

Prévention, gestion et intervention en matière de suicide pour la clientèle			
Direction(s) responsable(s)	Direction des programmes Santé mentale et Dépendance	Approuvé	2018-01-24
	Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire	Révisé	2020-10-20
Personne(s) concernée(s)	Tous les employés, médecins, stagiaires et bénévoles du CISSS de la Montérégie-Ouest		
Outils cliniques associés	Procédure clinique - Prévention, gestion et intervention auprès de la clientèle à risque suicidaire		

1. Énoncé

Relativement à sa mission, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest déploie une politique de prévention, de gestion et d'intervention, incluant la postvention, en matière de suicide.

Cette politique s'inscrit en cohérence et en complémentarité avec les principaux objectifs de la santé publique, soient la promotion de la santé et la prévention. L'amélioration de la santé et du bien-être global de la clientèle, en s'intéressant d'abord au développement et à la consolidation des conditions favorisant l'équilibre psychologique et la santé mentale de celle-ci, se situe d'emblée dans les actions privilégiées.

Les actions de prévention visent non seulement à empêcher le geste suicidaire, mais, plus en amont, à diminuer et mieux prendre en charge la souffrance des personnes. La prévention du suicide requiert la mise en œuvre d'une stratégie globale et synergique dans laquelle tous les acteurs impliqués agissent de façon concertée sur différents plans.

La responsabilité populationnelle du CISSS implique une stratégie visant à identifier les personnes vulnérables, et ce, en tenant compte de leurs caractéristiques et besoins spécifiques. Le partenariat avec les organismes communautaires qui œuvrent en prévention du suicide constitue un point d'ancrage de l'actualisation de la présente politique (ainsi que le développement de trajectoires cliniques en prévention du suicide). Les principes directeurs détaillés dans le présent document servent de trame de fond pour favoriser des actions concertées au sein de l'organisation afin de prévenir le suicide.

2. Champ d'application/Contexte légal

La présente politique vise tous les usagers mais également tous les employés, médecins, stagiaires, bénévoles et partenaires du CISSS de la Montérégie-Ouest pouvant présenter des facteurs de vulnérabilité à un passage à l'acte suicidaire et nécessiter une intervention adaptée à leurs besoins.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le CISSS de la Montérégie-Ouest est responsable de coordonner les services de santé et les services sociaux des réseaux locaux de services (RLS) de son territoire (art. 99.4). Il est responsable de définir les paramètres requis en fonction des besoins multiples, pluriels et idiosyncrasiques de la population, des objectifs poursuivis, de l'offre de service pour satisfaire aux besoins et des particularités de la population. À cette fin, le CISSS de la Montérégie-Ouest est aussi responsable de préciser les modes d'organisation et les contributions qui sont attendus des partenaires des réseaux (art. 99.5) et de lui-même (art. 99.6).

La politique s'appuie sur de nombreuses assises légales, servant notamment à encadrer et légitimer les actions déployées (voir annexe A pour la liste exhaustive des dispositions législatives).

- La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, RLRQ c P-38.001;
- La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, chapitre A-2.1;

- La Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2;
- Le Code civil, section II, la garde en établissement et de l'évaluation psychiatrique;
- Le Code de déontologie des médecins, RLRQ c M-9, r 17;
- Le Code des professions, chapitre c-26.

3. Définitions

Cette section vise à définir les termes associés au thème de la prévention du suicide, utilisés dans le cadre de cette politique.

- **Dangerosité du passage à l'acte suicidaire**

Concept incluant l'urgence suicidaire de même que les facteurs de risque et de protection associés au suicide, soient : la planification suicidaire, les tentatives de suicide antérieures, la capacité à espérer un changement, l'usage de substances, la capacité à se contrôler, la présence de proches et la capacité à prendre soin de soi (Lavoie, Lecavalier, Angers, & Houle, 2012).

- **Partenaires communautaires ou partenaires externes du CISSS de la Montérégie-Ouest**

Organismes ou établissements, autres que ceux faisant partie du CISSS de la Montérégie-Ouest, avec lesquels un partenariat a été développé en termes d'interventions reliées à la prévention du suicide.

