

**Titre :** Procédure de prévention du suicide

**Code :** PROC-DSMD-2025-OM0010

**Directions responsables :** DSMD, DSM et DSI

**Entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ) :** 2025-05-13

**Documents liés à l'application :** Cliquez pour insérer la liste des documents.

**Approbation (AAAA/MM/JJ) :** 2025/05/13

**Instance d'approbation :** CODIR

**Date prévue de révision (AAAA/MM/JJ) :** 2028-05-13

## 1. INTRODUCTION

La présente procédure s'appuie sur les bonnes pratiques, les données probantes et les pratiques organisationnelles requises en matière de prévention du suicide. Elle définit les rôles et responsabilités de toute personne ou instance impliquée directement ou indirectement auprès de la clientèle, synthétise la séquence d'action du processus clinique et vise à l'harmonisation des pratiques afin d'assurer la continuité et la fluidité des soins et services et du suivi entre les différents intervenants impliqués.

## 2. DÉFINITIONS ET ABRÉVIATIONS

**Idéations suicidaires :** pensées ou intention de s'enlever la vie.

**Dépister :** processus consistant à explorer la présence d'idées suicidaires à l'aide d'un outil questionnaire normalisé. Ce processus sert à déterminer si une évaluation globale de la situation de l'utilisateur est nécessaire.

**Évaluation du risque suicidaire :** processus clinique visant à identifier les éléments d'urgence et de dangerosité suicidaire. Ce processus sert également à établir un portrait des signes avant-coureurs, des facteurs de risque et de protection, des antécédents biopsychosociaux et des moments critiques propres à la personne. Il soutient le jugement clinique de l'intervenant pour établir un niveau de risque dans le but d'identifier les mesures de sécurité appropriées à mettre en place pour prévenir un passage à l'acte.

**Facteurs de risque de suicide :** facteurs augmentant le risque suicidaire d'une personne.

**Facteurs de protection :** ces facteurs concernent les caractéristiques biopsychosociales qui augmentent la capacité d'une personne à faire face aux situations difficiles de la vie.

**Filet de sécurité :** ensemble de mesures de sécurité mises en place pour protéger une personne à risque suicidaire. Il est adapté aux besoins spécifiques et au niveau de risque de l'utilisateur et vise à garantir un encadrement stable et bienveillant, favorisant ainsi la sécurité et le mieux-être de l'utilisateur.

**Intervention** : ensemble d'actions et activités cliniques visant à assurer la sécurité d'un usager et à réduire le risque de passage à l'acte suicidaire.

**Moment critique / événement précipitant** : moment susceptible d'engendrer un passage à l'acte suicidaire. Les points de transition (début / fin d'épisode de soins et services et transfert / transition) sont considérés comme des moments critiques dans le parcours de soins et services de l'utilisateur.

**Tentative suicidaire** : tout acte intentionnel par lequel une personne s'inflige une blessure ou s'expose à un danger dans le but de mourir, peu importe que cette mort soit entrevue comme certaine ou non.

**Repérer** : activité consistant à relever les indices de facteurs de risque par l'observation des signes avant-coureurs du suicide ou de moments critiques. Le repérage ne repose pas sur un processus systématisé, mais s'appuie sur la sensibilité des intervenants auxdits indices.

**Risque suicidaire** : probabilité qu'une personne pose un geste suicidaire dans un avenir rapproché, allant de quelques heures à plusieurs semaines.

**Suicide** : décès causé de manière intentionnelle alors que la personne souhaitait mourir, excluant l'aide médicale à mourir encadrée par la loi.

### 3. OBJECTIFS

Cette procédure vise à :

- Déterminer les principes directeurs et le processus de soins et services pour toute activité reliée à la prévention du suicide.
- Définir les rôles et les responsabilités des services et programmes du CIUSSS ODIM dans le processus de prévention du suicide.
- Harmoniser le langage, les balises et la séquence d'actions du processus clinique de prévention du suicide, incluant les formations requises.
- Harmoniser, soutenir et appliquer les bonnes pratiques de prévention du suicide en matière de repérage, de dépistage, d'évaluation du risque, d'interventions, de postvention et de tenue de dossier.
- Définir les attentes et les balises entourant l'élaboration de processus cliniques locaux.
- Concrétiser les activités de prévention du suicide prévues dans la politique et découlant de la présente procédure.

### 4. CHAMPS D'APPLICATION

Cette procédure s'adresse à toute personne œuvrant directement ou indirectement à la prestation des soins et services du CIUSSS ODIM. De ce fait, cette procédure s'applique tant au personnel clinique, au personnel administratif et au personnel de soutien des secteurs offrant des services directs aux usagers qu'aux secteurs qui sont en soutien. Elle s'applique en tout temps dans l'ensemble des installations, secteurs et lieux d'activités reliés aux différentes missions du CIUSSS ODIM.

## 5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

La DPSMD, la DSM et la DSI ont la responsabilité conjointe de :

- Former, animer et coordonner le comité tactique de prévention du suicide du CIUSSS ;
- Animer et coordonner le comité stratégique inter-directionnel de prévention du suicide du CIUSSS ;
- Développer et diffuser la procédure à travers les directions et les services concernés ;
- S'assurer de l'application et de la révision de cette procédure ;
- Soutenir, conseiller et accompagner les gestionnaires dans l'élaboration du processus clinique local de leur service ou programme, en conformité avec la présente procédure et les pratiques reconnues ;
- Effectuer le suivi auprès des directions cliniques afin que celles-ci diffusent et appliquent les processus cliniques locaux ;
- Développer des mécanismes d'amélioration continue en matière de prévention du suicide et soutenir les directions cliniques dans leur mise en place.

Les directeurs de programmes cliniques ont la responsabilité de :

- S'assurer de l'application de cette procédure dans ses programmes et services ;
- S'assurer que les gestionnaires de leurs services développent, diffusent et appliquent des processus cliniques locaux, en conformité avec la présente procédure et les pratiques reconnues ;
- Assurer le développement des compétences du personnel en lien avec les activités de prévention du suicide, selon l'étendue des compétences, des rôles et des responsabilités de chacun des employés concernés ;
- Désigner un membre de la direction comme représentant au comité stratégique inter-directionnel de prévention du suicide.

Les membres du comité stratégique inter-directionnel de prévention du suicide du CIUSSS ODIM :

- Contribuer à l'élaboration et à l'amélioration continue du plan d'action de prévention du suicide ;
- Contribuer au développement des différents travaux de prévention du suicide pour le CIUSSS.
- Effectuer le suivi des décisions prises par le comité à l'ensemble de sa direction ;
- Assurer une communication fluide entre sa direction et le comité ;
- Veiller à la transmission claire des informations découlant du comité stratégique auprès de sa direction ;
- Désigner des membres de leur direction aux groupes de travail des différents chantiers du plan d'action de prévention du suicide.

Les gestionnaires de services ou programmes cliniques ont la responsabilité de :

- Connaître et diffuser la présente procédure ;
- Élaborer ou réviser annuellement le processus clinique local de leur service ou programme en collaboration avec un membre du comité tactique de prévention du suicide ;
- Assurer la diffusion et l'application du processus clinique local dans son service ou programme ;
- S'assurer d'une offre de soins et services répondant aux normes des meilleures pratiques et des données probantes aux usagers à risque suicidaire dans les services sous sa responsabilité ;

- Identifier les besoins de formation et de soutien clinique et assurer le développement des compétences des membres de son équipe en lien avec les activités de prévention du suicide ;
- Assurer une communication fluide entre les différents services, programmes et directions afin d'assurer le continuum de soins et services offerts aux usagers.

Les acteurs de soutien clinique (ex. : coordonnateur professionnel, SAC ou ASI) ont la responsabilité de :

- Soutenir les intervenants dans la réalisation de leurs activités liées à la prévention du suicide ;
- Faciliter la mise en place et l'application du processus clinique local de leur service ou programme en contribuant à sa promotion dans les équipes ;
- Offrir le soutien clinique approprié aux intervenants pour maintenir et améliorer leurs compétences en matière de prévention du suicide ;
- Offrir un accompagnement réflexif aux intervenants dans le traitement de situations complexes en lien avec l'organisation des services de prévention du suicide.

Le personnel clinique œuvrant directement auprès des usagers a la responsabilité de :

- Connaître et appliquer le processus clinique de leur service ou programme, selon leurs rôles et responsabilités et leurs obligations professionnelles ;
  - Les rôles et responsabilités en matière de prévention du suicide pour un même titre d'emploi peuvent varier selon le service ou programme. Il est donc nécessaire de se référer au processus clinique local de son service ou programme pour connaître l'étendue de ses rôles et responsabilités.
- Consigner ou assurer la consignation, selon les normes de pratique, de l'information dans le dossier de l'utilisateur à risque suicidaire ;
- Se référer à son gestionnaire ou au membre du comité de prévention du suicide de sa direction lorsque nécessaire ;
- Travailler en collaboration interdisciplinaire en tout temps.

## 6. MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

### 6.1. Processus clinique de prévention du suicide

Le risque suicidaire peut se manifester à différentes étapes dans la trajectoire de services et toute personne visée par la présente procédure peut être appelée à jouer un rôle à l'une ou l'autre des étapes du processus de prévention du suicide. Il est donc important que tous soient outillés pour prévenir le suicide d'un usager, peu importe la raison de la demande initiale de services. Le rôle et les attentes à l'égard du personnel dans l'application des étapes du processus dépendent de :

- La fonction occupée dans la trajectoire de soins et services ;
- Le service ou le programme ;
- Le processus clinique local en vigueur dans le service ou le programme.



Puisque le processus suicidaire n'est ni linéaire ni irréversible, le processus clinique est une séquence d'actions flexibles qui peuvent se chevaucher. Le jugement clinique prime afin d'adapter les interventions aux besoins de la personne suicidaire. Il est nécessaire d'assurer la sécurité immédiate de l'utilisateur de manière continue tout au long de sa trajectoire de soins et services.

Les étapes qui suivent présentent le processus clinique de prévention du suicide de manière générale et synthétisée pour une compréhension globale (voir l'algorithme du processus clinique (annexe A) pour une représentation visuelle). Les processus cliniques locaux propres à chaque service ou programme offrent une description détaillée et adaptée au secteur en question. Bien que le processus clinique demeure le même, certains outils et interventions doivent être adaptés à la clientèle (ex. : 13 ans et moins, DI-TSA, personnes ayant des troubles neurocognitifs).

## 6.1.1. Repérage des personnes à risque suicidaire (responsabilité collective / citoyenne)

Cette étape du processus clinique s'adresse à l'ensemble du personnel du CIUSSS ODIM, autant en communauté qu'en milieu institutionnel et peu importe le rôle dans la prestation de soins et services aux usagers. Tous doivent connaître et être à l'affût des signes avant-coureurs du suicide (signes de détresse, facteurs de risques et moments critiques) et entreprendre les démarches nécessaires pour qu'une personne obtienne les soins et services dont elle a besoin.

Un repérage positif se définit par la présence de **signes de détresse** ou autres **signes avant-coureurs** du suicide, d'un **événement pouvant précipiter un passage à l'acte** ou d'un **moment clé dans la trajectoire de soins et services** (début, transition ou fin d'épisode de soins et services).

Lorsque des signes avant-coureurs sont repérés, un dépistage du risque suicidaire doit être fait. Si la personne ayant repéré est habilitée au dépistage, elle peut y procéder. Sinon, elle doit référer l'utilisateur à un membre du personnel habilité à le faire.

Si l'utilisateur explicite clairement ses idées ou intentions suicidaires, l'étape du dépistage peut être ignorée afin de procéder directement à l'étape de l'évaluation.

## 6.1.2. Dépistage du risque suicidaire

Le dépistage du risque suicidaire est la vérification de la présence d'idées suicidaires à la suite d'un repérage positif. Le dépistage est fait par un intervenant habilité à l'aide de questions spécifiques. Un outil d'aide à la décision, tel que l'outil de dépistage du risque suicidaire\*, peut être utilisé afin de guider l'intervenant à travers les questions à poser et les décisions à prendre. Le dépistage peut aussi être fait par l'entremise d'autres outils, qui comprennent des questions visant à explorer la présence d'idées suicidaires. Le résultat du dépistage doit être consigné au dossier de l'utilisateur.

- En cas de dépistage négatif (absence d'idée suicidaire, de tentative de suicide passée ou selon le jugement clinique) :
  - Continuer la trajectoire de soins et services initiale ;

---

\* Les outils marqués d'un astérisque sont disponibles sur l'intranet du CIUSSS, section Outils cliniques.

- Maintenir une vigilance afin d'effectuer un repérage efficace si la situation de l'utilisateur change.
- En cas de dépistage positif (présence d'idée suicidaire, de tentative de suicide passée ou selon le jugement clinique) :
  - Assurer la sécurité immédiate de l'utilisateur ;
  - Assurer qu'une évaluation du risque suicidaire (voir 6.1.3.) soit faite :
    - Soit par la personne ayant dépisté, si elle est habilitée à évaluer le risque suicidaire ;
    - Soit en référant à une personne habilitée à évaluer le risque suicidaire <sup>1</sup>

### 6.1.3. Évaluer/réévaluer le risque suicidaire

Dans le cadre de la prévention du suicide, l'évaluation réfère à la collecte d'informations concernant l'utilisateur, permettant à l'intervenant de porter un jugement sur le niveau de risque d'un passage à l'acte suicidaire (qui peut être absent, faible, modéré ou élevé) et de travailler avec l'utilisateur pour mobiliser ses forces et ses appuis (facteurs de protection).

Puisqu'il ne s'agit pas de l'évaluation de la personne, l'évaluation du risque suicidaire n'est pas un acte réservé et peut donc être faite par toute personne ayant les connaissances, les compétences, les attitudes et les comportements nécessaires afin d'effectuer l'évaluation du risque suicidaire.

Deux outils sont communément reconnus et utilisés à travers le Québec afin d'estimer le risque d'un passage à l'acte :

- Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS) ;
- Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS).

Le GÉRIS (Annexe B) est l'outil privilégié par le CIUSSS ODIM et est celui présenté dans les formations de prévention du suicide offertes par l'établissement.

L'évaluation du risque suicidaire est un processus complexe et multifactoriel qui ne peut pas être assujéti uniquement à un guide d'évaluation, aussi valide et fiable soit-il. L'utilisation d'un outil d'évaluation du risque suicidaire n'est pas une fin en soi, mais un outil à l'intervention : le jugement clinique et la relation de confiance sont les composantes centrales sur lesquelles doit s'appuyer le processus d'évaluation.

### Réévaluation

Tout au long du suivi clinique de la personne, une exploration continue du risque suicidaire doit être assurée. Une réévaluation doit être faite selon le niveau de risque d'un passage à l'acte estimé lors de l'évaluation précédente (voir le tableau *Interventions selon le niveau de risque\**), et ce, selon le jugement clinique et tout au long du séjour ou du suivi de la personne dans un service donné.

---

<sup>1</sup> Le processus clinique local de chaque service doit définir clairement qui est habilité au dépistage et à l'évaluation du risque suicidaire et comment les références doivent être faites pour faciliter la transition de soins et services et diminuer les risques qui y sont associés.

## 6.1.4. Intervention, suivi et fin d'épisode de soins et services

### Intervention

À la suite de l'évaluation, l'intervention peut être planifiée et s'inscrire dans un suivi dont la forme et l'intensité seront adaptées au niveau de risque évalué, au contexte et au mandat du programme ou service et aux besoins de l'utilisateur. De par la variété de facteurs influençant les interventions à mettre en place, seulement les grands principes de l'intervention sont présentés ici. La formation *Évaluation et intervention auprès de la personne à risque suicidaire* couvre cette étape de manière plus détaillée et les processus cliniques locaux se doivent de détailler les types d'interventions à mettre en place pour chaque niveau de risque.

- Réduire l'accès aux moyens létaux ;
- Déterminer l'intensité de service, de suivi et de surveillance dont l'utilisateur a besoin pendant son épisode de soins et services ;
- Assurer la mise en place d'un « filet de sécurité » adapté à la situation et aux besoins de l'utilisateur ;
- Élaborer, avec l'utilisateur, un plan de sécurité fondé sur les besoins et le niveau de risque déterminé à l'étape de l'évaluation ;
- Impliquer l'utilisateur et, lorsque possible, l'entourage et les proches aidants dans l'identification des risques et dans la planification des mesures à prendre pour assurer la sécurité de l'utilisateur ;
- Remettre l'information et les coordonnées des ressources pertinentes disponibles ;
- Adopter une approche progressive en ajustant l'intensité des mesures selon l'évolution de la situation de l'utilisateur ;
- Planifier les absences autorisées de façon sécuritaire ;
- Planifier la fin d'épisode de soins et services de façon sécuritaire.

Le **plan de sécurité\*** est un plan personnalisé élaboré avec l'utilisateur et, lorsque possible, un membre de son entourage, en prévision des moments difficiles. Il est constitué d'une liste hiérarchisée de ressources et de stratégies d'adaptation ajustées à la réalité et aux besoins de l'utilisateur, que celui-ci peut utiliser pour diminuer l'intensité ou prévenir l'aggravation d'une crise suicidaire et assurer sa sécurité.

Son efficacité est optimale lorsqu'il est élaboré en collaboration avec un intervenant et lorsqu'il est utilisé dans le cadre d'une intervention, plus particulièrement en contexte de suivi clinique. Le plan de sécurité est un outil validé qui s'inscrit dans les meilleures pratiques de prévention du suicide. La version proposée par le CIUSSS ODIM s'accompagne d'un outil d'aide à la complétion.

Le plan de sécurité est documenté et partagé avec l'utilisateur et les membres appropriés de l'équipe et peut être accessible, avec le consentement de l'utilisateur, à ses proches.

### Suivi

Selon le service ou programme, l'intervenant doit assurer un suivi ou un processus de référence adapté aux besoins de l'utilisateur et au niveau de dangerosité (voir le tableau *Interventions selon le*

*niveau de risque*\*), et accompagner/référer au besoin (vers un service approprié et susceptible de prévenir la récurrence de l'épisode suicidaire, vers l'intervenant au dossier, le centre de crise, l'urgence, etc.). Pour ce faire, il est nécessaire d'assurer des mécanismes de communication permettant :

- La continuité des services ;
- La concertation interdisciplinaire : langage commun (GEDPAS et GÉRIS) ;
- L'implication des proches dans les démarches de suivi, en leur fournissant les ressources pour soutenir l'utilisateur à risque suicidaire et les ressources aptes à leur fournir du soutien.

## Fin d'épisode de soins et services

La fin d'épisode de soins constitue un moment critique dans le parcours de soins et de services de l'utilisateur. Il est donc primordial d'assurer la mise en place d'actions visant à assurer la sécurité et le rétablissement optimal de l'utilisateur.

- Réévaluer le risque suicidaire ;
- Réviser le plan de sécurité et valider l'adhésion de l'utilisateur et de ses proches ;
- Les proches ont été avisés de ce plan et, si possible, sont impliqués dans les moyens identifiés;
- Remise d'une copie du plan de sécurité à l'utilisateur et, avec son consentement, à toute personne ou collaborateur impliqués.

## 6.2. Documentation et tenue de dossier de l'utilisateur

Toute personne ayant dépisté, évalué ou intervenu en prévention du suicide auprès d'un utilisateur se doit de consigner au dossier les démarches ayant été faites. Compte tenu du risque suicidaire, les notes devraient être inscrites au fur et à mesure afin d'assurer la poursuite des interventions et la sécurité de la personne.

Le dossier constitue à la fois un document administratif et juridique, un outil de communication interdisciplinaire ainsi qu'un outil clinique. Il regroupe l'ensemble des informations relatives à la condition d'un utilisateur, permettant ainsi de suivre l'évolution de sa situation, de documenter sa réponse aux interventions et de planifier les soins et services de manière cohérente. Il fournit une trace des services rendus, assurant que les décisions prises sont justifiées, traçables et dans l'intérêt de la personne. Il représente également une preuve documentaire essentielle en cas de plainte, de litige ou d'enquête, tout en démontrant que les décisions cliniques prises respectent les lois en vigueur et les normes professionnelles. Une tenue de dossier rigoureuse, conforme aux lois, normes et cadres de référence, est donc essentielle pour répondre à l'ensemble de ces fonctions.

Cette documentation doit être **complète, détaillée et descriptive**. Elle fournit les informations nécessaires aux autres professionnels qui sont ou seront appelés à intervenir auprès de l'utilisateur. Elle doit être **facilement accessible, identifiable** dans le dossier de l'utilisateur (par exemple, dans une section spécifique du dossier de l'utilisateur) et **transférable** (par exemple, d'un service à l'autre, d'une installation

à l'autre, d'un professionnel à l'autre). Ces démarches constituent la preuve que l'action a été faite : ce qui n'est pas inscrit au dossier est donc considéré comme non fait.

Afin de répondre aux exigences, les notes relatives au risque suicidaire d'un usager devraient contenir :

- L'identification des signes avant-coureurs, moments critiques et comportements à risque/dangereux propres à l'utilisateur ;
- Tous les éléments permettant de procéder à un dépistage ou à une évaluation / réévaluation du risque suicidaire ;
- Tout élément recueilli pendant le dépistage ou l'évaluation / réévaluation du risque suicidaire ;
- Les mesures concrètes de sécurité déterminées et appliquées, en cohérence avec le niveau de risque déterminé et le processus clinique local en vigueur (incluant les mesures de restriction d'accès aux moyens létaux pertinentes à la situation) ;
- Les communications et les concertations interprofessionnelles en lien avec le risque suicidaire ;
- Les références vers des soins et services dans le CIUSSS ODIM ou vers des partenaires externes et ressources locales pertinentes remises à l'utilisateur ;
- Le plan de sécurité (dont une copie est remise à l'utilisateur).

### 6.3. Postvention à la suite d'un suicide

Dans le cadre de la présente procédure, la postvention concerne l'ensemble des mesures devant être prises à la suite d'un suicide. Elle vise à prévenir l'effet d'entraînement (un risque d'imitation des comportements suicidaires / suicides multiples), à soutenir les endeuillés ou témoins du suicide, à rétablir la sécurité et à faciliter le retour à la normale. Les interventions doivent être adaptées à chaque personne ou groupe touché par le suicide (proche, collègue, usager, etc.). Les processus cliniques locaux doivent préciser les responsabilités des intervenants et les mesures à mettre en place à la suite d'un suicide.

Dans le cas du suicide d'un usager suivi, il revient à l'équipe traitante de mettre en place les mesures cliniques appropriées auprès des personnes concernées. En situation de suicide dans la communauté, les activités de postvention sont déployées par l'équipe des mesures d'urgence psychosociale du CIUSSS ODIM dans des milieux identifiés comme vulnérables à l'effet d'entraînement (par exemple, les établissements scolaires).

### 6.4. Soutien clinique et formations

Le comité tactique de prévention du suicide s'assure de développer, mettre à jour, diffuser et assurer l'amélioration continue des formations et des outils disponibles de prévention du suicide.

Lors d'une situation de prévention du suicide nécessitant un soutien supplémentaire, les intervenants sont invités à consulter l'acteur de soutien clinique (SAC, coordonnateur professionnel, assistant au supérieur immédiat (ASI), etc.) de leur service, afin d'obtenir du soutien clinique ou faire un retour sur la situation. Le soutien clinique peut également être offert par la ligne partenaire Info-Social ou par le centre de prévention du suicide de Montréal.

Les formations de prévention du suicide offertes par le CIUSSS ODIM sont obligatoires pour l'ensemble du personnel (autant clinique que non clinique, en contact direct ou non avec la clientèle). La formation à suivre dépend du rôle auprès de la clientèle et du processus clinique local dans le service.

Les formations sont reconnues et développées par - ou en collaboration avec - l'équipe de prévention du suicide et sont dispensées par des intervenants locaux expérimentés. Notez que les formations *Repérage et dépistage du risque suicidaire* et *Évaluation et intervention auprès de la personne à risque suicidaire* sont développées pour la prévention du suicide chez les personnes de 14 ans et plus. Certains secteurs ont des formations adaptées à leur clientèle (consulter l'Intranet pour connaître les formations reconnues au CIUSSS ODIM). Notez également qu'il existe d'autres formations reconnues de prévention du suicide, développées et offertes par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Il est cependant recommandé de privilégier les formations internes adaptées au contexte clinique.

### 6.5. Processus cliniques locaux

Les processus cliniques locaux sont des déclinaisons de la présente procédure, adaptée à chaque programme ou service, visant la mise en œuvre cohérente et efficace de la procédure et assurant la continuité et la fluidité des soins et services au sein du service ou programme ainsi qu'entre les différents services ou programmes impliqués.

Ils fournissent des directives claires et précisent les modalités de fonctionnement de la procédure en tenant compte des missions spécifiques et des réalités des divers services du CIUSSS ODIM (communautaires, hospitaliers, CHSLD, réadaptation, protection de l'enfance et de la jeunesse).

Les rôles et responsabilités cliniques des intervenants à l'égard du processus de prévention du suicide sont en partie prédéterminés par le niveau et le type de service à l'intérieur du continuum de soins et services. D'une manière générale, mais non exclusive, on distingue :

- Les services cliniques ne dispensant pas de suivi auprès de la clientèle ;
- Les services d'urgence ;
- Les services ambulatoires ;
- Les services internes (unités de soins) ;
- Les services dans le milieu ou à domicile ;
- Les milieux de vie.

Toutefois, d'autres facteurs spécifiques à chaque service sont à considérer pour l'élaboration des processus cliniques locaux. Chaque programme ou service est donc tenu de définir et de documenter des processus cliniques locaux de service ou programme adaptés, se basant sur la présente procédure et dans le respect des orientations de la politique.

#### 6.5.1. Étapes d'élaboration des processus cliniques locaux

Un gabarit et un document d'aide à la tâche\* pour l'élaboration des processus locaux sont mis à la disposition des gestionnaires. Le gestionnaire peut solliciter le soutien du comité tactique de prévention du suicide dans l'élaboration ou la mise à niveau du processus local de son service.



Les processus cliniques locaux de prévention du suicide comprennent toutes les composantes générales suivantes :

- La description du processus clinique, incluant les rôles et responsabilités des intervenants du service ;
- Les interventions selon le niveau de risque suicidaire ;
- Les outils cliniques et les formulaires utilisés ;
- La cartographie du processus (incluant les corridors d'accès aux services de références) ;
- La formation de prévention du suicide à suivre selon les rôles et responsabilités des intervenants ;

Si le service ne peut dispenser les soins et services associés à une étape du processus, il doit :

- Préciser les corridors d'accès vers le service dispensant l'étape afin de maintenir la continuité des soins et services pour l'utilisateur (service de référence) ;
- Connaître les risques liés aux transitions dans le parcours de soins et de services afin d'être en mesure de les identifier, de les évaluer et de les atténuer ;
- Assurer des mécanismes de communication fluides avec le service de référence ;
- Assurer que le service de référence connaît, approuve et applique cette trajectoire de service.

## 6.5.2. Mise à niveau et validation d'un processus clinique local

Dans le cas où il n'y a pas de processus local en vigueur, le gestionnaire doit s'assurer de son élaboration, en conformité avec la présente procédure. Dans le cas où un processus clinique local est en place, le gestionnaire du service doit s'assurer, au minimum à chaque deux ans, de sa conformité à la présente procédure et faire les mises à niveau nécessaires.

Il est de la responsabilité de chaque direction clinique d'assurer l'élaboration, la mise à jour et le suivi des processus cliniques locaux. Chaque direction doit soumettre les processus cliniques locaux au Comité tactique de prévention du suicide pour validation ([preventionsuicide.odim.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:preventionsuicide.odim.comtl@ssss.gouv.qc.ca)). Une fois validés, les processus cliniques locaux seront déposés et accessibles à tous dans l'Intranet.

## 6.6. Amélioration continue

Dans une démarche d'amélioration continue et afin de répondre aux exigences de la pratique organisationnelle requise (POR) de prévention du suicide d'Agrément Canada, il est essentiel d'évaluer adéquatement et régulièrement le processus clinique de prévention du suicide et son application dans les services.

Ainsi, un processus d'audit spécifique à cette POR a été développé afin d'établir une démarche organisationnelle concertée pour la réalisation d'audits de POR.



## 7. EXCLUSIONS

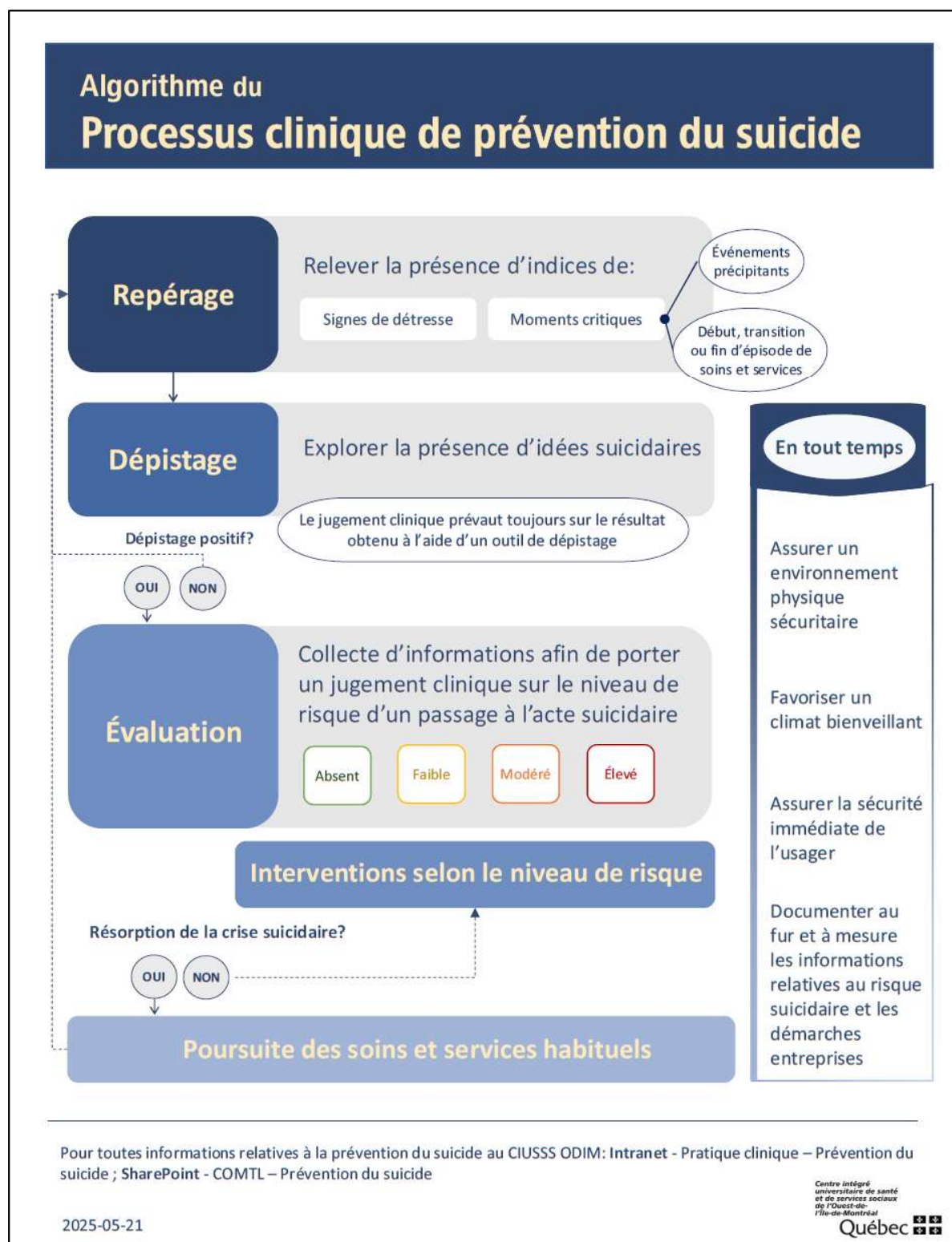
- La prévention du suicide au sein du personnel (se référer au programme d'aide aux employés, au gestionnaire du service ou au Réseau de bienveillance pour de l'information à ce sujet).
- La postvention à la suite d'un suicide ou d'une tentative de suicide d'un membre du personnel.

## 8. BIBLIOGRAPHIE

1. Prévention & gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier - Définitions. Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQISM). Accessed April 1, 2025.  
<https://aqism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/generalites/definitions/>
2. Lebel G, Ste-Marie R, Boudrias N, Montreuil M. *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GERIS)*. CIUSSS Ouest-de-l'Île-de-Montréal; 2018:4.
3. Irosoft architecture de gestion de l'information législative-legal information management system. - Code des professions. Accessed April 23, 2025. [https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26#se:39\\_4](https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26#se:39_4)
4. Définitions | INSPQ. Institut national de santé publique du Québec. Accessed April 1, 2025.  
<https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-auto-infligee-le-suicide-et-les-tentatives-de-suicide/definitions>
5. Définitions | Institut national de santé publique du Québec. Accessed April 1, 2025.  
<https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-auto-infligee-le-suicide-et-les-tentatives-de-suicide/definitions>
6. *Le Processus Suicidaire*. <https://cps-le-faubourg.org/wp-content/uploads/Les-phases-du-processus-suicidaire.pdf>
7. *PROC 2023 DSI 004 - Intervenir auprès d'une personne vulnérable au suicide (CISSSLAU)*. CISSS des Laurentides; 2023.
8. *PROC-DSMD-2018-OM0010 - Procédure En Prévention Du Suicide*.; 2018.
9. Séguin M, Roy F, Boilar T. *PROGRAMME DE POSTVENTION*. Association québécoise en prévention du suicide; 2024.  
[https://aqps.info/wp-content/uploads/2024/03/Programme-Postvention\\_FR\\_2024.pdf](https://aqps.info/wp-content/uploads/2024/03/Programme-Postvention_FR_2024.pdf)
10. Organisation de normes en santé (HSO). *Programme de prévention du suicide*. Organisation de normes en santé (HSO); 2023.
11. Organisation de normes en santé (HSO). *Programme de prévention du suicide - Pratique organisationnelle requise (POR)*. Organisation de normes en santé (HSO); 2022.
12. Institut canadien pour la sécurité des patients et la Commission de la santé mentale du Canada. *Trousse d'évaluation du risque suicidaire – Ressource pour les travailleurs et les organisations de soins de santé*.; 2021.  
<https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/08/Trousse-devaluation-du-risque-suicidaire.pdf>
13. *PO-DSMD-2018-OM0001 - Politique En Prévention Du Suicide*. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal; 2018.

