le parent non violent, et enfin d'orienter cet enfant vers la ressource adéquate.

Conflit, colère, agressivité : pas synonymes de violence!

Certaines notions sont trop souvent confondues avec la violence conjugale. Ce sont notamment le conflit, la colère et l'agressivité.

Un **conflit**, c'est une opposition d'intérêts, d'opinions ou de valeurs entre deux ou plusieurs personnes. Il est normal de ne pas toujours être d'accord. Un conflit sera résolu sans violence par la négociation, le compromis ou la médiation.

Ni bonne, ni mauvaise, la **colère** est une émotion normale et inévitable. C'est son résultat qui importe. Mal canalisée, elle peut servir de prétexte à la violence. Mais si elle est maîtrisée, l'expression de la colère fait partie des composantes de l'affirmation de soi au même titre que la reconnaissance de ses besoins et de ses limites.

L'**agressivité** est une pulsion fondamentale qui permet de survivre. Mal utilisée, elle peut être destructrice, et aller jusqu'à entraîner de la violence envers les autres ou envers soi-même. En revanche, lorsqu'elle est bien utilisée, l'agressivité peut générer une énergie constructive, à l'exemple de l'athlète qui se sert de cette énergie pour se surpasser.

1. ***J'observe l'enfant*** afin de repérer des indices de l'exposition (ex. : repli sur soi, anxiété, comportements violents, plaintes somatiques, dépendance excessive envers la mère).
2. ***J'offre un endroit confidentiel***. Les enfants peuvent trouver intimidant de relater des situations intimes. Ils peuvent se sentir humiliés, honteux. Je m'assure donc que l'enfant parle en lieu sûr et en toute confidentialité (endroit calme et propice aux confidences, bureau privée, à l'abri de la personne que l'on soupçonne exercer la violence).
3. ***Je crée un climat de confiance***. Je m'assure que l'enfant se sent à l'aise. Je m'intéresse à lui. Je valorise les aspects positifs de sa personnalité (ex. : talents artistiques ou sportifs, capacités intellectuelles). Je m'informe des symptômes qu'il présente (ex. : mauvais rêves, malaises physiques) afin de l'amener à parler de sa situation et des émotions qu'il ressent. Il est essentiel de ne pas banaliser les propos et les émotions de l'enfant. Ce dernier doit sentir que son discours a de l'importance.

« Je comprends que ça peut être difficile pour toi de parler de ce qui se passe dans ta famille »

4. Je tiens compte de l'âge de l'enfant et de son stade de développement. J'emploie un langage simple et concret, adapté à l'âge de l'enfant. Avec un jeune enfant, je peux utiliser le jeu pour décoder des attitudes ou comportements qui me permettent de croire qu'il est exposé à la violence conjugale.

5. Je respecte le rythme de l'enfant au moment du dévoilement de la situation. Ce dévoilement peut se faire spontanément ou s'échelonner sur une certaine période. Lorsque l'enfant se confie, je tiens compte de ses émotions. Je garde en tête que le fait de parler entraîne pour l'enfant des émotions et de conséquences avec lesquelles il peut avoir de la difficulté à composer.

« Prends ton temps, je t'écoute. »

6. Je permets à l'enfant de raconter les faits et d'exprimer ses émotions sans le juger. Je lui pose des questions ouvertes. Je l'invite à me parler du climat familial, à préciser les moments où il a eu peur et à verbaliser ses craintes. Je vérifie ses réactions (peur, confusion, culpabilité, anxiété, détresse, colère) face aux événements vécus. et ce, sans porter de jugement. Je le rassure sur la « normalité » de ses sentiments et de ses comportements.

« C'est correct d'éprouver de tels sentiments dans une situation comme celle-là. »

« Ces choses-là se produisent dans d'autres familles. »

7. Je suis à son écoute. Je suis attentif au langage non verbal de l'enfant. Je respecte ses silences et je ne l'interromps pas. L'enfant peut se sentir confus (« Est-ce que c'est vraiment arrivé ? »). J'adopte une attitude ouverte.

« Que s'est-il vraiment passé ? »

(Maman a crié, elle est tombée par terre, je me suis sauvé dans ma chambre, papa est parti en criant qu'on ne le reverrait plus...)

8. Je montre à l'enfant que je le crois. L'enfant peut avoir peur qu'on ne le croit pas. Il est important qu'il se sente respecté dans la situation qu'il vit. Je fais attention au ton de ma voix.

« Je crois ce que tu me dis et je comprends que ce n'est pas facile pour toi d'en parler. »

9. Je prends position contre la violence. Je lui fais part que la violence conjugale est inacceptable. Je dénonce les comportements violents, sans accuser les personnes qui ont ces comportements.