- **Postvention à la suite d'un suicide**

Aide et soutien offerts aux personnes touchées par un décès attribuable au suicide. La postvention comprend des mesures liées à l'évaluation des besoins, au traitement ainsi qu'au rétablissement de ces personnes (Lane & al., 2010)

- **Prévention du suicide**

Mesures destinées à prévenir l'apparition des crises suicidaires en agissant sur certaines situations particulièrement critiques et en réduisant les conditions sociales défavorables. Cette définition inclut la notion de promotion de la santé dont le but est de créer des conditions et des habiletés de vie favorables à la santé et au bien-être de la population (Gouvernement du Québec, 1998).

- **Risque suicidaire**

Estimation, probabilité à plus ou moins long terme qu'une personne réalise un geste suicidaire. L'évaluation du risque suicidaire tient compte du vécu de la personne, de son histoire de vie, des pertes subies, de son état de santé psychique ou des tentatives de suicide antérieures (Haute autorité de santé, 2013).

- **Suicide**

Acte délibéré accompli par une personne contre elle-même et causant sa mort (Agence de santé et services sociaux de Montréal, 2009).

- **Tentative de suicide**

Acte intentionnel par lequel une personne s'inflige une blessure ou s'expose à un danger dans le but avoué de mourir, peu importe que cette mort soit entrevue comme certaine ou non (Agence de santé et services sociaux de Montréal, 2009).

4. Objectifs

En permettant de soutenir la prise de décision, la planification des actions et le déploiement des services en matière de prévention du suicide, l'objectif général de la politique est d'assurer une prestation sécuritaire des soins et services aux personnes présentant une dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire.

Objectifs spécifiques :

- Assurer la compréhension, par tous les employés, médecins, stagiaires, bénévoles et partenaires du CISSS de la Montérégie-Ouest, de leurs rôles et de leurs responsabilités à l'égard de la prévention du suicide;
- Mettre en œuvre, pour chacune des directions cliniques de l'organisation, des procédures et trajectoires cliniques, et ce, en considérant les partenaires communautaires;

- Assurer la formation et le développement des compétences des professionnels répondant aux besoins identifiés;
- Soutenir la qualité et l'amélioration continue par l'utilisation de mesures de suivi concernant le déploiement de trajectoires cliniques ainsi que la formation reliée à la prévention du suicide.

5. Intervenants concernés

La politique s'applique à tous les employés, médecins, stagiaires, bénévoles et partenaires du CISSS de la Montérégie-Ouest.

6. Rôles et responsabilités

- **Employés, médecins, stagiaires et bénévoles du CISSS de la Montérégie-Ouest**
 - Prendre connaissance de la présente politique;
 - Appliquer les procédures et processus ainsi que mettre en œuvre les meilleures pratiques en matière de prévention du suicide, selon leurs rôles et responsabilités.
- **Conseil d'administration**
 - Adopter la présente politique, permettant ainsi de soutenir la prise de décision, la planification et le déploiement des services en matière de prévention du suicide. S'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés.
- **Direction générale**
 - Assurer la diffusion et de l'application et de la présente politique et des procédures en découlant au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest.
 - Assurer la mise en œuvre de continuum d'actions dans chacune des directions cliniques visant la prévention du suicide.
 - Soutenir le déploiement de partenariat avec les différents organismes communautaires ayant une expertise en prévention du suicide, tant pour développer des corridors de services pour les personnes à risque suicidaire que pour déployer la formation du personnel en termes de prévention du suicide.
- **Direction des programmes Santé mentale et Dépendance**

Le gestionnaire responsable désigné :

 - Assurer l'application de la présente politique par divers mécanismes;
 - Coordonner les activités du Comité intégré de prévention du suicide du CISSS de la Montérégie-Ouest;
 - Assurer l'adhésion des partenaires communautaires à la politique;
 - Coordonner les actions des divers partenaires sur le territoire et développe des ententes de services.
- **Autres directions cliniques**
 - Direction des programmes Jeunesse et Activités de santé publique**
 - Direction des programmes Déficiences**
 - Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées**
 - Direction des programmes Santé mentale et Dépendance**
 - Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers – volet opérations**
 - Direction des services professionnels et de l'enseignement médical**
 - Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire – volet opérations**
 - Assurer la diffusion et l'application de la présente politique ainsi que des procédures et protocoles qui en découlent à tous les niveaux hiérarchiques, et ce, conjointement avec la DPSMD;
 - Assurer la compréhension, par tous les employés, médecins, stagiaires, bénévoles et partenaires du CISSS de la Montérégie-Ouest, de leurs rôles et de leurs responsabilités à l'égard de la prévention du suicide;
 - Assurer l'acquisition de compétences requises par les intervenants afin qu'ils puissent assumer les rôles et responsabilités énumérés dans les procédures découlant de la présente politique;
 - Assurer la réponse aux besoins des professionnels, infirmiers et médecins en matière de formations en prévention du suicide;