## 9. ANNEXES

### Annexe A : Algorithme du processus clinique en prévention du suicide







ANNEXE B : Grille GÉRIS (2/3)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                  |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <br>0D1M0091                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                  | N° dossier / Chart n°<br><input type="text"/>          |  | Nom / Name<br><input type="text"/>                                   |                                  | Prénom / First Name<br><input type="text"/>              |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <b>FACTEURS ADDITIONNELS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Description du plan : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Signes avant-coureurs : <input type="checkbox"/> Message d'adieu <input type="checkbox"/> Documents légaux (Testament) <input type="checkbox"/> Dons des biens <input type="checkbox"/> Rémission spontanée, euphorie <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Autres : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                  |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Tentatives de suicide antérieures<br>Nombre : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  | <input type="checkbox"/> Faible<br>Il y a plus de 1 an |  | <input type="checkbox"/> Modéré<br>Entre 2 mois et 1 an              |                                  | <input type="checkbox"/> Élevé<br>Il y a moins de 2 mois |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Tentative de suicide récente : <input type="checkbox"/> Honte, déçu(e), fâché(e) d'être en vie <input type="checkbox"/> Désire répéter le geste <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Idées suicidaires antérieures<br>Nombre : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Gestes autodestructeurs / automutilations<br>Nombre : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Date (AAAA / MM / JJ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  | Événement(s) précipitant(s)                            |  |                                                                      | Moyen(s)                         |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                  | <input type="text"/>                                   |  |                                                                      | <input type="text"/>             |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                  | <input type="text"/>                                   |  |                                                                      | <input type="text"/>             |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                  | <input type="text"/>                                   |  |                                                                      | <input type="text"/>             |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Facteurs / événements précipitants (proximaux)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |                                                        |  | Facteurs contributifs et prédisposants (développementaux et distaux) |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Symptômes ou trouble de santé mentale : <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> Augmentation récente de la consommation<br><input type="checkbox"/> Maladie physique / invalidante (ex.: cancer, douleur chronique) : <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> Événements ou condition de vie difficile : <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Échec</td> <td><input type="checkbox"/> Rupture</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abus</td> <td><input type="checkbox"/> Harcèlement</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Humiliation</td> <td><input type="checkbox"/> Culpabilité</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Honte</td> <td><input type="checkbox"/> Difficultés financières</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perte ou deuil récent</td> <td><input type="checkbox"/> Circonstances périnatales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conflits relationnels</td> <td><input type="checkbox"/> Conflits juridiques</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Intimidation</td> <td><input type="checkbox"/> Autres, précisez : <input type="text"/></td> </tr> </table> |                                                                  |                                                        |  | <input type="checkbox"/> Échec                                       | <input type="checkbox"/> Rupture | <input type="checkbox"/> Abus                            | <input type="checkbox"/> Harcèlement | <input type="checkbox"/> Humiliation | <input type="checkbox"/> Culpabilité | <input type="checkbox"/> Honte       | <input type="checkbox"/> Difficultés financières | <input type="checkbox"/> Perte ou deuil récent | <input type="checkbox"/> Circonstances périnatales | <input type="checkbox"/> Conflits relationnels | <input type="checkbox"/> Conflits juridiques | <input type="checkbox"/> Intimidation | <input type="checkbox"/> Autres, précisez : <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Déficits cognitifs <input type="checkbox"/> Anxiété élevée <input type="checkbox"/> Abus de substances et autres dépendances<br><b>Histoire ou conditions de vie difficiles :</b><br><input type="checkbox"/> Abus ou négligence dans l'enfance <input type="checkbox"/> Mère adolescente <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Monoparentalité <input type="checkbox"/> Violence <input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Autres : <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de suicide : <input type="text"/><br><b>Population vulnérable :</b><br><input type="checkbox"/> LBGTQ2+ <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Détenu, ex-détenu <input type="checkbox"/> Minorité ethnique <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle - Autisme <input type="checkbox"/> Itinérance <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Adolescent <input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autres, précisez : <input type="text"/> |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Échec                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Rupture                                 |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Abus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Harcèlement                             |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Humiliation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Culpabilité                             |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Honte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Difficultés financières                 |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Perte ou deuil récent                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Circonstances périnatales               |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Conflits relationnels                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Conflits juridiques                     |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Intimidation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Autres, précisez : <input type="text"/> |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <b>Facteurs de protection</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                  |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Qu'est-ce qui aide, peut aider ? <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Éléments dissuasifs, forces : <input type="checkbox"/> Identifie des raisons de vivre <input type="checkbox"/> Croit que le suicide est immoral <input type="checkbox"/> Grande spiritualité <input type="checkbox"/> Soutien social perçu comme significatif / soutenant <input type="checkbox"/> Famille ou réseau impliqué et se tient responsable : <table border="0"> <tr> <td>► Nom : <input type="text"/></td> <td>Lien : <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">► Coordonnées : <input type="text"/></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      | ► Nom : <input type="text"/>         | Lien : <input type="text"/>          | ► Coordonnées : <input type="text"/> |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| ► Nom : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lien : <input type="text"/>                                      |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| ► Coordonnées : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                  |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Peur de la mort ou de mourir en douleur et souffrance <input type="checkbox"/> Engagé dans son travail ou à l'école <input type="checkbox"/> Autres : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| OM-0091-F (Rév. 2019-09)          GUIDE D'ÉVALUATION DE LA PERSONNE À RISQUE SUICIDAIRE          2 de 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                                        |  |                                                                      |                                  |                                                          |                                      |                                      |                                      |                                      |                                                  |                                                |                                                    |                                                |                                              |                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |

ANNEXE B : Grille GÉRIS (3/3)

| <p><b>Centre intégré<br/>universitaire de santé<br/>et de services sociaux<br/>de l'Ouest-de-<br/>l'Île-de-Montréal</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Québec</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <br>0D1M0091 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">N° dossier / Chart n°</td> <td style="width: 30%;">DDN / DOB</td> <td style="width: 40%;">Sexe / Sex</td> </tr> <tr> <td>Nom / Name</td> <td colspan="2">Prénom / First Name</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Nom de la mère / Name of mother</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Adresse / Address</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Tel. / Tel.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">N° assurance maladie / Medicare Card N°</td> <td>Expiration</td> </tr> </table> | N° dossier / Chart n°         | DDN / DOB                    | Sexe / Sex                    | Nom / Name                   | Prénom / First Name            |                                    | Nom de la mère / Name of mother    |                       |                                     | Adresse / Address                  |                                   |  | Tel. / Tel.                       |                                  |                                   | N° assurance maladie / Medicare Card N° |                                   | Expiration                         |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--|--|--|-------------------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| N° dossier / Chart n°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DDN / DOB                                                                                     | Sexe / Sex                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nom / Name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Prénom / First Name                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nom de la mère / Name of mother                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adresse / Address                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tel. / Tel.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N° assurance maladie / Medicare Card N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                               | Expiration                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLAS</td> <td><input type="checkbox"/> HGL</td> <td><input type="checkbox"/> CHSM</td> <td><input type="checkbox"/> HSA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> IUSMD</td> <td><input type="checkbox"/> CHSLD DBV</td> <td><input type="checkbox"/> CHSLD DOR</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CHSLD LACH</td> <td><input type="checkbox"/> CHSLD LAS</td> <td><input type="checkbox"/> CHSLD NP</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CHSLD GD</td> <td><input type="checkbox"/> CLSC DL</td> <td><input type="checkbox"/> CLSC LSL</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CLSC LAS</td> <td><input type="checkbox"/> CLSC PFDS</td> <td><input type="checkbox"/> CROM</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> EXLACH</td> <td><input type="checkbox"/> MDN</td> <td><input type="checkbox"/> CJ BAT</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> HLAS | <input type="checkbox"/> HGL | <input type="checkbox"/> CHSM | <input type="checkbox"/> HSA | <input type="checkbox"/> IUSMD | <input type="checkbox"/> CHSLD DBV | <input type="checkbox"/> CHSLD DOR |                       | <input type="checkbox"/> CHSLD LACH | <input type="checkbox"/> CHSLD LAS | <input type="checkbox"/> CHSLD NP |  | <input type="checkbox"/> CHSLD GD | <input type="checkbox"/> CLSC DL | <input type="checkbox"/> CLSC LSL |                                         | <input type="checkbox"/> CLSC LAS | <input type="checkbox"/> CLSC PFDS | <input type="checkbox"/> CROM |  | <input type="checkbox"/> EXLACH | <input type="checkbox"/> MDN | <input type="checkbox"/> CJ BAT |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> HLAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> HGL                                                                  | <input type="checkbox"/> CHSM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> HSA  |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> IUSMD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> CHSLD DBV                                                            | <input type="checkbox"/> CHSLD DOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> CHSLD LACH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> CHSLD LAS                                                            | <input type="checkbox"/> CHSLD NP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> CHSLD GD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> CLSC DL                                                              | <input type="checkbox"/> CLSC LSL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> CLSC LAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> CLSC PFDS                                                            | <input type="checkbox"/> CROM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> EXLACH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> MDN                                                                  | <input type="checkbox"/> CJ BAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>GUIDE D'ÉVALUATION DE LA PERSONNE À RISQUE SUICIDAIRE</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Date (AAAA / MM / JJ) :</th> <th colspan="4"></th> <th colspan="4"></th> <th colspan="4"></th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">Heure (HH / MM / SS) :</th> <th colspan="4"></th> <th colspan="4"></th> <th colspan="4"></th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">Niveaux de risque</th> <th style="width: 5%;">Absent</th> <th style="width: 5%;">Faible</th> <th style="width: 5%;">Modéré</th> <th style="width: 5%;">Élevé</th> <th style="width: 5%;">Absent</th> <th style="width: 5%;">Faible</th> <th style="width: 5%;">Modéré</th> <th style="width: 5%;">Élevé</th> <th style="width: 5%;">Absent</th> <th style="width: 5%;">Faible</th> <th style="width: 5%;">Modéré</th> <th style="width: 5%;">Élevé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Idées suicidaires</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Durée des idées</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Intention suicidaire</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Planification</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Obsession des idées</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Tension émotive</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Accepter de l'aide</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Létalité</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Accès au moyen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Facteurs additionnels</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td><b>Niveau de risque global</b></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Signature</td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>Date (AAAA / MM / JJ) :</td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>Heure (HH / MM / SS) :</td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>Idées suicidaires</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Durée des idées</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Intention suicidaire</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Planification</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Obsession des idées</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Tension émotive</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Accepter de l'aide</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Létalité</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Accès au moyen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Facteurs additionnels</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td><b>Niveau de risque global</b></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Signature</td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr> </tbody> </table> |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Date (AAAA / MM / JJ) :       |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   | Heure (HH / MM / SS) :           |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  | Niveaux de risque | Absent | Faible | Modéré | Élevé | Absent | Faible | Modéré | Élevé | Absent | Faible | Modéré | Élevé | Idées suicidaires | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Durée des idées | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Intention suicidaire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Planification | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Obsession des idées | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tension émotive | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Accepter de l'aide | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Létalité | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Accès au moyen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Facteurs additionnels | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>Niveau de risque global</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Signature |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Date (AAAA / MM / JJ) : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Heure (HH / MM / SS) : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Idées suicidaires | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Durée des idées | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Intention suicidaire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Planification | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Obsession des idées | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tension émotive | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Accepter de l'aide | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Létalité | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Accès au moyen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Facteurs additionnels | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>Niveau de risque global</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Signature |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Date (AAAA / MM / JJ) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Heure (HH / MM / SS) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Niveaux de risque                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Absent                                                                                        | Faible                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Modéré                        | Élevé                        | Absent                        | Faible                       | Modéré                         | Élevé                              | Absent                             | Faible                | Modéré                              | Élevé                              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Idées suicidaires                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Durée des idées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intention suicidaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obsession des idées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tension émotive                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Accepter de l'aide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Létalité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Accès au moyen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Facteurs additionnels                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Niveau de risque global</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Signature                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Date (AAAA / MM / JJ) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Heure (HH / MM / SS) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Idées suicidaires                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Durée des idées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intention suicidaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obsession des idées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tension émotive                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Accepter de l'aide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Létalité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Accès au moyen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Facteurs additionnels                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Niveau de risque global</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/>                                                                         | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/>              |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Signature                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Jour / Mois</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Heure (HH / MM / SS)</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Élevé</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Modéré</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Faible</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Absent</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Initiales</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Jour / Mois                   |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   | Heure (HH / MM / SS)             |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  | Élevé             |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       | Modéré            |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       | Faible          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       | Absent               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       | Initiales     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jour / Mois                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Heure (HH / MM / SS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Élevé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Modéré                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Faible                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Absent                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>OM-0091-F (Rév. 2019-09) <span style="float: right;">GUIDE D'ÉVALUATION DE LA PERSONNE À RISQUE SUICIDAIRE 3 de 3</span></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                              |                               |                              |                                |                                    |                                    |                       |                                     |                                    |                                   |  |                                   |                                  |                                   |                                         |                                   |                                    |                               |  |                                 |                              |                                 |  |  |  |                   |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |        |       |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |               |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                 |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                    |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Protocole

|                                        |                                                                                                                                                                       |                                              |        |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------|
| <b>Titre :</b>                         | <i>Protocole de mise sous garde des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui</i>                                               |                                              |        |
| <b>Codification :</b>                  | PROT-DMSP-2025-OM0003                                                                                                                                                 | <b>Version :</b>                             | Finale |
| <b>Unité administrative :</b>          | <i>Direction médicale et des services professionnels</i>                                                                                                              |                                              |        |
| <b>Rédaction :</b>                     | <i>Direction médicale et des services professionnels, Direction du programme de santé mentale et dépendance</i>                                                       |                                              |        |
| <b>Validation :</b>                    | <i>Direction des communications, des relations publiques et des <b>affaires juridiques</b> (DCRPAJ)<br/>Sous-comité des ordonnances et protocoles (SCOP) - CMDPSF</i> |                                              |        |
| <b>Approbation :</b>                   | <i>PDG ; CODIR</i>                                                                                                                                                    |                                              |        |
| <b>Date d'approbation :</b> 14-11-2025 |                                                                                                                                                                       | <b>Date d'entrée en vigueur :</b> 14-11-2025 |        |
| <b>Date de révision :</b> 2030-11-01   |                                                                                                                                                                       |                                              |        |



## Table des matières

|                                                                                                                                 |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</b>                                                                                             | <b>3</b>   |
| <b>1.PRÉAMBULE .....</b>                                                                                                        | <b>4</b>   |
| <b>2.OBJET DU PROTOCOLE .....</b>                                                                                               | <b>4</b>   |
| <b>3.FONCTION DU PROTOCOLE.....</b>                                                                                             | <b>5</b>   |
| <b>4.PERSONNEL IMPLIQUÉ DANS L'APPLICATION DU PROTOCOLE .....</b>                                                               | <b>5</b>   |
| <b>5.FONDEMENTS JURIDIQUES DU PROTOCOLE .....</b>                                                                               | <b>6</b>   |
| <b>6.NORMES DE PRATIQUE LIÉES AU PROTOCOLE.....</b>                                                                             | <b>6</b>   |
| <b>7.DÉFINITIONS DES TERMES UTILISÉS DANS LE PROTOCOLE.....</b>                                                                 | <b>7</b>   |
| <b>8.RÔLES ET RESPONSABILITÉS .....</b>                                                                                         | <b>9</b>   |
| <b>9.CONSIGNATION DANS LE DOSSIER DE L'USAGER DE TOUTE L'INFORMATION PERTINENTE ASSOCIÉE À L'APPLICATION DU PROTOCOLE .....</b> | <b>13</b>  |
| <b>10. DIRECTIVES RELATIVES À L'APPLICATION DU PROTOCOLE .....</b>                                                              | <b>13</b>  |
| <b>11. APPLICATION DU PROTOCOLE .....</b>                                                                                       | <b>14</b>  |
| <b>12. DIFFUSION DU PROTOCOLE .....</b>                                                                                         | <b>39</b>  |
| <b>13. AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PRATIQUE .....</b>                                                                           | <b>40</b>  |
| <b>14. ADOPTION, REDDITION DE COMPTE, SUIVI ET RÉVISION DU PROTOCOLE.....</b>                                                   | <b>40</b>  |
| <b>15. CONCLUSION .....</b>                                                                                                     | <b>41</b>  |
| <b>ANNEXE 1 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PERSONNES IMPLIQUÉES DANS LE PROCESSUS .....</b>           | <b>42</b>  |
| <b>ANNEXE 2 : FORMULAIRES .....</b>                                                                                             | <b>80</b>  |
| <b>ANNEXE 3 : TROUSSE D'INFORMATION .....</b>                                                                                   | <b>120</b> |

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

|                                        |                                                                                                                                            |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACI                                    | Assistante Chef Infirmière                                                                                                                 |
| ASI                                    | Assistante du Supérieur immédiat                                                                                                           |
| CCQ                                    | <i>Code civil du Québec</i> (RLRQ, chapitre CCQ-1991)                                                                                      |
| CHSG                                   | Centre hospitalier de soins généraux                                                                                                       |
| CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal                                               |
| CPQ                                    | <i>Code de procédure civile</i> (RLRQ, chapitre C-25.01)                                                                                   |
| CRM                                    | Cadre de référence ministériel                                                                                                             |
| DCRPAJ                                 | Direction des communications, des relations publiques et des affaires juridiques                                                           |
| DGSSMPL                                | Direction générale des services de santé mentale et de psychiatrie légale                                                                  |
| DMSP                                   | Directeur ou directrice médical(e) et des services professionnels                                                                          |
| ETG                                    | Échelle canadienne de triage et de gravité                                                                                                 |
| ESSS                                   | Établissement de santé et de services sociaux                                                                                              |
| LPP                                    | <i>Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui</i> (RLRQ, chapitre P-38.001) |
| LGSSSS                                 | <i>Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux</i> (RLRQ, chapitre G-1.021)                                          |
| MSSS                                   | Ministère de la Santé et des Services sociaux                                                                                              |
| PDG                                    | Président-directeur général ou présidente-directrice générale                                                                              |
| PEC                                    | Prise en charge par l'établissement de santé et de services sociaux                                                                        |
| RLRQ                                   | Registre des lois refondues du Québec                                                                                                      |
| RSSS                                   | Réseau de la santé et des services sociaux                                                                                                 |
| TAQ                                    | Tribunal administratif du Québec                                                                                                           |

## 1. PRÉAMBULE

La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38.001) (ci-après appelée « la Loi »), le *Code civil du Québec* aux articles 26 à 31, ainsi que le *Code de procédure civile* aux articles 15, 16, 123, 361, 396 et 397 énoncent les principes de base et le protocole à suivre dans la gestion des cas impliquant des personnes ayant un problème de santé mentale qui constitue un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

Le présent document reflète les mises à jour émises par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans les publications intitulées : **Cadre de référence en matière d'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* - Garde en établissement de santé et de services sociaux** et **Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental**.

Les documents publiés par le MSSS dont nous faisons mention dans le paragraphe précédent devraient être considérés comme des sources de lecture et des documents de référence et de consultation pour tous les intervenants impliqués dans l'application de la Loi.

Pour éviter toute confusion dans les actions liées au processus de mise sous garde, le protocole n'aborde pas l'utilisation de diverses approches cliniques visant à stabiliser la situation de crise de la personne et/ou à favoriser son rétablissement. Il est donc essentiel que des interventions tenant compte des meilleures pratiques cliniques en santé mentale soient offertes à la personne en tout temps, à chacune des étapes de la période de sa mise sous garde, bien que cette offre de services ne constitue pas l'objet du présent protocole.

Le protocole rappelle toutefois **qu'en tout temps, la personne mise sous garde est d'abord, quoi qu'involontairement, une personne utilisatrice du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et qu'à ce titre, elle bénéficie des mêmes droits que n'importe quel autre usager du RSSS, dont le droit à une offre de services susceptibles de répondre à ses besoins, offre à laquelle elle est totalement libre de consentir ou non**. Par conséquent, dans ce document, le terme « usager », au sens que lui donne la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSSS)<sup>1</sup>, est utilisé pour désigner la personne gardée dans une installation du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal contre son gré.

## 2. OBJET DU PROTOCOLE

En vertu de l'article 394 de la LGSSSS :

« Tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001) doit adopter un protocole encadrant la mise sous garde de personnes dans ses installations. Ce protocole doit tenir compte des orientations déterminées par le ministre et être diffusé auprès du personnel affecté à la réalisation de tâches au sein de l'établissement, des personnes qui exercent leur profession dans un centre qu'il exploite, des usagers concernés et des membres significatifs de leur famille.

Le protocole doit notamment prévoir que sont inscrits ou versés au dossier de l'utilisateur sous garde :

1° la durée, incluant la date du début et de la fin de toute mise sous garde, en précisant l'heure dans

---

<sup>1</sup> RLRQ, c. G-1.021.

- le cas d'une mise sous garde préventive ou provisoire ;
- 2° une description des motifs de danger justifiant la mise sous garde ainsi que son maintien ;
  - 3° une reproduction des rapports d'examen psychiatrique, des demandes de mise sous garde dans les installations de l'établissement présentées au tribunal par Santé Québec, s'il s'agit d'un établissement public, ou par l'établissement privé ainsi que de tout jugement ordonnant la mise sous garde ;
  - 4° si une évaluation psychiatrique a été effectuée sans ordonnance de mise sous garde provisoire, une note attestant l'obtention du consentement de l'usager à subir cette évaluation ;
  - 5° la date à laquelle a été transmise à l'usager l'information visée à l'article 15 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

Le plus haut dirigeant de l'établissement doit, au moins tous les trois mois, faire un rapport sur l'application de ce protocole en indiquant notamment, pour la période concernée, le nombre de mises sous garde préventives ou provisoires, le nombre de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil et le nombre de demandes visant la mise sous garde dans les installations de l'établissement présentées au tribunal par Santé Québec, s'il s'agit d'un établissement public, ou par l'établissement privé. S'il s'agit d'un établissement public, ce rapport doit être transmis au conseil d'administration de Santé Québec. Un résumé des rapports ainsi transmis doit être inclus dans une section particulière du rapport annuel de gestion prévu à l'article 127. S'il s'agit d'un établissement privé, ce rapport doit être transmis à son conseil d'administration ou, si l'établissement n'est pas une personne morale, au titulaire de l'autorisation et l'établissement doit inclure un résumé des rapports ainsi obtenus dans le rapport de ses activités qu'il transmet à Santé Québec en application de l'article 376 »<sup>2</sup>

La mise sous garde est **une mesure exceptionnelle** utilisée pour contraindre une personne, en l'absence de son consentement, à rester sous surveillance dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal dotée des aménagements nécessaires<sup>3</sup>, donc à l'y garder contre son gré en la **privant de sa liberté**. Cette mesure ne peut s'appliquer qu'en tout respect des règles et des lois relatives aux droits fondamentaux de la personne. Tous les acteurs concernés par l'application d'une telle mesure doivent bien connaître le protocole et sont tenus de s'y conformer.

### 3. FONCTION DU PROTOCOLE

Le protocole a principalement pour fonction **de guider le personnel impliqué dans les actions et les tâches à accomplir à chacune des étapes du processus de mise sous garde** pour garantir la traçabilité de sa conformité aux lois dans le dossier de l'usager. Il vise donc à traduire en actions (consignes) les orientations ministérielles contenues dans le document intitulé *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*<sup>4</sup>.

### 4. PERSONNEL IMPLIQUÉ DANS L'APPLICATION DU PROTOCOLE

Tout le personnel soignant, y compris les médecins, des installations visées peut être impliqué dans l'application du protocole de mise sous garde au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Est toutefois impliqué d'emblée le personnel des services des urgences, des unités de soins en psychiatrie et en santé

<sup>2</sup> RLRQ, c. G-1.021, art. 394. ;

<sup>3</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 6 : « Seuls les établissements exploitant un centre local de services communautaires disposant des aménagements nécessaires ou un centre hospitalier peuvent être requis de mettre une personne sous garde préventive ou sous garde provisoire afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique. ». Les aménagements nécessaires sont au moins ceux d'une urgence de niveau primaire. RLRQ, c. P-38.001, art. 9 : « Seuls les établissements exploitant un centre hospitalier, un centre de réadaptation, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre d'accueil et disposant des aménagements nécessaires pour recevoir et traiter les personnes atteintes de maladie mentale peuvent être requis de mettre une personne sous garde à la suite du jugement du tribunal rendu en application de l'article 30 du Code civil. » ;

<sup>4</sup> QUÉBEC. MSSS, *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*, Gouvernement du Québec, 2018, 88 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : [Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux](#)

physique, de la sécurité, de la DCRPAJ et du bureau du DMSP. Le comité des usagers ou le bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services peuvent aussi être impliqués, notamment en matière de mesures de soutien et d'accompagnement dans l'exercice des droits et des recours des usagers mis sous garde.

## 5. FONDEMENTS JURIDIQUES DU PROTOCOLE

Le contenu du protocole de mise sous garde du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est fondé sur les outils législatifs qui suivent. Ces lois et règlements doivent être connus du personnel impliqué et peuvent être consultés au besoin.

- a) *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSSS)<sup>5</sup>
- b) *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (LPP)<sup>6</sup>
- c) *Code civil du Québec* (CCQ), particulièrement les articles 10 et 26 à 31<sup>7</sup>
- d) *Code de procédure civile* (CPC)<sup>8</sup>
- e) *Charte des droits et libertés de la personne*<sup>9</sup>
- f) *Charte canadienne des droits et libertés*<sup>10</sup>
- g) *Code de déontologie des médecins*<sup>11</sup> et codes de déontologie des différents ordres professionnels concernés
- h) *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (LRSSS, c. R-22.1)<sup>12</sup>

## 6. NORMES DE PRATIQUE LIÉES AU PROTOCOLE

Le contenu du protocole de mise sous garde du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est fondé sur les normes de pratique qui suivent. Ces normes et outils cliniques de pratique doivent être connus du personnel impliqué et peuvent être consultés au besoin.

- a) Protocole d'entente de collaboration intersectorielle avec la sécurité publique et la justice<sup>13</sup>
- b) Cadre de référence en matière d'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* – Garde en établissement de santé et de services sociaux<sup>14</sup>
- c) ETG : Échelle canadienne de triage et de gravité<sup>15</sup>
- d) Guide de gestion de l'urgence<sup>16</sup>
- e) Lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence<sup>17</sup>
- f) Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale<sup>18</sup>

---

<sup>5</sup> LGSSSS, c. G-1-.021 ;

<sup>6</sup> LPP, c. P-38.001;

<sup>7</sup> CCQ, c. CCQ-1991 ;

<sup>8</sup> CPC, c. C-25.01 ;

<sup>9</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, c. C-12 ;

<sup>10</sup> *Loi constitutionnelle de 1982, Charte canadienne des droits et libertés*, c. 11 ;

<sup>11</sup> *Code de déontologie des médecins*, c. M-9, r.17 ;

<sup>12</sup> LRSSS, [R-22.1 - Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux](#)

<sup>13</sup> Voir à ce sujet : QUÉBEC. MSSS, 2018, op. cit., p. 13-18 et p. 63-71 ;

<sup>14</sup> *Ibid* ;

<sup>15</sup> Révision des lignes directrices de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) pour les adultes, accessible en ligne à l'adresse suivante : [ETG](#);

<sup>16</sup> Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Guide de gestion de l'urgence, Gouvernement du Québec, 2025., accessible en ligne à l'adresse suivante : [Guide de gestion des urgences - Professionnels de la santé - MSSS](#)

<sup>17</sup> OIIQ, Lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence, 2019, accessible en ligne à l'adresse suivante : [Triage à l'urgence : lignes directrices](#)

<sup>18</sup> OIIQ, Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale, 2016, accessible en ligne à l'adresse suivante : [Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale | BANQ numérique](#)

## 7. DÉFINITIONS DES TERMES UTILISÉS DANS LE PROTOCOLE

### Avis au directeur médical et des services professionnels (DMSP)

Il s'agit de l'avis par lequel le DMSP est informé qu'un usager fait l'objet d'une mise sous garde (préventive, provisoire ou autorisée) dans une installation de son établissement.

### Avis au représentant légal

Il s'agit de l'avis par lequel le représentant légal d'un usager est informé que cette dernière fait l'objet d'une mise sous garde. Selon la situation, cet avis peut concerner la décision d'un médecin de mettre cet usager sous garde préventive, la nécessité de maintenir la garde à la suite de chacun des examens psychiatriques périodiques prévus par l'article 10 de la Loi, la présentation de toute demande au Tribunal administratif du Québec (TAQ) en vertu de l'article 21 dont il est informé, et la fin de la mise sous garde<sup>19</sup>.

### Consentement libre

Le consentement est considéré comme libre lorsque l'usager n'a pas subi de pression, d'influence induite, de menace ou de promesse, de quelque source que ce soit. Dans tous les cas, le consentement doit être manifeste, c'est-à-dire qu'il doit être exprimé par un geste ou une parole claire et explicite de la part de l'usager<sup>20</sup>.

### Consentement éclairé

Le consentement est éclairé lorsque la situation a été expliquée dans des termes accessibles et compréhensibles, puis compris par l'usager. Dans tous les cas, le consentement doit être manifeste, c'est-à-dire qu'il doit être exprimé par un geste ou une parole claire et explicite de la part de l'usager<sup>21</sup>.

### Dangerosité

La « dangerosité » désigne une probabilité élevée d'un passage à l'acte dangereux, causé par un état mental perturbé, et qui risque d'entraîner un dommage considérable à l'intégrité de l'usager ou d'autrui. De plus, bien que la dangerosité soit habituellement établie pour prévenir certaines actions d'une personne, elle peut également résulter d'une omission de sa part, comme celle de poser les gestes absolument essentiels pour se maintenir en vie. Tous les critères<sup>22</sup> qui suivent doivent être observés pour établir la présence d'une dangerosité suffisante pour justifier la mise sous garde d'un usager dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

- le danger doit être réel ;
- le danger appréhendé doit concerner l'usager visé par la mise sous garde, c'est-à-dire que ce dernier est la source principale de ce danger ;
- l'existence du danger que présente l'usager dépend de son état mental ;
- le danger doit être assez sérieux pour nécessiter une mise sous garde ;
- le danger doit être actuel.

### Danger grave

Plus l'atteinte appréhendée à l'intégrité de l'usager ou d'autrui est importante, étendue, multiple et/ou irréversible, plus le danger est grave ; c'est le cas notamment lorsque la vie de l'usager ou d'autrui est menacée<sup>23</sup>.

Moins il y a de temps pour contrer ce grave danger, plus le danger est imminent. C'est le cas d'une situation

---

<sup>19</sup> LPP, c. P-38.001, art.19;

<sup>20</sup> QUÉBEC. MSSS, 2018, op. cit., p. 7;

<sup>21</sup> *Ibid.*;

<sup>22</sup> *Op. cit.*, p. 22;

<sup>23</sup> *Op. cit.*, p. 23;



d'urgence qui requiert une action immédiate pour protéger l'utilisateur ou autrui ou si le danger risque de se produire avant qu'une procédure judiciaire pour obtenir une ordonnance de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique soit menée à terme<sup>24</sup>.

#### Demande de garde en établissement

C'est un document légal rédigé et utilisé par les Affaires juridiques pour la présentation au tribunal d'une demande de garde provisoire en vue de faire subir une évaluation psychiatrique ou d'une demande de garde autorisée en établissement à la suite de cette évaluation.

#### État mental

Cette expression, utilisée dans la législation, réfère à une notion plus large que la maladie mentale et inclut toute perturbation pathologique des conduites, des émotions ou de la cognition. Il peut s'agir, par exemple, d'une atteinte cognitive, d'une maladie organique entraînant une perturbation des fonctions cérébrales supérieures, d'une psychose toxique, d'une intoxication extrême ou d'une altération de la pensée secondaire à une psychopathologie.

#### Évaluation psychiatrique

L'évaluation psychiatrique vise à déterminer la nécessité ou non d'une mise sous garde dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et elle consiste en deux examens psychiatriques réalisés à des moments précis du processus de mise sous garde en application de la loi.

#### Examen psychiatrique

Cet examen est fait par un psychiatre ou, en cas d'impossibilité d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile, par un médecin, en vue de documenter et de déterminer la nécessité ou non de mettre un usager sous garde dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal parce que son état mental le rend dangereux pour lui-même et/ou pour autrui. Le médecin qui fait l'examen ne peut être le conjoint, un allié, un proche parent ou le représentant de la personne qui subit l'examen ou qui en fait la demande<sup>25</sup>.

#### Garde en établissement

La garde dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est encadrée par la Loi et les articles 26 à 31 du CCQ.

Trois types de mise sous garde en établissement de santé sont encadrés par la législation, soit la garde préventive, la garde provisoire et la garde autorisée. Chacune d'elles est une restriction à la liberté de la personne.

- **Garde préventive**

Permet que tout médecin ou toute infirmière praticienne spécialisée exerçant dans un établissement exploitant un centre hospitalier ou un centre local de services communautaires muni des aménagements nécessaires puisse, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre un usager sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement, pendant soixante-douze (72) heures au maximum, s'il est d'avis que l'état mental de cet usager présente un danger grave et immédiat pour lui-même et/ou pour autrui<sup>26</sup>.

- **Garde provisoire**

S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour

---

<sup>24</sup> *Ibid*;

<sup>25</sup> LPP, c. P-38.001, art. 2, al. 2;

<sup>26</sup> LPP, c. P-38.001, art. 7;

autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un tiers intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un centre hospitalier ou un centre local de services communautaires muni des aménagements nécessaires pour y subir une évaluation psychiatrique<sup>27</sup>.

- **Garde autorisée**

Mesure légale ordonnée par un juge de la Cour du Québec à un usager de se soumettre à une garde en établissement pour une période fixée dans l'ordonnance judiciaire. Cette décision est prononcée à la suite de la présentation devant le tribunal d'une demande de garde autorisée qui inclut deux rapports d'examen psychiatrique concluant 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 l'usager est dangereux et que sa garde est nécessaire, indépendamment des preuves soumises et même en l'absence de toute contre-expertise<sup>28</sup>.

#### Mesure de remplacement

Une mesure de remplacement à l'application d'une mise sous garde se définit par une solution de rechange visant le maintien du droit à la liberté de l'usager tout en assurant sa sécurité et celle d'autrui. Par exemple, l'usager qui représente un danger pour lui-même et/ou pour autrui en raison de son état mental pourrait s'engager à rencontrer, sans délai, un professionnel de la santé susceptible d'améliorer son état mental, ou encore accepter d'être temporairement hébergé par un organisme offrant du soutien intensif<sup>29</sup>.

#### Notification

La notification a pour objet de porter la demande de mise sous garde à la connaissance des intéressés. La notification peut être faite par tout mode approprié qui permet à celui qui notifie de constituer une preuve de la remise, de l'envoi, de la transmission ou de la publication du document. Elle l'est notamment par l'huissier de justice, par le service de la poste, par la remise en mains propres du document, par un moyen technologique ou par un avis public. Lorsque la loi le requiert et qu'elle est faite par huissier de justice, elle tient lieu de signification. Quel que soit le mode de notification utilisé, la personne qui accuse réception du document ou reconnaît l'avoir reçu est réputée avoir été valablement notifiée.

#### Représentant légal

Cette expression désigne le titulaire de l'autorité parentale, le tuteur ou le mandataire dont le mandat de protection a été homologué.

#### Signification

Document légal remis à l'usager et à la personne mise en cause par l'entremise d'un huissier, l'informant d'une demande de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique ou d'une demande de garde autorisée en établissement.

## 8. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

### 1. Le Président-directeur général (plus haut dirigeant de l'établissement)

- Adopte le protocole de garde conformément à la LGSSSS.
- Procède à sa diffusion auprès du personnel de l'établissement, des professionnels qui y exercent leur profession, des usagers concernés et de leur famille.
- S'assure de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services en respect des droits des usagers.

---

<sup>27</sup> CCQ, art. 27;

<sup>28</sup> CCQ, art. 30;

<sup>29</sup> QUÉBEC. MSSS, 2018, op. cit., p. 6 ;

- Fournit un rapport aux trois mois au conseil d'administration de Santé Québec sur l'application du protocole, notamment sur le nombre de mises sous garde en établissement.
- Soutient l'élaboration de protocoles d'entente et la mise en place de mécanismes de liaison entre les partenaires concernés.
- Fait connaître les modalités de l'intervention dans le cadre de la Loi.
- Offre un programme de formation.
- Collabore à la conception d'outils nécessaires à la compréhension de la Loi et à l'élaboration des meilleures pratiques en cette matière.
- Favorise la concertation avec les autres ressources de la communauté et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (par exemple, les tables locales de concertation intersectorielles).

## **2. Le Répondant du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**

- Agit à titre de répondant pour le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Informe les personnes œuvrant pour le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal du contenu du protocole de garde.
- S'assure que le personnel du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal connaît la procédure décisionnelle interne en ce qui concerne l'application du protocole de garde.
- S'assure du développement d'un plan de diffusion, en collaboration avec les personnes responsables des communications du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- S'assure que le protocole développé par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal soit facilement accessible pour tous et soit connu dès l'embauche du personnel.
- S'assure que le protocole soit mis en ligne sur le site web et sur l'Intranet du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, et l'information facilement accessible pour la personne ciblée.
- S'assure de réviser le protocole du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Collabore avec les personnes concernées par le protocole et répondent aux questionnements des intervenants du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- S'assure d'évaluer l'impact des stratégies de diffusion et d'évaluer les obstacles et les éléments facilitateurs pour l'application du protocole.
- Agit à titre de formateur pour les différents professionnels, médecins, employés de soutien administratif, partenaires communautaires.

## **3. La Direction médicale et des services professionnels (DMSP)**

- Prend les mesures nécessaires afin d'assurer le respect des droits des usagers en regard des délais de consultation, de la durée des demandes et de mises sous garde et de l'application du protocole par l'ensemble des acteurs médicaux et cliniques.
- Assure le suivi au registre électronique et avise les Affaires juridiques de toute mise sous garde préventive.
- Transmet le rapport d'examen psychiatrique requis au tribunal qui l'a imposé.
- La DMSP en collaboration avec les Affaires juridiques exerce une surveillance rigoureuse du respect des délais légaux en assurant un suivi téléphonique quotidien auprès des unités de soins.

## **4. La Direction des communications, des relations publiques et des affaires juridiques (DCRPAJ)**

- Convient d'ententes de collaboration intersectorielles avec les autorités judiciaires et de la sécurité publique des modalités de transfert incluant l'information et la prise en charge de l'utilisateur.
- Le responsable des communications assure un soutien au développement du plan de diffusion du protocole au sein de la communauté du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Le responsable des Affaires juridiques offre son soutien aux équipes cliniques afin d'assurer l'implantation adéquate du protocole.
- Les Affaires juridiques appliquent toutes les procédures légales en collaboration avec les intervenants concernés notamment :
  - Rédigent les documents légaux requis ;
  - Font signifier par huissier au moins 2 jours avant (dans la mesure du possible) la date de

- présentation de la requête les documents aux parties concernées ;
- Font les représentations devant la Cour du Québec ;
- En collaboration avec la DMSP assurent un suivi rigoureux des délais et échéanciers légaux selon la situation ;
- Assure le suivi au registre électronique des demandes de garde provisoire et de garde autorisée, demande de prolongation de garde autorisée et de levée de garde ;
- Transmet le rapport d'examen psychiatrique requis au tribunal qui l'a imposé.

## **5. La Direction de la qualité, de l'évaluation de la performance et de l'éthique (DQEPE)**

- S'assure que le répondant soit en mesure d'assumer son mandat en assurant un suivi, de l'adoption jusqu'à la révision.

## **6. Le Commissaire local aux plaintes et qualité des services (CLPQS)**

- Dirige au besoin la personne concernée ou intéressée vers les ressources pouvant l'accompagner durant les procédures.
- Accompagne au besoin dans ses démarches l'utilisateur durant le processus.
- Traite toute plainte exprimée verbalement ou par écrit par un plaignant en respectant la Procédure d'examen des plaintes des usagers d'un établissement public de santé et de services sociaux, conformément aux articles 671 et suivants de la LGSSSS.
- Informe la personne concernée ou intéressée de ses conclusions au plus tard 45 jours après la réception de la plainte ou du signalement.
- Au besoin, intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ne sont pas respectés et, le cas échéant, émet des recommandations.
- Effectue la reddition de compte.

## **7. Sécurité du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**

- Assiste le personnel du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal afin de créer un environnement sécuritaire qui respecte les droits des usagers.

## **8. Comité des usagers du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**

- Contribue à renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations et à faire connaître le protocole auprès des usagers.
- Fournit et dirige au besoin la personne concernée vers les ressources pouvant l'accompagner durant les procédures.
- Accompagne au besoin dans ses démarches l'utilisateur durant le processus.

## **9. Les Services des urgences des centres hospitaliers**

- Rendent accessibles des lieux physiques adéquats (discrets et sécuritaires) pour accueillir et évaluer les personnes qui présentent un danger grave et immédiat pour elles-mêmes ou pour autrui.
- Assurent une évaluation rapide de la personne qui présente un danger pour elle-même ou pour autrui et déterminent le degré de dangerosité, et les mesures de surveillance appropriées qui en découlent.
- Prennent en charge (suivant les dispositions de l'article 8 de la Loi), dès son arrivée, l'utilisateur amené par un agent de la paix, un intervenant du SASC ou le personnel paramédical.
- Transmettent immédiatement toute la documentation légale en lien avec l'arrivée d'un usager sous garde en établissement lors d'un transfert inter établissement au service juridique et à la DMSP selon la procédure.
- Transmettent immédiatement toute la documentation légale en lien avec l'arrivée d'un usager amené par un agent de la paix en vertu **d'une ordonnance de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique délivrée par un tribunal**. La prise en charge par le personnel du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'effectue selon **les modalités convenues à l'avance** avec cet agent de la paix, dans le cadre du protocole d'entente intersectorielle conclue entre le

CIUSSS de l'Ouest- de-l'Île-de-Montréal et les services de la Sécurité publique du territoire, incluant l'ordonnance du tribunal et les rapports de polices service juridique et a la DMSP selon la procédure

- Informent la personne de ses droits et assurent un accompagnement à chaque étape du processus.
- Lèvent la garde dès que l'utilisateur ne pose plus un danger pour lui-même et/ou pour autrui, dès qu'il consent à être gardé et dès la fin de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonné.

#### **10. Tout le personnel des unités de soins en centres hospitaliers**

- Rendent accessibles des lieux physiques adéquats (discrets et sécuritaires) pour accueillir et évaluer les usagers qui présentent un danger pour eux-mêmes et/ou pour autrui.
- Assurent une évaluation rapide de l'utilisateur qui présente un danger pour lui-même et/ou pour autrui et déterminent le degré de dangerosité, et les mesures de surveillance appropriées qui en découlent.
- Assure une réévaluation continue du danger que pose l'utilisateur pour lui-même et/ou pour autrui.
- Respecte les droits de l'utilisateur tout au long du processus, incluant les délais à respecter.
- En tout temps, recherche le consentement de l'utilisateur.
- Lève la garde dès que l'utilisateur ne pose plus un danger pour lui-même et/ou pour autrui, dès qu'il consent à être gardé et dès la fin de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonné.

#### **11. Médecins et psychiatres**

- Appliquent les consignes du protocole sous leur responsabilité.
- Avisent le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire ou le tuteur de la demande, de la mise sous garde, ou de la levée de garde le cas échéant.
- Complètent les formulaires prévus pour chaque situation et s'assurent qu'ils soient versés au dossier et acheminés à la DMSP et aux Affaires juridiques.
- Font les demandes de consultation en psychiatrie ou le cas échéant à la spécialité identifiée.
- Collaborent aux procédures légales avec l'équipe de leur service.
- Procèdent aux examens et aux évaluations à l'arrivée et tout au long du processus selon les délais requis.
- Consignent au dossier l'information pertinente notamment : l'absence de consentement, les faits et motifs détaillés de danger, l'information donnée à l'utilisateur et le cas échéant au représentant légal, les demandes de garde préventive, provisoire, autorisée, la levée de la garde et toutes les obligations qui relèvent aux médecins et aux psychiatres découlant du protocole de mise sous garde.
- Utilisent et complètent les formulaires électroniques en format dynamiques en lien avec le protocole de garde en établissement et sont responsables de s'assurer que toute l'information clinique et administrative si retrouve.

#### **12. Personnel infirmier (incluant ASI/ACI) et professionnels impliqués**

- En collaboration avec le médecin/psychiatre, procède à la collecte d'information, auprès de la personne, de ses proches et des services impliqués (SACS, agents de la paix, personnel paramédical).
- Prend les mesures nécessaires à la sécurité de l'utilisateur et celle des autres.
- S'assure de la transmission des différents formulaires au bureau de la DMSP ([DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca)) et des Affaires juridiques ([legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca)) ou les transmet lui-même en l'absence de l'agent administratif en utilisant les numériseurs préprogrammés selon le type de documentation à envoyer. En cas de panne d'équipement, utilise les adresses email au bas de chaque formulaire afin de les acheminer au bon service.
- En collaboration avec le médecin/psychiatre, informe l'utilisateur de sa situation, de ses droits et recours, le réfère aux instances pouvant l'accompagner dans ses démarches légales, lui offre le support nécessaire, organise son accompagnement au Palais de justice.
- Remet la trousse d'information à l'utilisateur.
- Dépose au dossier tous les formulaires et copies des documents légaux le cas échéant en précisant la date et l'heure.
- Consigne au dossier toute information, action réalisée auprès de l'utilisateur ou de son répondant légal

- en précisant date et heure de chaque action.
- L'ASI / ACI / INF en charge et le Coordonnateur des activités cliniques assurent un suivi quotidien et rigoureux des délais des différentes gardes actives à partir du fichier électronique qui leur sont envoyés quotidiennement par la DMSP.

### 13. Agent administratif

- Transmet les différents formulaires numérisés au courriel du bureau de la DMSP [DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca) et au courriel des Affaires juridiques [legal.gee.comt@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.gee.comt@ssss.gouv.qc.ca) en utilisant les numériseurs préprogrammés selon le type de documentation à envoyer.
- S'assure de commander et de garder en inventaire et de distribuer dans les bureaux et postes infirmiers les cartons usagers (garde préventive, garde provisoire et garde autorisée) selon la procédure de commande.