« Je comprends que tu aimes ton papa et tu en as le droit, mais ce qu'il a fait n'est pas correct et ça t'a fait du mal. »

10. Je le soutiens et le sécurise. J'affirme à l'enfant qu'il n'est pas responsable de la violence à laquelle il est exposé. Je m'informe des moyens de sécurité qu'il connaît et de sa capacité de les utiliser. Avec lui, j'identifie au moins deux personnes en qui il a confiance et vers qui il peut se tourner au besoin.

« Nomme-moi deux personnes que tu connais, en qui tu as confiance et auxquelles tu peux te confier. »

Il est difficile de proposer une conduite uniforme pour tous les cas d'enfants exposés à la violence conjugale. Généralement, vous pouvez orienter les cas au CLSC de votre territoire. Si toutefois des signes vous portent à croire que le développement de l'enfant peut être compromis, contactez la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Vous pouvez même le faire de manière anonyme. La DPJ vous indiquera alors s'il y a lieu de signaler ou s'il est préférable de faire appel à des intervenants de vos milieux respectifs. Enfin, si vous soupçonnez que l'enfant a été victime de violence physique ou sexuelle, vous avez le devoir d'informer immédiatement la DPJ.

Cet enfant qui ne demande qu'à être écouté

Être sensible à la problématique des enfants exposés à la violence conjugale n'implique pas une surcharge de travail puisque, souvent, ces enfants sont déjà présents dans les divers milieux de vie ou d'intervention. En déterminant mieux la cause de leurs difficultés, les intervenants seront en mesure de faire des orientations adéquates, qui répondent vraiment aux besoins des enfants. L'aide apportée sera donc plus efficace.

Peu importe ses actions, l'intervenant doit veiller à ne jamais mettre en péril la sécurité de l'enfant ou celle du parent victime de violence.

S'il n'appartient pas à tous de faire une intervention en profondeur auprès de l'enfant, chacun doit :

- être conscient de la réalité de l'enfant ;
- l'écouter sans porter de jugement s'il accepte de se confier ;
- assurer sa sécurité.

Par ailleurs, aucun organisme ou établissement ne peut répondre à tous les besoins des enfants exposés à la violence conjugale, ni satisfaire à tous les objectifs d'intervention. C'est pourquoi il faut mettre en oeuvre une stratégie concertée et intersectorielle.

La problématique des enfants exposés à la violence conjugale est une préoccupation de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale (DSP)

Depuis l'an 2000, la DSP travaille, en partenariat avec divers organismes du milieu, au projet : *Les enfants de 0-12 ans exposés à la violence conjugale : Projet d'intervention concertée et intersectorielle dans la région de Québec*. Ainsi, pour répondre aux besoins exprimés par les intervenants, des sessions de sensibilisation à la violence conjugale et à la problématique des enfants exposés à la violence conjugale, de même qu'une formation à l'intervention de base ont été conçues. Ces sessions seront offertes dès mars 2005. Par ailleurs, deux recensions de la littérature intitulées *La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection* et *Les stratégies d'intervention à privilégier auprès des enfants exposés à la violence conjugale*, sont disponibles sur le site Internet de l'Institut national de santé publique du Québec (www.inspq.qc.ca).

La réalisation du projet régional est rendue possible grâce au soutien financier de la Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec.

France Paradis, M.D., M. Sc.
Louise Arseneau, B. S. S.
Renée Levaque, M. S. c.

Sources : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale – Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, MSSS, 77 p.

SUDERMANN, M., et P. JAFFE (1999). *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*, Ottawa, Santé Canada.

WOLFE, D.A., et P. JAFFE (1999). « Emerging Strategies in the Prevention of Domestic Violence », *The Future of Children*, 9(3): 13-144.

Quelques statistiques

- 25 % des Québécoises de plus de 16 ans ont été victimes de violence physique ou sexuelle de la part de leur conjoint (Ministère de la santé et des services sociaux, 1999).
- 40 % des épisodes de violence physique se produisent au cours de la première grossesse (Sudermann et Jaffe, 1999).
- Selon des estimations conservatrices, entre deux à six enfants par classe seraient exposés à de la violence conjugale au cours d'une année (Sudermann et Jaffe, 1999).
- Parmi les hommes qui maltraitent leur conjointe, 75 % ont été exposés à de la violence entre leurs parents durant l'enfance (Wolfe, 1999).