- Élaborer un plan de développement des ressources humaines qui prévoit, de façon continue, les formations initiales et la mise à jour des connaissances et compétences à l'égard des pratiques reconnues en gestion du risque suicidaire;
- Participer aux travaux du comité intégré de prévention du suicide du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- Collaborer à la mise en place de pratiques sécuritaires et de qualité au sein de l'établissement;
- Assurer la continuité de la transmission d'informations cliniques par une tenue de dossier conforme et harmonisée.

• **Directions de soutien**

Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire – volet qualité et évolution de la pratique

Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers - volet qualité et évolution de la pratique

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Direction des services techniques

Direction de la logistique

Direction des ressources financières

- Soutenir les directions cliniques dans le processus d'élaboration et d'application de la présente politique et des procédures qui en découlent;
- Collaborer à la mise en place de pratiques sécuritaires et de qualité en termes de prévention du suicide au sein de l'organisation, en conformité avec la pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada (Agrément Canada, 2016) ;
- Assurer la réponse aux besoins des professionnels, infirmiers et médecins en matière de formations en prévention du suicide, et ce, conjointement avec les directions cliniques;
- Élaborer un plan de développement des ressources humaines, conjointement avec les directions cliniques, qui prévoit, de façon continue, les formations initiales et la mise à jour des connaissances et compétences à l'égard des pratiques reconnues en gestion du risque suicidaire;
- Favoriser l'amélioration continue, dont l'utilisation de mesures de suivi et d'atteinte des objectifs s'inscrivant dans un processus systématique;
- Soutenir, promouvoir et implanter les meilleures pratiques en termes de prévention du suicide au fur et à mesure qu'elles se développent.

• **Comité intégré de prévention du suicide (composé de membres provenant de chacune des directions cliniques et de soutien)**

- Déterminer des stratégies et des actions afin d'assurer la mise à jour et la pérennité de la politique, des procédures et trajectoires cliniques qui en découlent.
- Développer des moyens et des outils pour faciliter l'application de la politique par les équipes cliniques.
- Faire l'analyse des cas de décès par suicide, dans un contexte d'amélioration continue et pour s'assurer de la bonne application de la politique et des procédures.

7. Principes directeurs

Les principes directeurs suivants constituent les assises des actions et moyens à déployer :

- 1) **Primauté de la personne** dans la prestation et l'organisation des services, incluant la participation de la personne et de son entourage dans les décisions qui les concernent, la prise en considération de l'ensemble des besoins et de la condition biopsychosociale de la personne ainsi que le respect de ses droits (2015a et 2016);
- 2) **Accessibilité continue des soins et services** comprenant la facilité d'accès géographique et physique des services offerts en matière de prévention du suicide et la rapidité de la réponse, l'accessibilité téléphonique et l'utilisation des nouvelles technologies;
- 3) **Sécurité du personnel ainsi que de l'utilisateur et son entourage** assurée tout au long des trajectoires de service en prévention du suicide;
- 4) **Qualité des soins et services** visant l'acquisition des connaissances, le renforcement des compétences par la formation continue et l'évaluation, l'amélioration de l'expérience de soins et services, l'intégration de pratiques exemplaires en matière de prévention du suicide;
- 5) **Subsidiarité des soins et services**, en assurant la souplesse nécessaire à la hiérarchisation des services en permettant une utilisation optimale des ressources;