## 9. CONSIGNATION DANS LE DOSSIER DE L'USAGER DE TOUTE L'INFORMATION PERTINENTE ASSOCIÉE À L'APPLICATION DU PROTOCOLE

Tout le personnel affecté à la prise en charge d'un usager mis sous garde dans le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal doit s'assurer de consigner dans le dossier de cet usager toute l'information pertinente exigée par la loi pour vérifier que les droits, les recours, les règles et les délais d'application d'une mise sous garde ont été respectés.

Il s'agit notamment de bien noter dans le dossier de l'usager la date et l'heure de son arrivée au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, la date et l'heure où sa prise en charge devient effective, la date et l'heure de la transmission à l'usager des informations prévues par l'article 15 de la Loi, la date et l'heure du début et celles de la fin de chaque type de mise sous garde, la date et l'heure du premier examen psychiatrique, la date et l'heure du consentement à l'évaluation psychiatrique, s'il y a lieu, etc.

Pour y parvenir, un outil qui décrit les étapes du déroulement du processus de mise sous garde dans le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal de façon systématique doit être utilisé et versé au dossier de l'usager sous garde, dans les premières pages. Cet outil énumère toutes les informations pertinentes à documenter dans le dossier de l'usager mis sous garde, que l'on peut « cocher » au fur et à mesure de leur production. Il permet aussi de coordonner les actions à réaliser et d'en assurer facilement la traçabilité dans le dossier. La **FEUILLE DE CHEMINEMENT (garde préventive, garde provisoire et garde autorisée)** de l'annexe 2 du présent document décrit en détail le contenu exigé.

## 10. DIRECTIVES RELATIVES À L'APPLICATION DU PROTOCOLE

La mise sous garde d'un usager dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est un processus légal constitué d'actions précises à réaliser dans un ordre et des délais prédéterminés par la loi. Ce protocole contient soixante-dix (70) « CONSIGNES » à appliquer par le personnel visé, suivant leur ordre d'apparition ou de renvoi entre elles, tant et aussi longtemps que la mise sous garde dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal de l'usager ne sera pas levée.

Chaque consigne est désignée par un numéro de référence composé d'une lettre et d'un chiffre (par exemple G1 ou U3). La lettre réfère soit au caractère particulier de la consigne qui s'applique seulement à partir du moment où débute un type particulier de mise sous garde, à savoir **préventive (U pour urgence), provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique (E pour évaluation) ou autorisée en vertu de l'article 30 du CCQ (R pour autorisée)**, soit à son caractère général (G pour général), s'appliquant ainsi, en parallèle des consignes particulières, peu importe le type de mise sous garde dont il est question. Le chiffre est utilisé pour distinguer entre elles les consignes de même caractère, permettant ainsi les renvois de l'une à l'autre, lorsque cela est requis.

L'application du protocole débute toujours par les quatre premières consignes générales (G1, G2, G3 et



G4) relatives à ses critères et à ses limites, et se poursuit avec l'application de la première consigne du type de mise sous garde de la personne à prendre en charge.

La garde préventive étant le type de mise sous garde le plus fréquent au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, ce seront plus souvent les consignes désignées par la lettre U (U1 à U14) qu'il faudra appliquer, avec, en parallèle, les consignes générales relatives à tous les types de mise sous garde, désignées par la lettre G (G5 à G37). Il faut s'assurer de très bien comprendre et maîtriser les tâches associées à ces deux séries de consignes par le personnel des services des urgences et des unités de santé physique.

Lorsque la consigne mentionne [Section légale], elle réfère à la section légale du dossier de l'usager dans le service.

Bien qu'elles soient moins fréquentes, la garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique (E1 à E13) et la garde autorisée (R1 à R6), en particulier, celle d'une durée de plus de 21 jours, seul cas où les 70 consignes pourraient s'appliquer à une même personne – comportent aussi des tâches précises à réaliser par le personnel des services visés. Ce dernier doit s'assurer de bien comprendre et maîtriser ces consignes particulières, en plus des consignes générales (G1 à G37) relatives à toute mise sous garde.

## 11. APPLICATION DU PROTOCOLE

### 11.1 Critères et limites d'application

« 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 ou son tuteur. Ce consentement ne peut être donné par le représentant qu'en l'absence d'opposition de la personne. »<sup>30</sup>

En vertu de cet article du CCQ, le protocole relatif à la mise sous garde d'un usager dans le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'applique uniquement et tant et aussi longtemps que la loi ou le tribunal autorise le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal à le faire. Et la loi ou le tribunal autorise la mise sous garde d'une personne **uniquement lorsque les deux critères qui suivent sont réunis** :

- i. **Absence de consentement de la personne**, soit parce qu'elle refuse de donner son consentement, soit, le cas échéant, parce qu'elle s'oppose au consentement donné par son représentant légal ou, en l'absence d'un tel représentant, qu'elle est incapable de donner son consentement ; **et**
- ii. **Cette personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui** en raison de son état mental et qu'il n'y a aucune mesure de remplacement à laquelle elle consent pour mettre fin à ce danger.

Ces **deux critères**, soit l'absence de consentement et le danger impossible à contrôler (gestion du risque) ou éliminer autrement, doivent **toujours être présents simultanément**, tout au long du processus de mise sous garde, pour justifier son exécution, son maintien et sa légalité. **Des preuves à l'appui de leur présence simultanée doivent être produites et versées au dossier de l'usager.**

G1) CONSIGNE : Pour être légale, l'exécution ou la prolongation de toute **garde d'un usager en l'absence de son consentement** dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal exige que la loi ou le tribunal l'autorise. Et la loi ou le tribunal ne l'autorise que si des preuves détaillées d'absence de consentement (incapacité ou refus) et de danger pour lui-même et/ou pour autrui en raison de son état mental, impossible à contrôler (gestion du risque) ou à réduire autrement, soient recueillies et produites, simultanément et en continu, et versées au dossier de l'usager, dans une série de documents légaux et de rapports d'examen médicaux ou d'examen psychiatriques concluant à la

---

<sup>30</sup> CCQ, art. 26 ;

nécessité de cette mise sous garde pour ces deux raisons.

G1.1) Tous les professionnels concernés documentent l'absence de consentement de l'utilisateur et de danger pour lui-même et/ou pour autrui en raison de son état mental au dossier.

G2) CONSIGNE : Bien que la loi permette la garde forcée d'un usager parce qu'il représente un danger pour lui-même et/ou pour autrui en raison de son état mental, elle ne permet pas pour autant que des soins soient fournis à cet usager sans son consentement, sauf s'il s'agit de soins d'urgence ou d'hygiène<sup>31</sup> ou d'examens prévus par le tribunal dans l'ordonnance de garde. Ainsi, tout traitement ou autre soin nécessaire requiert le consentement de l'utilisateur mis sous garde.

G2.1) Pour l'utilisateur âgé de moins de 14 ans, le consentement aux soins doit être donné par les parents ou le titulaire de l'autorité parentale.

G2.2) Pour l'utilisateur inapte à consentir aux soins proposés, le consentement aux soins doit être donné par son tuteur ou son mandataire, ou si l'utilisateur n'est pas ainsi représenté, par son conjoint, ou à défaut, par un proche parent ou une personne qui démontre pour cet usager un intérêt particulier, pour autant que l'utilisateur ne refuse pas catégoriquement les soins proposés.

G2.3) Pour tout usager inapte à consentir aux soins qui opposerait un refus catégorique aux soins proposés, le CIUSSS de l'Ouest- de-l'Île-de-Montréal devra obtenir auprès de la Cour supérieure une ordonnance pour autorisation de soins.

G3) CONSIGNE : Aucune mesure de « garde à distance » ou de « liberté provisoire » n'est prévue dans le cadre législatif, d'où l'interdiction aux établissements d'y recourir, et ce, quelles que soient les circonstances ou la situation. Cela signifie que lors de tout déplacement d'un usager mis sous garde, en dehors de l'unité de soins où il est gardé, jugé impératif pour des raisons familiales, de santé, d'obligations administratives ou autres, cet usager doit être accompagné d'au moins un membre du personnel du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

G3.1) L'accompagnement doit se faire par la personne désignée par l'infirmière ou le professionnel de l'utilisateur. La personne ainsi désignée doit être un employé du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (préposé aux bénéficiaires ou gardien sécurité) et ne peut être un membre de la famille ou même le représentant légal.

## 11.2.Prise en charge dans le cadre de ce protocole

G4) CONSIGNE : Dès l'arrivée de l'utilisateur au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, procéder à une prise en charge appropriée à sa situation, notamment au chapitre des mesures de surveillance et de sécurité, et noter dans son dossier la date et l'heure où sa prise en charge devient effective.

G4.1) La date et l'heure de la prise en charge de l'utilisateur amené pour dangerosité envers lui-même ou autrui correspondent à la date et heure où l'infirmière du triage prend contact avec lui.

G4.2) L'infirmière de l'utilisateur fait l'évaluation initiale et les préposés en assurent la surveillance.

La prise en charge (PEC) par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal d'un usager amené pour dangerosité à l'urgence est effective dès le premier contact avec l'infirmière du triage. L'infirmière de triage est responsable de rapidement recueillir les informations pertinentes et nécessaires auprès de lui et/ou des personnes qui l'accompagnent le cas échéant, pour justifier sa mise sous garde dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Si l'utilisateur est amené par un agent de la paix en vertu de l'**article 8 de la LPP** parce qu'il représente un **danger grave et immédiat** pour lui-même et/ou pour autrui en raison de son état mental, sa prise en charge par le personnel doit débuter **dès son arrivée au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**. La section *Garde préventive – Danger grave et immédiat* notamment dans les consignes **U1) à U14)**, présente en détail les particularités associées à la prise en charge de cette

---

<sup>31</sup> CCQ, art. 16 ;

situation.

Si l'utilisateur est amené par un agent de la paix en vertu **d'une ordonnance de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique délivrée par un tribunal**, sa prise en charge par le personnel du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'effectue selon **les modalités convenues à l'avance** avec cet agent de la paix, dans le cadre du protocole d'entente intersectorielle conclue entre le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et les services de la Sécurité publique du territoire. La section *Garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique*, notamment dans les consignes **E1) à E13)**, présente en détail les particularités associées à la prise en charge de cette situation.

Si l'utilisateur est venu **de lui-même**, accompagné ou non, en raison **d'une ordonnance de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique délivrée par un tribunal**, sa prise en charge par le personnel du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'effectue dès que possible, suivant l'urgence de la situation ou, si un avis a été reçu à l'avance par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, selon les modalités convenues avec la personne à l'origine de cet avis. La section *Garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique*, notamment dans les consignes **E1) à E13)**, présente en détail les particularités associées à la prise en charge de cette situation.

Si l'utilisateur est amené dans une des installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal à la suite d'un **transfert inter établissements** alors qu'il est déjà mis sous garde, sa prise en charge s'effectue suivant **les modalités contenues dans ledit formulaire de transfert et sa garde se continue, sans interruption ou « remise à zéro »**. Consulter les sections mentionnées ci-haut s'il s'agit de maintenir une garde préventive ou d'exécuter une garde provisoire (évaluation psychiatrique). S'il s'agit de maintenir une garde autorisée, la section *Garde autorisée en vertu de l'article 30 du CCQ*, notamment dans les consignes **R1) à R6)**, présente en détail les particularités associées à l'exécution d'une garde autorisée (parfois appelée garde « régulière »). Il faut s'assurer qu'une copie du dossier de l'utilisateur mis sous garde l'accompagne et suivre les consignes définies dans la politique et les procédures en matière de transferts inter établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Si l'utilisateur est venu dans une des installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal **de lui-même**, accompagné ou non, **ou** si l'utilisateur **est déjà pris en charge** par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal au cours d'une période de soins, sa mise sous garde devient effective **au moment où un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée le cas échéant exerçant dans une des installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal délivre un avis médical (formulaire OMO -163 Avis au DMSP)** qui indique que sa mise sous garde préventive est nécessaire **ou au moment où le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal obtient une ordonnance** de mise sous garde provisoire ou autorisée délivrée par un tribunal. Voir les sections et les consignes qui s'appliquent à son cas.

### 11.3. Généralités d'application du protocole

Les généralités qui suivent s'appliquent indépendamment du type de mise sous garde en cause. Elles doivent être suivies et respectées durant toute la durée de la période de mise sous garde.

#### 11.3.1 Documenter l'absence de consentement

G5) CONSIGNE : Protéger le droit à l'intégrité de l'utilisateur visé en recherchant activement sa collaboration et son consentement libre et éclairé à être gardé, évalué et traité, puis noter dans son dossier le résultat, la date et l'heure de cette action à réaliser au moins au moment de sa prise en charge, puis, s'il y a lieu, à chaque nouvelle étape du processus légal.

G5.1) Privilégier le professionnel qui a un lien thérapeutique avec l'utilisateur.

Avant d'appliquer le protocole et d'entreprendre ou de poursuivre toute démarche visant à garder un utilisateur contre son gré, le personnel doit s'assurer de **respecter le droit à l'intégrité de celui-ci**.

Pour ce faire, il doit **en tout temps informer cet usager** des motifs justifiant sa mise sous garde, notamment quant au danger pour lui-même et/ou pour les autres qu'il représente en raison de son état mental, l'absence d'autre moyen ou parce qu'il refuse tout autre moyen de contrôle de ce danger, puis rechercher activement son consentement à rester dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-

Montréal pour y être évalué et éventuellement, s'il y consent toujours, y être soigné.

Des preuves à l'appui de cette recherche active de consentement doivent être recueillies tout au long de l'application du protocole, **parce que ce n'est qu'en cas de refus ou d'incapacité à consentir de la part de l'utilisateur qu'une mise sous garde peut être engagée ou poursuivie.**

**INAPTITUDE** : Si l'absence de consentement résulte de l'inaptitude de l'utilisateur, cette inaptitude doit être confirmée par le médecin et documentée dans le dossier de l'utilisateur. Une recherche visant à retrouver un éventuel représentant légal susceptible de consentir pour lui doit être faite dans le registre public des mesures de représentation du Curateur public.

G6) **CONSIGNE : Rechercher, dans le registre public des mesures de représentation du Curateur public,**<sup>32</sup> la présence d'un représentant légal auprès de l'utilisateur inapte à consentir, puis noter dans son dossier le résultat, la date et l'heure de cette action. Dans tous les cas d'inaptitude à consentir, il faut s'assurer d'aviser le représentant légal ou, à défaut, le Curateur public. Se référer aux consignes G12) à G15), qui traitent des avis au représentant légal, le cas échéant.

G6.1) **En contexte de salle d'urgence**, à l'arrivée de l'utilisateur, au moment de la PEC par l'établissement, dès la fin du triage, lors de l'inscription de l'utilisateur, l'agente administrative du bureau d'admission effectue une recherche dans le registre public des mesures de représentation du Curateur public.

**(Accéder au Registre public des mesures de représentation - Curateur public du Québec).** Le personnel clinique doit en être informé selon la procédure d'admission.

G6.2) **En contexte où l'utilisateur se trouve à l'unité de soins** L'ASI / l'ACI / l'INF de l'utilisateur demande à l'agent administratif de l'unité d'effectuer une recherche dans le registre public des mesures de représentation du Curateur public. **(Accéder au Registre public des mesures de représentation - Curateur public du Québec).** L'agent administratif informe le personnel clinique de la présence ou non d'une mesure de représentation pour l'utilisateur.

G6.3) L'ASI / l'ACI / l'INF de l'utilisateur la section validation de la mesure de représentation du formulaire **FEUILLE DE CHEMINEMENT GARDE PRÉVENTIVE**, et le verse au début de la section légale au dossier de l'utilisateur.

Le consentement substitué à une garde dans une des installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ne peut être donné que par le **titulaire de l'autorité parentale** ou, lorsque l'utilisateur est majeur et qu'il ne peut manifester sa volonté, par son **mandataire** ou son **tuteur**, pourvu que la personne ne s'y oppose pas.

Ce n'est qu'en cas d'absence de représentant légal ou d'impossibilité à obtenir son consentement substitué ou en cas d'opposition de la personne inapte au consentement de son représentant légal que la garde contre son gré de l'utilisateur inapte doit être engagée ou maintenue.

**Avertissement : Dès que l'utilisateur consent à rester au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour y être évalué (évaluation psychiatrique) ou pour y recevoir des soins et des services auxquels il a consenti ou dès qu'un médecin atteste que la garde n'est plus nécessaire, le processus légal de mise sous garde prend fin, la garde est levée, sans autre formalité, l'utilisateur en est immédiatement informé, puis libéré de cette garde en faveur, s'il y a lieu, des soins auxquels il a consenti. Procéder alors à la levée de la garde en appliquant les consignes G33) à G37).**

<sup>32</sup> Le registre public des mesures de représentation du Curateur public peut être consulté en ligne à l'adresse suivante : <https://www.quebec.ca/justice-et-etat-civil/registres-legaux/registre-public-mesures-representation>. Il est également possible d'obtenir l'information par téléphone en contactant l'un des bureaux du Curateur public ou son service des renseignements généraux. Pour savoir si une personne visée par une mesure de représentation a un représentant légal, il faut connaître son nom et sa date de naissance ;

« Dès lors, si une personne est, en vertu de la loi, amenée contre son gré dans un établissement, mais qu'elle consent par la suite à y être gardée et à y être évaluée afin que lui soient proposés les soins requis par son état de santé, il n'y a pas lieu d'amorcer le processus judiciaire de mise sous garde forcée (provisoire ou autorisée). La garde de la personne devrait alors être considérée comme un soin auquel elle consent. Si le recours au processus judiciaire de garde forcée est déjà entamé lorsque la personne exprime son consentement à être gardée, il y a alors lieu d'y mettre fin et de fournir à cette personne les soins requis par son état de santé. »<sup>33</sup>

G7) CONSIGNE : Dès qu'un consentement à rester dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour y être évalué (évaluation psychiatrique en vue de déterminer la nécessité de la garde) est obtenu de l'utilisateur ou auprès de son représentant légal, valider l'étendue de sa compréhension de ce consentement à l'aide du formulaire de **CONSENTEMENT À LA GARDE EN VUE D'UNE ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE**. Si l'utilisateur y est disposé, lui faire signer ce formulaire, en verser une copie à son dossier, puis procéder à la levée de la garde. Il faut alors se référer à la section relative à la levée de la garde et suivre le protocole en appliquant les consignes **G33) à G37)**. S'il est impossible d'obtenir la signature de l'utilisateur, il faut s'assurer qu'une note dans son dossier atteste qu'il a reçu toutes les informations nécessaires à l'obtention de son consentement libre et éclairé à une évaluation psychiatrique. À défaut de consentement, continuer de suivre le protocole en appliquant les consignes **G9)** et suivantes.

G8) CONSIGNE : Si, en cours de processus, l'utilisateur qui avait au départ consenti à l'évaluation psychiatrique visant à déterminer la nécessité de sa garde décide de ne plus y consentir, procéder, si le danger est grave et immédiat, à une mise sous garde préventive en appliquant les consignes **U9)** à **U14)**. Sinon, procéder à une demande de garde provisoire conformément à l'article 27 du CCQ. Cette ordonnance pourra notamment autoriser un agent de la paix à ramener l'utilisateur au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal si celui-ci refuse de s'y rendre par lui-même. Il faut appliquer la consigne **E2)** relative à la demande de garde, puis se référer à la section Garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique et appliquer les consignes **E3)** à **E13)** par la suite, s'il y a lieu.

### 11.3.2 Documenter le danger

G9) CONSIGNE : Verser au dossier de l'utilisateur mis sous garde une description détaillée des faits et des motifs de danger à l'appui de l'exécution ou du maintien de cette garde, notamment tout avis médical ou rapport d'examen psychiatrique concluant à sa nécessité [Section légale]. Les formulaires **AH108 – RAPPORT D'EXAMEN PSYCHIATRIQUE, AVIS AU DIRECTEUR MÉDICAL ET DES SERVICES PROFESSIONNELS** et **AVIS MÉDICAL EN VUE D'UNE DEMANDE D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE**, présentés en annexe, peuvent être utilisés pour documenter le danger.

G9.1) Une note détaillée doit être versée au dossier par le médecin ou le psychiatre de l'urgence.

Avant d'appliquer le présent protocole et d'entreprendre ou de poursuivre toute démarche visant à mettre un usager sous garde ou pour justifier le maintien d'une mise sous garde, le personnel doit s'assurer de **documenter la nature, la présence et la persistance d'un danger sérieusement préjudiciable à l'utilisateur ou à autrui et dont l'occurrence est fort probable à court ou moyen terme si l'état mental de l'utilisateur ne s'améliore pas.**

Pour ce faire, tout avis médical, notamment les rapports d'examen psychiatrique, concluant à la nécessité d'une mise sous garde, doit figurer au dossier de l'utilisateur et contenir une description détaillée des faits et des motifs de danger à l'appui de l'exécution ou du maintien d'une telle garde.

<sup>33</sup> QUÉBEC. MSSS, op. cit., p. 6-7 ;



**Avertissement : Dès qu'un avis médical, y compris un rapport d'examen psychiatrique, atteste ou conclut qu'il n'y a plus de danger suffisant pour justifier la nécessité d'une garde, le processus légal de mise sous garde prend fin, la garde est levée, sans autre formalité, l'usager en est immédiatement informé puis libéré. Procéder alors immédiatement à la levée de la garde en appliquant les consignes G33) à G37).**

### 11.3.3. Aviser le directeur médical et des services professionnels

G10) CONSIGNE : Une fois que la PEC est effective, faire remplir par le médecin traitant le formulaire **AVIS AU DIRECTEUR MÉDICAL ET DES SERVICES PROFESSIONNELS**, et envoyer une copie au bureau du DMSP, verser l'original au dossier de l'usager sous garde [Section légale], puis noter dans son dossier la date et l'heure de cet envoi.

G10.1) L'agent administratif ou une autre personne désignée du service numérise les formulaires et les achemine par courriel à la DMSP : [DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca)

Cet avis au DMSP de la part du médecin est **obligatoire** pour tous les types de garde, parce que c'est lui qui permet à la direction du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal d'être formellement informée qu'elle a des obligations légales à l'égard de l'usager mis sous garde, notamment quant à la protection des droits et des recours de ce dernier. À défaut de DMSP, l'avis est envoyé à la personne qui assume la présidence et la direction générale (PDG) du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Dès la réception de cet avis, le bureau du DMSP s'assure d'aviser à son tour la DCRPAJ du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, laquelle est responsable de s'assurer du respect des procédures et des délais légaux impartis par la loi pour engager, maintenir ou prolonger toute mise sous garde dans le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

G11) CONSIGNE : Dès la réception de l'avis au bureau du DMSP, celui-ci informe la DCRPAJ de la présence d'un usager mis sous garde, lui transmet toute l'information pertinente à l'application des procédures légales et travaille en collaboration avec elle, tant que la garde est maintenue. Cette transmission s'effectue en temps réel au moment d'ouvrir un épisode de soins dans le registre électronique de GEE par l'agente administrative de la DMSP et est reçu par la secrétaire juridique de la DCRPAJ.

En plus des articles 4 et du deuxième alinéa de l'article 7 de la Loi, où le DMSP est nommément désigné, la loi désigne le plus souvent « l'établissement [de santé ou de services sociaux] », sans autres précisions, dans plusieurs de ses articles. Il revient donc au DMSP, en collaboration avec la DCRPAJ et le personnel soignant du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, de partager ces obligations et responsabilités avec ses collaborateurs.

### 11.3.4. Aviser le représentant légal

« L'établissement doit aviser, s'il s'agit d'un mineur, le titulaire de l'autorité parentale ou, à défaut, le tuteur ou, s'il s'agit d'un majeur représenté, le mandataire ou le tuteur :

1. De la décision d'un médecin de mettre cette personne sous garde préventive en vertu de l'article 7 ;
2. De la nécessité de continuer la garde, à la suite de chacun des examens prévus à l'article 10 ;
3. De chaque demande présentée au Tribunal administratif du Québec en vertu de l'article 21, dont il est informé ;
4. De la fin de la garde.

L'avis doit être écrit, sauf celui visé au paragraphe 1°. »<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 19 ;



G12) CONSIGNE : Aviser, s'il s'agit d'un mineur, le titulaire de l'autorité parentale ou, à défaut, le tuteur ou, s'il s'agit d'un majeur représenté, le mandataire ou le tuteur, de la décision d'un médecin de mettre l'usager représenté sous garde préventive en vertu de l'article 7 de la Loi<sup>35</sup>, puis noter dans son dossier la date et l'heure de cette action.

G12.1) Cet avis peut se faire verbalement par le médecin en fonction, à l'exclusion d'un avis à transmettre au Curateur public, qui doit se faire par écrit (voir les sous-consignes G12.2 et G12.3)

G12.2) Lorsqu'il s'agit d'un usager majeur représenté par le Curateur public, l'équipe de soins doit en aviser le DMSP au moment de la transmission de l'**AVIS AU DIRECTEUR MÉDICAL ET DES SERVICES PROFESSIONNELS** afin qu'une copie de cet avis soit envoyée au bureau du Curateur public par l'agent administratif désigné, au bureau de la DMSP. L'envoi s'effectue sur le portail du Curateur public sur la plateforme électronique utilisée pour la transmission des procédures judiciaires.

G12.3) Lorsqu'il s'agit d'un usager majeur inapte à consentir aux soins non représenté (aucun représentant légal, conjoint, proche parent et/ou tiers intéressé, au sens de l'article 15 du CCQ), l'équipe de soins doit en aviser le DMSP au moment de la transmission de l'**Avis au DMSP** (garde préventive), afin qu'une copie de cet avis soit envoyée au bureau du Curateur public par l'agent administratif désigné, au bureau de la DMSP. L'envoi s'effectue sur le portail du curateur publique sur la plateforme électronique utilisé pour la transmission des procédures judiciaires.

G13) CONSIGNE : Aviser par écrit le représentant légal, s'il y a lieu, de toute demande dont le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été informé, faite au TAQ par l'usager représenté mis sous garde, verser une copie de cet avis à son dossier [Section légale], puis y noter la date et l'heure de l'envoi de cet avis au représentant légal. Utiliser le formulaire **AVIS AU REPRÉSENTANT LÉGAL DE LA PERSONNE MISE SOUS GARDE EN ÉTABLISSEMENT**.

G13.1) Les Affaires juridiques avisent par écrit le représentant légal et envoient la copie de l'avis au service concerné pour qu'il y soit versé au dossier de l'usager. L'agent administratif désigné inscrit au dossier des Affaires juridiques la date et l'heure de l'envoi.

G14) CONSIGNE : Aviser par écrit le représentant légal, s'il y a lieu, de toute décision de continuer la mise sous garde de l'usager représenté, à la suite de chacun des examens psychiatriques périodiques prévus au 21<sup>e</sup> jour d'une mise sous garde autorisée, puis tous les trois mois par la suite, verser une copie de chacun de ces avis à son dossier [Section légale], puis y noter la date et l'heure de l'envoi de chacun de ces avis au représentant légal. Utiliser le formulaire **AVIS AU REPRÉSENTANT LÉGAL DE LA PERSONNE MISE SOUS GARDE EN ÉTABLISSEMENT**.

G14.1) Le médecin, l'infirmière ou le professionnel de l'usager avise verbalement le représentant légal.

G14.2) L'agent administratif ou une autre personne désignée du service numérise le formulaire et les achemine à l'adresse courriel : Affaires juridiques à [legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 7307).

G14.3) Les Affaires juridiques envoient l'avis écrit au représentant légal selon la procédure.

G15) CONSIGNE : Aviser par écrit le représentant légal, s'il y a lieu, de la fin de la garde de l'usager représenté, verser une copie de cet avis à son dossier (**Formulaire OMO-159 Avis de levée de garde en établissement**) [Section légale], puis y noter la date et l'heure de l'envoi de cet avis au représentant légal. Utiliser le formulaire **AVIS AU REPRÉSENTANT LÉGAL DE LA PERSONNE MISE SOUS GARDE EN ÉTABLISSEMENT**.

---

<sup>35</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 19;

G15.1) Le médecin avise verbalement le représentant légal ou le tiers intéressé, au sens de l'article 15 du CCQ, dès la levée de tout type de garde.

G15.2) Pour la levée de toute garde, l'agent administratif ou une autre personne désignée du service, numérise le formulaire et l'achemine aux adresses courriels :

**En contexte de garde préventive :** DMSP [DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca)  
(Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 6115)

**En contexte de garde provisoire et autorisée :** aux Affaires juridiques à [legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 7307).

G15.3) L'agent administratif désigné au bureau du DMSP, avise le Curateur public ou le représentant légal, de la levée de la garde, seulement lorsqu'il s'agit d'une garde préventive, en envoyant une copie du formulaire Avis de levée de la garde au bureau du Curateur public ou au représentant légal.

G15.4) La secrétaire juridique désignée aux Affaires juridiques, avise le Curateur public ou le représentant légal, de la levée de la garde, seulement lorsqu'il s'agit d'une garde provisoire ou autorisée, en envoyant une copie du formulaire Avis de levée de la garde au bureau du Curateur public. Les Affaires juridiques envoient l'avis écrit au représentant légal, lorsqu'il s'agit de la levée d'une garde provisoire ou autorisée.

### 11.3.5. Documenter le respect des droits et des recours

Tout usager mis sous garde a des droits et des recours nommément reconnus dans la Loi. À ces droits et recours s'ajoutent les droits et les recours reconnus dans la LGSSSS<sup>36</sup> et dans la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. R-22.1) à tout usager du RSSS.

#### Droit à l'information

En matière de garde en établissement, les droits et les devoirs d'information sont couverts dans la section « Information » du chapitre III de la Loi et dans divers articles du CPC relatifs à la signification et à la notification de la procédure aux parties concernées<sup>37</sup>, à l'accès aux documents déposés en preuve<sup>38</sup> et à la présence à l'audience de la personne visée<sup>39</sup>.

Pour soutenir l'exercice du droit à l'information, la « **Trousse d'information** » conçue spécifiquement à l'intention des usagers mise sous garde doit leur être remise. La section **Trousse d'information** de l'annexe du présent document fournit une description détaillée du contenu de cette trousse. De plus des dépliants explicatifs son mis à la disposition des professionnels afin de les remettre à l'utilisateur lors de sa mise sous garde (Garde préventive, Garde provisoire, Garde autorisée).

G16) CONSIGNE : Dès sa PEC par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, ou dès que l'utilisateur semble être en mesure de comprendre ces renseignements, il faut l'informer du lieu où il est gardé, du motif de cette garde et du droit qu'il a de communiquer immédiatement avec ses proches et avec un avocat<sup>40</sup>, puis noter dans son dossier la date et l'heure de cette action.

G16.1) CONSIGNE : **Garde préventive :** Le médecin avise l'utilisateur de sa mise sous garde incluant les motifs et l'informe de ses droits. Il lui remet le dépliant explicatif Garde préventive. L'infirmière et les professionnels de la santé peuvent répondre aux questions.

<sup>36</sup> Notamment ceux prévus dans les articles 7 à 21, 671 et suivants ;

<sup>37</sup> CPC, art. 393 et 396;

<sup>38</sup> CCQ, art. 29;

<sup>39</sup> CPC, art. 391 et 392;

<sup>40</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 15 ;

G17) CONSIGNE : **Garde provisoire et autorisée** : L'infirmier ou un professionnel de l'usager remet à cet usager mis sous garde sa **Trousse d'information**, le dépliant explicatif garde provisoire ou garde autorisée ainsi que la copie du jugement, puis noter la date et l'heure de cette action dans son dossier. Il faut s'assurer que l'usager comprend les informations transmises.

**MINEUR ET MAJEUR INAPTE** : Si l'usager sous garde est incapable de comprendre l'une ou l'autre des informations transmises, ces informations sont transmises à son représentant légal, le cas échéant, ou, à défaut d'un tel représentant, les informations sont données à un tiers intéressé, au sens de l'article 15 du CCQ<sup>41</sup>.

G18) CONSIGNE : Signifier à l'usager âgé de 14 ans et plus, au moins 2 jours (dans la mesure du possible) avant sa présentation, toute demande au tribunal visant à engager ou à prolonger sa mise sous garde dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une telle évaluation<sup>42</sup>, en la lui remettant en mains propres. Joindre à la signification un avis conforme au Modèle du ministre de la Justice.

G18.1) Les Affaires juridiques signifient à l'usager concerné toute demande de mise sous garde faite au tribunal dans les délais requis selon la procédure. À cet effet, un huissier remet en mains propres à l'usager les documents légaux en présence de l'infirmière, laquelle place une copie de ces documents au dossier.

**MINEUR et MAJEUR INAPTE** : Le titulaire de l'autorité parentale et le tuteur du mineur ainsi que le tuteur, ou Curateur ou mandataire du majeur inapte ou, s'il n'est pas représenté, son conjoint, ou à défaut, un proche parent ou une personne qui démontre pour ce majeur inapte un intérêt particulier doit également recevoir signification de cette demande.

G19) CONSIGNE : Notifier, au moins deux jours (dans la mesure du possible) avant sa présentation au tribunal, toute demande de mise sous garde en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une telle évaluation au titulaire de l'autorité parentale et au tuteur si l'usager est mineur, au tuteur ou au mandataire du majeur ou, s'il n'est pas ainsi représenté, à son conjoint ou à défaut, un proche parent ou à une personne qui démontre un intérêt particulier à son égard. À défaut, la demande et les pièces sont notifiées au Curateur public<sup>43</sup>.

G19.1) Les Affaires juridiques notifient au représentant légal ou, s'il n'est pas ainsi représenté, à son conjoint ou à défaut, à un proche parent ou à une personne qui démontre un intérêt particulier à l'égard de l'usager, toute demande de mise sous garde dans les délais requis, selon la procédure prévue à cet effet.

G19.2) Les Affaires juridiques notifient au Curateur public, lorsqu'un majeur inapte n'est pas représenté légalement ni n'a aucun tiers intéressé, au sens de l'article 15 du CCQ, toute demande de mise sous garde dans les délais requis, selon la procédure prévue à cet effet.

G20) CONSIGNE : Exceptionnellement et seulement s'il y a lieu, documenter, soit dans **l'AVIS MÉDICAL EN VUE D'UNE DEMANDE D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE : GARDE PROVISOIRE**, soit dans le formulaire **AH-108 : RAPPORT D'EXAMEN PSYCHIATRIQUE POUR ORDONNANCE DE GARDE**, la preuve au tribunal que la signification ou la notification serait nuisible à la santé ou à la sécurité de l'usager visé ou d'autrui ou s'il y a urgence. Si une dispense de signification est obtenue, en verser une copie au dossier [Section légale], puis y noter la date et l'heure de cette action. Seul le tribunal peut, s'il considère que cela est justifié, exceptionnellement soustraire de la signification ou de

---

<sup>41</sup> CCQ, art. 15 : « Lorsque l'incapacité d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire ou le tuteur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. » ;

<sup>42</sup> CPC, art. 121, 393 et 396 ;

<sup>43</sup> CPC, art. 396 ;

la notification une demande concernant la mise sous garde d'un usager en établissement<sup>44</sup>.

G20.1) Les Affaires juridiques présentent la demande de dispense au Tribunal conjointement à la présentation de la demande de garde.

G21) CONSIGNE : Le cas échéant, favoriser la présence ou organiser le témoignage à l'audience de tout usager majeur ou mineur apte à témoigner, visé par une demande au tribunal de mise sous garde en établissement, parce que la loi exige qu'il soit entendu personnellement par le tribunal avant que ce dernier ne rende une décision<sup>45</sup>. Exceptionnellement, l'usager visé peut témoigner à distance par un moyen technologique<sup>46</sup> ou son témoignage peut être recueilli par un intermédiaire habilité par le tribunal<sup>47</sup>.

Différents moyens sont mis en place afin de favoriser le témoignage à l'audience tel que précisé au tableau récapitulatif situé en annexe.

G21.1) Des moyens sont mis en place pour favoriser le témoignage à l'audience :

- Informer l'usager de ses droits ;
- Faciliter la communication de l'usager avec un avocat ;
- Lui fournir les coordonnées du Comité des usagers du CIUSSS de l'Ouest-de- l'île-de- Montréal, au besoin ;
- Favoriser la communication avec l'aide juridique, au besoin ;
- Avoir une escorte pour l'accompagner (PAB, Garde de sécurité, ...) ;
- Offrir à l'usager dont l'état psychologique ne permet pas un déplacement sécuritaire vers le tribunal, la possibilité de comparaître par visio-comparution. Une demande écrite doit être transmise aux Affaires juridiques avant 8h00 le matin par courrier électronique à l'adresse [legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131# 7307). **N.B. c'est le Tribunal qui autorisera ou non la visio-comparution. Dans le cas d'une demande rejetée, l'usager devra être accompagné au tribunal dans les plus brefs délais.**

**MAJEUR INAPTE** : Lorsqu'il en va de l'intérêt d'un usager majeur inapte, le juge peut interroger celui-ci là où il réside ou là où il est gardé ou en tout autre lieu qu'il juge approprié<sup>48</sup>.

G22) CONSIGNE : Si, par exception, aucun témoignage de l'usager visé par la demande de mise sous garde n'est produit devant le tribunal, faire la démonstration à ce dernier que cette absence de témoignage dans la cause dont il est saisi est justifiée, en raison d'une impossibilité à faire témoigner cet usager ou du fait qu'il est manifestement inutile d'exiger les observations, l'avis ou le témoignage de celui-ci en raison de l'urgence ou de son état de santé ou parce que cela pourrait être nuisible à sa santé ou à sa sécurité ou à celle d'autrui<sup>49</sup>. Verser une preuve de cette démonstration à son dossier [Section légale], puis y noter la date et l'heure de cette action.

G22.1) Les Affaires juridiques présentent la demande de dispense de témoignage au tribunal lors de l'audience.

#### **Droit à la communication confidentielle**

« Toute communication est permise, en toute confidentialité, entre la personne sous garde et les personnes

---

<sup>44</sup> CPC, art. 123;

<sup>45</sup> CPC, art. 391

<sup>46</sup> CPC, art. 296

<sup>47</sup> CPC, art. 392

<sup>48</sup> CPC, art. 291

<sup>49</sup> CPC, art. 391

de son choix, à moins que le médecin traitant ou une infirmière praticienne spécialisée ne décide, dans l'intérêt de la personne sous garde, de lui interdire ou de restreindre certaines communications. L'interdiction ou la restriction de communication ne peut être que temporaire. Elle doit être formulée par écrit, motivée, remise à la personne sous garde et verser à son dossier. Aucune restriction ne peut toutefois être imposée aux communications entre la personne sous garde et son représentant, la personne habilitée à consentir aux soins requis par son état de santé, un avocat, le Curateur public ou le Tribunal administratif du Québec.

»<sup>50</sup>

G23) CONSIGNE : Indiquer à l'usager le moyen de communication confidentiel mis à sa disposition à proximité du lieu où il est gardé (local privé donnant accès à un téléphone), puis noter dans son dossier la date et l'heure de cette action.

G23.1) Selon le service, préciser le local où l'usager peut communiquer de façon confidentielle.

Dès que possible, le personnel du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal doit indiquer à l'usager mis sous garde le moyen de communication confidentiel qu'il peut utiliser à proximité du lieu où il est gardé (local privé donnant accès à un téléphone). Ce faisant, il doit en outre lui expliquer la marche à suivre pour se prévaloir de ce droit qu'il peut exercer en tout temps sur demande.

**RESTRICTIONS OU INTERDICTIONS DE CERTAINES COMMUNICATIONS** : Si le médecin décide qu'il est dans l'intérêt de l'usager de lui interdire ou de restreindre certaines communications, il ne peut le faire **que de façon temporaire et motivée, puis formuler cet avis par écrit. Cet avis doit être remis à l'usager sous garde et versé à son dossier.** Pour assurer le respect de ces exigences, le formulaire d'**INTERDICTION OU DE RESTRICTION DE CERTAINES COMMUNICATIONS**, reproduit dans l'annexe du présent document, doit être utilisé et versé au dossier de l'usager.

G24) CONSIGNE : Le cas échéant, utiliser le formulaire d'**INTERDICTION OU DE RESTRICTION DE CERTAINES COMMUNICATIONS**, le faire remplir par le médecin puis en verser une copie au dossier de l'usager.

G24.1) Si le médecin décide qu'il est dans l'intérêt de l'usager de lui interdire ou de restreindre certaines communications, le médecin produit aussi une ordonnance médicale à cet effet, en plus de remplir le formulaire d'**INTERDICTION OU DE RESTRICTION DE CERTAINES COMMUNICATIONS**.