Pour mieux soutenir vos interventions de prévention des chutes auprès de vos patients âgés

Les clientèles âgées des programmes Soutien à domicile (SAD) du Centre de santé et de services sociaux Québec-Sud (qui couvre le territoire de l'ancien CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières) et du Centre de santé et de services sociaux Québec-Nord (ancien CLSC-CHSLD La Source) peuvent maintenant bénéficier d'un programme de prévention des chutes, soit le programme MARCHE. Lorsque des personnes à risque sont détectées, des évaluations et des interventions sont effectuées selon leurs facteurs de risque. L'information sur les interventions réalisées et les suggestions de l'équipe interdisciplinaire des centres de santé et de services

sociaux (CSSS) sont alors acheminées aux médecins traitants.

En juin 2004, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale a consenti à ce qu'un montant annuel et récurrent de 330 333 \$ soit versé pour le programme MARCHE. Cet argent permettra d'augmenter le nombre de personnes faisant partie de ce programme. C'est pourquoi dans les prochains mois d'autres services s'ajouteront progressivement aux activités déjà en cours, de façon à ce que la prévention des chutes s'ins-

crive dans un continuum de services. Le programme MARCHÉ sera offert par les quatre CSSS de notre territoire et sera accessible à l'ensemble des personnes âgées de la région de la Capitale nationale. Les activités de prévention sont au centre de ce continuum (décrit en page 7) et sont divisées en trois types d'intervention, selon la clientèle cible.



1. Les interventions multifactorielles non personnalisées s'adressent aux aînés relativement autonomes, qui ont fait une chute au cours de la dernière année ou qui se perçoivent à risque (préoccupés par leur équilibre, leur mobilité ou par les chutes). Elles consistent essentiellement en des programmes d'exercices de groupe qui visent à renforcer l'équilibre et la mobilité. Ce type d'intervention propose, en outre, des stratégies destinées à amener les participants à repérer et à modifier les risques existant dans leur environnement domiciliaire et à adopter des comportements sécuritaires.

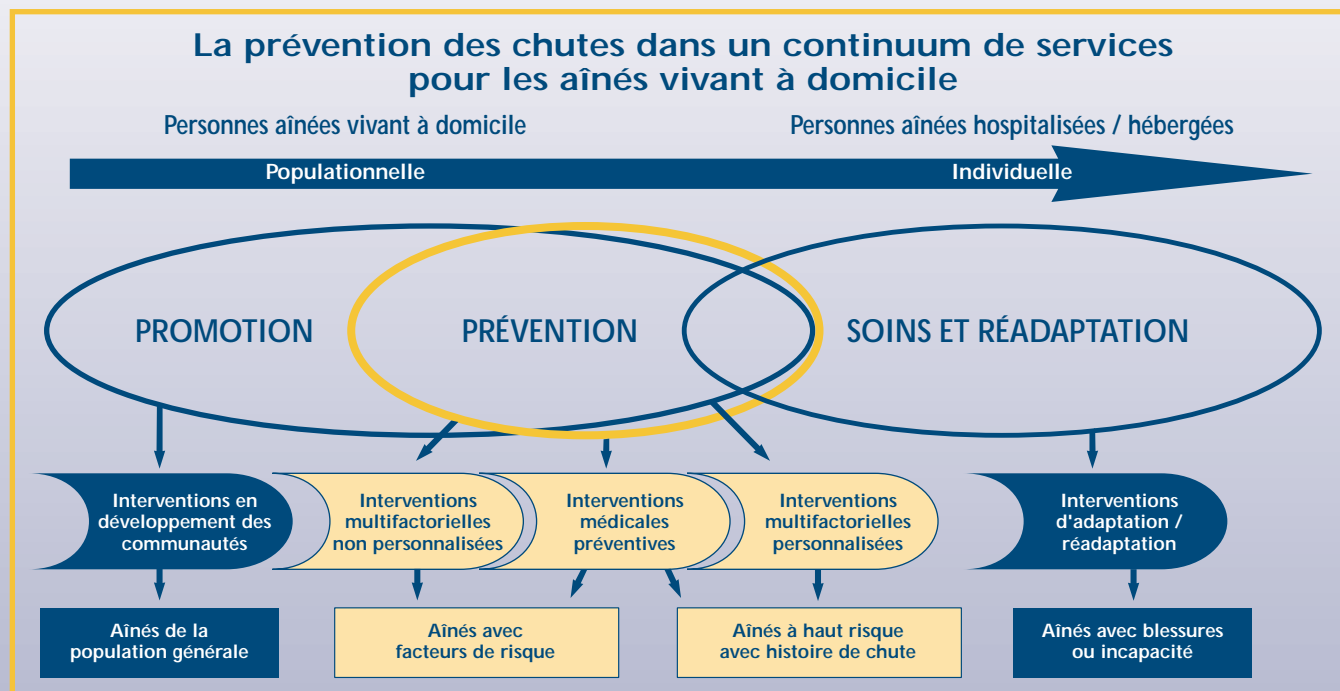
2. Les interventions médicales préventives consistent, pour le médecin, à repérer, parmi les personnes âgées, celles qui présentent le plus de risques de faire des chutes, de façon à intervenir pour diminuer les facteurs qui sont cause de ce risque. Les interventions préventives contribueront par le fait même à réduire les nombreuses conséquences associées aux chutes (blessures, peur de chuter, isolement, déconditionnement, hébergement, décès). Par ailleurs, le médecin se doit d'évaluer les personnes qui ont fait une chute, afin de