- 6) **Continuité et fluidité** de la prise en charge de la problématique suicidaire à travers tout le CISSS de la Montérégie-Ouest, de la prévention, repérage, intervention et suivi jusqu'à la référence aux partenaires communautaires. La prise en charge est concertée, cohérente et basée sur un tronc commun de pratiques et d'outils, à l'intérieur de mécanismes et trajectoires simples, clairs et normalisés;
- 7) **Interdisciplinarité** visant l'action concertée d'une équipe multidisciplinaire, travaillant en synergie, en vue de partager une compréhension globale des besoins de la personne et de ses proches.
- 8) **Transversalité** de la pratique entre les directions cliniques de l'organisation en lien avec les trajectoires de service;
- 9) **Ouverture et collaboration à l'égard des différents partenaires** du CISSS de la Montérégie-Ouest par l'établissement d'ententes formelles de service et de modalités de communication, et ce, dans le respect de la confidentialité et des principes éthiques.

8. Annexe(s)

- Annexe A** Extrait de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c. S-4.2
- Annexe B** Extrait du Code de déontologie des médecins, RLRQ c. M-9, r 17
- Annexe C** Extrait du Code de professions, RLRQ c. C-26
- Annexe D** Extrait de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels
- Annexe E** Extrait de la garde en établissement et de l'évaluation psychiatrique (section II)
- Annexe F** Extrait de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, RLRQ c. P-38.001

9. Références

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009), La transformation des services en santé mentale: La prévention du suicide, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 16 p.
- Agrément Canada (2016). Pratiques organisationnelles requises, Livret 2017, 79 p.
- Archambault, J., J. Lane, M. Collins-Poulette et R. Camirand (2010). Guide de soutien au rehaussement des services en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux, Québec, Directions des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 72 p.
- Centre de santé et services sociaux Champlain-Charles-Lemoyne (2014). Politique pour la prévention du suicide. 6 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel (2013). Politique et procédure d'intervention auprès d'un usager présentant un risque suicidaire. 10 p.
- Centre de santé et services sociaux Jardins-Roussillon (2013). Politique - Prévention du suicide, 7 p.
- Gouvernement du Québec (2016). Loi sur les services de santé et services sociaux (ch. S-4.2). Publications Québec – Légis Québec, 251 p.
- Gouvernement du Québec (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 85 p.
- Gouvernement du Québec (2015). Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 79 p.
- Gouvernement du Québec (2016). Plan d'action ministériel sur la Primauté de la personne dans la prestation de services, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- Gouvernement du Québec (1998). Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 94 p.
- Haute autorité de santé (2013, mis à jour 2018), La gestion des situations de crise suicidaire *in* Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement, St-Denis La Plaine, 57 p.

Politique clinique – Prévention, gestion et intervention en matière de suicide pour la clientèle

Lane, J., J. Archambault, M. Collins-Poulette et R Camirand (2010). Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 99 p.

Lavoie, B., Lecavalier, M., Angers, P., Houle, J. (2012). Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal.

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Patrice Amyot, conseillère cadre à l'innovation, organisation du travail et ressources informationnelles, DSMREU	Sept. 2016 à mars 2017
Révisé par	Edith Arsenault, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	Avril 2017
	Marie-Chantal Gélinas, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	Novembre 2019
	Geneviève Demers, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	Septembre 2020
	Émilie Vézina-Poirier, agente administrative, DSMREU	Octobre 2020
Personnes consultées	Cécile Bardon, chercheuse, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie, UQAM	Janv. à mars 2017
	Sonia Bellefleur, neuropsychologue, DPD	Janv. à mars 2017
	Natacha Bernier, adjointe à la directrice du programme soutien à l'autonomie, DPSAPA	Janv. à mars 2017
	Maud Carrier, chef de la coordination des activités cliniques, DSIEUSI	Janv. à mars 2017
	M ^e Isabelle Cournoyer, avocate, DRHCAJ	Janv. à mars 2017
	Dorice Boudreault, médecin, CISSS de la Montérégie-Ouest	Janv. à mars 2017
	Chantal Laroche, conseillère aux soins, DSIEU	Janv. à mars 2017
	Pierre Guay, directeur du programme santé mentale et dépendance, DPSMD	Janv. à mars 2017
	Carolina Lara, adjointe au directeur du programme santé mentale et dépendance, DPSMD	Janv. à mars 2017
	Xénia Halmov, agente de recherche, CRISE, spécialiste et formatrice de l'intervention auprès des personnes suicidaires	Janv. à mars 2017
	Manon Lessard, chef de programme 6-17 ans secteur Vaudreuil, DPJASP	Janv. à mars 2017
	Brian Mishara, directeur du CRISE, professeur au département de psychologie, UQAM	Janv. à mars 2017
	Valérie Perreault, psychologue, DPD	Janv. à mars 2017
	Vincent Tam, coordonnateur gestion de la qualité et des risques, DQEPE	Janv. à mars 2017
	Comité de coordination clinique	Mai 2017
	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	Septembre 2017
	Comité de vigilance de la qualité	Septembre 2017
	Comité de soins et de services à la clientèle	Septembre 2017
	Comité exécutif du conseil des infirmières et des infirmiers	Octobre 2017
	Comité de direction	Octobre 2017
	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	Décembre 2017
	Valérie Barbin, agente de planification, de programmation et recherche, DSMREU	Novembre 2019
Fannie Di Pasquale, chef de service en santé mentale, DPSMD	Novembre 2019	
Martin Turcotte, chef de service en dépendance, DPSMD	Novembre 2019	
Mélanie Williams, agente de planification, de programmation et recherche, DSMREU	Décembre 2019	