G24.2) L'infirmière de l'usager l'indique au PII/PTI et/ou au kardex.

### **Droit au transfert inter-établissements ou inter-installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**

« Une personne sous garde peut, à sa demande, être transférée auprès d'un autre établissement, si l'organisation et les ressources de cet établissement le permettent. Sous cette même réserve, le médecin traitant peut transférer cette personne auprès d'un autre établissement qu'il juge mieux en mesure de répondre à ses besoins. Dans ce dernier cas, le médecin doit obtenir le consentement de la personne concernée, à moins que le transfert soit nécessaire pour assurer sa sécurité ou celle d'autrui. La décision du médecin à cet égard doit être motivée et inscrite au dossier de la personne.

Aucun de ces transferts ne peut avoir lieu sans que le médecin atteste, par un certificat motivé, que selon lui cette mesure ne présente pas de risques sérieux et immédiats pour cette personne ou pour autrui.

Si le transfert a lieu, la garde se continue auprès du nouvel établissement, auquel est transmise une copie

---

<sup>50</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 17;

du dossier de la personne sous garde. »<sup>51</sup>

G25) CONSIGNE : Aviser le médecin traitant de toute demande de transfert dans un autre établissement ou une autre installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, exprimée par l'usager mis sous garde, puis consigner dans son dossier la date et l'heure de cet avis.

G26) CONSIGNE : Rechercher le consentement de l'usager mis sous garde à tout transfert dans un autre établissement ou une autre installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, demandé par le médecin traitant, puis consigner dans son dossier la date, l'heure et le résultat de cette recherche active de consentement.

G27) CONSIGNE : En l'absence de consentement de l'usager mis sous garde à être transféré dans un autre établissement ou une autre installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, à la demande du médecin, demander à celui-ci de motiver, et d'inscrire dans son dossier, la nécessité d'un tel transfert pour assurer la sécurité de l'usager mis sous garde et celle d'autrui.

G28) CONSIGNE : Pour tout transfert, faire remplir par le médecin traitant le **CERTIFICAT MÉDICAL DE TRANSFERT SÉCURITAIRE** attestant que celui-ci ne présente aucun risque sérieux et immédiat pour l'usager sous garde ou pour autrui, puis en verser une copie au dossier.

G29) CONSIGNE : Si le transfert est effectué, suivre les consignes contenues dans la politique et les procédures en matière de transferts inter établissements<sup>52</sup> du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

G29.1) Le personnel concerné applique les consignes de la politique de transfert inter-établissements.

G29.2) L'ASI / AIC / INF en charge est impliqué dans l'organisation du transfert.

G30) CONSIGNE : En cas de transfert dans un autre établissement ou une autre installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal de l'usager mis sous garde, faire suivre une copie de son dossier à l'établissement destinataire, puis consigner dans son dossier la date et l'heure de cette transmission.

G31) CONSIGNE : Dans le cas où un usager est transféré à une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal en provenance d'un autre établissement, une copie du dossier médical de l'usager incluant les documents en lien avec le suivi de la garde en établissement doit être fournie au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

G31.1) L'ASI / AIC / INF de liaison en charge est impliqué dans l'organisation du transfert demande à l'établissement effectuant le transfert que les copies des notes, rapports d'examen psychiatrique, jugements soient acheminés avec le résumé de dossier et demande le numéro de contact pour la personne ressource en cas de document manquants.

G31.2) Dès l'arrivée dans nos installations l'agent administratif ou une autre personne désignée du service (INF, ASI AIC), numérise le document relatif à la garde en établissements (demande de garde préventive, demande de garde provisoire, jugement) et les achemine IMMÉDIATEMENT aux adresses courrielles :

DMSP [DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 6115) aux Affaires juridiques à [legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131# 7307).

## **Droit de recours au Tribunal administratif du Québec**

<sup>51</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 11

<sup>52</sup> « L'Entente pour l'orientation des utilisateurs de services en santé mentale entre les centres hospitaliers, incluant les départements d'urgence » entériné à l'assemblée des chefs le 28 mai 2009



Le maintien d'une garde ou d'une décision prise en vertu de la Loi peut être contesté(e) devant le Tribunal administratif du Québec (TAQ) par l'utilisateur lui-même, par son représentant, son conjoint, son proche parent ou par toute personne qui démontre à son égard un intérêt particulier<sup>53</sup>. À cette fin, il suffit d'adresser une lettre au TAQ exposant l'objet et les motifs de la contestation. Le TAQ peut aussi agir d'office et réviser le maintien de toute mise sous garde ou toute décision concernant une personne sous garde, prise en vertu de la LPP. Le recours au TAQ ou son intervention d'office ne suspend pas la garde ou l'exécution de la décision, à moins qu'il n'en décide autrement. Enfin, l'établissement doit, lorsque le TAQ le requiert, lui transmettre le dossier complet de l'utilisateur mis sous garde<sup>54</sup>.

G31) CONSIGNE : Informer l'utilisateur de son droit de contester sa mise sous garde ou toute décision prise en vertu de la Loi devant le TAQ. Lui remettre une copie du formulaire **DEMANDE DE CONTESTATION AUPRÈS DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC** en lui précisant qu'en cas d'insatisfaction du traitement de sa demande par le TAQ, il peut porter plainte auprès du Protecteur du citoyen. Au besoin, la diriger vers le commissaire aux plaintes du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, puis noter dans son dossier la date et l'heure de cette action.

G31.1) Les intervenants désignés fournissent le soutien et l'accompagnement et dirigent l'utilisateur vers les instances suivantes, le cas échéant :

- Comité des usagers du Centre intégré de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
- Groupe régional de défense des droits
- Protecteur du citoyen

### 11.3.6. Soutenir l'exercice des droits et des recours

Parce qu'il arrive souvent que les usagers mise sous garde présentent une certaine vulnérabilité en raison de leur état mental perturbé, il convient de mettre à leur disposition des mesures adaptées susceptibles de renverser les obstacles à l'exercice de leurs droits et de leurs recours.

Parmi les mesures qui favorisent l'exercice des droits et des recours des usagers, celles qui consistent à donner accès en temps opportun à une information adaptée et à accompagner et à assister la personne qui en a besoin figurent au nombre des actions à privilégier<sup>55</sup>. Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal doit donc indiquer quel service ou quel membre du personnel est responsable d'accompagner ou d'assister l'utilisateur mis sous garde qui en a besoin dans l'exercice de ses droits et de ses recours. À cet égard, le comité des usagers du Centre intégré de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ou le commissaire aux plaintes et à la qualité des services peuvent être mis à contribution.

G32) CONSIGNE : Indiquer à l'utilisateur mis sous garde qu'il peut être soutenu et accompagné dans l'exercice de ses droits et de ses recours et, s'il souhaite se prévaloir de cette aide, lui fournir le soutien, l'assistance et le matériel nécessaires (explications, papier, crayon, enveloppe, timbre, téléphone, etc.), puis noter dans son dossier la date et l'heure de cette action.

G32.1) Le responsable identifié a l'obligation de fournir le soutien et l'accompagnement à l'utilisateur mis sous garde en collaboration avec les instances précitées.

## 11.4 Particularités dans l'application du protocole selon le type de mise sous garde

### 11.4.1 Garde préventive - Danger grave et immédiat

L'arrivée, au service des urgences d'une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, d'une personne amenée contre son gré par un agent de la paix en vertu de l'article 8 de la Loi (généralement un policier), parce qu'elle représente **un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental** constitue une urgence médicale au sens de l'article 10 de la LGSSS<sup>56</sup>.

<sup>53</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 21

<sup>54</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 22;

<sup>55</sup> QUÉBEC. MSSS, 2018, op. cit., p. 10

<sup>56</sup> RLRQ, c. G-1.021, art. 10 : « Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins. » ;

Cette urgence médicale impose au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal **l'obligation d'agir immédiatement**, soit dès l'arrivée de cette personne<sup>57</sup>, pour la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive conformément à l'article 7 de la Loi.

Suivant la loi, l'agent de la paix demeure responsable de cette personne jusqu'à ce que celle-ci soit prise en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal<sup>58</sup>. Le transfert de responsabilité entre l'agent de la paix et le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal devient effectif lorsque l'échange de l'information pertinente et nécessaire entre l'agent de la paix et le personnel infirmier affecté au triage est terminé et que l'évaluation au triage est achevée. L'agent de la paix est alors libéré de sa responsabilité et peut quitter le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal à moins qu'il ne décide que sa présence est nécessaire pour assurer la sécurité des lieux, en soutien aux mesures de sécurité que le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est tenu de mettre en place. Un délai maximal de soixante minutes paraît suffisant pour assurer que la prise en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal soit effective et libérer l'agent de la paix de sa responsabilité.

U1) CONSIGNE : Dès son arrivée, prendre en charge l'usager amené par un agent de la paix (policier) pour le faire examiner sans délai par un médecin. Au besoin, consulter la section B.4.2 du Guide de gestion de l'urgence<sup>59</sup> pour connaître les modalités d'accueil prévues pour ce groupe particulier d'usagers au service des urgences.

U2) CONSIGNE : Aviser immédiatement le médecin responsable du service des urgences de l'arrivée d'un usager dangereux sous la garde d'un agent de la paix, puis noter dans le dossier de cet usager l'heure, la date et les circonstances de son arrivée au service des urgences.

U2.1) L'infirmière au triage contacte immédiatement le médecin en fonction à l'urgence et l'avise de l'arrivée d'une personne amenée contre son gré par un agent de la paix en vertu de l'article 8 de la Loi.

U2.2) Le médecin priorise l'évaluation de l'usager amené parce qu'il est jugé qu'il représente un danger pour lui-même ou pour autrui.

U3) CONSIGNE : En cas de débordement du service des urgences ou en cas d'organisation ou de ressources inadéquates<sup>60</sup>, il revient au médecin responsable du service des urgences de statuer rapidement sur la nécessité de transférer un usager dangereux amené par un agent de la paix dans un autre établissement ou dans une autre installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, en s'assurant que ce transfert ne comporte aucun risque pour la santé ou la sécurité de cet usager ou d'autrui. Lorsqu'il a lieu, le transfert doit être effectué en conformité avec la politique et les procédures en matière de transferts inter-établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

U4) CONSIGNE : Procéder immédiatement à l'évaluation au triage en fonction des critères de l'ETG et prendre toutes les mesures nécessaires au contrôle du danger grave et immédiat (surveillance, sécurité, mesures de contrôle). Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est autorisé à agir dans les limites de l'article 13 du CCQ<sup>61</sup> et si des mesures de contrôle doivent être appliquées, il doit le faire conformément à l'article 393 de la LGSSSS et au protocole d'application des mesures de contrôle - contention, isolement et substances chimiques du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

U4.1) L'infirmière du triage enregistre les résultats de l'évaluation, date et heure.

U4.2) L'infirmière applique les mesures de contrôle appropriées, si nécessaire, selon le protocole

---

<sup>57</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 8, al. 2

<sup>58</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 14, al. 2

<sup>59</sup> QUÉBEC. MSSS, Guide de gestion de l'urgence, Gouvernement du Québec, 2025 [Guide de gestion des urgences - Professionnels de la santé - MSSS](#) ;

<sup>60</sup> « L'Entente pour l'orientation des utilisateurs de services en santé mentale entre les centres hospitaliers, incluant les départements d'urgence » entériné à l'assemblée des chefs le 28 mai 2009 ;

<sup>61</sup> CCQ, art. 13 al. 1 : « En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. » ;

précité.

U4.3) **Rechercher, dans le registre des mesures de représentation du Curateur public**, la présence d'un représentant légal auprès de l'usager inapte à consentir, puis noter dans son dossier le résultat, la date et l'heure de cette action. Dans tous les cas d'inaptitude à consentir, il faut s'assurer d'aviser le représentant légal ou, à défaut, le Curateur public. Se référer aux consignes **G12)** à **G15)**, qui traitent des avis au représentant légal, le cas échéant.

(U4.3.1) **En contexte de salle d'urgence**, à l'arrivée de l'usager, au moment de la PEC par l'établissement, dès la fin du triage, lors de l'inscription de l'usager, l'agente administrative du bureau d'admission effectue une recherche dans le registre public des mesures de représentation du Curateur public. (**Accéder au Registre public des mesures de représentation - Curateur public du Québec**). Le personnel clinique doit en être informé selon la procédure d'admission.

U5) CONSIGNE : Recueillir toute l'information pertinente au sujet de la situation de l'usager et du danger grave et immédiat qu'elle représente, auprès de l'agent de la paix et, s'il y a lieu, auprès de l'intervenant du SASC ou du personnel paramédical qui les accompagne, notamment tout rapport d'événement ou rapport d'intervention en situation de crise rédigé par l'un ou l'autre de ces intervenants, puis les verser au dossier de l'usager visé.

U6) CONSIGNE : S'informer, auprès de l'agent de la paix, du statut légal de l'usager amené, à savoir s'il doit être détenu ou hébergé ailleurs et si des moyens doivent être pris par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour le confier à une personne responsable du lieu de détention ou d'hébergement lorsqu'il cessera d'être sous garde au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal<sup>62</sup>, puis noter dans son dossier le résultat, la date et l'heure de cette action.

U7) CONSIGNE : Favoriser, par tout moyen approprié, une rencontre en présence entre le médecin affecté à l'examen médical de l'usager jugé dangereux et l'agent de la paix et, s'il y a lieu, l'intervenant du SASC ou du personnel paramédical ou de toute personne qui les accompagne.

U8) CONSIGNE : Une fois toute l'information pertinente recueillie auprès de l'agent de la paix, l'informer que la prise en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est devenue effective et du fait qu'il peut quitter (normalement dans les 60 minutes suivant son arrivée au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal tout au plus). Il revient alors à cet agent de décider si sa présence est nécessaire pour assurer la sécurité des lieux, en soutien aux mesures de sécurité que le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est tenu de mettre en place, ou parce que l'usager est en état d'arrestation ou en détention, par exemple. Noter, dans le dossier de l'usager amené, la date et l'heure à laquelle sa prise en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal devient effective.

U9) CONSIGNE : Procéder sans délai à l'examen médical de l'usager jugé dangereux amené par l'agent de la paix. Si le médecin qui procède à cet examen est d'avis que l'état mental de cet usager présente un danger grave et immédiat pour lui-même ou pour autrui, il informe celui-ci des faits et des motifs à l'appui de son avis, puis recherche le consentement libre et éclairé de cet usager à être gardé (à rester) au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. En cas de refus, d'opposition ou d'absence de consentement, il maintient et poursuit le processus de la mise sous garde en CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal débuté au moment où sa PEC, en vertu de l'article 8 de la Loi, est devenue effective, en confirmant la nécessité de cette mise sous garde préventive pour une durée maximale de 72 heures<sup>63</sup>. Il rédige alors un avis à l'intention du DMSP attestant clairement du résultat, de la date et de l'heure de l'examen médical, puis en verse une copie au dossier de l'usager qu'il veut garder contre son gré [Section légale]. Utiliser le formulaire **AVIS AU DIRECTEUR MÉDICAL ET DES SERVICES PROFESSIONNELS**, reproduit en annexe.

<sup>62</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 13 : « Lorsqu'une personne cesse d'être sous garde, mais doit être détenue ou hébergée autrement que sous le régime de la présente loi, l'établissement doit prendre les moyens requis pour confier cette personne à une personne responsable du lieu de détention ou du lieu d'hébergement approprié. » ;

<sup>63</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 7, al. 3 : « 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. » ;

U10) CONSIGNE : Si l'avis au DMSP atteste qu'une garde préventive est nécessaire, déterminer la date et l'heure exactes de la fin de la durée maximale de 72 heures impartie par la loi, à compter du moment où la prise en charge de l'usager dangereux amené par un agent de la paix est devenue effective, puis noter ces données dans son dossier.

U10.1) L'agent administratif ou une autre personne désignée du service numérise le formulaire **AVIS AU DIRECTEUR MÉDICAL ET DES SERVICES PROFESSIONNELS** et l'achemine aux l'adresse courriel de la DMSP à [DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 6115)

U10.2) **Rappel visuel** : Une feuille de couleur est placée au début de la section légale indiquant la date et l'heure de début et de fin de la garde.

U10.3) L'agent administratif désigné **au bureau de la DMSP** débute un épisode de soins dans le registre électronique de GEE, informe en temps réel les Affaires juridiques via la secrétaire juridique désignée. Elle assure le suivi téléphonique quotidien auprès des unités de soins afin d'assurer le suivi du respect des différents délais. La secrétaire juridique de la DCRPAJ assure le support au besoin.

U10.4) La DMSP en collaboration avec les Affaires juridiques exercent une surveillance rigoureuse du respect des délais.

U10.5) L'ASI / ACI / INF en charge de chaque service ainsi que les coordonnateurs s'assurent quotidiennement du respect des délais légaux.

U10.6) L'ASI / ACI / INF en charge de chaque service ainsi que les coordonnateurs avisent rapidement la DMSP de toute difficulté potentielle à respecter le protocole, incluant rencontrer les délais légaux.

U11) CONSIGNE : Si une garde préventive est nécessaire, appliquer, parallèlement aux consignes qui suivent, les consignes G5) à G32), notamment quant à la recherche active du consentement de l'usager à être gardé pour être évalué, à la documentation détaillée du danger, à l'avis au DMSP, à l'avis au représentant légal, le cas échéant, et au respect des droits et des recours de cet usager, puis noter dans son dossier le résultat, la date et l'heure de chacune de ces actions.

U11.1) Toutes les personnes impliquées dans le processus appliquent les consignes **G5 à G32** selon leurs responsabilités respectives.

U12) CONSIGNE : Statuer, durant les premières heures de la mise sous garde préventive, sur la pertinence de procéder à une évaluation psychiatrique visant à déterminer la nécessité de prolonger la garde de l'usager contre son gré, puis noter dans son dossier le résultat, la date et l'heure de cette action.

U13) CONSIGNE : Si la mise sous garde doit être prolongée au-delà des 72 heures de garde préventive, faire remplir par le médecin traitant du service des urgences le formulaire **AVIS MÉDICAL EN VUE D'UNE DEMANDE D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE (OMO-160)**: garde provisoire, reproduit dans l'annexe ; en envoyer une copie au bureau de la DCRPAJ du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal laquelle pourra alors procéder au dépôt d'une demande de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique auprès d'un tribunal. Consulter la section Garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique du protocole et appliquer les consignes E2) et E3), puis E6) à E13).

U13.1) L'agent administratif ou une autre personne désignée du service, numérise les formulaires et les achemine aux adresses courriels aux Affaires juridiques à [legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 7307).

U13.2) **Rappel visuel** : Une feuille de couleur est placée au début de la section légale indiquant date et heure de début, délai pour le 1er examen, délai pour le 2ème examen psychiatrique et date et heure pour obtenir l'ordonnance.

U14) CONSIGNE : Si l'examen médical atteste qu'une garde préventive n'est pas nécessaire, que ce soit parce que l'usager consent à rester au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour y être évalué ou

pour y recevoir des soins auxquels il a consenti, ou parce que le danger qu'il représente pour lui-même ou pour autrui n'est pas suffisant pour justifier sa mise sous garde, faire remplir par le médecin le **CERTIFICAT MÉDICAL ATTESTANT DE LA LEVÉE DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT (OMO-162)** ainsi que le formulaire **AVIS DE LEVÉE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT(OMO-159)**, verser l'original **CERTIFICAT MÉDICAL ATTESTANT DE LA LEVÉE DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT (OMO-162)** et la copie du formulaire **AVIS DE LEVÉE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT(OMO-159)**, au dossier de l'utilisateur visé [Section légale], et l'original du formulaire **AVIS DE LEVÉE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT(OMO-159)**, doit être remis à l'utilisateur. Une copie doit être acheminée au représentant légal ou au Curateur public selon la procédure. Ensuite procéder à la levée de la garde en établissement en appliquant les consignes G33) à G37).

U14.1) L'agent administratif ou une autre personne désignée du service, numérise les formulaires pour la levée de la garde préventive et l'achemine à l'adresse courriel de la DMSP à [DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 6115) et aux Affaires juridiques à [legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131# 7307).



#### 11.4.2 Garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique

La prise en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal d'une personne visée par une ordonnance judiciaire de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique dépend des circonstances ayant conduit à l'obtention de cette ordonnance et de celles de son arrivée au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Puisque l'obtention d'une telle ordonnance exige qu'une demande en ce sens ait été antérieurement rédigée et soumise au tribunal, il convient, chaque fois qu'il est possible de le faire, de planifier aussi les modalités de l'exécution de cette ordonnance par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

À cet égard, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal doit convenir, dans le cadre d'ententes de collaboration intersectorielle avec les autorités judiciaires et de la sécurité publique (greffes de la chambre civile de la Cour du Québec, huissiers de justice et corps policiers) de son réseau territorial de services (RTS), de modalités de transfert d'information par avis ou par envoi (par voie numérique sécurisée ou autre) d'une copie de toute demande ou de toute ordonnance de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique visant le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et dont ils ont connaissance.

E1) CONSIGNE : Convenir, dans le cadre d'ententes de collaboration intersectorielle avec les autorités judiciaires et de la sécurité publique du territoire (greffes de la chambre civile de la Cour du Québec, huissiers de justice et corps policiers), de modalités de transfert d'information et de responsabilité au sujet des personnes jugées dangereuses qui sont visées par une demande ou par une ordonnance de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique à être exécutée par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et dont ils sont informés (avis ou envoi par voie numérique sécurisée ou autre d'une copie de demande ou d'ordonnance). Des particularités de certaines ententes de collaborations intersectorielles pourraient être appliquées le cas échéant.

E1.1) **Entente à venir** sur le territoire de Montréal.

E1.2) Tout intervenant, peu importe son affectation (ceci inclut tout employé ou médecin exerçant dans une de nos installations, autre qu'un hôpital), ayant des motifs raisonnables de croire qu'un usager, en raison de son état mental, présente un danger pour lui-même et/ou pour autrui, doit s'adresser à la Cour du Québec, chambre civile pour obtenir une ordonnance de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique.

E1.3) Lorsqu'il s'agit d'une demande d'une famille ou d'un proche pour les mêmes raisons, il faut l'orienter vers les ressources appropriées soit le Greffe santé mentale de la Cour du Québec ou, s'il y a un danger immédiat composer le 911.

La demande soumise au tribunal pour garder une personne dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal en l'absence de son consentement est faite selon les règles de procédures établies dans le Code de procédure civile (CPC). La Cour du Québec a la compétence exclusive pour entendre ces demandes, qui sont parmi les plus prioritaires<sup>64</sup>.

E2) CONSIGNE : Présenter à la Cour du Québec toute demande ayant pour objet, en l'absence de consentement de la personne visée, sa garde dans une installation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal en vue ou à la suite d'une évaluation psychiatrique visant à déterminer la nécessité de cette garde<sup>65</sup>. Il faut s'assurer de suivre toutes les procédures et règles légales prévues, dans les délais exigés, notamment la signification à la personne en cause, sa présence à son audience et la notification à un tiers intéressé, ou à défaut, au Curateur public. Se référer aux consignes G18) à G22), au besoin. Verser au dossier de l'usager visé une copie de la demande, accompagnée de toutes les pièces justificatives afférentes [Section légale]. S'il s'agit d'une demande de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique, appliquer les consignes E3), puis E6) à E13). S'il s'agit d'une demande de garde autorisée en vertu de l'article 30 du CCQ, appliquer les consignes R1 à R6).

E2.1) L'agent administratif désigné **au bureau de la DMSP** débute un épisode de soins dans le registre

---

<sup>64</sup> CPC, art. 83, al. 3.

<sup>65</sup> CPC, art. 38.



électronique de GEE, informe en temps réel le service juridique via la secrétaire juridique désignée. Elle assure le suivi téléphonique quotidien auprès des unités de soins afin d'assurer le suivi du respect des différents délais. La secrétaire juridique de la DCRPAJ assure le support au besoin.

E2.2) La secrétaire juridique de la DCRPAJ met à jour les informations en lien avec le processus de garde provisoire dans le registre électronique : réception de la demande de garde provisoire date de la comparution date de l'obtention du jugement, date de prévision des 2 examens psychiatriques.

Si la **personne est déjà prise en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal** au moment où l'ordonnance judiciaire de garde provisoire en vue d'y subir une évaluation psychiatrique est obtenue, soit par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal lui-même, soit par tout tiers intéressé, **sa mise sous garde provisoire devient immédiatement effective**, soit à la date et à l'heure de l'obtention de l'ordonnance du tribunal qui servent alors au calcul des délais impartis par la loi pour réaliser l'évaluation psychiatrique.

E3) CONSIGNE : Dès l'obtention d'une ordonnance judiciaire de mise sous garde provisoire en vue de l'évaluation psychiatrique d'une personne jugée dangereuse déjà prise en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, déterminer les délais légaux de réalisation de cette évaluation psychiatrique à compter de la date et de l'heure de l'obtention de cette ordonnance<sup>66</sup>, les noter dans le dossier de l'usager, puis y déposer une copie de cette ordonnance [Section légale].

E3.1) Les Affaires juridiques transmettent l'information par courriel et envoient une copie de l'ordonnance à la personne identifiée du service concerné.

E3.2) La personne désignée du service concerné qui reçoit la copie de l'ordonnance des Affaires juridiques s'assure que cette ordonnance soit déposée à la section légale du dossier de l'usager.

E3.3) La personne désignée du service concerné remet la copie du jugement et la trousse usager de garde provisoire.

**Si la personne n'est pas déjà prise en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal** au moment où l'ordonnance judiciaire de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique est obtenue, **sa prise en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal débute à son arrivée au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et devient effective lorsque l'information pertinente pour procéder à l'évaluation psychiatrique, notamment une copie de l'ordonnance, est remise au personnel du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.**

E4) CONSIGNE : Dès son arrivée au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, prendre en charge la personne visée par une ordonnance judiciaire de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique, en ajustant les modalités de cette prise en charge aux circonstances (lieu physique d'accueil – service des urgences, unité de soins psychiatriques, clinique externe ou autres –, priorité, temps d'attente, mesures de sécurité et de surveillance, etc.).

CIRCONSTANCES : Si un avis ou une copie de l'ordonnance visant cet usager a été reçu à l'avance par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et que des arrangements préalables ont été pris avec l'agent de la paix, l'huissier de justice ou le tiers qui accompagne cet usager, le cas échéant, ou encore par l'usager lui-même à la suite de son audience au tribunal ou d'une notification qu'il aurait reçue, procéder selon les arrangements convenus. Si aucun avis ou copie de l'ordonnance visant cet usage n'a été transmis au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et qu'aucun arrangement préalable n'a été convenu avec qui que ce soit, appliquer les consignes **U2) à U7)**, en y apportant les ajustements nécessaires selon le niveau d'urgence, de danger et du fait que l'usager est accompagné ou non par un agent de la paix, un huissier de justice, un tiers ou qu'il soit venu de lui-même et a fourni une copie de son ordonnance. Poursuivre en appliquant les consignes qui suivent.

---

<sup>66</sup> CCQ art. 28 al. 1 et 2 : « 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. » ;



E5) CONSIGNE : Recueillir toute l'information pertinente à la réalisation de l'évaluation psychiatrique, notamment une copie de l'ordonnance du tribunal, auprès de l'utilisateur visé ou des personnes qui l'accompagnent, le cas échéant, verser cette ordonnance à son dossier [Section légale], puis noter dans le dossier les circonstances de sa PEC ainsi que la date et l'heure auxquelles elle est devenue effective. À partir du moment où la PEC par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est effective, en informer l'agent de la paix ou l'huissier de justice et du fait qu'il peut quitter (normalement dans les 60 minutes après son arrivée au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal tout au plus), déterminer ensuite les délais légaux de réalisation de l'évaluation psychiatrique, puis noter ces données dans le dossier de l'utilisateur.

E6) CONSIGNE : Prendre les arrangements nécessaires avec les services de consultation psychiatrique du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ou, en cas d'impossibilité d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile, avec les services médicaux pour qu'un examen psychiatrique visant à déterminer la nécessité d'une mise sous garde soit réalisé dans les 24 premières heures suivant l'ordonnance ou de la PEC effective de l'utilisateur, selon le cas.

E6.1) Le médecin de l'urgence remplit une requête de consultation en psychiatrie, en indiquant clairement que l'utilisateur est sous garde provisoire. Le psychiatre est informé de la demande de consultation selon les modalités usuelles.

E7) CONSIGNE : Faire en sorte que le délai de réponse aux demandes de consultation auprès des médecins spécialistes visés<sup>67</sup> permette au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal de se conformer aux délais prescrits de réalisation de l'évaluation psychiatrique demandés.

E7.1) L'agent administratif désigné **au bureau de la DMSP** débute un épisode de soins dans le registre électronique de GEE, informe en temps réel les Affaires juridiques via la secrétaire juridique désignée. Elle assure le suivi téléphonique quotidien auprès des unités de soins afin d'assurer le suivi du respect des différents délais. La secrétaire juridique de la DCRPAJ assure le support au besoin.

E7.2) La secrétaire juridique de la DCRPAJ met à jour les informations en lien avec le processus de garde provisoire dans le registre électronique : réception de la demande de garde provisoire date de la comparution date de l'obtention du jugement, date de prévision des 2 examens psychiatriques.

E7.3) L'ASI / ACI / INF en charge de chaque service de même que les coordonnateurs de santé physique et de santé mentale pour tous les services sous sa supervision, en début de quart, assurent les suivis nécessaires afin que les délais soient respectés. Ils avisent rapidement la DMSP de toute difficulté potentielle à respecter le protocole et rencontrer les délais légaux (ex. difficulté à obtenir une évaluation psychiatrique ou à obtenir le rapport d'évaluation).

E7.4) La DMSP, en collaboration avec les Affaires juridiques, assure une surveillance rigoureuse du respect des délais légaux.

E8) CONSIGNE : Une fois la date et l'heure du premier examen psychiatrique fixées, appliquer les consignes G5) à G32), en apportant les ajustements nécessaires selon que l'utilisateur était ou non déjà sous garde préventive, notamment quant à la recherche active du consentement de l'utilisateur à être gardé, à la documentation détaillée du danger, à l'avis au DMSP, à l'avis au représentant légal, le cas échéant, et au respect des droits et des recours de l'utilisateur, puis noter dans son dossier le résultat, la date et l'heure de chacune de ces actions.

E9) CONSIGNE : Procéder au premier examen psychiatrique fixé en notant, dans le dossier de l'utilisateur visé, la date et l'heure de début et de fin de cet examen, puis, s'il y a lieu, en faire un rapport conforme

---

<sup>67</sup> Puisque le premier examen psychiatrique doit être réalisé dans les 24 premières heures de l'ordonnance ou de la PEC, le service de consultation psychiatrique doit prioriser ce type de demande, de façon à ce que le rapport d'examen psychiatrique requis soit produit le jour même de la réception de la demande. Consulter l'article 15 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et médecine spécialisée (RLRQ, c. A-2.2, art. 15).

à l'article 29 du CCQ<sup>68</sup> et à l'article 3 de la Loi. Utiliser le **Formulaire AH - 108 : RAPPORT D'EXAMEN PSYCHIATRIQUE POUR ORDONNANCE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT** reproduit en annexe, en remplir toutes les rubriques, annexer autant de copies que nécessaire pour documenter la mise sous garde contre son gré de l'usager visé, verser une copie de ce rapport à son dossier [Section légale], puis y noter la date et l'heure de ce dépôt.

E9.1) L'agent administratif ou une autre personne désignée du service, numérise **AH - 108 : RAPPORT D'EXAMEN PSYCHIATRIQUE POUR ORDONNANCE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT** et l'achemine à l'adresse courriel aux Affaires juridiques à [legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 7307).

E10) CONSIGNE : Il appartient au DMSP ou, à défaut, au PDG du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, de transmettre le rapport d'examen psychiatrique requis au tribunal qui l'a imposé<sup>69</sup>, dans les sept jours suivant l'ordonnance ou le moment où la PEC par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal de l'usager visé par cette ordonnance est devenue effective. **Cette action est déléguée à la secrétaire du service juridique de la DCRPAJ.**

E10.1) **La secrétaire du service juridique de la DCRPAJ** assure le suivi afin que le rapport soit transmis au tribunal dans les délais requis.

E11) CONSIGNE : Si le premier examen psychiatrique permet de conclure à la nécessité de garder l'usager au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal contre son gré, procéder à un second examen psychiatrique, fait par un autre médecin, au plus tard dans les 48 heures suivant l'ordonnance ou dans les 96 heures suivant le moment où sa prise en charge devient effective, selon le cas. Appliquer de nouveau les consignes E9) et E10), en y apportant les ajustements nécessaires.

E12) CONSIGNE : Si le deuxième examen psychiatrique permet lui aussi de conclure à la nécessité de garder l'usager contre son gré, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est autorisé à maintenir cet usager sous garde, pour un maximum de 48 heures de plus, sans le consentement de cette dernière ou l'autorisation du tribunal, en vue de procéder à la rédaction et au dépôt d'une demande de garde autorisée auprès du tribunal. Consulter la consigne E2) et suivre les directives qui s'y trouvent.

E12.1) L'agent administratif ou une autre personne désignée du service, numérise les formulaires et les achemine à l'adresse courriel : et aux Affaires juridiques à [legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 7307).

E12.2) Les Affaires juridiques présentent la demande au tribunal dans les 48 heures suivant le deuxième examen psychiatrique.

E12.3) Si l'échéance tombe un samedi, dimanche ou un jour férié, la garde provisoire peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour ouvrable qui suit, sans autorisation du tribunal.

E13) CONSIGNE : Dès lors qu'un examen psychiatrique permet de conclure que la garde d'un usager contre son gré n'est pas nécessaire, procéder à la levée de la garde en suivant les consignes G33) à G37).

E13.1) Toutes les personnes impliquées dans le processus appliquent les consignes **G33 à G37** selon leurs responsabilités respectives.

---

<sup>68</sup> CCQ, art. 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 une tutelle au majeur ou de faire homologuer un mandat de protection à son égard. 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. » ;

<sup>69</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 4 ;

### 11.4.3 Garde autorisée en vertu de l'article 30 du CCQ

Pour que la garde soit autorisée par le tribunal, en plus de la conclusion de deux rapports d'examen psychiatrique qui attestent du danger causé par l'état mental de l'usager concerné et de la nécessité de la garde, le tribunal doit avoir lui-même des motifs sérieux de croire que cet usager est dangereux 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<sup>70</sup>. Seuls les établissements visés par l'article 9 de la Loi peuvent être requis de mettre une personne sous garde autorisée par le tribunal.

R1) CONSIGNE : Dès qu'un usager est mis sous garde autorisée dans un ESSS visé par l'article 9 de la Loi<sup>71</sup> à la suite d'un jugement rendu en vertu de l'article 30 du CCQ, lui remettre un exemplaire du Document d'information sur les droits et les recours d'une personne mise sous garde contre son gré de la Loi<sup>72</sup> (reproduit en annexe du présent document), noter dans son dossier la date et l'heure de cette action, puis appliquer, en parallèle des consignes qui suivent, les consignes G16), G17), puis G23) à G32) pour documenter le respect de ses droits et de ses recours dans son dossier.

R2) CONSIGNE : Déterminer la date de fin de la période de mise sous garde autorisée fixée dans l'ordonnance<sup>73</sup>, la noter dans le dossier de l'usager visé, puis y déposer une copie de cette ordonnance [Section légale].

R2.1) Le psychiatre traitant et l'infirmier de l'usager ont un rôle essentiel dans la détermination de la fin de la période de mise sous garde.

R2.2) **Rappel visuel** : Une feuille de couleur est placée au début de la section légale indiquant date et heure de début, du prochain examen périodique et de fin.

R2.3) Les Affaires juridiques acheminent par courriel et placent un appel à la personne désignée du service concerné pour faire un rappel, quelques jours avant le prochain examen ou la fin de la garde.

R3) CONSIGNE : Si la durée de la garde autorisée a été ordonnée pour plus de 21 jours par le Tribunal, procéder auprès de l'usager visé à des examens psychiatriques périodiques destinés à vérifier si sa garde est toujours nécessaire, dont les rapports doivent être établis au 21<sup>e</sup> jour de la date de l'ordonnance de garde autorisée et, par la suite, tous les 3 mois<sup>74</sup>. Un seul rapport d'examen psychiatrique par période suffit. Appliquer la consigne E9) relativement à la conformité du rapport à produire.

R3.1) L'agent administratif désigné **au bureau de la DMSP** assure le suivi téléphonique quotidien auprès des unités de soins afin d'assurer le suivi du respect des différents délais. La secrétaire juridique de la DCRPAJ assure le support au besoin.

R3.2) L'ASI / ACI / INF en charge de chaque service de même que le coordonnateur pour tous les services sous sa supervision, en début de quart, assure les suivis nécessaires afin que les délais soient respectés.

R3.3) En collaboration avec le psychiatre traitant, l'infirmière de l'usager doit être vigilante pour que des rapports périodiques psychiatriques soient effectués. De plus, une attention particulière doit être portée au respect des délais légaux.

R3.4) La DMSP en collaboration avec les Affaires juridiques assure une surveillance rigoureuse du

---

<sup>70</sup> CCQ, art. 30 ;

<sup>71</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 9 : « Seuls les établissements exploitant un centre hospitalier, un centre de réadaptation, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre d'accueil et disposant des aménagements nécessaires pour recevoir et traiter les personnes atteintes de maladie mentale peuvent être requis de mettre une personne sous garde à la suite du jugement du tribunal rendu en application de l'article 30 du Code civil. » ;

<sup>72</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 16

<sup>73</sup> CCQ, art. 30.1, al. 1 ;

<sup>74</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 10 ;

respect des délais légaux.



R4) CONSIGNE : Conserver, dans le dossier de l'usager visé, chacun de ces rapports<sup>75</sup>, en envoyer une copie au TAQ<sup>76</sup>, verser une preuve de cet envoi au dossier [Section légale], puis y noter la date et l'heure de cette action. Si aucun rapport d'examen psychiatrique n'est produit à l'une ou l'autre des échéances ainsi fixées, la garde prend fin sans autre formalité<sup>77</sup>. Si tel est le cas, consulter la section relative à la levée de la garde qui suit et appliquer les consignes G33) à G37).

R5) CONSIGNE : Si la garde autorisée nécessite d'être maintenue au-delà de la période fixée par jugement, présenter une nouvelle demande de mise sous garde autorisée au Tribunal, conformément aux dispositions de l'article 30 du CCQ<sup>78</sup>, au plus tard le dernier jour d'audience avant la fin de la période fixée. Prévoir ainsi de réaliser, au moins quatre jours ouvrables avant l'expiration de la garde autorisée en cours, le premier des deux rapports d'examen psychiatrique contemporain de la nouvelle demande. Consulter la consigne E9) qui traite de la conformité du rapport à produire, puis, en y apportant les ajustements nécessaires, appliquer les consignes E10) à E13), puis E2).

R5.1) Les Affaires juridiques présentent une demande de renouvellement de garde au tribunal avant la fin de la période de garde.

R6) CONSIGNE : Dès que le médecin traitant atteste que la garde n'est plus justifiée, même si la période de mise sous garde autorisée fixée par jugement n'est pas expirée, l'usager doit être libéré<sup>79</sup>. Faire remplir par le médecin le **CERTIFICAT MÉDICAL ATTESTANT DE LA LEVÉE DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT (OMO-162)** ainsi que le formulaire **AVIS DE LEVÉE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT(OMO-159)** (reproduit en annexe) et verser l'original CERTIFICAT MÉDICAL ATTESTANT DE LA LEVÉE DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT (OMO-162) et la copie du formulaire AVIS DE LEVÉE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT(OMO-159), au dossier de l'usager visé [Section légale], et l'original du formulaire AVIS DE LEVÉE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT(OMO-159), doit être remis à l'usager, puis procéder à la levée de la garde en appliquant les consignes G33) à G37).

**ATTENTION si la garde en établissement est levée au moment de la réévaluation pour produire un examen psychiatrique pour le Tribunal, le Formulaire Rapport d'examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement AH 108 peut être utilisé ainsi que le formulaire AVIS DE LEVÉE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT(OMO-159)**

Dans le cas contraire, la garde prend fin automatiquement dès l'expiration de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonnée<sup>80</sup>. Si tel est le cas, appliquer les mêmes consignes.

R6.1) L'agent administratif ou une autre personne désignée du service, numérise les formulaires et les achemine aux adresses courriels : de la DMSP à [DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 6115) et aux Affaires juridiques à [legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 #7307).

## 11.5 Levée de la garde

« La garde prend fin sans autre formalité :

1. Aussitôt qu'un certificat attestant qu'elle n'est plus justifiée est délivré par le médecin traitant ou par une infirmière praticienne spécialisée ;
2. Dès l'expiration d'un délai prévu à l'article 10, si aucun rapport d'examen psychiatrique n'a alors été produit ;
3. Dès la fin de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonnée ;

<sup>75</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 10 al. 2;

<sup>76</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 20

<sup>77</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 12, para. 2;

<sup>78</sup> CCQ, art. 30.1, al. 3;

<sup>79</sup> CCQ, art. 30.1, al. 2 et RLRQ, c. P-38.001, art. 12, al. 2;

<sup>80</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 12, para. 3;

4. Par décision du tribunal administratif du Québec ou d'un tribunal judiciaire. »<sup>81</sup>

G33) CONSIGNE : Dès que la mise sous garde prend fin, pour l'une ou l'autre des raisons énumérées dans les consignes **G7), U14), E13)** ou **R6)**, ou par une décision du TAQ ou d'un tribunal judiciaire, en informer immédiatement l'usager visé, remplir le formulaire **AVIS DE LA LEVÉE DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT** (reproduit en annexe) et lui en remettre une copie. S'il y a lieu, envoyer sans délai une copie de cet avis à son représentant légal, ainsi qu'au TAQ<sup>82</sup>; en verser une copie à son dossier [Section légale], puis y noter la date et l'heure de la levée de la garde ainsi que de l'envoi des avis, s'il y a lieu. Si l'usager libéré a consenti à rester dans une des installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour y être évalué ou pour y recevoir des soins, il faut s'assurer d'y donner suite, en procédant de la même façon que pour toute autre admission à l'hôpital. Si, en cours de processus, l'usager qui avait au départ consenti à l'évaluation psychiatrique décide de ne plus y consentir, appliquer la consigne **G8)**. Sinon, poursuivre en appliquant les consignes ci-après.

G33.2) L'agent administratif ou une autre personne désignée du service, numérise les formulaires et les achemine aux adresses courriels : de la DMSP à [DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 6115) et aux Affaires juridiques à [legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca) (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 7307).

G33.3) Appliquer les procédures **G10** et **G15**.

G34) CONSIGNE : Avant que l'usager sous garde ne soit libéré, vérifier s'il doit être détenu ou hébergé autrement qu'en vertu du régime de garde au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui le visait, auquel cas, il faudra prendre les moyens requis pour le confier à une personne responsable du lieu de détention ou d'hébergement désigné<sup>83</sup>.

G35) CONSIGNE : Avant que l'usager libéré ne quitte le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, pourvu que celui-ci y consente, lui offrir de l'orienter vers un service approprié à sa situation et susceptible de prévenir la récurrence de toute nouvelle nécessité de garde en raison d'un danger associé à son état mental. Il s'agit alors de lui assurer un « filet de sécurité ».

G36) CONSIGNE : Planifier le congé définitif d'un usager libéré d'une mise sous garde dans le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal en collaboration avec les infirmières de liaison qui peuvent faire le lien avec les autres services du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, pour assurer le suivi requis. Par exemple, pourvu que l'usager y consente, une orientation vers le SASC, les services en santé mentale ou psychosociaux généraux des centres intégrés ou encore vers les organismes communautaires offrant du soutien dans la communauté, tel qu'un centre de prévention du suicide ou un centre de crise, lesquels peuvent être mis à contribution. L'aide de son entourage peut aussi être sollicitée pour lui offrir du soutien, pourvu que l'usager ne s'y oppose pas.

G37) CONSIGNE : Informer puis diriger au besoin les membres de l'entourage d'un usager libéré d'une mise sous garde dans une des installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal vers les services aptes à leur fournir du soutien.

## 12. DIFFUSION DU PROTOCOLE

Le protocole est accessible sur le site WEB public du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. De plus, il sera diffusé à l'ensemble du personnel du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, incluant les médecins. Il sera également disponible aux usagers et à leur famille.

Un plan de diffusion avec formation aux professionnels impliqués sera actualisé tout en tenant compte des

---

<sup>81</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 12;

<sup>82</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 18 et 20;

<sup>83</sup> RLRQ, c. P-38.001, art. 13 ;

spécificités opérationnelles, dès l'adoption du protocole. Des copies du protocole seront aussi disponibles aux endroits stratégiques tels que les postes infirmiers, les bureaux des médecins, les bureaux du comité des usagers du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et dans les différentes directions du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

### 13. AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PRATIQUE

Formation nationale :

Un plan de formation est prévu par le MSSS sur l'application de la Loi à l'intention de tous les médecins et professionnels impliqués dans la mise en œuvre des activités relatives au *Protocole de mise sous garde des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.

Formation locale :

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'assure de former tous les professionnels ainsi que les médecins dès l'application du nouveau protocole de la mise sous garde en établissement.

Le répondant du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour le *Protocole de mise sous garde des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, sous l'autorité du DMSP, tient un registre des personnes ayant reçu la formation nationale et locale sur l'application de la Loi.

Une stratégie d'amélioration de la qualité sera mise en place afin d'évaluer le respect rigoureux des consignes du *Protocole de mise sous garde des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Les résultats de cette évaluation ainsi que les projets d'amélioration, le cas échéant, seront portés à l'attention du personnel, de la famille et des usagers.

### 14. ADOPTION, REDDITION DE COMPTE, SUIVI ET RÉVISION DU PROTOCOLE

Le *Protocole de mise sous garde des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* est adopté par le PDG en conformité avec la LGSSSS et après l'approbation des différentes instances concernées : Sous-comité des protocoles et ordonnances, CMDPSF et Comité de coordination clinique.

Le PDG du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal fait un rapport au conseil d'administration de Santé Québec au moins tous les trois mois sur l'application de ce protocole. Ce rapport doit notamment indiquer, pour la période concernée :

- Le nombre de mises sous garde préventive ;
- Le nombre de mises sous garde provisoire ;
- Le nombre de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du CCQ ;
- Le nombre de demandes de mise sous garde présentées au tribunal par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Ces données sont présentées pour chaque mission du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et un résumé de ces rapports doit se trouver dans une section particulière du rapport annuel de gestion.

Quant à l'évaluation du protocole, le fichier électronique de collecte de données produit par la DMSP devrait nous permettre d'identifier des indicateurs pour en assurer un suivi rigoureux. De plus, il constitue un outil qui nous permettra de procéder annuellement à l'évaluation de l'application du protocole.

Une révision du *Protocole de mise sous garde des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* sera réalisée au plus tard le **1<sup>er</sup> novembre 2030 et par la suite aux 5 ans**.

Cette révision sera effectuée par la Direction des services professionnels en collaboration avec la Direction du programme de santé mentale et dépendances.

## **15. CONCLUSION**

Le nouveau protocole du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal devrait permettre aux intervenants de tous les niveaux d'appliquer rigoureusement les consignes et de respecter les droits fondamentaux des usagers tout en assurant leur sécurité.

Dans un souci d'amélioration constante de la qualité, nous nous engageons à mettre en application ce protocole en collaboration avec l'ensemble des directions concernées du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. L'exécution de cette tâche implique la mise en place des stratégies et moyens efficaces de diffusion, de formation et de soutien.

**ANNEXE 1 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PERSONNES IMPLIQUÉES DANS LE PROCESSUS**





**Tableau récapitulatif des  
Rôles et responsabilités des personnes impliquées dans le processus**

| Consignes                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Preuve au dossier   |      |      |       | Responsable |            |                            |                                     |                        |                           |                                 |                     |      | Enjeux/sous-consignes |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|------|-------|-------------|------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------|------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Document/formulaire | Note | Date | Heure | Médecin     | Psychiatre | Agent admn. de l'admission | Infirmière de l'urgence (au triage) | Infirmière de l'usager | Professionnel de l'usager | Agent admn. du service concerné | Affaires juridiques | DMSP | Autres                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Consignes générales</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |      |      |       |             |            |                            |                                     |                        |                           |                                 |                     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>G1) Preuves détaillées d'absence de consentement (refus ou incapacité à consentir) et de danger pour la personne elle-même et/ou pour autrui en raison de son état mental.</b><br>- Doivent être recueillies et produites, simultanément et en continu, et versées au dossier de l'usager |                     | X    | X    | X     | X           |            |                            | X                                   | X                      | X                         |                                 |                     |      |                       | G1.1 Tous les professionnels concernés documentent l'absence de consentement de l'usager et de danger pour lui-même et/ou pour autrui en raison de son état mental au dossier.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |      |      |       |             |            |                            |                                     |                        | X                         |                                 |                     |      |                       | G2.1 Pour les usagers âgés de moins de 14 ans, le consentement aux soins doit être donné par les parents ou le titulaire de l'autorité parentale.<br>G2.2 Pour les usagers incapables à consentir, le consentement aux soins doit être donné par le tuteur ou le mandataire, tant et aussi longtemps qu'il y a absence de refus catégorique.<br>G2.3 Pour tout usager incapable à consentir qui opposerait un refus catégorique aux soins, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal devra obtenir auprès de la cour, une ordonnance pour autorisation de soins. |



**Tableau récapitulatif des  
Rôles et responsabilités des personnes impliquées dans le processus**

| Consignes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Preuve au dossier   |      |      |       | Responsable |            |                             |                                     |                             |                                |                                  |                     |      | Enjeux/sous-consignes |                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|------|-------|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------|------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Document/formulaire | Note | Date | Heure | Médecin     | Psychiatre | Agent admin. de l'admission | Infirmière de l'urgence (au triage) | Infirmière de l'utilisateur | Professionnel de l'utilisateur | Agent admin. du service concerné | Affaires juridiques | DMSP | Autres                |                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>G7)</b> Dès qu'un consentement à rester au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour y être évaluée est obtenu de l'utilisateur ou auprès de son représentant légal, valider l'étendue de sa compréhension de ce consentement à l'aide du formulaire <b>Consentement à la garde en vue d'une évaluation psychiatrique</b>. Si l'utilisateur y est disposé, lui faire signer ce formulaire, en verser une copie à son dossier, puis procéder à la levée de la garde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'il est impossible d'obtenir la signature de l'utilisateur, il faut s'assurer qu'une note dans son dossier atteste qu'il a reçu toutes les informations nécessaires à l'obtention de son consentement libre et éclairé à une évaluation psychiatrique. À défaut de consentement, continuer de suivre le protocole en appliquant les consignes G9 et suivants.</li> </ul> | X                   | X    | X    | X     | X           |            |                             |                                     |                             |                                |                                  |                     |      |                       | NB. : le formulaire <b>Consentement à la garde en vue d'une évaluation psychiatrique</b> est renommé <b>Consentement à demeurer à l'établissement en vue d'une évaluation psychiatrique</b> . |
| <p><b>G8)</b> Si, en cours de processus, l'utilisateur qui avait au départ consenti à l'évaluation psychiatrique visant à déterminer la nécessité de sa garde décide de ne plus y consentir, procéder, si le danger est grave et immédiat, à une mise sous garde préventive. <b>Avis au directeur médical et des services professionnels - garde préventive</b>. Sinon procéder à une demande de garde provisoire. Cette ordonnance pourra autoriser un agent de la paix à ramener l'utilisateur au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Si celui-ci refuse de s'y rendre par lui-même, il faut appliquer la consigne E2 et E3 à E13.</p>                                                                                                                                                                                                                                                       | X                   | X    | X    | X     | X           |            |                             |                                     |                             |                                |                                  |                     |      |                       |                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>G9)</b> Verser au dossier de l'utilisateur mis sous garde une description détaillée des faits et des motifs de danger à l'appui de l'exécution ou du maintien de cette garde notamment tout avis médical : <b>Formulaire AH-108 : rapport d'examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement, Avis au directeur médical et des services professionnels, Avis médical en vue d'une demande d'évaluation psychiatrique</b>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | X                   | X    | X    | X     | X           |            |                             |                                     | X                           | X                              |                                  |                     |      |                       | G9.1 Une note détaillée doit être versée au dossier par le médecin ou le psychiatre de l'urgence.                                                                                             |



**Tableau récapitulatif des  
Rôles et responsabilités des personnes impliquées dans le processus**

| Consignes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Preuve au dossier   |      |      |       | Responsable |            |                             |                                     |                        |                           |                                  |                     |      | Enjeux/sous-consignes                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|------|-------|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------|------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Document/formulaire | Note | Date | Heure | Médecin     | Psychiatre | Agent admin. de l'admission | Infirmière de l'urgence (au triage) | Infirmière de l'usager | Professionnel de l'usager | Agent admin. du service concerné | Affaires juridiques | DMSP | Autres                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p><b>G13)</b> Aviser par écrit le représentant légal, s'il y a lieu, de toute demande dont le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été informé, faite au TAQ par l'usager représenté mis sous garde, verser une copie de cet avis à son dossier, puis y noter la date et l'heure de l'envoi de cet avis au représentant légal.</p> <p><b>Avis au représentant légal de l'usager mis sous garde en établissement</b></p> | X                   |      | X    | X     |             |            |                             | X                                   | X                      |                           |                                  | X                   |      |                                                              | <p>G13.1 Les Affaires juridiques avisent par écrit le représentant légal et envoient la copie de l'avis au service concerné pour qu'il y soit versé au dossier de l'usager. L'agent administratif désigné inscrit au dossier des Affaires juridiques la date et l'heure de l'envoi.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     | X    |      |       | X           |            |                             |                                     | X                      | X                         |                                  |                     | X    | <p>En l'absence de l'agent admin. ASI/ACI/ INF en charge</p> | <p>G14.1 Le médecin, l'infirmière ou le professionnel de l'usager avise verbalement le représentant légal.</p> <p>G14.2 L'agent administratif ou une autre personne désignée du service numérise le formulaire et les achemine aux adresses courrielles : de la DMSP à <a href="mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca">DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca</a> (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 6115) et aux Affaires juridiques à <a href="mailto:legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca">legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca</a> (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 7307).</p> <p>G14.3 Les Affaires juridiques envoient l'avis écrit au représentant légal.</p> |





**Tableau récapitulatif des  
Rôles et responsabilités des personnes impliquées dans le processus**

| Consignes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Preuve au dossier   |      |      |       | Responsable |            |                             |                                     |                        |                           |                                  |                     |      | Enjeux/sous-consignes |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|------|-------|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------|------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Document/formulaire | Note | Date | Heure | Médecin     | Psychiatre | Agent admin. de l'admission | Infirmière de l'urgence (au triage) | Infirmière de l'usager | Professionnel de l'usager | Agent admin. du service concerné | Affaires juridiques | DMSP | Autres                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>G19)</b> Notifier, au moins deux jours avant sa présentation au tribunal, toute demande de mise sous garde en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une telle évaluation au représentant légal de l'usager concerné, s'il n'est pas représentée, à son conjoint, ou à défaut, un proche parent ou une personne qui démontre un intérêt particulier pour lui. À défaut de pouvoir contacter l'une de ces personnes, la demande et les pièces sont notifiées au Curateur public.                                                                                 |                     |      |      |       |             |            |                             |                                     | X                      | X                         |                                  | X                   |      |                       | G19.1 Les Affaires juridiques notifient au Curateur public, lorsqu'un majeur inapte n'est pas représenté légalement ni n'a aucun tiers intéressé, au sens de l'article 15 du CCQ, toute demande de mise sous garde dans les délais requis, selon la procédure prévue à cet effet.                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>G20)</b> Exceptionnellement et seulement s'il y a lieu, documenter soit dans : l' <b>Avis médical en vue d'une demande d'évaluation psychiatrique</b> : <b>garde provisoire</b> soit dans le <b>Formulaire AH-108</b> : <b>rapport d'examen psychiatrique pour ordonnance de garde</b> , la preuve que la signification ou la notification serait nuisible à la santé ou à la sécurité de la personne visée ou d'autrui ou s'il y a urgence. Si une dispense de signification est obtenue, en verser une copie au dossier, puis y noter la date et l'heure de cette action. | X                   | X    | X    | X     | X           |            |                             |                                     |                        |                           |                                  | X                   |      |                       | G20.1 Les Affaires juridiques présentent la demande de dispense au Tribunal conjointement à la présentation de la demande de garde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>G21)</b> Favoriser la présence ou organiser le témoignage à l'audience de tout majeur ou mineur apte à témoigner, visé par une demande au tribunal de mise sous garde en ESSS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |      |      |       | X           |            |                             |                                     | X                      | X                         | X                                | X                   |      |                       | G21.1 Des moyens sont mis en place pour favoriser le témoignage à l'audience : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer le patient de ses droits</li> <li>• Faciliter la communication de l'usager avec un avocat</li> <li>• Lui fournir les coordonnées du Comité des usagers du Centre intégré de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, au besoin</li> <li>• Favoriser la communication avec l'aide juridique, au besoin</li> <li>• Avoir une escorte pour l'accompagner (PAB, Garde de sécurité, ...)</li> </ul> |



**Tableau récapitulatif des  
Rôles et responsabilités des personnes impliquées dans le processus**

| Consignes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Preuve au dossier   |      |      |       | Responsable |            |                            |                                     |                        |                           |                                 |                     |      | Enjeux/sous-consignes |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|------|-------|-------------|------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------|------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Document/formulaire | Note | Date | Heure | Médecin     | Psychiatre | Agent admn. de l'admission | Infirmière de l'urgence (au triage) | Infirmière de l'usager | Professionnel de l'usager | Agent admn. du service concerné | Affaires juridiques | DMSP | Autres                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>G29)</b> Si le transfert est effectué, suivre les consignes contenues dans la politique et les procédures en matière de transferts inter établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     | X    | X    | X     | X           |            |                            |                                     | X                      | X                         |                                 |                     |      |                       | G29.1 Le personnel concerné applique les consignes de la politique de transfert inter établissement.<br><br>G29.2 L'ASI / AIC / INF en charge est impliqué dans l'organisation du transfert.                                                                                                                                                                                                       |
| <b>G30)</b> En cas de transfert dans un autre ESSS de l'usager mis sous garde, faire suivre une copie de son dossier à l'établissement destinataire, puis consigner dans son dossier la date et l'heure de cette transmission.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     | X    | X    | X     |             |            |                            |                                     | X                      |                           | X                               |                     |      |                       | ASI/ACI/ INF en charge                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>G31)</b> Informer l'usager de son droit de contester sa mise sous garde ou toute décision prise en vertu de la LPP devant le TAQ. Lui remettre une copie du formulaire <b>Demande de contestation auprès du Tribunal administratif du Québec</b> en lui précisant qu'en cas d'insatisfaction du traitement de sa demande par le TAQ, il peut porter plainte auprès du Protecteur du citoyen.<br><br>Au besoin, le diriger vers le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, puis noter dans son dossier la date et l'heure de cette action. | X                   | X    | X    | X     | X           |            |                            |                                     | X                      | X                         |                                 |                     |      |                       | G31.1 Les intervenants désignés fournissent le soutien et l'accompagnement et dirigent l'usager vers les instances suivantes, le cas échéant :<br><ul style="list-style-type: none"><li>• Comité des usagers du Centre intégré de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</li><li>• Commissaire locale aux plaintes</li><li>• Groupe régional de défense des droits</li><li>• Protecteur du citoyen</li></ul> |
| <b>G32)</b> Indiquer à l'usager mis sous garde qu'il peut être soutenu et accompagné dans l'exercice de ses droits et de ses recours et, s'il souhaite se prévaloir de cette aide, lui fournir le soutien, l'assistance et le matériel nécessaires, puis noter dans son dossier la date et l'heure de cette action.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     | X    | X    | X     | X           |            |                            |                                     | X                      | X                         |                                 |                     |      |                       | G32.1 Le responsable identifié a l'obligation de fournir le soutien et l'accompagnement à la personne mise sous garde en collaboration avec les instances précitées.                                                                                                                                                                                                                               |

| Garde préventive                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| U1) Dès son arrivée, prendre en charge la personne dangereuse amenée par un agent de la paix (policier) pour la faire examiner sans délai par un médecin.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  | X |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| U2) Aviser immédiatement le médecin responsable du service des urgences de l'arrivée d'une personne dangereuse sous la garde d'un agent de la paix, puis noter dans le dossier de cette personne l'heure, la date et les circonstances de son arrivée au service des urgences.                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  | X |  | U2.1 L'infirmière au triage contacte immédiatement le médecin en fonction à l'urgence et l'avise de l'arrivée d'une personne amenée contre son gré par un agent de la paix en vertu de l'article 8 de la LPP.<br><br>U2.2 Le médecin priorise l'évaluation de l'usager amené parce qu'il est jugé qu'il représente un danger pour lui-même ou pour autrui. |
| U3) En cas de débordement du service des urgences ou en cas d'organisation ou de ressources inadéquates, il revient au médecin responsable du service des urgences de statuer rapidement sur la nécessité de transférer une personne dangereuse amenée par un agent de la paix dans un autre ESSS, en s'assurant que ce transfert ne comporte aucun risque pour la santé ou la sécurité de cette personne ou d'autrui.                                       |  |  |  |  |  |  |  | X |  |  |   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| U4) Procéder immédiatement à l'évaluation au triage en fonction des critères de l'ETG et prendre toutes les mesures nécessaires au contrôle du danger grave et immédiat (surveillance, sécurité, mesures de contrôle).                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  | X |  | U4.1 L'infirmière du triage enregistre les résultats de l'évaluation, date et heure.<br><br>U4.2 L'infirmière applique les mesures de contrôle appropriées, si nécessaire, selon le protocole précité.                                                                                                                                                     |
| U5) Recueillir toute l'information pertinente au sujet de la situation de la personne et du danger grave et immédiat qu'elle représente, auprès de l'agent de la paix et, s'il y a lieu, auprès de l'intervenant du SASC ou du personnel paramédical qui les accompagne, notamment tout rapport d'événement ou rapport d'intervention en situation de crise rédigé par l'un ou l'autre de ces intervenants, puis les verser au dossier de la personne visée. |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |   |  | Infirmière de liaison<br><br>ASI/ACI/<br>INF en charge                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



### Tableau récapitulatif des Rôles et responsabilités des personnes impliquées dans le processus

| Consignes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Preuve au dossier   |      |      |       | Responsable |            |                             |                                     |                        |                           |                                  |                     |      | Enjeux/sous-consignes |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|------|-------|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------|------|-----------------------|----------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Document/formulaire | Note | Date | Heure | Médecin     | Psychiatre | Agent admín. de l'admission | Infirmière de l'urgence (au triage) | Infirmière de l'usager | Professionnel de l'usager | Agent admín. du service concerné | Affaires juridiques | DMSP |                       | Autres                                             |
| U7) Favoriser, par tout moyen approprié, une rencontre en présence entre le médecin affecté à l'examen médical de la personne jugée dangereuse et l'agent de la paix et, s'il y a lieu, l'intervenant du SASC ou du personnel paramédical ou de toute personne qui les accompagne.                                                                                                                                                                                                                         |                     |      |      |       | X           |            |                             |                                     | X                      | X                         |                                  |                     |      |                       | Infirmière de liaison<br>ASI/ACI/<br>INF en charge |
| U8) Une fois toute l'information pertinente recueillie auprès de l'agent de la paix, l'informer que la prise en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est devenue effective et du fait qu'il peut quitter (normalement dans les 60 minutes suivant son arrivée au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal tout au plus).<br><br>- Noter dans le dossier de l'usager amené, la date et l'heure auxquelles sa prise en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal devient effective. |                     | X    | X    | X     | X           |            |                             |                                     | X                      | X                         |                                  |                     |      |                       | ASI/ACI/<br>INF en charge                          |





Tableau récapitulatif des  
Rôles et responsabilités des personnes impliquées dans le processus

| Consignes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  | Preuve au dossier   |      |      |       | Responsable |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      | Enjeux/sous-consignes                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|---------------------|------|------|-------|-------------|------------|----------------------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  | Document/formulaire | Note | Date | Heure | Médecin     | Psychiatre | Agent admn. de l'admission (au triage) | Infirmière de l'usager | Professionnel de l'usager | Agent admn. du service concerné | Affaires juridiques | DMSp | Autres                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
| U10) Si l'avis au DMSP atteste qu'une garde préventive est nécessaire, déterminer la date et l'heure exactes de la fin de la durée maximale de 72 heures imparties par la loi, à compter du moment où la prise en charge de la personne dangereuse amenée par un agent de la paix est devenue effective, puis noter ces données dans son dossier. |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  | X                   | X    | X    | X     | X           |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      | En l'absence de l'agent admin.<br>ASI/ACI/<br>INF en charge<br>Coordo. activités cliniques de chaque site |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                     |      |      |       |             |            |                                        |                        |                           |                                 |                     |      |                                                                                                           |



Tableau récapitulatif des  
Rôles et responsabilités des personnes impliquées dans le processus

| Consignes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Preuve au dossier   |      |      |       | Responsable |            |                             |                                     |                             |                                |                                  |                     |      |                                                       | Enjeux/sous-consignes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|------|-------|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------|------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Document/formulaire | Note | Date | Heure | Médecin     | Psychiatre | Agent admin. de l'admission | Infirmière de l'urgence (au triage) | Infirmière de l'utilisateur | Professionnel de l'utilisateur | Agent admin. du service concerné | Affaires juridiques | DMSP | Autres                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| U14) Si l'examen médical atteste qu'une garde préventive n'est plus nécessaire, faire remplir par le médecin le <b>Certificat médical attestant de la levée de la garde en établissement</b> le verser au dossier de l'utilisateur concerné, puis procéder à la levée de la garde en appliquant les consignes G33) à G37). | X                   | X    | X    | X     | X           |            |                             |                                     |                             |                                |                                  | X                   | X    | En l'absence de l'agent admin. ASI/ACI/ INF en charge | U14.1 L'agent administratif ou une autre personne désignée du service, numérise les formulaires pour la levée de la garde préventive et l'achemine à l'adresse courriel de la DMSP à <a href="mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca">DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca</a> (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 6115) et aux Affaires juridiques à <a href="mailto:legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca">legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca</a> (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131# 7307. |  |

| Garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>E1)</b> Convenir, dans le cadre d'ententes de collaboration intersectorielle avec les autorités judiciaires et de la sécurité publique du territoire (greffes de la chambre civile de la Cour du Québec, huissiers de justice et corps policiers), de modalités de transfert d'information et de responsabilité au sujet des personnes jugées dangereuses qui sont visées par une demande ou par une ordonnance de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique à être exécutée par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et dont ils sont informés.</p>                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <p>E1.1 <b>Entente à venir</b> sur le territoire de Montréal.</p> <p>E1.2 Tout intervenant, peu importe son affectation (ceci inclut tout employé ou médecin exerçant dans une de nos installations, autre qu'un hôpital), ayant des motifs raisonnables de croire qu'une personne, en raison de son état mental, présente un danger pour elle-même ou pour autrui, doit s'adresser à la Cour du Québec, chambre civile pour obtenir une ordonnance de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique.</p> <p>E1.3 Lorsqu'il s'agit d'une demande d'une famille ou d'un proche, l'orienter vers les ressources appropriées soit la Cour du Québec ou, s'il y a un danger immédiat composer le 911.</p>                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <p>E2.1 La personne désignée au bureau de la DMSP achemine quotidiennement à la personne désignée des services concernés ainsi qu'au courriel unique des coordonnateurs en santé physique et en santé mentale, le fichier électronique où sont consignées toutes les gardes actives.</p> <p>E2.2 L'ASI /ACI / INF en charge de chaque service complète et valide le fichier électronique acheminé par la DMSP et le retourne à la DMSP à l'adresse courriel : <a href="mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca">DSP- garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca</a> avant 15h00.</p> <p>E2.3 L'ASI /ACI / INF en charge de chaque service de même que les coordonnateurs d'activités en santé physique et en santé mentale pour tous les services sous sa supervision, assurent en début de quart, les suivis nécessaires afin que les délais soient respectés.</p> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>E2)</b> Présenter à la Cour du Québec toute demande avant pour objet sa garde dans un ESSS en vue ou à la suite d'une évaluation psychiatrique visant à déterminer la nécessité de cette garde.</p> <p><b>E2) suite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verser au dossier de l'usager concerné une copie de la demande, accompagnée de toutes les pièces justificatives afférentes. (remise par l'huissier)</li> <li>- S'il s'agit d'une demande de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique, appliquer les consignes <b>E3)</b>, puis <b>E6)</b> à <b>E13)</b>. S'il s'agit d'une demande de garde autorisée en vertu de l'article 30 du CCQ, appliquer les consignes <b>R1)</b> à <b>R6)</b>.</li> </ul> | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | <p>ASI/ACI/ INF en charge</p> <p>Coordo activités cliniques de chaque site</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Tableau récapitulatif des  
Rôles et responsabilités des personnes impliquées dans le processus

| Consignes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Preuve au dossier   |      |      |       | Responsable |            |                             |                                     |                             |                                |                                  |                     |      | Enjeux/sous-consignes     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|------|-------|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------|------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Document/formulaire | Note | Date | Heure | Médecin     | Psychiatre | Agent admin. de l'admission | Infirmière de l'urgence (au triage) | Infirmière de l'utilisateur | Professionnel de l'utilisateur | Agent admin. du service concerné | Affaires juridiques | DMSP | Autres                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |      |      |       |             |            |                             |                                     |                             |                                |                                  |                     |      |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>E3)</b> Dès l'obtention d'une ordonnance judiciaire de mise sous garde provisoire en vue de l'évaluation psychiatrique d'une personne jugée dangereuse <b>déjà prise en charge par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</b> , déterminer les délais légaux de réalisation de cette évaluation psychiatrique à compter de la date et de l'heure de l'obtention de cette ordonnance, les noter dans son dossier, puis y déposer une copie de cette ordonnance. |                     | X    | X    | X     | X           |            |                             | X                                   | X                           | X                              |                                  | X                   | X    | ASI/ACI/<br>INF en charge | E3.1 Les Affaires juridiques transmettent l'information par courriel à la personne identifiée du service concerné.<br><br>E3.2 La personne désignée du service concerné qui reçoit la copie de l'ordonnance des Affaires juridiques s'assure que cette ordonnance soit déposée à la section légale du dossier de l'utilisateur.<br><br>E3.3 La personne désignée du service concerné, met à jour le fichier électronique reçu du bureau de la DMSP. |
| <b>E4)</b> Dès son arrivée au <b>CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</b> , prendre en charge la personne visée par une ordonnance judiciaire de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique, en ajustant les modalités de cette prise en charge aux circonstances.                                                                                                                                                                                     |                     |      |      |       |             |            |                             |                                     | X                           |                                |                                  |                     |      |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |







**Tableau récapitulatif des  
Rôles et responsabilités des personnes impliquées dans le processus**

| Consignes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Preuve au dossier   |      |      |       | Responsable |            |                             |                                     |                        |                           |                                  |                     |      | Enjeux/sous-consignes |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|------|-------|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------|------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Document/formulaire | Note | Date | Heure | Médecin     | Psychiatre | Agent admin. de l'admission | Infirmière de l'urgence (au triage) | Infirmière de l'usager | Professionnel de l'usager | Agent admin. du service concerné | Affaires juridiques | DMSP | Autres                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |      |      |       |             |            |                             |                                     |                        |                           |                                  |                     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>E9)</b> Procéder au premier examen psychiatrique fixé en notant, dans le dossier de l'usager concerné, la date et l'heure de début et de fin de cet examen. Utiliser le formulaire <b>AH-108 : rapport d'examen psychiatrique pour ordonnance de garde.</b></p> <p><b>E9) Suite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verser une copie de ce rapport à son dossier, puis y noter la date et l'heure de ce dépôt.</li> </ul>                                                                                                  | X                   | X    | X    | X     |             | X          |                             |                                     | X                      |                           |                                  | X                   | X    |                       | <p>E9.1 L'agent administratif ou une autre personne désignée du service, numérise les formulaires et les achemine aux adresses courriels : de la DMSP à <a href="mailto:DSP-garde-ent-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca">DSP-garde-ent-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca</a> (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 6115) et aux Affaires juridiques à <a href="mailto:legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca">legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca</a> (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131# 7307.</p> |
| <p><b>E10)</b> Il appartient au DMSP de transmettre le rapport d'examen psychiatrique requis au tribunal qui l'a imposé, dans les sept jours suivant l'ordonnance ou le moment où la PEC par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal de la personne visée par cette ordonnance est devenue effective.</p>                                                                                                                                                                                                                                   |                     |      |      |       |             |            |                             |                                     |                        |                           |                                  |                     | X    |                       | <p>E10.1 La personne désignée à la DMSP, assure le suivi aux Affaires juridiques afin que le rapport soit transmis au tribunal dans les délais requis.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>E11)</b> Si le premier examen psychiatrique permet de conclure à la nécessité de garder l'usager au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal contre son gré, procéder à un second examen psychiatrique, fait par un autre médecin, au plus tard dans les 48 heures suivant l'ordonnance ou dans les 96 heures suivant le moment où sa prise en charge devient effective, selon le cas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appliquer de nouveau les consignes E9) et E10) en y apportant les ajustements nécessaires.</li> </ul> | X                   | X    | X    | X     |             | X          |                             |                                     | X                      |                           |                                  |                     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



**Tableau récapitulatif des  
Rôles et responsabilités des personnes impliquées dans le processus**

| Consignes                                                                                                                                                                                             | Preuve au dossier   |      |      |       | Responsable |            |                             |                                     |                        |                           |                                  |                     |      | Enjeux/sous-consignes     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|------|-------|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------|------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                       | Document/formulaire | Note | Date | Heure | Médecin     | Psychiatre | Agent admin. de l'admission | Infirmière de l'urgence (au triage) | Infirmière de l'usager | Professionnel de l'usager | Agent admin. du service concerné | Affaires juridiques | DMSP | Autres                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>R2)</b> Déterminer la date de fin de la période de mise sous garde autorisée fixée dans l'ordonnance, la noter dans le dossier de l'usager concerné, puis y déposer une copie de cette ordonnance. | X                   | X    | X    | X     |             | X          |                             |                                     | X                      |                           |                                  | X                   |      | ASI/ACI/<br>INF en charge | R2.1 Le psychiatre traitant et l'infirmier de l'usager ont un rôle essentiel dans la détermination de la fin de la période de mise sous garde.<br><br>R2.2 <b>Rappel visuel</b> : Une feuille de couleur est placée au début de la section légale indiquant date et heure de début, du prochain examen périodique et de fin.<br><br>R2.3 Les Affaires juridiques achemine par courriel et place un appel à la personne désignée du service concerné un rappel, quelques jours avant le prochain examen ou la fin de la garde. |
|                                                                                                                                                                                                       |                     |      |      |       |             |            |                             |                                     |                        |                           |                                  |                     |      |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



**Tableau récapitulatif des  
Rôles et responsabilités des personnes impliquées dans le processus**

| Consignes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Preuve au dossier   |      |      |       | Responsable |            |                             |                                     |                             |                                |                                  |                     |      | Enjeux/sous-consignes |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|------|-------|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------|------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Document/formulaire | Note | Date | Heure | Médecin     | Psychiatre | Agent admin. de l'admission | Infirmière de l'urgence (au triage) | Infirmière de l'utilisateur | Professionnel de l'utilisateur | Agent admin. du service concerné | Affaires juridiques | DMSP | Autres                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>R6)</b> Dès que le médecin traitant atteste que la garde n'est plus justifiée, même si la période de mise sous garde autorisée fixée par jugement n'est pas expirée, l'utilisateur doit être libéré.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire alors remplir par le médecin le <b>Certificat médical attestant de la levée de la garde en établissement</b> et le verser au dossier, puis procéder à la levée de la garde en appliquant les consignes G33) à G37).</li> <li>- Dans le cas contraire, la garde prend fin automatiquement dès l'expiration de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonnée. Si tel est le cas, appliquer les mêmes consignes.</li> </ul> | X                   | X    | X    | X     |             | X          |                             |                                     | X                           |                                |                                  | X                   |      |                       | <p>R6.1 L'agent administratif ou une autre personne désignée du service, numérise les formulaires et les achemine aux adresses courriels : de la DMSP à <a href="mailto:DSP-garde-ent-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca">DSP-garde-ent-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca</a> (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 6115) et aux Affaires juridiques à <a href="mailto:legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca">legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca</a> (Pour info : # de téléphone unique 514-761-6131 # 7307).</p> |





## **ANNEXE 2 : FORMULAIRES**

A NOTER QUE CE SONT LES FORMULAIRES DU MSSS QUI SERONT LÉGÈREMENT  
MODIFIÉS POUR RENCONTRER LES EXIGENCES DE DOCUMENTS DU CIUSSS DE  
L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE- MONTRÉAL

### **LISTE DES FORMULAIRES**

1. Feuille de cheminement : garde préventive et requête de garde provisoire dans un contexte de garde préventive
2. Feuille de cheminement garde provisoire
3. Feuille de cheminement garde autorisée
4. Consentement à demeurer à l'établissement en vue d'une évaluation psychiatrique
5. Rapport d'examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement
6. Avis au directeur médical et des services professionnels
7. Avis médical en vue d'une demande d'évaluation psychiatrique
8. Certificat médical attestant de la levée de la garde en établissement
9. Avis au représentant légal de la personne mise sous garde en établissement
10. Interdiction ou restriction à certaines communications
11. Certificat médical de transfert sécuritaire
12. Demande de contestation auprès du Tribunal administratif du Québec
13. Avis de levée de la garde en établissement
14. Formulaire de consentement aux soins AH-110

**FEUILLE DE CHEMINEMENT : GARDE PREVENTIVE ET REQUÊTE DE GARDE  
PROVISOIRE DANS UN CONTEXTE DE GARDE PRÉVENTIVE**

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Québec</b></p>                            | <br><b>0D1M0164</b> | <p>N° dossier / Chart n° <span style="float: right;">DON / DOB <span style="float: right;">Sexe / Sex</span></span></p> <p>Nom / Name <span style="float: right;">Prénom / First Name</span></p> <p>Nom de la mère / Name of mother</p> <p>Adresse / Address</p> <p>Tél. / Tel.</p> <p>N° assurance maladie / Medicare Card N° <span style="float: right;">Expiration</span></p> |
| <input type="checkbox"/> IUSMD <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> CHSM <input type="checkbox"/> HGL<br><input type="checkbox"/> HLAS <input type="checkbox"/> CHSLD |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>FEUILLE DE CHEMINEMENT : GARDE PRÉVENTIVE ET REQUÊTE DE GARDE PROVISoire DANS UN CONTEXTE DE GARDE PRÉVENTIVE</b>                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

#### Validation des COORDONNÉES de la personne et des personnes significatives

|                                                                                                                     |                                                                                                                                   |          |                   |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|---------------|
| (Bureau d'admission, si impossible à l'arrivée valide dès que possible avec l'unité)                                | Inscrire le # permis seulement une fois pour les mêmes initiales. Ces précisions font foi d'une note au dossier de l'utilisateur. |          |                   |               |
|                                                                                                                     | Initiales                                                                                                                         | # permis | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |
| <input type="checkbox"/> Coordonnées de la personne / langue validées et inscrites/corrigées dans le système        |                                                                                                                                   |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Coordonnées des personnes significatives validées et inscrites / corrigées dans le système |                                                                                                                                   |          |                   |               |

#### Validation du Régime de protection

|                                                                                                                                                                                                                         |   |                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Type de régime :<br><input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Mandat de protection<br><input type="checkbox"/> Conseiller au majeur <input type="checkbox"/> Aucun régime |   | <input type="checkbox"/> Tutelle ou Curatelle au majeur : aux biens<br><input type="checkbox"/> Tutelle ou Curatelle au majeur : à la personne<br><input type="checkbox"/> Tutelle ou Curatelle au majeur : biens / personne |  |  |
| Nom :                                                                                                                                                                                                                   | # |                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
| No. téléphone :                                                                                                                                                                                                         |   |                                                                                                                                                                                                                              |  |  |

#### Prise en charge de la personne par l'établissement

|                                                                                                                      |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| (Date et heure où la prise en charge est devenue effective pour le calcul des délais relatifs à la garde préventive) |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

#### Évaluation médical par le médecin

|                                                                                                                             |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Confirmation de la garde préventive par le médecin :                                                                        |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Formulaire (Garde préventive avis au DSP (OM0163-I)) signé par le médecin                          |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Numérisé, envoyé à la DSP                                                                          |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Formulaire Garde préventive avis au DSP (OM0163-I) versé au dossier section legal versé au dossier |  |  |  |  |