procéder aux recommandations, interventions et orientations appropriées, et ce, en collaboration et en continuité avec les deux autres volets du continuum en prévention des chutes de leur territoire. Cela peut signifier que des intervenants du CSSS recommandent à une personne âgée inscrite à un programme de prévention des chutes dans le cadre du programme SAD, ou dans les programmes d'exercices de groupe, de consulter son médecin pour des problèmes de santé détectés lors du dépistage.

3. Les interventions multifactorielles personnalisées visent les personnes de 65 ans ou plus, frêles ou en perte d'autonomie, admises aux programmes Soutien à domicile ou Services gériatriques spécialisés. Un dépistage individuel des facteurs de risque de chute est effectué par les membres de l'équipe interdisciplinaire, et des interventions ayant pour but une action sur tous les facteurs trouvés sont faites. Les principaux facteurs visés sont : la marche et l'équilibre, le nombre de médicaments, l'utilisation de psychotropes, l'environnement domiciliaire, les troubles cognitifs, la dénutrition, l'ostéoporose, l'hypotension orthostatique et les troubles visuels.

Denise Gagné, M.D., CSPQ, FRCPC
Catherine Gagnon, M.D.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*. Document d'orientation, Rapport du Groupe de travail provincial sur la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile, Québec, MSSS, juin 2004.



Prévention des chutes : formation adaptée pour les médecins traitants

Les médecins sont de toute évidence appelés à jouer un rôle particulièrement important en matière de prévention des chutes. Afin de mieux soutenir les médecins de la région de la Capitale nationale dans leurs interventions en prévention des chutes auprès de leur clientèle âgée, des activités de formation leur sont offertes. Jusqu'à maintenant, des médecins des territoires de CLSC Haute-Ville-Des-Rivières et La Source ont été rejoints, mais la formation devrait s'étendre à l'ensemble des médecins de la région. Les activités de formation consistent en la tenue d'ateliers interactifs de groupe dans les cliniques médicales et en des rencontres individuelles avec des médecins n'ayant pu assister aux ateliers de groupe.

Un comité médical scientifique est responsable de l'organisation et de la réalisation de ces activités, ainsi que de la conception ou de l'adaptation des outils d'aide à la pratique. Il est composé d'un gériatre ainsi que de médecins de la Direction régionale de santé

publique (DSP), des CSSS et des Services gériatriques spécialisés, et est soutenu par Madame Pervine Bashir, infirmière bachelière de la DSP.

Une boîte à outils comprenant un arbre décisionnel et des outils de dépistage de certains facteurs de risque de chute est remise à l'occasion des activités de formation. Ces outils visent à faciliter la tâche du médecin dans l'évaluation des chutes et des facteurs de risque qui y sont associés. Des outils additionnels (dépliant pour la clientèle, outil d'aide à la décision, etc) devraient être conçus, adaptés et mis à jour régulièrement par le comité médical scientifique.

Pour information supplémentaire, contacter :

D^{re} Denise Gagné

D^{re} Catherine Gagnon

M^{me} Pervine Bashir inf. bach, agente de formation

*Toutes les membres du personnel de la Direction régionale
de santé publique de la Capitale nationale se joignent
à moi pour vous souhaiter un très Joyeux Noël
et une merveilleuse année 2005.*



François Desbiens
Directeur régional de santé publique

Bulletin
de **santé publique**

V. 16, no. 6, décembre 2004

Publication de la Direction régionale
de santé publique de la Capitale nationale
2400, D'Estimauville, Beauport (Québec)
G1E 7G9

Les bulletins de santé publique sont
disponibles sous format électronique sur
notre site Internet à l'adresse suivante :
www.dspq.qc.ca/dspq/fr/frset-comm.html

Pour information,
contactez Ginette Langevin
au 666-7000, poste 215 ou
ginette.langevin@ssss.gouv.qc.ca

Infographie : Atelier Infograph

Envoi de poste publication 40007047

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Capitale nationale