Historique du document		
Approuvé par	Conseil d'administration	2018-01-24
Révision	Comité de direction	2020-10-20

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette directive clinique vient annuler les outils cliniques suivants	
Installation(s)	Annulation
CISSS de la Montérégie-Ouest	Prévention, gestion et intervention en matière de suicide pour la clientèle (2018-01-24)

RAPPORT INCIDENT/ACCIDENT

8. Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçue et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Pour l'application du présent article et des articles 183.2, 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par :

- « Accident » : action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.

1991, c. 42, a. 8; 2002, c. 71, a. 4.

CONSENTEMENT

9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévue aux articles 10 et suivants du Code civil.

DOSSIER

- 19.0.1 Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut être communiqué, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace l'utilisateur, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable.

Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours. Ils ne peuvent l'être que par une personne ou une personne appartenant à une catégorie de personnes autorisée par le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, par le directeur général de l'établissement.

Les personnes ainsi autorisées ne peuvent communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Le directeur général de l'établissement doit, par directive, établir les conditions et les modalités suivant lesquelles les renseignements peuvent être communiqués. Toute personne autorisée à communiquer ces renseignements est tenue de se conformer à cette directive.

2001, c. 78, a. 14; 2005, c. 32, a. 2.

CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS

20. Le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel :

- 1) Doit garder confidentiel ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession;
- 2) Doit s'abstenir de tenir ou de participer, incluant dans des réseaux sociaux, à des conversations indiscrètes au sujet d'un patient ou des services qui lui sont rendus ou de révéler qu'une personne a fait appel à ses services;
- 3) Doit prendre les moyens raisonnables à l'égard des personnes qui collaborent avec lui pour que soit préservé le secret professionnel;
- 4) Ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle au préjudice d'un patient;
- 5) Ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient l'y autorise ou lorsque la loi l'y autorise ou l'ordonne, ou lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage;
- 6) Ne peut révéler à l'entourage du patient un pronostic grave ou fatal si celui-ci le lui interdit;
- 7) Doit, lorsqu'il exerce auprès d'un couple ou d'une famille, sauvegarder le droit au secret professionnel de chaque membre du couple ou de la famille;
- 8) Doit prendre les moyens raisonnables pour que soit préservé le secret professionnel lorsqu'il utilise ou que des personnes qui collaborent avec lui utilisent les technologies de l'information;
- 9) Doit documenter dans le dossier du patient toute communication faite à un tiers, avec ou sans le consentement du patient, d'un renseignement protégé par le secret professionnel.

21. Le médecin qui communique un renseignement protégé par le secret professionnel en vue de prévenir un acte de violence dont un suicide doit, pour chaque communication, indiquer dans le dossier du patient les éléments suivants :

- 1) La date et l'heure de la communication;
- 2) L'identité de la personne exposée au danger ou du groupe de personnes exposées au danger;
- 3) L'identité de la personne à qui la communication a été faite en précisant, selon le cas, qu'il s'agissait de la ou des personnes exposées au danger, de leur représentant ou des personnes susceptibles de leur porter secours;
- 4) L'acte de violence qu'il visait à prévenir;
- 5) Le danger qu'il avait identifié;
- 6) L'imminence du danger qu'il avait identifié;
- 7) Les renseignements communiqués.