#### Transmission d'informations à la personne

|                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Confirmation de la garde préventive (Md)                                                                                                          |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Consultation en psychiatrie fait et envoyé                                                                                                        |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Confirmation du lieu de la garde préventive (Md)                                                                                                  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Explication des motifs de la garde préventive (Md)                                                                                                |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Explication du déroulement de la garde préventive (Md)                                                                                            |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Remise du dépliant explicatif du processus de garde en établissement, y compris les droits et les recours de la personne (Inf)                    |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Remise des coordonnées du groupe régional de promotion et de défense des droits en santé mentale (Inf)                                            |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Remise des coordonnées du bureau d'aide juridique le plus près (Inf)                                                                              |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Explication du droit de communiquer en toute confidentialité avec un proche et/ou un avocat (Md - Inf)                                            |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Indication de l'espace prévu pour les communications confidentielles de la personne et explication de la marche à suivre pour y avoir accès (Inf) |  |  |  |  |





N° dossier / Chart #

Nom / Name

Prénom / First Name

**Avis relatifs à la mise sous garde préventive**

|                                                                                                    | Initiales | # permis | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Avis de la mise sous garde préventive au titulaire l'autorité parentale : |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Si informé par écrit, avis versé au dossier                               |           |          |                   |               |
| <b>ou</b>                                                                                          |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Avis de la mise sous garde préventive au représentant légal :             |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Si informé par écrit, avis versé au dossier                               |           |          |                   |               |

**Demande de garde autorisée en contexte de garde préventive**

La personne représentée en un danger pour elle-même ou pour autrui, veut quitter l'établissement mais consent à l'examen psychiatrique.

|                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> examen psychiatrique (le plus rapidement possible dans les premiers 12 heures)                                                                               |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> examen psychiatrique le plus rapidement possible suite au premier examen psychiatrique au plus tard à la fin du premier 24 h de la mise sous garde préventive |  |  |  |  |

**(Requête) Demande de Garde provisoire**

La personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental et elle refuse ou est inapte à être soumise à une évaluation psychiatrique.

|                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Le médecin confirme le refus de l'usager et la nécessité de déposer au tribunal une demande de garde provisoire il complète le formulaire : <b>OM0160-I Garde provisoire avis médical en vue d'une évaluation psychiatrique</b> |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Formulaire numérisé et envoyé au bureau des affaires juridiques                                                                                                                                        |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Formulaire versé au dossier                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Signification de la demande à la personne (huissier) :                                                                                                                                                 |  |  |  |  |

**Audience**

Moyens pour favoriser la présence de la personne visée à l'audience  
(L'établissement est responsable d'assurer le transport et l'accompagnement de la personne sous garde au tribunal)

|                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Usager refuse de contester                                                                                                                                                         |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Usager désire contester<br>Service juridique informé avant 8h00 le matin de l'Audience via courriel : <a href="mailto:legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca">legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca</a> |  |  |  |  |

Les différents moyens suivants ont été offerts à la personne en vue de favoriser sa présence à l'audience :

- ☐ Présence d'un proche pour soutenir la personne
- ☐ Présence d'un avocat de la défense
- ☐ Présence d'un représentant du groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale de la région pour soutenir la personne
- ☐ Présence d'un représentant du comité des usagers de l'établissement pour soutenir la personne
- ☐ Présence d'un intervenant social de l'établissement pour soutenir la personne
- ☐ Visio Comparution
- ☐ Autres moyens : \_\_\_\_\_

**Levée de la garde en établissement**

|                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> La personne est informée de la levée et libérée de la garde le :                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Transmission du formulaire certificat médical attestant de la levée de garde en établissement OM0162-I ou du formulaire d'examen pour ordonnance de garde en établissement (AH-108) à la DSP et au service juridique |  |  |  |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</b></p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">Québec</p>                                                                                                                                                                                                                                      | <p>ODIM0164</p> | <p>N° dossier / Chart n° <span style="float: right;">ODN / DOB <span style="float: right;">Sexe / Sex</span></span></p> <p>Nom / Name <span style="float: right;">Prénom / First Name</span></p> <p>Nom de la mère / Name of mother</p> <p>Adresse / Address</p> <p>Tél. / Tel.</p> <p>N° assurance maladie / Medicare Card N° <span style="float: right;">Expiration</span></p> |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> IUSMD</span> <span><input type="checkbox"/> HSA</span> <span><input type="checkbox"/> CHSM</span> <span><input type="checkbox"/> HGL</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> HLAS</span> <span><input type="checkbox"/> CHSLD</span> </div> |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>FEUILLE DE CHEMINEMENT : GARDE PRÉVENTIVE ET REQUÊTE DE GARDE PROVISOIRE DANS UN CONTEXTE DE GARDE PRÉVENTIVE</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                              | Initiales | # permis | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Transmission du formulaire de consentement AH-110 à la DSP et au service juridique                                                                                                                                                  |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Formulaire de consentement AH-110 signé par l'usager et déposer au dossier section légale                                                                                                                                           |           |          |                   |               |
| <b>Avis relatif à la levée de la garde en établissement</b>                                                                                                                                                                                                  |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Avis de levée de garde en établissement (OM0159-I) numérisé et envoyé à la DSP et au service juridique<br>(La DSP avisera le représentant légal ou le titulaire de l'autorité parentale)                                            |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Copie de l'Avis de levée de garde en établissement (OM0159-I) versé au dossier                                                                                                                                                      |           |          |                   |               |
| <b>Interdiction et/ou restriction de communication</b>                                                                                                                                                                                                       |           |          |                   |               |
| Aucune restriction ne peut être imposée aux communications entre la personne sous garde et son représentant, la personne habilitée à consentir aux soins requis par son état de santé, un avocat, le Curateur public ou le Tribunal administratif du Québec. |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> L'interdiction ou la restriction est motivée par le médecin et prescrite au dossier                                                                                                                                                 |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> La personne est informée par écrit à partir d'un certificat d'interdiction ou de restriction                                                                                                                                        |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Original du formulaire Interdiction ou restriction à certaines communications (OM0168-I) remis à l'usager                                                                                                                           |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Copie du formulaire Interdiction ou restriction à certaines communications (OM0168-I) versé au dossier                                                                                                                              |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Copie du certificat versée au dossier                                                                                                                                                                                               |           |          |                   |               |
| <b>Transfert d'établissement</b>                                                                                                                                                                                                                             |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> À la demande de la personne sous garde                                                                                                                                                                                              |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> À la demande du médecin traitant → Consentement de la personne obtenu, sauf si le transfert est requis pour assurer la sécurité de celle-ci ou d'autrui                                                                             |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Si le transfert est effectué, Certificat médical de transfert sécuritaire (OM0161-I) attestant de l'absence de risque pour la personne                                                                                              |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Original versé au dossier section légale                                                                                                                                                                                            |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Copie jointe au résumé de dossier et envoyée à l'établissement receveur                                                                                                                                                             |           |          |                   |               |

**FEUILLE DE CHEMINEMENT : GARDE PROVISOIRE**



|                                                                                                                                                                                        |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------|------------|------------|--|---------------------|---------------------------------|--|--|-------------------|--|--|-------------|--|--|-----------------------------------------|--|------------|
| <p><b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</b></p> <p><b>Québec</b></p>                                                        | <br>ODIM0165 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>N° dossier / Chart n°</td> <td>DDN / DOB</td> <td>Sexe / Sex</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nom / Name</td> <td>Prénom / First Name</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Nom de la mère / Name of mother</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Adresse / Address</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Tél. / Tel.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">N° assurance maladie / Medicare Card N°</td> <td>Expiration</td> </tr> </table> | N° dossier / Chart n° | DDN / DOB | Sexe / Sex | Nom / Name |  | Prénom / First Name | Nom de la mère / Name of mother |  |  | Adresse / Address |  |  | Tél. / Tel. |  |  | N° assurance maladie / Medicare Card N° |  | Expiration |
| N° dossier / Chart n°                                                                                                                                                                  | DDN / DOB                                                                                     | Sexe / Sex                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Nom / Name                                                                                                                                                                             |                                                                                               | Prénom / First Name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Nom de la mère / Name of mother                                                                                                                                                        |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Adresse / Address                                                                                                                                                                      |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Tél. / Tel.                                                                                                                                                                            |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| N° assurance maladie / Medicare Card N°                                                                                                                                                |                                                                                               | Expiration                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> IUSMD <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> CHSM <input type="checkbox"/> HGL<br><input type="checkbox"/> HLAS <input type="checkbox"/> CHSLD |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <b>FEUILLE DE CHEMINEMENT : GARDE PROVISOIRE</b>                                                                                                                                       |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <b>■ Ordonnance de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique visant une personne déjà sous garde préventive</b>                                                           |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Date et heure de l'ordonnance de garde provisoire : _____                                                                                                                              |                                                                                               | Inscrire le # permis seulement une fois pour les mêmes initiales. Ces précisions font foi d'une note au dossier de l'utilisateur.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
|                                                                                                                                                                                        | Initiales                                                                                     | # permis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
|                                                                                                                                                                                        | Date (AAAA/MM/JJ)                                                                             | Heure (HH/MM)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> Versée au dossier                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Transmission d'informations à la personne                                                                                                                                              |                                                                                               | Note rédigée le : _____ par : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Date et heure de l'ordonnance de garde provisoire : _____                                                                                                                              |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> Ordonnance versée au dossier                                                                                                                                  |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> Transmission de l'ordonnance, rapport de polices et autre documents légaux au service juridique (touche jugement/transfert) sur photocopieurs                 |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Prise en charge par l'établissement :<br>(Calcul des délais relatifs à la garde provisoire)                                                                                            |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <b>Évaluation psychiatrique</b>                                                                                                                                                        |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> examen psychiatrique dans les 24 heures de l'ordonnance de garde provisoire par (Nom psychiatre) _____                                        |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> examen psychiatrique dans les 48 heures de l'ordonnance de garde provisoire (Nom psychiatre) _____                                             |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <b>Transmission des rapports d'examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement (AH-108)</b>                                                                             |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> Numériser le 1 <sup>er</sup> Rapport d'examen psychiatrique AH-108 et transmettre au service juridique                                                        |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> Numériser le 2 <sup>e</sup> Rapport d'examen psychiatrique AH-108 et transmettre au service juridique                                                         |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <b>Signification par Huissier</b>                                                                                                                                                      |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> Signification de la demande à la personne :<br>(48 heures avant sa présentation au tribunal)                                                                  |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <b>■ Ordonnance de garde provisoire obtenue par un tiers</b>                                                                                                                           |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Date et heure de l'ordonnance de garde provisoire : _____                                                                                                                              |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> Ordonnance versée au dossier                                                                                                                                  |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> Transmission de l'ordonnance, rapport de polices et autre documents légaux au service juridique (touche jugement/transfert) sur photocopieurs                 |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Prise en charge par l'établissement :<br>(Calcul des délais relatifs à la garde provisoire)                                                                                            |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Transmission d'informations à la personne                                                                                                                                              |                                                                                               | Note rédigée le : _____ par : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> Confirmation de la garde provisoire (Md) <input type="checkbox"/> Explication des motifs de la garde provisoire (Md)                                          |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> Confirmation du lieu de la garde provisoire (Md) <input type="checkbox"/> Explication du déroulement de la garde provisoire (Md)                              |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <input type="checkbox"/> Remise du dépliant explicatif du processus de garde en établissement, y compris les droits et les recours de la personne (Inf)                                |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |           |            |            |  |                     |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |



N° dossier / Chart n°

Nom / Name

Prénom / First Name

- ☐ Remise des coordonnées du groupe régional de promotion et de défense des droits en santé mentale (Inf)
- ☐ Remise des coordonnées du bureau d'aide juridique le plus près (Inf)
- ☐ Explication du droit de communiquer en toute confidentialité avec un proche et/ou un avocat (Md - Inf)
- ☐ Indication de l'espace prévu pour les communications confidentielles de la personne et explication de la marche à suivre pour y avoir accès (Inf)

**Évaluation psychiatrique**

|                                                                                                                                        | Initiales | # permis | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> examen psychiatrique dans les 24 heures suivant la prise en charge par (Nom psychiatre) _____ |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> examen psychiatrique dans les 96 heures suivant la prise en charge par (Nom psychiatre) _____  |           |          |                   |               |

**Transmission des rapports d'examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement (AH-108)**

|                                                                                                                                 |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Numériser le 1 <sup>er</sup> Rapport d'examen psychiatrique AH-108 et transmettre au service juridique |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Numériser le 2 <sup>e</sup> Rapport d'examen psychiatrique AH-108 et transmettre au service juridique  |  |  |  |  |

**Signification par Huissier**

|                                                                                                                    |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Signification de la demande à la personne : (48 heures avant sa présentation au tribunal) |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|

**Audience**

Moyens pour favoriser la présence de la personne visée à l'audience  
(L'établissement est responsable d'assurer le transport et l'accompagnement de la personne sous garde au tribunal)

|                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Usager refuse de contester                                                                                                                                                      |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Usager désire contester<br>Service juridique informé avant 8h00 le matin de l'Audience via email : <a href="mailto:legal.comti@ssss.qouv.qc.ca">legal.comti@ssss.qouv.qc.ca</a> |  |  |  |  |

Les différents moyens suivants ont été offerts à la personne en vue de favoriser sa présence à l'audience :

- ☐ Présence d'un proche pour soutenir la personne
- ☐ Présence d'un avocat de la défense
- ☐ Présence d'un représentant du groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale de la région pour soutenir la personne
- ☐ Présence d'un représentant du comité des usagers de l'établissement pour soutenir la personne
- ☐ Présence d'un intervenant social de l'établissement pour soutenir la personne
- ☐ Visio Comparution
- ☐ Autres moyens : \_\_\_\_\_

**Levée de la garde en établissement**

|                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Personne informée de la levée de la garde et libérée le :                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Transmission du formulaire certificat médical attestant de la levée de garde en établissement OM0162-I ou du formulaire d'examen pour ordonnance de garde en établissement (AH-108) à la DSP et au service juridique |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Signature du formulaire de consentement AH-110                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Transmission du formulaire de consentement AH-110 à la DSP et au service juridique                                                                                                                                   |  |  |  |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------|------------|------------|---------------------|--|---------------------------------|--|--|-------------------|--|--|-------------|--|--|-----------------------------------------|--|------------|
| <p><b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</b></p> <p style="font-size: 24pt; font-weight: bold;">Québec</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> <p>0D1M0165</p> </div> </div>           | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">N° dossier / Chart n°</td> <td style="width: 33%;">DDN / DOB</td> <td style="width: 33%;">Sexe / Sex</td> </tr> <tr> <td>Nom / Name</td> <td colspan="2">Prénom / First Name</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Nom de la mère / Name of mother</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Adresse / Address</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Tél. / Tel.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">N° assurance maladie / Medicare Card N°</td> <td>Expiration</td> </tr> </table> | N° dossier / Chart n° | DDN / DOB | Sexe / Sex | Nom / Name | Prénom / First Name |  | Nom de la mère / Name of mother |  |  | Adresse / Address |  |  | Tél. / Tel. |  |  | N° assurance maladie / Medicare Card N° |  | Expiration |
| N° dossier / Chart n°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DDN / DOB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sexe / Sex            |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Nom / Name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Prénom / First Name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Nom de la mère / Name of mother                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Adresse / Address                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| Tél. / Tel.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| N° assurance maladie / Medicare Card N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Expiration            |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> IUSMD<br/><input type="checkbox"/> HLAS         </div> <div> <input type="checkbox"/> HSA<br/><input type="checkbox"/> CHSLD         </div> <div> <input type="checkbox"/> CHSM         </div> <div> <input type="checkbox"/> HGL         </div> </div> | <p><b>FEUILLE DE CHEMINEMENT :<br/>GARDE PROVISOIRE</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |  |            |

| Avis relatif à la levée de la garde provisoire                                                                                                                                                                                                               |           |          |                   |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------------------|---------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                              | Initiales | # permis | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |
| <input type="checkbox"/> Avis de levée de garde en établissement (OM0159-I) numérisé et envoyé à la DSP et au service juridique<br>Le service juridique avisera le représentant légal ou le titulaire de l'autorité parentale                                |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Copie de l'Avis de levée de garde en établissement (OM0159-I) versé au dossier                                                                                                                                                      |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Original de l'Avis de levée de garde en établissement (OM0159-I) remis à l'utilisateur                                                                                                                                              |           |          |                   |               |
| Interdiction et/ou restriction de communication                                                                                                                                                                                                              |           |          |                   |               |
| Aucune restriction ne peut être imposée aux communications entre la personne sous garde et son représentant, la personne habilitée à consentir aux soins requis par son état de santé, un avocat, le Curateur public ou le Tribunal administratif du Québec. |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> L'interdiction ou la restriction est motivée par le médecin et prescrite au dossier                                                                                                                                                 |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> La personne est informée par écrit à partir d'un certificat d'interdiction ou de restriction                                                                                                                                        |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Original du formulaire Interdiction ou restriction à certaines communications (OM0168-I) remis à l'utilisateur                                                                                                                      |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Copie du formulaire Interdiction ou restriction à certaines communications (OM0168-I) versé au dossier                                                                                                                              |           |          |                   |               |
| Transfert d'établissement                                                                                                                                                                                                                                    |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> À la demande de la personne sous garde                                                                                                                                                                                              |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> À la demande du médecin traitant → Consentement de la personne obtenu, sauf si le transfert est requis pour assurer la sécurité de celle-ci ou d'autrui                                                                             |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Si le transfert est effectué, OM0161-I Certificat médical de transfert sécuritaire (OM0161-I) attestant de l'absence de risque pour la personne                                                                                     |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Original versé au dossier section légale                                                                                                                                                                                            |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Copie jointe au résumé de dossier et envoyé à l'établissement receveur                                                                                                                                                              |           |          |                   |               |

**FEUILLE DE CHEMINEMENT. GARDE AUTORISEE**

| <p><b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</b></p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">Québec</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> IUSMD    <input type="checkbox"/> HSA    <input type="checkbox"/> CHSM    <input type="checkbox"/> HGL<br/> <input type="checkbox"/> HLAS    <input type="checkbox"/> CHSLD </div> | <br><b>0D1M0166</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 10px;"> <span>N° dossier / Chart n°</span> <span>DDH / DOB</span> <span>Sexe / Sex</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 10px;"> <span>Nom / Name</span> <span>Prénom / First Name</span> </div> <div style="font-size: 10px;">Nom de la mère / Name of mother</div> <div style="font-size: 10px;">Adresse / Address</div> <div style="font-size: 10px;">Tél. / Tel.</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 10px;"> <span>N° assurance maladie / Medicare Card N°</span> <span>Expiration</span> </div> |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|-------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>FEUILLE DE CHEMINEMENT : GARDE AUTORISÉE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Ordonnance de garde autorisée</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Durée fixée par le tribunal :<br>Inscrive le # permis seulement une fois pour les mêmes initiales. Ces précisions font foi d'une note au dossier de l'utilisateur.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Date de l'ordonnance de garde autorisée (Date de début pour le calcul des délais relatifs à la garde autorisée) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Initiales</th> <th style="width: 10%;"># permis</th> <th style="width: 40%;">Date (AAAA/MM/JJ)</th> <th style="width: 40%;">Heure (HH/MM)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Initiales     | # permis | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | # permis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Date (AAAA/MM/JJ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Heure (HH/MM) |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ordonnance versée au dossier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Transmission d'informations à la personne</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Communication à l'utilisateur de l'information nécessaire à l'exercice de ses droits :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Remise de la fiche d'information Garde Autorisée                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Remise à l'utilisateur de l'annexe à la Loi sur la protection des personnes (LPP) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>En cas d'incapacité de la personne à comprendre les informations transmises</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Remise de l'annexe à la LPP au représentant légal de la personne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Remise de l'annexe à la LPP à un tiers intéressé, en dernier recours                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Examen psychiatrique périodique</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ré-évaluation obligatoire du 21 <sup>e</sup> jour pour garde de plus de 30 jours                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Le 21 <sup>e</sup> jour suivant l'ordonnance (examen obligatoire pour ordonnance de 30 jours et plus)                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Rapport versé au dossier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Transmission du Rapport d'examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement (AH 108)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Rapport d'examen psychiatrique transmis au service juridique :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Avis au représentant Légal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Versé au dossier (transmis par le service juridique)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Ré-évaluation de la garde autorisée</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement (AH-108)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement (AH-108)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Transmission des rapports d'examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement (AH-108)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Numériser le 1 <sup>er</sup> Rapport d'examen psychiatrique AH-108 et transmettre au service juridique                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Numériser le 2 <sup>e</sup> Rapport d'examen psychiatrique AH-108 et transmettre au service juridique                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Signification par Huissier</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Signification de la demande à la personne :<br>(48 heures avant sa présentation au tribunal)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |



N° dossier / Chart n°

Nom / Name

Prénom / First Name

**Ré-évaluation de la garde autorisée**

|                                                                                                                                              | Initiales | # permis | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------------------|---------------|
| Ré-évaluation obligatoire du 21 <sup>e</sup> jour pour garde de plus de 30 jours                                                             |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Le 21 <sup>e</sup> jour suivant l'ordonnance (examen obligatoire pour ordonnance de 30 jour et plus)                |           |          |                   |               |
| Examen périodique                                                                                                                            |           |          |                   |               |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement (AH 108)                  |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement (AH 108)                              |           |          |                   |               |
| Transmission des rapports d'examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement (AH-108)                                          |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Numériser le Rapport d'examen psychiatrique AH-108 du 21 <sup>e</sup> jour et transmettre au service juridique      |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Numériser le 1 <sup>er</sup> Rapport d'examen psychiatrique AH-108 (périodique) et transmettre au service juridique |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Numériser le 2 <sup>e</sup> Rapport d'examen psychiatrique AH-108 (périodique) et transmettre au service juridique  |           |          |                   |               |

**Signification par Huissier**

|                                                                                                                                  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Signification de la demande à la personne :<br>(48 heures avant sa présentation au tribunal) |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|

**Ré-évaluation de la garde autorisée**

|                                                                                                                                                        |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Ré-évaluation obligatoire du 21 <sup>e</sup> jour pour garde de plus de 30 jours                                                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Le 21 <sup>e</sup> jour suivant l'ordonnance (examen obligatoire pour ordonnance de 30 jour et plus)                          |  |  |  |  |
| Examen périodique                                                                                                                                      |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement (AH-108)                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement (AH-108)                                        |  |  |  |  |
| Transmission des rapports d'examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement (AH-108)                                                    |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Numériser le Rapport d'examen psychiatrique AH-108 du 21 <sup>e</sup> jour et transmettre au service juridique                |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Numériser le 1 <sup>er</sup> Rapport d'examen psychiatrique AH-108 (périodique) et transmettre au service juridique           |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Numériser le 2 <sup>e</sup> Rapport d'examen psychiatrique AH-108 (périodique) et transmettre au service juridique |  |  |  |  |

**Signification par Huissier**

|                                                                                                                       |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Signification de la demande à la personne :<br>(48 heures avant sa présentation au tribunal) |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|

**Audience**

**Moyens pour favoriser la présence de la personne visée à l'audience**  
(L'établissement est responsable d'assurer le transport et l'accompagnement de la personne sous garde au tribunal)

|                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Usager refuse de contester                                                                                                                                                         |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Usager désire contester<br>Service juridique informé avant 8h00 le matin de l'Audience via email :<br><a href="mailto:legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca">legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca</a> |  |  |  |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |           |            |            |                     |  |                                   |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------|------------|------------|---------------------|--|-----------------------------------|--|--|-------------------|--|--|-------------|--|--|-----------------------------------------|------------|--|
| <p><b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</b></p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;"><b>Québec</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> IUSMD    <input type="checkbox"/> HSA    <input type="checkbox"/> CHSM    <input type="checkbox"/> HGL<br/> <input type="checkbox"/> HLAS    <input type="checkbox"/> CHSLD         </p> | <br><b>ODIM0166</b> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;">N° dossier / Chart n°</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;">DDN / DOB</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 40%;">Sexe / Sex</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nom / Name</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Prénom / First Name</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Signé de la mère / Name of mother</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Adresse / Address</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Tél. / Tel.</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">N° assurance maladie / Medicare Card N°</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Expiration</td> </tr> </table> | N° dossier / Chart n° | DDN / DOB | Sexe / Sex | Nom / Name | Prénom / First Name |  | Signé de la mère / Name of mother |  |  | Adresse / Address |  |  | Tél. / Tel. |  |  | N° assurance maladie / Medicare Card N° | Expiration |  |
| N° dossier / Chart n°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DDN / DOB           | Sexe / Sex                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |           |            |            |                     |  |                                   |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |
| Nom / Name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Prénom / First Name |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |           |            |            |                     |  |                                   |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |
| Signé de la mère / Name of mother                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |           |            |            |                     |  |                                   |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |
| Adresse / Address                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |           |            |            |                     |  |                                   |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |
| Tél. / Tel.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |           |            |            |                     |  |                                   |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |
| N° assurance maladie / Medicare Card N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Expiration          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |           |            |            |                     |  |                                   |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |
| <p><b>FEUILLE DE CHEMINEMENT : GARDE AUTORISÉE</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |           |            |            |                     |  |                                   |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |

**Les différents moyens suivants ont été offerts à la personne en vue de favoriser sa présence à l'audience :**

☐ Présence d'un proche pour soutenir la personne  
☐ Présence d'un avocat de la défense  
☐ Présence d'un représentant du groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale de la région pour soutenir la personne  
☐ Présence d'un représentant du comité des usagers de l'établissement pour soutenir la personne  
☐ Présence d'un intervenant social de l'établissement pour soutenir la personne  
☐ Visio Comparution  
☐ Autres moyens : \_\_\_\_\_

| Levée de la garde en établissement                                                                                                                                                                                                            |           |          |                   |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------------------|---------------|
|                                                                                                                                                                                                                                               | Initiales | # permis | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |
| <input type="checkbox"/> La personne est informée de la levée de la garde et libérée le :                                                                                                                                                     |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Transmission du formulaire certificat médical attestant de la levée de garde en établissement OM0162-I ou du formulaire d'examen pour ordonnance de garde en établissement (AH-108) à la DSP et au service juridique |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Signature du formulaire de consentement AH-110                                                                                                                                                                       |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Transmission du formulaire de consentement AH-110 à la DSP et au service juridique                                                                                                                                   |           |          |                   |               |

| Avis relatif à la levée de la garde établissement                                                                                                                                                                             |           |          |                   |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------------------|---------------|
|                                                                                                                                                                                                                               | Initiales | # permis | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |
| <input type="checkbox"/> Avis de levée de garde en établissement (OM0159-I) numérisé et envoyé à la DSP et au service juridique<br>Le service juridique avisera le représentant légal ou le titulaire de l'autorité parentale |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Copie de l'Avis de levée de garde en établissement (OM0159-I) versé au dossier                                                                                                                       |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Original de l'Avis de levée de garde en établissement (OM0159-I) remis à l'usager                                                                                                                    |           |          |                   |               |

| Interdiction et/ou restriction de communication                                                                                                                                                                                                              |           |          |                   |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------------------|---------------|
| Aucune restriction ne peut être imposée aux communications entre la personne sous garde et son représentant, la personne habilitée à consentir aux soins requis par son état de santé, un avocat, le Curateur public ou le Tribunal administratif du Québec. |           |          |                   |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | Initiales | # permis | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |
| <input type="checkbox"/> L'interdiction ou la restriction est motivée par le médecin                                                                                                                                                                         |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> La personne est informée par écrit à partir d'un certificat d'interdiction ou de restriction                                                                                                                                        |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Copie du certificat versée au dossier                                                                                                                                                                                               |           |          |                   |               |

| Transfert d'établissement                                                                                                                                                        |           |          |                   |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------------------|---------------|
|                                                                                                                                                                                  | Initiales | # permis | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |
| <input type="checkbox"/> À la demande de la personne sous garde                                                                                                                  |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> À la demande du médecin traitant → Consentement de la personne obtenu, sauf si le transfert est requis pour assurer la sécurité de celle-ci ou d'autrui |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Si le transfert est effectué, certificat médical attestant de l'absence de risque pour la personne                                                      |           |          |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Copie du certificat versée au dossier                                                                                                                   |           |          |                   |               |



**CONSENTEMENT À DEMEURER À L'ÉTABLISSEMENT EN VUE D'UNE  
ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE**  
*(RLRQ, c.P-38.001 ; CCQ, art. 26 à 31)*

**CONSENTEMENT À DEMEURER À  
L'ÉTABLISSEMENT EN VUE  
D'UNE ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE**

(RLRQ, c.P-38.001 ; CCQ, art. 26 à 31)

**ADRESSOGRAPHE**

**Aptitude à consentir à demeurer à l'établissement en vue d'une évaluation psychiatrique**

Je confirme la capacité de \_\_\_\_\_ à consentir à sa garde en établissement. Cet usager est en mesure de comprendre l'ensemble des informations relatives à la nature et au but de la garde en établissement ainsi que celles liées aux risques et aux conséquences qui y sont associés.

| Année | Mois | Jour | Signature du médecin | Numéro de permis de pratique |
|-------|------|------|----------------------|------------------------------|
|-------|------|------|----------------------|------------------------------|

**Consentement à demeurer à l'établissement en vue d'une évaluation psychiatrique**

Je, \_\_\_\_\_, consens à demeurer à l'établissement en vue de me soumettre à une évaluation

(Nom de l'usager)

psychiatrique. Je comprends que mon consentement peut être révoqué en tout temps, c'est-à-dire que je peux changer ma décision à n'importe quel moment.

Pour m'aider à prendre ma décision, le médecin responsable d'examiner ma situation m'a expliqué :

- ☐ Les faits et les motifs qui justifient son opinion au sujet du danger que, selon lui, je représente pour ma sécurité ou celle d'autrui, en raison de mon état mental.
- ☐ Qu'il veut me garder provisoirement à l'hôpital pour qu'une évaluation psychiatrique soit faite (art. 27 du Code civil).
- ☐ Qu'un psychiatre ou un médecin réalisera un premier examen psychiatrique dans les 24 premières heures suivant mon consentement (art. 28, al. 1 du Code civil). Si après cet examen, ce médecin conclut qu'il est nécessaire de me garder à l'hôpital, un deuxième psychiatre ou médecin fera un autre examen psychiatrique au plus tard dans les 48 heures suivant ce consentement (art. 28, al. 2 du Code civil).
- ☐ Dès qu'un des médecins conclut que ma garde à l'hôpital n'est pas nécessaire, ma mise sous garde sera levée et je pourrai quitter l'hôpital.
- ☐ Si, par contre, les deux médecins concluent que ma garde à l'hôpital est nécessaire, j'en serai immédiatement informé et je pourrai alors donner mon consentement ou refuser d'être gardé à l'établissement.
- ☐ En cas de refus, je serai maintenu sous garde à l'hôpital, pour un maximum de 48 heures additionnelles, le temps que l'établissement demande l'autorisation au tribunal de me garder plus longtemps, sans mon consentement.

Le médecin m'a expliqué que l'examen psychiatrique a pour but de déterminer, à partir des informations recueillies (observation, communication des proches, etc.) :

- ☐ un diagnostic, même provisoire, sur mon état mental, sa gravité et ses conséquences probables;
- ☐ la nécessité que je sois gardé à l'établissement en raison du danger que je représente pour moi-même ou pour autrui en raison de mon état mental;
- ☐ mon aptitude à prendre soin de moi-même ou à administrer mes biens et, le cas échéant, l'opportunité d'ouvrir à mon égard un régime de protection du majeur.

Je déclare consentir sans avoir subi de pressions, d'influences indues, de menaces ou de promesses, de quelques sources que ce soit.

Je déclare avoir compris l'ensemble des informations utiles à la prise de ma décision et que le médecin a pris le temps de répondre à mes questions en utilisant des termes simples et accessibles.

J'accepte de collaborer à la mise en place de mesures de surveillance et de protection pour assurer ma sécurité et/ou celle d'autrui. Ces mesures feront suite à l'évaluation du danger que je représente et me seront expliquées, le cas échéant. Je comprends que la mise en place de ces mesures sera constamment réévaluée en fonction de la nature et du degré de danger associés à mon état mental.

| Année | Mois | Jour | Signature : usager ou personne autorisée | Témoin à la signature |
|-------|------|------|------------------------------------------|-----------------------|
|-------|------|------|------------------------------------------|-----------------------|

**Refus à demeurer à l'établissement en vue d'une évaluation psychiatrique**

- ☐ Je refuse d'être ainsi gardé.
- ☐ Je m'oppose à être ainsi gardé, malgré le consentement de mon mandataire, de mon tuteur ou de mon Curateur.

| Année | Mois | Jour | Signature : usager ou personne autorisée | Témoin à la signature |
|-------|------|------|------------------------------------------|-----------------------|
|-------|------|------|------------------------------------------|-----------------------|

**NUMERISE ET TRANSMIS AUX COURRIELS :**

☐ [DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca)

□ [legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca)

## **RAPPORT D'EXAMEN PSYCHIATRIQUE POUR ORDONNANCE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT**

Effacer

Imprimer

Enregistrer

**RAPPORT D'EXAMEN  
PSYCHIATRIQUE POUR  
ORDONNANCE DE GARDE  
EN ÉTABLISSEMENT**

DT9068

(Art. 29 et 30 C. c. Q. et art. 2 et 3 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))

**Provenance (personne amenée par) :**

Prise en charge  
par l'établissement

Année

Mois

Jour

Heure

- ☐ Policiers ☐ Ambulanciers ☐ Famille  
☐ Venue d'elle-même ☐ Autre :

Ordonnance d'évaluation  
psychiatrique émise par un juge le

Année

Mois

Jour

☐ Premier  
examen☐ Deuxième  
examen

Examen  
périodique :

☐ 21 jours☐ 3 mois

|                              |      |           |            |                         |               |                                                       |
|------------------------------|------|-----------|------------|-------------------------|---------------|-------------------------------------------------------|
| Date de naissance            |      |           | N° patient |                         | N° de dossier |                                                       |
| Année                        | Mois | Jour      |            |                         |               |                                                       |
| Nom et prénom à la naissance |      |           |            |                         |               |                                                       |
| Nom usuel ou nom de conjoint |      |           |            |                         |               |                                                       |
| Adresse                      |      |           |            |                         |               |                                                       |
| Code postal                  |      | Int. rég. |            | Téléphone               |               | Sexe                                                  |
|                              |      |           |            |                         |               | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| N° d'assurance maladie       |      |           |            | Nom du médecin traitant |               |                                                       |

**Motifs et faits sur lesquels le médecin fonde son opinion****A- Motifs et faits rapportés par des tiers (famille, intervenant, policier, autre)**

Source : ☐ Tiers

(indiquer la catégorie, sauf si cela permet d'identifier la source)

☐ Dossier

☐ Pointer, s'il y a suite sur  
un deuxième formulaire

**B- Observations du médecin**

☐ Pointer, s'il y a suite sur  
un deuxième formulaire

Nom de l'usager

N° de dossier

**Opinion du médecin****Diagnostic (même provisoire) sur l'état mental****Évaluation de la gravité de l'état mental****Conséquences probables de cet état mental pour la personne ou pour autrui****Recommandation**

☐ Je suis d'opinion qu'une garde en établissement est nécessaire pour une durée de \_\_\_\_\_ jour(s) parce que cette personne présente un danger en raison de son état mental ☐ pour elle-même ☐ pour autrui.

☐ Je suis d'opinion qu'une garde en établissement n'est pas présentement nécessaire.

☐ Je suis d'opinion que la garde en établissement peut être cessée.

La signification de la requête de garde à la personne serait nuisible à sa santé ou sa sécurité ou celle d'autrui : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour les raisons suivantes :

L'interrogatoire de cette personne par le juge, lors de l'audience sur la requête de garde, pourrait être nuisible à sa santé ou sa sécurité ou celle d'autrui : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour les raisons suivantes :

En raison de son état de santé, est-il manifestement inutile d'exiger le témoignage de cette personne? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour les raisons suivantes :

La personne est-elle apte à prendre soin d'elle-même? ☐ Oui ☐ Non ☐ A déterminer

La personne est-elle apte à administrer ses biens? ☐ Oui ☐ Non ☐ A déterminer

Est-il opportun d'ouvrir un régime de protection au majeur pour cette personne? ☐ Oui ☐ Non ☐ A déterminer

J'ai moi-même examiné la personne  
faisant l'objet du présent rapport

Date et heure

Signature

Nom et prénom du médecin (en lettres moulées)

Numéro de permis

Si médecin non psychiatre, expliquer pourquoi avoir rempli ce rapport.

Nom et adresse de l'établissement

La signature doit être apposée sur l'original « dossier de l'usager » et sur la copie « dossier pour la cour »



**GARDE PRÉVENTIVE. AVIS AU DIRECTEUR MÉDICAL ET  
DES SERVICES PROFESSIONNELS**

|                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</p> <p><b>Québec</b></p>                                                                       |  | N° dossier / Chart n° _____ DDN / DOB _____ Sexe / Sex _____   |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                   | Nom / Name _____ Prénom / First Name _____                     |  |
| <input type="checkbox"/> IUSMD <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> CHSM <input type="checkbox"/> HGL<br><input type="checkbox"/> HLAS <input type="checkbox"/> CHSLD : _____ |                                                                                   | Nom de la mère / Name of mother _____                          |  |
| <b>GARDE PRÉVENTIVE. AVIS AU DIRECTEUR MÉDICAL ET DES SERVICES PROFESSIONNELS</b>                                                                                                              |                                                                                   | Adresse / Address _____                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                   | Tél. / Tel. _____                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                   | N° assurance maladie / Medicare Card N° _____ Expiration _____ |  |

**Pour transmission immédiate au Directeur médical et des services professionnels**

(DSP-garde-en-établissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca)

| CONDITIONS NÉCESSAIRES   |                                                                                   |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | La personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même et/ou pour autrui |
| <input type="checkbox"/> | La personne refuse d'être hospitalisée                                            |
| <input type="checkbox"/> | La personne a été informée que devant son refus, on allait recourir à une garde   |

| PROVENANCE (PERSONNE AMENÉE PAR) :                 |                                            |                                            |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Policiers                 | <input type="checkbox"/> Ambulanciers      | <input type="checkbox"/> Tiers, famille    |
| <input type="checkbox"/> Transfert d'établissement | <input type="checkbox"/> Venue d'elle-même | <input type="checkbox"/> Déjà hospitalisée |

| PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE PAR L'ÉTABLISSEMENT |                                                                                       |       |       |             |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------------|
| Lieu :                                             | <input type="checkbox"/> Service des urgences <input type="checkbox"/> Unité de soins | Heure | Année | Mois   Jour |

| REPRÉSENTANT LÉGAL                                                                                                          |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Le titulaire de l'autorité parentale ou le représentant légal, le cas échéant est informé de la mise sous garde préventive. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Nom du représentant légal :                                                                                                 |                                                           |

| RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DANGÉROSITÉ GRAVE ET IMMÉDIATE DE LA PERSONNE EXAMINÉE                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Idées suicidaires<br><input type="checkbox"/> Intentions suicidaires<br><input type="checkbox"/> Plan suicidaire<br><input type="checkbox"/> Gestes suicidaires<br><input type="checkbox"/> Désorganisation mentale et/ou comportementale associée à un risque pour la sécurité | <input type="checkbox"/> Idées de violence envers autrui<br><input type="checkbox"/> Intentions de violence envers autrui<br><input type="checkbox"/> Plan de violence envers autrui<br><input type="checkbox"/> Gestes de violence envers autrui |

| Autres renseignements pertinents relatifs à la mise sous garde préventive |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                           |  |
|                                                                           |  |
|                                                                           |  |

| Confirmation de la garde préventive                                                                                                                                                                                                            |           |              |                 |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|-----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Je certifie que cette personne nécessite d'être mise sous garde préventive parce qu'elle représente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui <u>et</u> qu'il y a absence de consentement à sa garde. |           |              |                 |       |
| Prescripteur : Nom (Lettres moulées)                                                                                                                                                                                                           | Signature | No de permis | Date (AA-MM-JJ) | Heure |
|                                                                                                                                                                                                                                                |           |              |                 |       |

NUMÉRISÉ ET TRANSMIS AUX COURRIELS :

☐ [DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:DSP-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca)

☐ [legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:legal.comtl@ssss.gouv.qc.ca)

DOSSIER SECTION LÉGALE

## GUIDE – PRISE DE DÉCISION

### GRILLE DE DÉCISION DE MISE SOUS GARDE PRÉVENTIVE

| LA PERSONNE PRÉSENTE UN DANGER GRAVE ET IMMÉDIAT pour elle-même ou pour autrui |   | LA PERSONNE ACCEPTE D'ÊTRE HOSPITALISÉE |   | MISE SOUS GARDE PRÉVENTIVE |
|--------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------|---|----------------------------|
| OUI                                                                            | + | OUI                                     | = | NON                        |
| OUI                                                                            | + | NON                                     | = | OUI                        |
| NON                                                                            | + | NON                                     | = | NON                        |
| NON                                                                            | + | OUI                                     | = | NON                        |

### GRILLE DE DÉCISION DE CESSER LA GARDE PRÉVENTIVE EN TOUT TEMPS

| LA PERSONNE PRÉSENTE UN DANGER GRAVE ET IMMÉDIAT pour elle-même ou pour autrui |   | LA PERSONNE ACCEPTE D'ÊTRE HOSPITALISÉE |   | LA GARDE PRÉVENTIVE EST LEVÉE |
|--------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------|---|-------------------------------|
| OUI                                                                            | + | OUI                                     | = | OUI**                         |
| OUI                                                                            | + | NON                                     | = | NON                           |
| NON                                                                            | + | NON                                     | = | OUI                           |
| NON                                                                            | + | OUI                                     | = | OUI                           |

**\*\*** On cesse d'appliquer la mesure de protection légale, soit la garde préventive, mais toutes les mesures de surveillance nécessaires pour assurer la protection de la personne ou d'autrui sont maintenues, parce que cette personne présente toujours un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

### OBLIGATIONS D'INFORMATION

- Dès que la personne est prise en charge par l'établissement, ou dès qu'elle semble en mesure de comprendre ces renseignements, la personne doit être informée du lieu où elle est gardée, du motif de sa garde, de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat (LPP, RLRQ, c. P-38.001, art. 15).
- De plus, l'établissement a l'obligation d'informer l'autorité parentale ou le tuteur s'il s'agit d'un mineur et d'informer le mandataire, le tuteur ou le Curateur s'il s'agit d'un majeur représenté, de la décision du médecin de mettre la personne sous garde préventive (LPP, RLRQ, c. P-38.001, art. 19).

**DEMANDE DE GARDE PROVISOIRE. AVIS MÉDICAL EN VUE D'UNE  
DEMANDE D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</b></p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;"><b>Québec</b></p> <p> <input type="checkbox"/> IUSMD    <input type="checkbox"/> HSA    <input type="checkbox"/> CHSM    <input type="checkbox"/> HGL<br/> <input type="checkbox"/> HLAS    <input type="checkbox"/> CHSLD         </p> | <br><b>001M0160</b> | <p>N° dossier / Chart n° <span style="float: right;">DDN / DOB <span style="float: right;">Sexe / Sex</span></span></p> <p>Nom / Name <span style="float: right;">Prénom / First Name</span></p> <p>Nom de la mère / Name of mother</p> <p>Adresse / Address</p> <p>Tél. / Tel.</p> <p>N° assurance maladie / Medicare Card N° <span style="float: right;">Expiration</span></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**DEMANDE DE GARDE PROVISoire. AVIS MÉDICAL  
EN VUE D'UNE DEMANDE D'ÉVALUATION  
PSYCHIATRIQUE**

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA MISE SOUS GARDE PRÉVENTIVE DE LA PERSONNE**

**Diagnostic provisoire :**

**Observations du médecin :**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Risque suicidaire<br><input type="checkbox"/> Propos incohérents<br><input type="checkbox"/> Hallucinations<br><input type="checkbox"/> Désinhibition<br><input type="checkbox"/> Accélération de la pensée<br><input type="checkbox"/> Altération importante du jugement<br><input type="checkbox"/> Possibilité d'arrêt de la médication | <input type="checkbox"/> Attitude menaçante<br><input type="checkbox"/> Perte de contact avec la réalité<br><input type="checkbox"/> Délire<br><input type="checkbox"/> Impulsivité<br><input type="checkbox"/> Dépression<br><input type="checkbox"/> Nécessite isolement et/ou contention<br><input type="checkbox"/> Possibilité de consommation de drogues | <input type="checkbox"/> Comportements agressifs<br><input type="checkbox"/> Agitation<br><input type="checkbox"/> Idées de grandeur<br><input type="checkbox"/> Irritabilité<br><input type="checkbox"/> Mutisme<br><input type="checkbox"/> Risque de fugue |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Faits rapportés :** Provenance des informations :

- |                                             |                                                     |                                       |                                                |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Personne elle-même | <input type="checkbox"/> Policiers                  | <input type="checkbox"/> Ambulanciers | <input type="checkbox"/> Membres de la famille |
| <input type="checkbox"/> Proches            | <input type="checkbox"/> Professionnels de la santé | <input type="checkbox"/> Autres :     |                                                |

**Nature des renseignements :**

**Motifs justifiants de prolonger la mise sous garde en vue d'une évaluation psychiatrique :**



N° dossier / Chart n°

Nom / Name

Prénom / First Name

**REFUS OU ABSENCE DE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE À L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE**

☐ Refus de la personne; Malgré les tentatives d'expliquer à la personne le but de l'évaluation psychiatrique celle-ci a refusé de s'y soumettre **OU**

☐ Inaptitude à consentir et absence de représentation **OU**

☐ Inaptitude à consentir et refus du représentant légal de la personne

**PROCÉDURE ET AUDITION**

☐ Je suis d'avis que l'usager ne doit pas être informé de la demande en vue de sa garde provisoire. Justifier cet avis :

☐ Je suis d'avis qu'il est manifestement inutile d'exiger le témoignage de cette personne. Justifier cet avis :

**OPINION DU MÉDECIN**

☐ Compte tenu de ce qui précède, je recommande que des démarches judiciaires soient entreprises afin que la personne mentionnée ci-dessus soit gardée provisoirement en vue d'une évaluation psychiatrique.

| Nom du médecin (lettres moulées) | Signature | No. permis | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |
|----------------------------------|-----------|------------|-------------------|---------------|
|----------------------------------|-----------|------------|-------------------|---------------|

- ☐ Numerisé et transmis au courriel .....Legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca
- ☐ Copie au dossier section légale



**CERTIFICAT MÉDICAL ATTESTANT DE LA LEVÉE DE LA  
GARDE EN ÉTABLISSEMENT**  
(RLRQ, c. P-38.001, art. 12.)

|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                               |                                         |                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|------------|
| <b>Centre intégré<br/>universitaire de santé<br/>et de services sociaux<br/>de l'Ouest-de-<br/>l'Île-de-Montréal</b><br> | <br>0D1M0162 | N° dossier / Chart n°                   | DDN / DOB           | Sexe / Sex |
|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                               | Nom / Name                              | Prénom / First Name |            |
| <input type="checkbox"/> IUSMD <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> CHSM <input type="checkbox"/> HGL<br><input type="checkbox"/> HLAS <input type="checkbox"/> CHSLD                    |                                                                                               | Nom de la mère / Name of mother         |                     |            |
| <b>CERTIFICAT MÉDICALE ATTESTANT DE LA LEVÉE<br/>DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT</b>                                                                                                                         |                                                                                               | Adresse / Address                       |                     |            |
|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                               | Tél. / Tel.                             |                     |            |
|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                               | N° assurance maladie / Medicare Card N° |                     |            |
|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                               | Expiration                              |                     |            |

#### CONTEXTE DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT

Type de garde en établissement :

|                                           |                                                          |               |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Garde préventive | Date de début (AAAA/MM/JJ)                               | Heure (HH/MM) |
| <input type="checkbox"/> Garde provisoire | Date de l'ordonnance rendue par le tribunal (AAAA/MM/JJ) |               |
| <input type="checkbox"/> Garde autorisée  | Date de l'ordonnance rendue par le tribunal (AAAA/MM/JJ) |               |

#### OPINION DU MÉDECIN

J'atteste que la garde en établissement de la personne ci-haut mentionnée n'est plus nécessaire.

Les motifs de cette attestation sont les suivants :

|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|--|
| Nom du médecin (lettres moulées)                                                                                                                                                                                                                                                 |                   | Signature     |  |
| No. permis                                                                                                                                                                                                                                                                       | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |  |
| <input type="checkbox"/> Numerisé et transmis au courriel .....dsp-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca<br><input type="checkbox"/> Numerisé et transmis au courriel .....legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca<br><input type="checkbox"/> Original au dossier section légale |                   |               |  |

**AVIS AU REPRÉSENTANT LÉGAL DE LA PERSONNE MISE  
SOUS GARDE EN ÉTABLISSEMENT**

(RLRQ, c. P-38.001, art. 19.)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------|------------|------------|---------------------|--|---------------------------------|--|--|-------------------|--|--|-------------|--|--|-----------------------------------------|------------|--|
| <p><b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</b></p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">Québec</p> <p> <input type="checkbox"/> IUSMD    <input type="checkbox"/> HSA    <input type="checkbox"/> CHSM    <input type="checkbox"/> HGL<br/> <input type="checkbox"/> HLAS    <input type="checkbox"/> CHSLD         </p> | <br><b>ODIMO167</b> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%;">N° dossier / Chart n°</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%;">DDN / DOB</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%;">Sexe / Sex</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nom / Name</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Prénom / First Name</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Nom de la mère / Name of mother</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Adresse / Address</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Tél. / Tel.</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">N° assurance maladie / Medicare Card N°</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Expiration</td> </tr> </table> | N° dossier / Chart n° | DDN / DOB | Sexe / Sex | Nom / Name | Prénom / First Name |  | Nom de la mère / Name of mother |  |  | Adresse / Address |  |  | Tél. / Tel. |  |  | N° assurance maladie / Medicare Card N° | Expiration |  |
| N° dossier / Chart n°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | DDN / DOB           | Sexe / Sex                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |
| Nom / Name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Prénom / First Name |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |
| Nom de la mère / Name of mother                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |
| Adresse / Address                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |
| Tél. / Tel.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |
| N° assurance maladie / Medicare Card N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Expiration          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |           |            |            |                     |  |                                 |  |  |                   |  |  |             |  |  |                                         |            |  |

**AVIS AU REPRÉSENTANT LÉGAL DE LA PERSONNE MISE SOUS GARDE EN ÉTABLISSEMENT**  
(RLRQ, c. P-38.001, art. 19.)

Date de l'ordonnance rendue par le tribunal :

|  |       |      |      |
|--|-------|------|------|
|  | Année | Mois | Jour |
|  |       |      |      |

INDIQUER ICI LE NOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL :

Conformément à l'article 19 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, nous vous avisons de ce qui suit :

**■ Il est nécessaire de maintenir la garde autorisée de la personne que vous représentez à la suite d'un examen psychiatrique**

|                                                                                                                                  |       |      |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|------|
| Date de l'examen psychiatrique périodique permettant de conclure à la nécessité de maintenir la garde autorisée de la personne : | Année | Mois | Jour |
| Prochain examen périodique prévu le :                                                                                            |       |      |      |

**■ Requête présentée au Tribunal administratif du Québec (section à remplir par les Affaires juridiques)**

|                                                                                                                                |       |      |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|------|
| Une requête visant à contester la garde en établissement de la personne a été déposée au Tribunal administratif du Québec le : | Année | Mois | Jour |
|                                                                                                                                |       |      |      |

☐ Par la personne visée   
 ☐ Par le représentant légal   
 ☐ Par la personne qui démontre un intérêt particulier envers celle-ci

|                                                          |           |                       |
|----------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Nom de représentant de l'établissement (lettres moulées) | Signature | Date (AAAA / MM / JJ) |
| Coordonnées du représentant de l'établissement           |           |                       |

**INTERDICTION OU RESTRICTION À CERTAINES COMMUNICATIONS**  
(RLRQ, c.P-38.001, art.17)

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                  |           |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------|------------|
| <b>Centre intégré<br/>universitaire de santé<br/>et de services sociaux<br/>de l'Ouest-de-<br/>l'Île-de-Montréal</b><br><b>Québec</b>                                                  | <br><b>0D1M0168</b> | N° dossier / Chart n°                                            | DDN / DOB | Sexe / Sex |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                      | Nom / Name: _____ Prénom / First Name: _____                     |           |            |
| <input type="checkbox"/> IUSMD <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> CHSM <input type="checkbox"/> HGL<br><input type="checkbox"/> HLAS <input type="checkbox"/> CHSLD |                                                                                                      | Nom de la mère / Name of mother: _____                           |           |            |
| <b>INTERDICTION OU RESTRICTION À CERTAINES COMMUNICATIONS</b>                                                                                                                          |                                                                                                      | Adresse / Address: _____<br>Tél. / Tel.: _____                   |           |            |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                      | N° assurance maladie / Medicare Card N°: _____ Expiration: _____ |           |            |

Conformément à l'article 17 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, je suis d'avis qu'il est dans votre intérêt de vous interdire ou de restreindre temporairement certaines communications.

En aucun cas, l'interdiction ou la restriction ne peut s'étendre à vos communications avec les personnes suivantes :

- votre représentant;
- la personne habilitée à consentir aux soins nécessaires par votre état de santé;
- votre avocat;
- le Curateur public;
- le Tribunal administratif du Québec.

Motif

Modalités d'application

|                                  |                    |                       |  |
|----------------------------------|--------------------|-----------------------|--|
| Échéance (AAAA/MM/JJ) :          |                    | Heure (HH/MM) :       |  |
| Nom du médecin (lettres moulées) | Numéro de pratique | Date (AAAA / MM / JJ) |  |
| Signature du médecin             |                    | Heure (HH/MM)         |  |

☐ Copie au dossier section légale  
☐ Original à l'utilisateur



**CERTIFICAT MÉDICAL DE TRANSFERT SÉCURITAIRE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Québec</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p style="text-align: center;">0D1M0161</p> | <p>N° dossier / Chart n° <span style="float: right;">DDN / DOB <span style="float: right;">Sexe / Sex</span></span></p> <hr/> <p>Nom / Name <span style="float: right;">Prénom / First Name</span></p> <hr/> <p>Nom de la mère / Name of mother</p> <hr/> <p>Adresse / Address</p> <hr/> <p>Tél. / Tel.</p> <hr/> <p>N° assurance maladie / Medicare Card N° <span style="float: right;">Expiration</span></p> |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> IUSMD</span> <span><input type="checkbox"/> HSA</span> <span><input type="checkbox"/> CHSM</span> <span><input type="checkbox"/> HGL</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> HLAS</span> <span><input type="checkbox"/> CHSLD</span> </div>                                                                                                                                                                              |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p><b>CERTIFICAT MÉDICALE DE TRANSFERT SÉCURITAIRE</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>MODALITÉS DU TRANSFERT D'ÉTABLISSEMENT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>Établissement destinataire :</p> <hr/> <p>Type de transport :</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Dossier légal relatif à la garde en établissement transféré</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>MOTIFS DU TRANSFERT D'ÉTABLISSEMENT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p><input type="checkbox"/> La personne a demandé d'être transférée</p> <p style="margin-left: 20px;">L'organisation et les ressources de l'établissement visé permettent le transfert : <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span></p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Le médecin juge nécessaire que la personne soit transférée parce que l'établissement visé sera davantage en mesure de répondre à ses besoins</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Consentement de la personne obtenu</p> <hr/> <p>Motifs :</p> <hr/> |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                       |            |                     |
|-----------------------|------------|---------------------|
| N° dossier / Chart n° | Nom / Name | Prénom / First Name |
|-----------------------|------------|---------------------|

☐ Le médecin juge que le transfert d'établissement de la personne est nécessaire pour assurer sa sécurité et/ou celle d'autrui

Motifs :

#### OPINION DU MÉDECIN À L'ÉGARD DE LA SÉCURITÉ DU TRANSFERT D'ÉTABLISSEMENT

☐ J'atteste que le transfert d'établissement de la personne selon les modalités définies ci-dessus ne présente aucun risque sérieux et immédiat pour elle-même et/ou pour autrui

Motifs :

|                                  |           |            |                   |               |
|----------------------------------|-----------|------------|-------------------|---------------|
| Nom du médecin (lettres moulées) | Signature | No. permis | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure (HH/MM) |
|----------------------------------|-----------|------------|-------------------|---------------|

☐ Copie jointe au résumé de dossier envoyé à l'autre établissement

☐ Original au dossier section légale

**DEMANDE DE CONTESTATION AUPRÈS DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC**

## Information générale

### Pour joindre le Tribunal administratif du Québec par téléphone :

du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 :

- région de Montréal : 514 873-7154
- région de Québec : 418 643-3418
- ailleurs au Québec : 1 800 567-0278 (sans frais)

### Pour joindre le Tribunal administratif du Québec par courriel :

[tribunal.administratif@taq.gouv.qc.ca](mailto:tribunal.administratif@taq.gouv.qc.ca)

## Motifs de la demande de contestation

- ☐ Contestation de ma garde en établissement
- ☐ Changement d'établissement
- ☐ Restriction et/ou interdiction de communication
- ☐ Autres décisions relatives à ma garde : \_\_\_\_\_

## Requête de la personne

- ☐ Je déclare ne pas être satisfait du maintien de ma garde en établissement et/ou d'une décision prise à l'égard de celle-ci.
- ☐ Je désire contester la garde en établissement dont je fais l'objet.

Signature de la personne

Année

Mois

Jour

### À noter :

- Informations à transmettre au Tribunal administratif du Québec si vous désirez contester le maintien de votre garde et/ou une décision relative à celle-ci.
- Dans le cas où j'aurais besoin d'aide pour réaliser et/ou transmettre ma requête au Tribunal administratif du Québec, je peux demander l'assistance du personnel soignant de l'établissement, d'un avocat de l'aide juridique au 514 842-2233 ou de l'organisme régional de promotion et de défense des droits en santé mentale.

Si vous n'êtes pas satisfait de la qualité ou du délai de traitement de votre requête par le Tribunal administratif du Québec, vous pouvez porter plainte auprès du Protecteur du citoyen, à l'aide du formulaire de plainte disponible sur son site Web, accessible à l'adresse suivante : <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/porter-plainte/comment-porter-plainte> ou par téléphone : 418 643-2688 ou sans frais : 1 800 463-5070, par télécopieur : 1 866 902-7130 ou par la poste à l'adresse suivante : 800, place D'Youville, 19<sup>e</sup> étage, Québec (Québec) G1R 3P4.

## **AVIS DE LEVÉE DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT**

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Ouest-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec



0D1M0159

- ☐ IUSMD ☐ HSA ☐ CHSM ☐ HGL  
☐ HLAS ☐ CHSLD

## AVIS DE LEVÉE DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT

N° dossier / Chart n° DDN / DOB Sexe / Sex

Nom / Name Prénom / First Name

Nom de la mère / Name of mother

Adresse / Address

Tél. / Tel.

N° assurance maladie / Medicare Card N° Expiration

### RAPPEL DES MODALITÉS DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT

Type de garde en établissement :

|                                           |                                                          |               |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Garde préventive | Date de début (AAAA/MM/JJ)                               | Heure (HH/MM) |
| <input type="checkbox"/> Garde provisoire | Date de l'ordonnance rendue par le tribunal (AAAA/MM/JJ) |               |
| <input type="checkbox"/> Garde autorisée  | Date de l'ordonnance rendue par le tribunal (AAAA/MM/JJ) |               |

### MOTIF DE LA LEVÉE DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT

Considérant le motif indiqué ci-dessous, nous vous informons de la levée de votre garde en établissement.  
Vous êtes donc libéré de toutes contraintes relatives à cette garde en établissement dont vous faisiez l'objet.

- ☐ Expiration de la durée maximale prévue par la loi ou par un tribunal
- ☐ Obtention du consentement libre et éclairé de la personne
- ☐ Ordonnance de la levée de la garde en établissement par un tribunal
- ☐ Défaut de produire un rapport d'examen psychiatrique dans les délais prescrits par la loi
- ☐ Certificat médical ou rapport d'examen psychiatrique attestant que la personne ne représente pas un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental.

Nom du médecin (lettres moulées) Signature

No. permis Date (AAAA/MM/JJ) Heure (HH/MM)

- ☐ Numérisé et transmis au courriel .....dsp-garde-en-etablissement.comtl@ssss.gouv.qc.ca
- ☒ Numérisé et transmis au courriel .....legal.gee.comtl@ssss.gouv.qc.ca
- ☐ Copie au dossier section légale
- ☐ Copie au représentant légal de la personne le cas échéant
- ☒ Original remis à la personne



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS AH-110**

# **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**



DT9059

- |                                                              |                                                                |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1. Consentement général                                      | 5A, 5B. Consentement à des examens ou traitements particuliers |
| 2. Consentement à une intervention chirurgicale              | 6A, 6B. Refus de subir un examen ou un traitement particulier  |
| 3. Consentement à une intervention chirurgicale stérilisante | 7. Départ sans congé                                           |
| 4. Consentement à l'anesthésie                               |                                                                |

**N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.**

## **1- CONSENTEMENT GÉNÉRAL (à remplir lors de l'admission ou de l'inscription)**

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

J'autorise les médecins, les dentistes et les membres du personnel traitant à me dispenser les soins ou services nécessaires. J'autorise également les pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communautaires ayant accès à mon profil pharmacologique à faire parvenir à l'établissement de santé le contenu de ce profil ainsi que toute autre information jugée pertinente qui permettra à l'équipe traitante dudit établissement d'assurer de façon optimale le suivi de mon état de santé. De plus, j'autorise l'établissement ainsi que les médecins, les dentistes et les membres du personnel traitant à fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux les renseignements nécessaires sur la présente hospitalisation, et à la Régie de l'assurance maladie du Québec, les renseignements nécessaires pour exercer les recours prévus à l'article 10 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation ou, à l'article 78 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives et à l'article 151 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones, cris et inuits. Les renseignements transmis au MSSS et à la RAMQ sont régis par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et par la Loi sur l'assurance maladie.

|      |       |      |      |                                           |                       |
|------|-------|------|------|-------------------------------------------|-----------------------|
| Date | Année | Mois | Jour | Signataire : usager ou personne autorisée | Témoin à la signature |
|      |       |      |      |                                           |                       |

## **2- CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE**

J'autorise le docteur \_\_\_\_\_ à pratiquer l'intervention chirurgicale qui comprend la ou les opérations indiquées ci-après. \_\_\_\_\_

Spécifier type d'intervention

Je reconnais avoir été informé de la nature et des risques ou effets possibles de l'intervention indiquée ci-dessus.  
J'autorise toute autre opération non prévisible mais qui s'avérerait nécessaire lors de cette intervention chirurgicale et pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir mon consentement.  
J'autorise également l'établissement à disposer des tissus ou organes prélevés.

|      |       |      |      |                                                                        |                       |
|------|-------|------|------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Date | Année | Mois | Jour | Signataire : usager ou personne autorisée                              | Témoin à la signature |
|      |       |      |      |                                                                        |                       |
| Date | Année | Mois | Jour | * Contresignataire : médecin ou dentiste responsable de l'intervention | Témoin à la signature |
|      |       |      |      |                                                                        |                       |

## **3- CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE STÉRILISANTE**

J'autorise le docteur \_\_\_\_\_ à pratiquer l'intervention chirurgicale qui comprend la ou les opérations indiquées ci-après. \_\_\_\_\_

Spécifier type d'intervention

Je reconnais avoir été informé de la nature et des risques ou effets possibles de l'intervention indiquée ci-dessus.  
Je reconnais que la nature de l'intervention proposée et les conséquences qu'elle comporte m'ont été expliquées par le docteur \_\_\_\_\_ et qu'elle est faite dans le but de me rendre stérile. Toutefois, j'ai été informé que cette intervention n'assure pas la stérilité dans tous les cas et aucune garantie en ce sens ne m'a été donnée.  
Je reconnais que si cette intervention chirurgicale réussit, il en résultera pour moi une stérilisation permanente et qu'il me sera donc impossible d'engendrer ou de concevoir un enfant.  
J'autorise toute autre opération non prévisible mais qui s'avérerait nécessaire lors de cette intervention chirurgicale et pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir mon consentement.  
J'autorise également l'établissement à disposer des tissus ou organes prélevés.

|      |       |      |      |                                                                        |                       |
|------|-------|------|------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Date | Année | Mois | Jour | Signataire : usager ou personne autorisée                              | Témoin à la signature |
|      |       |      |      |                                                                        |                       |
| Date | Année | Mois | Jour | * Contresignataire : médecin ou dentiste responsable de l'intervention | Témoin à la signature |
|      |       |      |      |                                                                        |                       |

**\* Par sa signature, le contresignataire marque son engagement solidaire avec le contenu du document**

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| Nom de l'usager | N° de dossier |
|-----------------|---------------|

#### 4- CONSENTEMENT À L'ANESTHÉSIE

Je consens à ce que, à l'occasion de \_\_\_\_\_  
 me soit administrée une anesthésie générale ou \_\_\_\_\_  
 par le docteur \_\_\_\_\_ ou un autre médecin de l'établissement ayant des privilèges en anesthésie.  
 Je reconnais avoir été informé de la nature et des risques ou effets possibles de cette anesthésie.

|                         |                                                                        |                       |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Date<br>Année Mois Jour | Signataire : usager ou personne autorisée                              | Témoin à la signature |
| Date<br>Année Mois Jour | * Contresignataire : médecin ou dentiste responsable de l'intervention | Témoin à la signature |

#### 5- CONSENTEMENT À DES EXAMENS OU TRAITEMENTS PARTICULIERS

J'autorise le docteur \_\_\_\_\_ à me faire subir l'examen ou le traitement suivant :  
 \_\_\_\_\_  
 Description de l'examen ou du traitement  
 Le nombre de traitements de SISMOTHÉRAPIE autorisé, le cas échéant, est de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_.  
 Je reconnais que le médecin ou dentiste traitant m'a expliqué la nature et les risques ou effets possibles de cet examen ou traitement.

☐ Transfusion discuté et comprise Signature : \_\_\_\_\_

|                         |                                           |                       |
|-------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|
| Date<br>Année Mois Jour | Signataire : usager ou personne autorisée | Témoin à la signature |
|-------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|

#### 6- CONSENTEMENT À UN PRÉLÈVEMENT SANGUIN SUITE À UNE EXPOSITION ACCIDENTELLE

Si, lors d'intervention, d'examen, de traitement, de procédure, de chirurgie ou autre, un médecin, une infirmière ou tout autre professionnel de la santé entre accidentellement en contact avec mon sang ou autres liquides organiques et qu'il est impossible d'obtenir un consentement en temps utile, je \_\_\_\_\_ autorise qu'un prélèvement sanguin soit effectué sur ma personne à des fins de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite B (VHB) ou du virus de l'hépatite C (VHC). Si la situation se présente, l'établissement veillera à m'en aviser, ou mon représentant le cas échéant, dès que possible.

|                         |                                           |                       |
|-------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|
| Date<br>Année Mois Jour | Signataire : usager ou personne autorisée | Témoin à la signature |
|-------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|

#### 7- REFUS DE SUBIR UN EXAMEN OU UN TRAITEMENT PARTICULIER

Je refuse de subir l'examen ou le traitement suivant : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Description de l'examen ou du traitement  
 Cet examen ou ce traitement m'a été recommandé par : \_\_\_\_\_  
 Nom du médecin ou du dentiste responsable  
 Je reconnais avoir été informé des risques ou des conséquences que peut entraîner mon refus de subir l'examen ou le traitement qui m'a été recommandé.

|                         |                                           |                       |
|-------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|
| Date<br>Année Mois Jour | Signataire : usager ou personne autorisée | Témoin à la signature |
|-------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|

#### 8- DÉPART SANS CONGÉ

Je déclare quitter cet établissement de ma propre initiative, sur ma demande et contre l'avis des médecins ou dentistes traitants;  
 je dégage donc l'établissement, son personnel et les médecins ou dentistes traitants de toute responsabilité découlant d'un tel départ.

|                         |                                           |                       |
|-------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|
| Date<br>Année Mois Jour | Signataire : usager ou personne autorisée | Témoin à la signature |
|-------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|

|         |          |             |
|---------|----------|-------------|
| Effacer | Imprimer | Enregistrer |
|---------|----------|-------------|

\* Par sa signature, le contresignataire marque son engagement solidaire avec le contenu du document

### ANNEXE 3 : TROUSSE D'INFORMATION

Remettre à la personne mise sous garde contre son gré une copie du dépliant intitulé *Droits et recours des personnes mises sous garde*<sup>85</sup>, disponible sur commande auprès de la Direction des communications du MSSS. Les coordonnées du groupe régional de promotion et de défense des droits en santé mentale le plus près du lieu où la personne est gardée doivent y figurer. [L'ESSS doit s'assurer que sa direction des communications fasse inscrire les coordonnées du groupe régional de promotion et de défense des droits en santé mentale sur leurs exemplaires de ce dépliant<sup>86</sup>].

Lui remettre aussi les coordonnées du bureau d'aide juridique le plus près du lieu où elle est gardée<sup>87</sup> et, si elles ne sont pas déjà indiquées sur le dépliant *Droits et recours des personnes mises sous garde*, les coordonnées du groupe régional de promotion et de défense des droits en santé mentale, puis celles du comité des usagers de l'ESSS et du commissaire aux plaintes. Utiliser le document fourni à la page suivante ou un document semblable pour inscrire les coordonnées de ces organismes gouvernementaux. [L'ESSS doit s'assurer de la disponibilité d'un tel document pour chacune de ses installations visées, lequel doit contenir les coordonnées des bureaux de ces organismes gouvernementaux situés le plus près de l'installation où la personne est mise sous garde].

---

<sup>85</sup>. Accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000383/>

<sup>86</sup>. Les coordonnées des groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale et membres actifs de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) sont accessibles en ligne à l'adresse suivante : <http://www.agidd.org/vos-droits/liste-des-groupes-de-promotion-et-de-defense-des-droits-en-sante-mentale-de-votre-region/>. L'AGIDD-SMQ a également produit une trousse d'information sur la garde en établissement qui peut être téléchargée ; elle est accessible à l'adresse suivante : <http://www.agidd.org/?publications=guide-de-survie-la-garde-en-etablissement>

<sup>87</sup>. La liste des bureaux d'aide juridique par région peut être obtenue en ligne à l'adresse suivante : <http://www.csj.qc.ca/commission-des-services-juridiques/aide-juridique/homologation-trouver-un-bureau/fr>



## **COORDONNÉES ESSENTIELLES À LA MISE SOUS GARDE EN ÉTABLISSEMENT**

Afin d'obtenir l'assistance requise pour la défense de vos droits et recours liés à votre mise sous garde, vous pouvez contacter les organismes suivants :

### **Bureau régional d'aide juridique – Droit de la Santé**

**Adresse :** 3535, chemin Queen-Mary, bureau 415, Montréal (Québec) H3V1H8

**Téléphone :** 514-842-2233

**Télécopieur :** 514-864-6268

**Site web :** [bureau régional d'aide juridique](#)

### **Groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale de la région**

#### **Action Autonomie**

**Adresse :** 3958 rue Dandurand, 3ème étage, Montréal (Québec) H1X 1P7

**Téléphone :** 514-525-5060

**Télécopieur :** 514-525-5583

**Courriel :** [lecollectif@actionautonomie.qc.ca](mailto:lecollectif@actionautonomie.qc.ca)

### **Comité des usagers de l'établissement**

#### **Comité des usagers du Centre intégré de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**

**Adresse :** 8686, rue Centrale, LaSalle (Québec) H8P 3N4

**Téléphone :** 514 367-6700, poste 40227

**Courriel :** [comite\\_des\\_usagers\\_CIUSSS\\_ODIM@ssss.gouv.qc.ca](mailto:comite_des_usagers_CIUSSS_ODIM@ssss.gouv.qc.ca)

### **Commissaire aux plaintes et à la qualité de l'établissement**

#### **Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal)**

**Adresse :** Hôpital général du Lakeshore  
160 Stillview, bureau 1289, Pointe-Claire (Québec) H9R 2Y2

**Téléphone :** 1 844 630-5125

**Courriel :** [commissariat.plaintes.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:commissariat.plaintes.comtl@ssss.gouv.qc.ca)

# **GARDE PRÉVENTIVE**

## **VOUS ÊTES EN GARDE PRÉVENTIVE**

### **Qu'est-ce que cela signifie ?**



Dans le cadre de son évaluation, un médecin peut vous garder à l'hôpital pour un **maximum de 72 heures** :

- sans examen psychiatrique;
- sans votre consentement;
- sans ordonnance judiciaire.

### **► Pourquoi êtes-vous en garde préventive ?**

En raison de votre état mental, un médecin a évalué que :

- Vous représentez un danger grave et immédiat pour vous-même ou pour autrui.
- Vous n'acceptez pas l'hospitalisation ou vous êtes incapable de consentir à l'hospitalisation.

### **► Quels sont vos droits ?**

- Droit d'être informé du lieu où vous êtes gardé et des motifs de la garde.
- Droit de communiquer immédiatement avec vos proches ou un avocat en toute confidentialité. Il est cependant possible que votre médecin traitant décide, dans votre propre intérêt, de vous interdire de communiquer avec certaines personnes (ex: un proche) ou d'imposer des restrictions à vos communications.



La **garde préventive** ne permet pas à l'établissement de vous prodiguer des soins contre votre gré, sauf lors de situations d'urgence ou de soins d'hygiène.

### **► Que se passe-t-il durant les 72 heures ?**

- En tout temps, même avant la fin des 72 heures, le médecin peut mettre fin à la **garde préventive** si, selon son évaluation, vous ne représentez plus de danger grave et immédiat ou encore si vous acceptez, sur une base volontaire, d'être hospitalisé.
- Si votre état mental le nécessite, le médecin peut demander qu'une évaluation psychiatrique soit faite. Le psychiatre vous évaluera avec votre consentement ou avec l'autorisation d'un tribunal.
- En l'absence de votre consentement ou si vous êtes incapable de consentir à l'évaluation psychiatrique, une demande sera déposée à la Cour dans le but d'obtenir l'autorisation de vous évaluer.

# **GARDE PROVISOIRE**

## **VOUS ÊTES EN GARDE PROVISOIRE**

### **Qu'est-ce que cela signifie ?**



Un juge a ordonné que vous soyez gardé provisoirement à l'hôpital pour vous soumettre à une **évaluation psychiatrique** malgré l'absence de consentement.

Cela veut dire qu'une demande a été présentée démontrant des motifs sérieux de croire que vous présentez un danger pour vous-même ou pour autrui en raison de votre état mental.

### **Quels sont vos droits ?**

- Droit d'être informé du lieu où vous êtes gardé et des motifs de la garde.
- Droit de communiquer immédiatement avec vos proches ou un avocat en toute confidentialité. Il est cependant possible que votre médecin traitant décide, dans votre propre intérêt, de vous interdire de communiquer avec certaines personnes (ex: un proche) ou d'imposer des restrictions à vos communications.



La **garde provisoire** ne permet pas à l'établissement de vous prodiguer des soins contre votre gré, sauf lors de situations d'urgence ou de soins d'hygiène.

### **Quels sont les délais des examens psychiatriques ?**

Si vous étiez déjà en garde préventive, le premier examen psychiatrique doit avoir lieu dans les **24 heures** à partir de l'ordonnance du Tribunal et le cas échéant, le deuxième examen dans les **48 heures** de l'ordonnance.

Si vous n'étiez pas en garde préventive, le premier examen doit avoir lieu dans les **24 heures** suivant votre prise en charge par l'hôpital et le cas échéant, le deuxième examen dans les **96 heures** suivant votre prise en charge.

### **Que se passe-t-il après ?**

- Suite à l'évaluation, si le psychiatre conclut que vous ne présentez pas de dangerosité pour vous-même ou pour autrui, **il mettra fin à la garde. Le cas échéant, la poursuite de l'hospitalisation se fera avec votre consentement.**



# **GARDE AUTORISÉE**

## **VOUS ÊTES EN GARDE AUTORISÉE**

### **Qu'est-ce que cela signifie ?**



Un juge de la Cour du Québec a ordonné une **garde en établissement autorisée** puisque :

- votre évaluation psychiatrique, constituée de deux rapports d'examen psychiatrique, conclut à la nécessité de la garde, et;
- la Cour a des motifs sérieux de croire que vous présentez **un danger pour vous-même ou pour autrui**.

Vous trouverez dans le jugement de la garde en établissement autorisée, joint à ce document, le lieu et la durée de la garde déterminés par le juge.

### **Quels sont vos droits ?**



- Droit d'être informé du lieu où vous êtes gardé et des motifs de la garde.
- Droit de communiquer immédiatement avec vos proches ou un avocat en toute confidentialité. Il est cependant possible que votre médecin traitant décide, dans votre propre intérêt, de vous interdire de communiquer avec certaines personnes (ex: un proche) ou d'imposer des restrictions à vos communications.
- Droit de contester, auprès du Tribunal administratif du Québec, le maintien de la garde en établissement.

La **garde autorisée** ne permet pas à l'établissement de vous prodiguer des soins contre votre gré, sauf lors de situations d'urgence ou de soins d'hygiène.

### **De quelles façons la garde peut-elle prendre fin ?**

Dès que l'une ou plusieurs des situations suivantes se produisent :

- aussitôt qu'un certificat attestant que votre mise sous garde n'est plus justifiée est fourni par un médecin;

# FICHE USAGER PROTOCOLE DE GEE

## PROCÉDURE COMMANDE

Contactez guichet d'accès unique à [communications.comti@ssss.gouv.qc.ca](mailto:communications.comti@ssss.gouv.qc.ca) et faire une demande à l'imprimeur en spécifiant :

- La fiche à imprimer avec le petit numéro de référence graphique
- Le numéro du budget en question
- Le nombre de copies
- L'adresse de livraison (le site) , bureau et la personne-contact

FICHE USAGERS DISPONIBLE EN VERSION ANGLAIS-FRANÇAIS EN PAQUET DE 100-250-500 COPIES



- **Garde préventive FR**  
# de référence graphique : CIUSSS-ODIM.dpsmd.28A-01.20  
Code GRM: 5500000618
- **Garde préventive EN**  
# de référence graphique : CIUSSS-ODIM.dpsmd.28A-EN-01.20  
Code GRM: 5500000619



- **Garde provisoire FR**  
# de référence graphique : CIUSSS-ODIM.dpsmd.28B-01.20  
Code GRM: 5500000620
- **Garde provisoire EN**  
# de référence graphique : CIUSSS-ODIM.dpsmd.28B-EN-01.20  
Code GRM: 5500000621



- **Garde autorisée FR**  
# de référence graphique : CIUSSS-ODIM.dpsmd.28C-02.20  
Code GRM: 5500000622
- **Garde autorisée EN**  
# de référence graphique : CIUSSS-ODIM.dpsmd.28C-EN-01.20  
Code GRM: 5500000623

CIUSSS-ODIM.dpsmd.81-06.22



|                       |                                           |
|-----------------------|-------------------------------------------|
| <b>Titre :</b>        | <b>Politique en prévention du suicide</b> |
| <b>Codification :</b> | PO-DSMD-2018-OM0001                       |

|                                 |                                                                                           |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Unités administratives :</b> | <i>Direction programmes santé mentale et dépendances<br/>DAQPB - Volet santé publique</i> |
| <b>Rédaction :</b>              | <i>Équipe projet en prévention du suicide</i>                                             |
| <b>Validation :</b>             | <i>DSI, DSM, DPSMD</i>                                                                    |
| <b>Approbation :</b>            | <i>Comité de direction</i>                                                                |

|                                        |                                              |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Date d'approbation :</b> 2018-07-24 | <b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2018-07-24 |
| <b>Date de révision :</b> 2021-03-31   |                                              |

## 1. BUT

Le but de cette politique est de doter le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (ODIM) d'une approche globale en matière prévention du suicide et de définir les rôles ainsi que les attentes envers les différentes directions et programmes dans l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts aux personnes vulnérables au suicide.

Cette politique engage l'établissement dans sa responsabilité de promouvoir la santé mentale et de mettre en place des mesures de prévention du suicide à la population de son territoire, en leur assurant une prestation de soins et services de qualité et sécuritaire.

## 2. Personnes visées

Les personnes visées par la politique sont :

Les directeurs, les gestionnaires, les intervenants, les médecins, les employés, les bénévoles, les chercheurs, les résidents, les stagiaires, ainsi que toute personne physique ou morale liée par contrat à l'établissement, appelés à appliquer ou faire appliquer la politique.

### 3. Fondements

La politique est en conformité avec les principes des lois suivantes :

- La Loi sur la santé publique (Prévention) ;
- La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Elle s'appuie sur les orientations ministérielles suivantes :

- La stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie (MSSS, 1998) ;
- Le Guide de bonne pratique en prévention de suicide à l'intention des intervenants des CSSS (MSSS, 2010) ;
- Le Programme national de santé publique 2015-2025 ;
- Le plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 (MSSS, 2015) ;
- La pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada en matière de prévention du suicide.

### 4. Principes directeurs

Attendu que :

- Le Québec détient un des taux de tentatives et de mortalités par suicide les plus élevés du Canada, ce qui constitue un problème de santé publique majeur<sup>1</sup>;
- Le phénomène du suicide entraîne d'importantes répercussions sociales et familiales. Le suicide provoque de la souffrance et de la détresse psychologique pour un grand nombre de personnes, ainsi qu'un malaise dans la société ;
- Les personnes qui se suicident ou qui tentent de le faire utilisent très souvent les services du réseau de la santé et des services sociaux avant leur passage à l'acte;
- Le suicide peut être évité, par la mise en place d'actions et de mesures qui visent à promouvoir la santé mentale et à poser des actions concrètes auprès de la population du territoire de desserte.

Le CIUSSS ODIM met de l'avant une politique qui suit les principes suivants :

- Les bons soins et services au bon moment, adaptés aux besoins de la personne et ce, quel que soit son âge ;
- Les soins et services en prévention du suicide dispensés sont fondés sur les pratiques reconnues ;
- Une responsabilité à l'égard de l'élaboration ou l'implantation de pratiques de pointe ;

---

<sup>1</sup> Institut National de santé publique du Québec (2017) La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2014 — Mise à jour 2017. Rédigé par Thibodeau, L. & Perron, P-A. Québec, INSPQ, 30 p.

- Les soins et services en prévention du suicide appuyés sur les pratiques collaboratives interdisciplinaires ;
- Une logique de continuum de soins et services intégrés et concertés avec les différentes directions cliniques et partenaires publics et communautaires impliqués.

## **5. Énoncé de la politique**

### **5.1 Objectifs**

Préciser les orientations générales et transversales de l'établissement en matière de prévention du suicide laquelle consiste à consolider et développer une offre de service intégrée de qualité en prévention du suicide au sein de l'ensemble des programmes et services cliniques du CIUSSS ODIM.

### **5.2 Engagement du CIUSSS ODIM**

Afin de consolider son offre de service en prévention du suicide, le CIUSSS ODIM accompagne les directions et services cliniques qui devront la déployer.

Plus précisément, le CIUSSS s'engage à :

- Développer et déployer une procédure globale et transversale en matière d'intervention en prévention du suicide pour l'ensemble des directions cliniques. Cette procédure comprendra les activités liées à la prévention, à l'intervention et à la postvention du suicide ;
- Développer et déployer des protocoles d'interventions spécifiques, incluant la prévention et la postvention, dans l'ensemble des directions cliniques ;
- Rehausser et maintenir les compétences professionnelles des intervenants afin qu'ils puissent intervenir auprès de la clientèle présentant un risque suicidaire et stimuler des efforts constants pour fonder leur pratique sur les données probantes, sur les meilleures pratiques et sur le savoir-faire d'intervenants d'expérience.
- Développer et déployer des activités de prévention du suicide dans une perspective de responsabilité populationnelle.

## 6. Responsabilités

Le Comité de direction :

- S'assure la vigie quant à l'application de la politique ;
- s'assure, à partir des différents comités, de l'application et du respect, dans l'établissement, de la présente politique et des procédures qui en découlent.

La direction des programmes santé mentale et dépendances (DPSMD), à titre de responsable de la prévention du suicide, a la responsabilité de :

- Mettre à jour et d'approuver les changements à la présente politique, en collaboration avec la DAQPB-Volet santé publique, afin de la soumettre au Comité de direction ;
- coordonner le comité en prévention du suicide ;
- coordonner l'implantation et le suivi d'une procédure en prévention du suicide, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers (DSI) ;
- coordonner l'implantation et le suivi des autres objectifs de la présente politique, en collaboration avec la santé publique ;
- mettre à jour et d'approuver les changements à la présente politique en collaboration avec les directions concernées, afin de la soumettre au Comité de direction ;
- promouvoir la politique et la procédure globale et transversale en prévention du suicide ;
- mettre en place la formation en prévention du suicide, avec la collaboration de la DSI, la DSM, la DSP, la DAUER et la DRHCAJ ;
- mettre en place un continuum de services avec les autres directions cliniques concernées ;
- offrir une gamme de services de santé mentale dans les délais répondant aux standards ;
- améliorer les connaissances, les services et implanter de nouveaux modèles en matière de prévention du suicide.

La Direction de l'accès, qualité performance et bureau de projet (DAQPB) - Volet santé publique, a la responsabilité de :

- Mettre à jour et d'approuver les changements à la présente politique, en collaboration avec la DPSMD, afin de la soumettre au Comité de direction ;
- participer aux travaux en prévention du suicide ;
- promouvoir la politique et la procédure globale et transversale en prévention du suicide ;

- développer, en collaboration avec DPSMD et les partenaires communautaires, un réseau de sentinelles en prévention du suicide ou toutes autres mesures requises impliquant la communauté ou à visée populationnelle ;
- développer des partenariats et mécanismes de liaison et concertation entre les différentes instances externes impliquées dans la prévention du suicide (centres de crise, organismes communautaires, services policiers, etc) ;
- collaborer à l'organisation et au déploiement des diverses campagnes populationnelles de prévention du suicide.

La Direction des soins infirmiers (DSI) a la responsabilité de :

- Coordonner l'implantation et le suivi de la procédure en prévention du suicide, en collaboration avec la DPSMD ;
- promouvoir la politique et la procédure globale et transversale en prévention du suicide ;
- former et développer les compétences du personnel infirmier selon l'étendue de leurs responsabilités ;
- assurer la qualité des pratiques professionnelles en matière de prévention du suicide en s'assurant qu'elles soient fondées sur les données probantes et les meilleures pratiques ;
- offrir ou déployer de la supervision clinique.

Toutes les directions cliniques ont la responsabilité de :

- Participer aux travaux en de prévention du suicide ;
- appliquer et diffuser la présente politique ;
- faire appliquer la procédure globale et transversale de prévention du suicide ;
- développer, appliquer et diffuser un protocole d'interventions spécifiques dans chacun de ses services ;
- appliquer les mesures spécifiques qui les concernent ;
- mettre en place des pratiques sécuritaires et de qualité ;
- favoriser la continuité des services et la fluidité des communications ;
- appliquer les recommandations du Coroner lorsqu'il y a eu mortalité par suicide.

La Direction de l'accès, qualité performance et bureau de projet (DAQPB) - volet qualité et gestion des risques a la responsabilité de :

- Participer aux travaux en prévention du suicide ;
- s'assurer que les démarches nécessaires au sein de l'établissement ont lieu afin d'obtenir la conformité à la pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada pour la prévention du suicide ;
- accompagner et encadrer, par des services-conseils, la direction désignée responsables de la POR en prévention du suicide ;



- coordonner l'analyse des événements sentinelles et de formuler des recommandations le cas échéant ;
- faire le suivi de la mise en place des recommandations avec les instances concernées ;
- collaborer avec les enquêtes de coroner advenant le suicide d'un usager du CIUSSS.

La Direction des services multidisciplinaires (DSM) a la responsabilité de :

- Participer aux travaux en prévention suicide ;
- soutenir et collaborer à la promotion de la politique et de la procédure globale et transversale ;
- collaborer à la mise en place de la formation et de la sensibilisation concernant la politique ;
- former et développer les compétences des membres du Conseil multidisciplinaire selon l'étendue de leurs responsabilités ;
- collaborer à la mise à jour de la politique et procédure globale et transversale et des protocoles spécifiques ;
- assurer la qualité des pratiques professionnelles en matière de prévention du suicide en s'assurant qu'elles soient fondées sur les données probantes et les meilleures pratiques ;
- offrir ou déployer de la supervision clinique.

La Direction des services professionnels (DSP) a la responsabilité de :

- Participer aux travaux en prévention du suicide ;
- soutenir et collaborer à la promotion de la politique et de la procédure globale et transversale ;
- promouvoir la formation des médecins en répondant aux besoins identifiés ;
- s'assurer, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), de la qualité des pratiques en matière de prévention du suicide ;
- participer à la mise en place et à la coordination de la formation en prévention du suicide.

Direction des ressources humaines communications et affaires juridiques (DRHCAJ) a la responsabilité de :

- Collaborer à la mise en place et à la coordination de la formation en prévention du suicide ;
- si requis, élaborer et déployer les plans de communications, à visée interne ou externe, concernant les objets de la présente politique ou découlant des travaux en prévention du suicide.

La Direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche (DAUER) a la responsabilité de :

- Participer aux travaux en prévention suicide ;
- soutenir l'adoption ou l'appropriation des connaissances les plus à jour, issues de la recherche ou des pratiques de pointe ;
- soutenir et conseiller pour le transfert des connaissances en matière de prévention du suicide ;
- soutenir la mise en place de mécanismes pour faciliter la collaboration avec le secteur de la recherche en ce qui a trait au développement des connaissances dans le domaine de la prévention du suicide.

## **7. Implantation et suivi de la politique**

Afin d'assurer une démarche coordonnée, harmonisée et transversale en matière de prévention du suicide, un comité prévention du suicide est mis en place, sous la responsabilité conjointe de la DPSMD et de la DSI. Le comité a le mandat de :

- Coordonner l'ensemble des travaux en prévention du suicide pour le CIUSSS ODIM ;
- s'assurer de l'application et de la révision de cette politique ;
- développer, diffuser et assurer le suivi d'implantation d'une procédure globale et transversale de prévention du suicide à travers les programmes et services du CIUSSS ODIM ;
- effectuer le suivi auprès des directions cliniques afin que celles-ci développent, diffusent et appliquent des protocoles d'intervention spécifiques ;
- s'assurer de la mise en place de mécanismes d'amélioration continue de pratiques en matière de prévention du suicide au sein des différents sites et sur les territoires de desserte du CIUSSS eu égard à l'efficience et à l'efficacité en collaboration avec les directions cliniques concernées ;
- soutenir, conseiller et accompagner les gestionnaires en ce qui a trait aux situations problématiques en lien avec la présente politique et les procédures qui en découle ;
- soutenir les directions cliniques pour l'amélioration des trajectoires ;
- assurer une vigie concernant les taux de suicide de son territoire ;
- assurer qu'il y ait une vigie concernant les populations particulièrement vulnérables à risque suicidaire et à la diffusion de l'information ;
- soutenir la collaboration, pour la mise en place de pratiques sécuritaires et de qualité au sein de l'établissement, en conformité avec la pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada ;

- s’assurer qu’il y ait une vigie concernant les données probantes et les meilleures pratiques en prévention du suicide et à les diffuser au sein du CIUSSS, notamment par la formation et le développement des compétences ;
- s’assurer du suivi des orientations ministérielles ou de la santé publique, concernant la prévention du suicide ;
- identifier, évaluer et recommander des outils de prévention et d’intervention pour les intervenants et professionnels et les médecins au sein de l’établissement ;
- impliquer le citoyen partenaire dans une optique de responsabilité populationnelle et d’engagement citoyen.

## **8. Mécanisme de révision**

Toute modification à la présente politique doit être adoptée par le Comité de direction du CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal.

## **9. Approbation et entrée en vigueur**

La présente politique entre en vigueur le jour de son approbation par le Comité de direction, soit le 24 juillet 2018.

Toute politique antérieure ayant les mêmes objets est en conséquence abrogée.

# Note de service

DESTINATAIRE : Tous les gestionnaires d'unités cliniques, coordonnateurs, assistants infirmiers chefs, conseillères en soins infirmiers et conseillères en soins infirmiers en pratique avancée

C.C. : Manon Bordeleau, coordonnatrice au développement et à la surveillance de la pratique professionnelle

EXPÉDITRICE : Kayla Douglas, conseillère-cadre en soins infirmiers, volet médecine-chirurgie

DATE : 21 avril 2026

OBJET : Formulaire Transfert d'information au point de transition (TIPT)

---

Dans un objectif d'amélioration continue de nos pratiques cliniques et de nos communications, veuillez prendre connaissance de la mise à jour ci-dessous, applicable à l'ensemble de nos hôpitaux.

Le formulaire [\*FOR-DSI-2024-OM0410 – Transmission d'informations – Patient en provenance d'une unité de soins ou d'un service hospitalier\*](#) doit être utilisé lors du transfert d'un patient vers un autre unité ou étage. Celui-ci doit être complété et placé dans le dossier du patient afin d'assurer la traçabilité. L'unité de départ doit communiquer avec l'unité d'arrivée et le rapport écrit ainsi que sa transmission verbale sont obligatoires.

En cas de problème lié à des renseignements manquants (formulaire incomplet, absence de rapport écrit ou verbal, etc.), le gestionnaire de l'unité d'arrivée doit communiquer avec le gestionnaire de l'unité ayant transféré le patient et, au besoin, remplir un formulaire AH-223.

Pour toute question ou clarification, veuillez communiquer avec Kayla Douglas à l'adresse courriel suivante : [kayla.douglas.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:kayla.douglas.comtl@ssss.gouv.qc.ca)

Merci pour votre collaboration.

|                                                                                                                                                      |  |                                                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|
| <div> <div> Centre intégré<br/>universitaire de santé<br/>et de services sociaux<br/>de l'Ouest-de-<br/>l'Île-de-Montréal </div> <div> </div> </div> |  | N° dossier / Chart n° DDN / DOB Sexe / Sex         |  |
|                                                                                                                                                      |  | Nom / Name Prénom / First Name                     |  |
|                                                                                                                                                      |  | Nom de la mère / Name of mother                    |  |
| <input type="checkbox"/> HLAS <input type="checkbox"/> HGL <input type="checkbox"/> CHSM                                                             |  | Adresse / Address                                  |  |
| <b>TRANSMISSION D'INFORMATIONS -<br/>PATIENT EN PROVENANCE D'UNE UNITÉ DE SOINS<br/>OU D'UN SERVICE HOSPITALIER</b>                                  |  | Tél. / Tel.                                        |  |
|                                                                                                                                                      |  | N° assurance maladie / Medicare Card N° Expiration |  |

**TRANSMISSION D'INFORMATIONS -  
PATIENT EN PROVENANCE D'UNE UNITÉ DE SOINS  
OU D'UN SERVICE HOSPITALIER**

**CE FORMULAIRE NE REMPLACE PAS LE DOSSIER DE L'USAGER**

|                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| Nom infirmière/inf. auxiliaire responsable de l'usager :                                                                                                                                                                    |                                                     |                                                     | # permis :                                                      |                                              | Signature :                                                |                                                                                    |                                     | Poste Tél. :                      |  |
| Date : ____/____/____<br>(AAAA/MM/JJ)                                                                                                                                                                                       |                                                     |                                                     | Heure de complétion : ____ : ____<br>(HH : MM)                  |                                              |                                                            | Heure du transfert : ____ : ____<br>(HH : MM)                                      |                                     |                                   |  |
| Unité de départ :                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                                                     | Chambre :                                                       |                                              | Unité d'arrivée:                                           |                                                                                    |                                     | Chambre :                         |  |
| PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Aucun                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> COVID, dernier dépistage : |                                                     |                                                                 | <input type="checkbox"/> MRSA                | <input type="checkbox"/> ERV                               | <input type="checkbox"/> Autre :                                                   |                                     |                                   |  |
| DIAGNOSTIC                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
| Diagnostic(ques) principal(aux) :                                                                                                                                                                                           |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
| Allergies/Intolérances :                                                                                                                                                                                                    |                                                     | <input type="checkbox"/> Non                        | <input type="checkbox"/> Oui, spécifiez :                       |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
| Niveau de soins :                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                                                     | RCR : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
| ÉVALUATION – PRÉ-TRANSFERT                                                                                                                                                                                                  |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
| Derniers SV : ____ h ____                                                                                                                                                                                                   |                                                     | PA :                                                | FC :                                                            | FR :                                         | T° : ____ °C                                               | SpO <sub>2</sub> % :                                                               |                                     | Douleur : ____ /10                |  |
| Oxygène : <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> VM % : <input type="checkbox"/> LN L/min : <input type="checkbox"/> Autres : _____                                        |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              | Dernière glycémie :                                        |                                                                                    | <input type="checkbox"/> Télémétrie |                                   |  |
| Type IV : <input type="checkbox"/> Port-a-cath                                                                                                                                                                              |                                                     | <input type="checkbox"/> Picc line                  | <input type="checkbox"/> Périphérique                           |                                              | Solution(s) IV :                                           |                                                                                    |                                     |                                   |  |
| Intégrité peau : Présence de plaie                                                                                                                                                                                          |                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> Non                                    | <input type="checkbox"/> Oui, localisation : |                                                            | Type de pansement :                                                                |                                     |                                   |  |
| Alimentation : <input type="checkbox"/> NPO                                                                                                                                                                                 |                                                     | <input type="checkbox"/> Régulière                  |                                                                 | <input type="checkbox"/> Autre (spécifier):  |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
| TNG : <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                          |                                                     | <input type="checkbox"/> Oui                        | <input type="checkbox"/> Drainage libre                         |                                              | <input type="checkbox"/> Succion                           | Sonde : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :                |                                     |                                   |  |
| État cognitif :                                                                                                                                                                                                             |                                                     | <input type="checkbox"/> Alerte                     | <input type="checkbox"/> Délirium                               |                                              | <input type="checkbox"/> Calme                             | <input type="checkbox"/> Agité                                                     |                                     | <input type="checkbox"/> Autres : |  |
| Orientation : <input type="checkbox"/> Orienté X3                                                                                                                                                                           |                                                     | <input type="checkbox"/> Désorienté :               | <input type="checkbox"/> Personne                               |                                              | <input type="checkbox"/> Temps                             | <input type="checkbox"/> Espace                                                    |                                     |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Mesure de Contrôle en place                                                                                                                                                                        |                                                     | <input type="checkbox"/> Surveillance constante 1:1 |                                                                 |                                              | <input type="checkbox"/> Trouble comportement, spécifier : |                                                                                    |                                     |                                   |  |
| Mobilisation : <input type="checkbox"/> Autonome                                                                                                                                                                            |                                                     | <input type="checkbox"/> Aide 1 personne            | <input type="checkbox"/> Aide 2 personnes                       |                                              | <input type="checkbox"/> Repos au lit                      |                                                                                    | <input type="checkbox"/> Alité      |                                   |  |
| Aide technique : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Oui ; Type d'aide technique :                                                                                                                     |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
| Particularités : <input type="checkbox"/> Lunettes                                                                                                                                                                          |                                                     | Prothèses : <input type="checkbox"/> Dentaires      |                                                                 | <input type="checkbox"/> Auditives           |                                                            | <input type="checkbox"/> Autres :                                                  |                                     |                                   |  |
| TRAITEMENT, « MÉDICATION », INTERVENTIONS EN COURS                                                                                                                                                                          |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
| Surveillances prioritaires, examens diagnostiques à effectuer ce jour, résultats de laboratoire anormaux, observations anormales (inclure ici toutes les informations pertinentes, y compris les préoccupations familiales) |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            | Liste Pré-op complétée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |                                     |                                   |  |
| ARRIVÉE SUR L'UNITÉ                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                     |                                                                 |                                              |                                                            |                                                                                    |                                     |                                   |  |
| Nom PAB/brancardier qui a fait le transport :                                                                                                                                                                               |                                                     |                                                     | Heure d'arrivée sur l'unité :                                   |                                              | Nom de la personne qui a accueilli l'usager :              |                                                                                    |                                     |                                   |  |
| Nom infirmière/inf. auxiliaire ayant reçu le formulaire :                                                                                                                                                                   |                                                     |                                                     | # permis                                                        |                                              | Signature :                                                |                                                                                    |                                     |                                   |  |



N° dossier / Chart n°:

Nom / Name :

Prénom / First Name :

## GUIDE D'UTILISATION

**ABRÉVIATIONS :** UD : Unité de départ UA : Unité d'arrivée  
AIC : Assistante infirmière cheffe ASI : Assistante supérieure immédiate AA : Agente administrative)

### CONFIRMATION DU TRANSFERT

AIC/ASI de l'UD :

1. Avise verbalement l'AIC/ASI de l'UA du transfert de l'utilisateur;
2. Assure que les données dans Clinibase ou le bureau d'admission soient à jour.

AIC/ASI de l'UA:

1. Confirme la disponibilité d'un lit et donne le numéro de chambre où l'utilisateur sera admis;
2. Assigne une infirmière à l'utilisateur qui sera admis et l'avise du moment du transfert.

### AVANT LE TRANSFERT

Infirmière de l'utilisateur de l'UD :

1. Complète le formulaire Transmission d'informations (FP-CIUSSS-0123) et le joint au dossier de l'utilisateur pour le transfert
2. En cas de particularité, elle ou l'AIC, transmet un rapport verbal à l'infirmière qui recevra l'utilisateur à l'UA

**Important :** Si l'état de l'utilisateur change, l'infirmière responsable de l'utilisateur communique avec l'AIC/ASI de l'UA pour l'aviser et mettre à jour le rapport verbal donné précédemment. Une note supplémentaire au formulaire doit être ajoutée.

### DÉPART DE L'USAGER DE L'UD ET ARRIVÉE À L'UA

PAB/brancardier :

1. S'assure d'avoir le formulaire Transmission d'informations complété **ET** le dossier de l'utilisateur avant de quitter l'UD
2. À l'UA, avise l'AA de l'arrivée de l'utilisateur
  - Le PAB/brancardier doit absolument informer quelqu'un sur l'unité que l'utilisateur est arrivé.
3. Écrit son nom en lettres moulées sur le formulaire *Transmission d'informations pour compléter le transfert*
4. Remet le formulaire Transmission d'informations **ET** le dossier de l'utilisateur à l'AA (ou autre personne responsable)

AA (ou autre personne responsable) :

1. Écrit son nom en lettres moulées sur le formulaire *Transmission d'informations pour compléter le transfert*
2. Fait un appel général sur l'unité pour aviser l'équipe de soins de l'arrivée de l'utilisateur

**Important :** À l'arrivée à l'UA, en aucun temps le PAB/brancardier ne doit laisser l'utilisateur sans avoir complété les tâches ci-dessus en présence de l'AA (ou autre personne responsable) de l'UA

### APRÈS LE TRANSFERT

L'infirmière responsable de l'utilisateur

1. Accueille l'utilisateur et fait son évaluation initiale.
2. Prend connaissance du dossier de l'utilisateur ainsi que du formulaire Transmission d'informations
3. Débute les soins

GRM 4200040391



Centre hospitalier de St. Mary  
St. Mary's Hospital Center

Programme de santé mentale / Mental Health Program



STMEVAL027

## Évaluation - Risque de suicide Suicide Risk - Evaluation

Vérifiez la présence de chaque facteur et attribuer 1 point pour chaque facteur présent/  
Verify the presence of each factor and count 1 point for each existing one.

A D R E S S O G R A P H E

| FACTEURS CLÉ / KEY FACTORS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | D = Jour / Day / E = Soir / Evening / N = Nuit / Night |   |   | Date        |   |   | Date |   |   | Date |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---|---|-------------|---|---|------|---|---|------|---|---|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | D                                                      | E | N | D           | E | N | D    | E | N | D    | E | N |
| Sexe (mâle) / Sex (Male) et / and                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| Âge (entre 15 et 24) (45 ans et +) / Age (between 15 & 24) (45 years & +)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1                                                      | 1 | 1 |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| Dépression / Depression                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1                                                      | 1 | 1 |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| Deux (2) des manifestations suivantes / Two (2) of the following symptoms :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1                                                      | 1 | 1 |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Perturbation des habitudes de sommeil / Disturbed sleep habits                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Perte de poids récente / Recent loss of weight                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Désespoir ou culpabilité / Despair or guilt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Diminution de l'intérêt pour les activités quotidiennes / Loss of interest in daily activities                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Agitation psychomotrice / Psychomotor agitation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Irritabilité ou tristesse / Irritability or sadness                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Perte de concentration / Loss of concentration                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Pensées reliées à la mort / Thoughts of death                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| Tentative de suicide antérieure / Previous suicide attempt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1                                                      | 1 | 1 |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| Abus/dépendance à l'alcool, à la drogue / Alcohol/drug abuse, dependency                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1                                                      | 1 | 1 |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| Altération de la pensée / Thought alteration                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1                                                      | 1 | 1 |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Désorganisation / Disorganization                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Désorientation / Disorientation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| Idées suicidaires / Suicidal ideation :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1                                                      | 1 | 1 |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| Les caractéristiques suivantes peuvent être présentes / The following characteristics may be present:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Niveau de contrôle faible / low control level                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Niveau de tolérance à la frustration faible / low frustration tolerance                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| * Plan suicidaire organisé / Organized suicidal plan :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1                                                      | 1 | 1 |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Méthode planifiée / Method planned                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Habileté à entreprendre le plan / Ability to carry out the plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| - Ne parvient pas à se projeter dans le futur / Inability to project into the future                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| Perception d'avoir un soutien social insuffisant / Perception of having poor social support                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1                                                      | 1 | 1 |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| Maladie chronique ou aiguë ou maladie mentale. Événement stressant récent. / Chronic or acute illness or mental illness. Recent stressful event.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1                                                      | 1 | 1 |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| Total:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        |   |   |             |   |   |      |   |   |      |   |   |
| * La présence d'un plan suicidaire précis et organisé (comment, où, quand) signifie que la personne se situe à un risque élevé du suicide. Si l'utilisateur a un plan organisé ou un délire avec des idées prédominantes de se faire mal ou de s'enlever la vie, le score total s'élève automatiquement à 10. / The presence of a specific, organized suicide plan (how, where, when) indicates that the person has a high suicide risk. If the user has an organized plan or hallucinations with dominating ideas of harming or killing himself, the total score automatically becomes 10. |                                                        |   |   | Score total |   |   |      |   |   |      |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |   |   | Heure/Time  |   |   |      |   |   |      |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |   |   | Initiales   |   |   |      |   |   |      |   |   |

| Signature de l'infirmière | Initiales | Signature de l'infirmière | Initiales | Signature de l'infirmière | Initiales |
|---------------------------|-----------|---------------------------|-----------|---------------------------|-----------|
|                           |           |                           |           |                           |           |
|                           |           |                           |           |                           |           |
|                           |           |                           |           |                           |           |

| Score | Niveau de risque suicidaire<br>Level of Risk | Fréquence : évaluation de risque suicide<br>Evaluation frequency of suicide risk | Fréquence de la Surveillance<br>Monitoring Frequency |
|-------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 0-3   | Risque très léger / Very low risk            | Au besoin / As needed                                                            | Routine / Routine (30 min)                           |
| 4-5   | Risque léger / Low risk                      | Chaque jour et au besoin / q day and as needed                                   | Routine / Routine (30 min)                           |
| 6-7   | Risque modéré / Moderate risk                | Quart de travail et au besoin / q shift and as needed                            | Étroite / Close (15 min)                             |
| 8-10  | Risque élevé / High risk                     | Quart de travail et au besoin / q shift and as needed                            | Constante / Constant                                 |





STMEVAL027

**Exemples de questions à poser afin d'explorer les pensées suicidaires :**

- Avez-vous des périodes où vous pensez à vous blesser ou à vous enlever la vie? / Do you have times when you think about hurting or killing yourself?
- Quelle est la fréquence de ces périodes? Est-ce une fois par jour, par semaine, par mois ou autre? / How often do you have these thoughts - once per day, per week, per month or other?
- Ces pensées sont-elles intermittentes ou constantes? / Are these thoughts intermittent or constant?
- Qu'est-ce qui déclenche ces pensées? / What causes these thoughts to start?
- Avez-vous pensé à des méthodes ou à un plan pour mettre fin à vos jours? (Ce plan est-il réaliste par rapport aux moyens à la disposition de l'utilisateur?) / Have you thought of methods or a plan to kill yourself? (Is this plan realistic considering the means at the disposal of the patient?)
- Avez-vous parlé à quelqu'un de vos pensées suicidaires ou de votre plan? / Have you told anyone about your suicidal thoughts or plan?

**Indicateurs pour la fréquence de la surveillance reliés au risque suicidaire / Indicators for the frequency of monitoring related to suicide risk**

|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Surveillance selon le jugement clinique / Monitoring according to clinical judgement</b> | <p>Dit ne plus ou ne pas avoir d'idées suicidaires / Says has no or no longer has suicidal ideas</p> <p>Démontre une congruence entre le verbal et le non verbal / Congruence between verbal and non verbal</p> <p>Est assidu au traitement / Is diligent with treatment</p> <p>A une perception de soutien adéquat / Perceives support to be adequate</p> <p>Verbalise ses préoccupations au plan des émotions / Talks about emotional concerns</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Surveillance de routine (30 minutes) / Monitoring of the routine (30 minutes)</b>        | <p>Verbalise facilement ses idées suicidaires / Easily talks about suicidal ideas</p> <p>Ou / Or</p> <p>Verbalise de manière superficielle / Talks superficially</p> <p>N'a pas de plan suicidaire / Doesn't have suicide plan</p> <p>N'a pas d'intention / Doesn't have suicide intention</p> <p>Coopère au traitement / Cooperates with treatment</p> <p>Est peu en retrait / Not much withdrawal</p> <p>A fait de multiples tentatives antérieures / Has made multiple previous attempts</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Surveillance de routine (30 minutes) / Monitoring of the routine (30 minutes)</b>        | <p>Verbalise ses idées suicidaires sans plan ou intention, avec difficulté / Has difficulty talking about suicide plans or intentions</p> <p>A la perception de ne pas avoir de soutien social adéquat / Feels support is inadequate</p> <p>N'est pas assidu au traitement / Not persistent with treatment</p> <p>Démontre des sentiments de frustration, de colère / Shows feelings of frustration, anger - Untrustworthy impression</p> <p>Mutisme ou peu de verbalisation / Mute or uncommunicative</p> <p>Fuit tout contact avec l'entourage / Avoids all contact with surroundings</p> <p>Est intoxiqué / Is intoxicated</p> <p>Perception distordue de la réalité - hyperactivité / Distorted perception of reality - Hyperactive</p> <p>Démontre peu d'habileté à solutionner les problèmes / Poor problem solving ability</p> <p>Évite le contact visuel / Avoids eye contact</p> |
| <b>Surveillance à toutes les 15 minutes / Monitoring every 15 minutes</b>                   | <p>Changement soudain du niveau d'activité (hyperactivité) / Sudden change in activity (hyperactive)</p> <p>Verbalise ses idées suicidaires avec une intention, mais sans plan précis / Talks about suicide ideas with intention but without a precise plan</p> <p>Ou / Or</p> <p>Projette de se suicider à l'aide d'un moyen léthal, mais n'a pas la possibilité de se procurer le moyen privilégié pour son suicide. / Plans for suicide with a lethal method but does not have access to that method</p> <p>Refuse une entente de non-passage à l'acte / Refuses a non suicide agreement</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Surveillance constante / Constant monitoring</b>                                         | <p>Projette de se suicider à l'aide d'un moyen léthal. / Plans for suicide with a lethal method</p> <p>Le moyen privilégié pour son suicide est accessible / The suicide method is accessible</p> <p>Fait des gestes suicidaires / Makes suicidal gestures</p> <p>Se procure des objets qui serviront à se faire mal ou à se tuer / Obtains objects to injure or kill himself</p> <p>Ne parvient plus à se projeter dans l'avenir / Unable to picture himself in the future</p> <p>Tient un discours où tout justifie le suicide / Gives justification for suicide</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Isolement ou contention / Seclusion or restraints</b>                                    | <p>Tentative de suicide en présence du personnel / Suicide attempt in presence of staff</p> <p>Ne peut résister à son impulsion malgré une surveillance constante. / Cannot control his impulse in spite of constant monitoring</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                          |                     |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Centre intégré<br/>universitaire de santé<br/>et de services sociaux<br/>de l'Ouest-de-<br/>l'Île-de-Montréal</b><br> | <br>0 D I M 0 7 2 6 | N° dossier / Chart n°      DDN / DOB      Sexe / Sex<br><hr/> Nom / Name      Prénom / First Name<br><hr/> Nom de la mère / Name of mother<br><hr/> Adresse / Address<br><hr/> Tél. / Tel.<br><hr/> N° assurance maladie / Medicare Card N°      Expiration |
| SITE : _____                                                                                                             |                     | <b>DÉPISTAGE DU RISQUE SUICIDAIRE (14 ANS +)</b>                                                                                                                                                                                                            |

| RAISON DU DÉPISTAGE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Dépistage non systématique : suite à un repérage</b><br><input type="checkbox"/> Présence de <u>signes de détresse</u> ou de <u>signes avant-coureurs</u><br>Lesquels : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <u>Moment(s) critique(s)</u> dans la vie de l'utilisateur(ère) : _____<br>Lesquels : _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Dépistage systématique : si indiqué au processus clinique local (PCL)</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Admission / Premier contact<br/> <input type="checkbox"/> Transfert / Référence<br/> <input type="checkbox"/> Triage de l'urgence psychiatrique         </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Congé / Fin de l'épisode de service<br/> <input type="checkbox"/> N/A<br/> <input type="checkbox"/> Autre : _____         </div> </div> |                                                                                                                     |

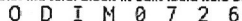
| QUESTIONS DE DÉPISTAGE                                                                                                |                                              |                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Demandez à l'utilisateur(ère)                                                                                         | Oui                                          | Non                                                                                                                                                                                     |
| 1. Au cours des dernières semaines, avez-vous souhaité être mort(e)?                                                  | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                |
| 2. Au cours des dernières semaines, avez-vous pensé que vous ou votre entourage seriez mieux si vous étiez mort(e)?   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                |
| 3. Dans la dernière semaine, avez-vous pensé au suicide?                                                              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                |
| 4. Avez-vous déjà essayé de vous suicider?                                                                            | <input type="checkbox"/> *                   | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                |
| *4.1 Si oui, comment? _____                                                                                           | Quand était votre tentative la plus récente? | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>12 derniers mois<br/><input type="checkbox"/></span> <span>Plus d'un an**<br/><input type="checkbox"/></span> </div> |
| Si l'utilisateur a répondu <b>Oui</b> à <u>n'importe laquelle</u> des questions 1 à 4, posez la question 5 (acuité) : |                                              |                                                                                                                                                                                         |
| 5. Avez-vous des pensées suicidaires en ce moment ?                                                                   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                |
| Si oui, décrivez brièvement : _____                                                                                   |                                              |                                                                                                                                                                                         |

| RÉSULTATS                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Non à toutes les questions 1 à 4                                                                                                                                                                | Oui à n'importe laquelle des questions 1 à 4 et...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Dépistage négatif                                                                                                                                                                               | Oui à la question 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Non à la question 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| -Pas d'intervention nécessaire à ce moment-ci.<br><br>-Documentez dans votre note clinique (verso).<br><br><b>Note: Le jugement clinique peut en tout temps renverser un dépistage négatif.</b> | <b>Dépistage positif aigu</b><br>(risque imminent identifié)<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'utilisateur(ère) nécessite une <b>évaluation du risque suicidaire dans l'immédiat (STAT)</b>.</li> <li>▪ Diriger la personne et l'accompagner physiquement vers le service qui pourra effectuer l'évaluation du risque suicidaire. La personne <b>NE PEUT PAS</b> quitter avant d'avoir été évaluée.</li> <li>▪ En communauté, contactez le centre de crise. Si une tentative de suicide est en cours ou imminente, contactez le 911.</li> <li>▪ Surveillance visuelle</li> <li>▪ Assurer la sécurité de l'environnement et contrôler l'accès aux objets pouvant représenter un risque.</li> <li>▪ Vous référer à un membre du personnel habilité à faire l'évaluation du risque suicidaire et avertissez le médecin ou clinicien en charge de l'utilisateur.</li> <li>▪ Documentez dans votre <b>note clinique (verso)</b>.</li> </ul> | <b>Dépistage positif non aigu**</b><br>(risque potentiel identifié)<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'utilisateur(ère) nécessite une <b>évaluation du risque suicidaire</b> afin de déterminer le type d'intervention à entreprendre.</li> <li>▪ Vous référer à un membre du personnel habilité à faire l'évaluation du risque suicidaire.</li> <li>▪ Vous <b>DEVEZ</b> mettre en place des <b>mesures immédiates pour favoriser la sécurité (verso)</b>.</li> <li>▪ Votre <b>note clinique</b> est obligatoire (verso). Si l'utilisateur(ère) refuse l'évaluation, le documenter aussi.</li> <li>▪ L'utilisateur(ère) ne requiert pas une surveillance étroite durant l'attente pour une évaluation et peut quitter, sauf si d'autres enjeux de sécurité sont présents.</li> <li>▪ Avertissez le clinicien en charge de l'utilisateur.</li> </ul> |

\*\*Lorsque le résultat positif est uniquement dû à un "Oui" à la question 4 (c.-à-d. une tentative de suicide au cours de la vie, sans pensées suicidaires actives (question 5 = non)), l'évaluation du risque suicidaire peut ne pas être nécessaire si la tentative la plus récente remonte à plus d'un an (pour les adultes 25 ans +). Pour les jeunes 14-25 ans, l'évaluation demeure à faire, sauf si une évaluation documentée a eu lieu dans la dernière année. **Dans tous les cas, utilisez votre jugement clinique et documentez dans votre note clinique au verso.**

\*\*\*Si l'utilisateur(ère) refuse de répondre : pour les jeunes de 14-25 ans, il s'agit d'un dépistage positif non aigu. Suivez les consignes reliées et documentez le refus. Pour les adultes 25 ans +, pas d'intervention immédiate nécessaire, sauf si d'autres préoccupations de sécurité sont présentes. Documentez le refus.

Source : Version adaptée du *ASK Suicide-Screening Questions* du NIHM



Nom / Name:

Prénom / First Name:

Pour un usager(ère) avec idées suicidaires actives (« oui » à la question 5) :  
vous référer aux mesures dans la section « dépistage positif aigu » (recto)

☐ Suivi téléphonique avec l'utilisateur en attente d'évaluation : quand ?

☐ Réseau de soutien autour de la personne :

| Nom et lien | Coordonnées | Autorisation de communiquer*                                                                                                     |
|-------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |             | L'utilisateur nous autorise à communiquer avec son proche/son parent : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
|             |             | L'utilisateur nous autorise à communiquer avec son proche/son parent : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
|             |             | L'utilisateur nous autorise à communiquer avec son proche/son parent : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

☐ Ressources de crise 24/7 (voir ci-dessous)

☐ Accès aux moyens – empêcher :

☐ Environnement sécuritaire :

☐ Référence aux outils et plan de sécurité disponibles en ligne (suicide.ca) : <https://mesoutils.ca/fr/accueil>

☐ Facteurs de protection identifiés (*p.ex. raisons de vivre, stratégies d'adaptation, actions qui alimentent l'espoir, actions pour se faire du bien mobiliser un proche, etc.*) **détaillez :**

☐ Référence faite pour évaluation du risque suicidaire (à qui?) :

**Date et heure :**

Pour tous :

☐ Centre de prévention du suicide

**Téléphone : 1-866-APPELLE (277-3553) ou 988 | SMS : 535353 ou 988 | Clavardage : Suicide.ca**

☐ Ligne Info-Santé | 811 option 1

☐ Ligne Info-Social | 811 option 2

☐ Centre de crise de l'Ouest-de-l'Île 514-684-6160 <https://www.centredecriseoi.com/fr> | Clavardage disponible

☐ L'Autre Maison 514-768-7225 <https://centreautremaison.com/>

☐ Centre d'intervention de crise TRACOM 514-438-3033

**Ressources additionnelles spécifiques pour les jeunes :**

☐ Tel-jeunes (8h à minuit, 7/7) : 1-800-263-2266 | **SMS** : 514-600-1002 | **Clavardage** : [teljeunes.com](http://teljeunes.com)

☐ Jeunesse j'écoute (24/7) : 1-800-668-6868 | **SMS** : 686868 | Aide Urgente - Jeunesse, J'écoute

|     |            |
|-----|------------|
| GRM | 4200045371 |
|-----|------------|

| Nom | Signature | N° de permis | Date (AAAA/MM/JJ) |
|-----|-----------|--------------|-------------------|
|     |           |              |                   |