D. 1213-2002, a. 21; D. 1113-2014, a. 3.

- 60.4. Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne ou l'autorise par une disposition expresse.

Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

1994, c. 40, a. 51; 2001, c. 78, a. 5; 2008, c. 11, a. 33.

Extrait de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels

Lien internet : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/A-2.1>

59.1. Outre les cas prévus à l'article 59, un organisme public peut également communiquer un renseignement personnel, sans le consentement des personnes concernées, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable.

Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours.

La personne ayant la plus haute autorité au sein de l'organisme public doit, par directive, établir les conditions et les modalités suivant lesquelles les renseignements peuvent être communiqués par le personnel de l'organisme. Le personnel est tenu de se conformer à cette directive.

2001, c. 78, a. 1; 2006, c. 22, a. 110.

60.1. L'organisme qui communique un renseignement en application de l'article 59.1 ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Lorsqu'un renseignement est ainsi communiqué, le responsable de la protection des renseignements personnels au sein de l'organisme doit inscrire la communication dans un registre qu'il tient à cette fin.

2001, c. 78, a. 2.

Extrait de la Garde en établissement et de l'évaluation psychiatrique (section II)

26. Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise.

Le consentement peut être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou, lorsque la personne est majeure et qu'elle ne peut manifester sa volonté, par son mandataire, son tuteur ou son curateur. Ce consentement ne peut être donné par le représentant qu'en l'absence d'opposition de la personne.

1991, c. 64, a. 26; 1997, c. 75, a. 29.

27. S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.

Si le danger est grave et immédiat, la personne peut être mise sous garde préventive, sans l'autorisation du tribunal, comme il est prévu par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001).

1991, c. 64, a. 27; 1997, c. 75, a. 30.

28. Lorsque le tribunal ordonne une mise sous garde en vue d'une évaluation psychiatrique, un examen doit avoir lieu dans les 24 heures de la prise en charge par l'établissement de la personne concernée ou, si celle-ci était déjà sous garde préventive, de l'ordonnance du tribunal.

Si le médecin qui procède à l'examen conclut à la nécessité de garder la personne en établissement, un second examen psychiatrique doit être effectué par un autre médecin, au plus tard dans les 96 heures de la prise en charge ou, si la personne était initialement sous garde préventive, dans les 48 heures de l'ordonnance.

Dès lors qu'un médecin conclut que la garde n'est pas nécessaire, la personne doit être libérée. Si les deux médecins concluent à la nécessité de la garde, la personne peut être maintenue sous garde, pour un maximum de 48 heures, sans son consentement ou l'autorisation du tribunal.

1991, c. 64, a. 28; 1997, c. 75, a. 31.

29. Tout rapport d'examen psychiatrique doit porter, notamment, sur la nécessité d'une garde en établissement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, sur l'aptitude de la personne qui a subi l'examen à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens et, le cas échéant, sur l'opportunité d'ouvrir à son égard un régime de protection du majeur.

Il doit être remis au tribunal dans les sept jours de l'ordonnance. Il ne peut être divulgué, sauf aux parties, sans l'autorisation du tribunal.

1991, c. 64, a. 29; 1997, c. 75, a. 32.

30. La garde en établissement à la suite d'une évaluation psychiatrique ne peut être autorisée par le tribunal que si les deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde.

Même en ce cas, le tribunal ne peut autoriser la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire, quelle que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise.

Extrait de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, RLRQ c P-38.001

7. Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus soixante-douze heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Le médecin qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général de l'établissement.

À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique. Toutefois, si cette période se termine un samedi ou un jour férié, qu'aucun juge compétent ne peut agir et que cesser la garde présente un danger, celle-ci peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour ouvrable qui suit.

8. Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6 :

1° à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui;

2° à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil, lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires, l'établissement auprès duquel la personne est amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive conformément à l'article 7.

Dans le présent article, on entend par « service d'aide en situation de crise » un service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les plans d'organisation de services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux.