



Action financée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine dans le cadre du CPOM ARS-CCECQA 2023-2027



AGISSONS POUR DEMAIN

Du 2 au 6 février 2026
SEMAINE DE PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE
 PARTICIPEZ AUX WEBINAIRES DU CCECQA






Mardi 03 février 2026
 de 13h à 14h30


Dr Véronique GARCIA, CCECQA
Dr Xavier RICHOMME, Ramsay Santé
Caroline BIZET, Ministère de la Santé
Léna MARTEAU, QUALVA

Repérer & Evaluer

1

Quelques rappels

-  Ce webinar est enregistré
-  Replay et support seront disponibles dans les prochains jours sur le site du CCECQA
-  N'hésitez pas à poser vos questions via les onglets « Q&R » ou « Conversation »



2

Déroulé du webinaire

- **Sécuriser l'environnement des patients et des résidents, un pilier incontournable:** Dr Xavier RICHOMME, Conseiller médical Santé mentale, Ramsay Santé
- **Un outil d'évaluation du risque immobilier et mobilier à destination des tous les professionnels de santé:** Caroline BIZET, Cheffe de projet, DGOS, Ministère de la santé
- **Un Œil averti peut sauver une vie: outil de sensibilisation et formation :** Léna MARTEAU, Coordinatrice, Qual'Va
- Questions & Réponses



3

Action financée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine dans le cadre du CPOM ARS-CCECQA 2023-2027



Du 2 au 6 février 2026

**SEMAINE
DE PRÉVENTION
DU
RISQUE
SUICIDAIRE**

PARTICIPEZ AUX WEBINAIRES
DU CCECQA

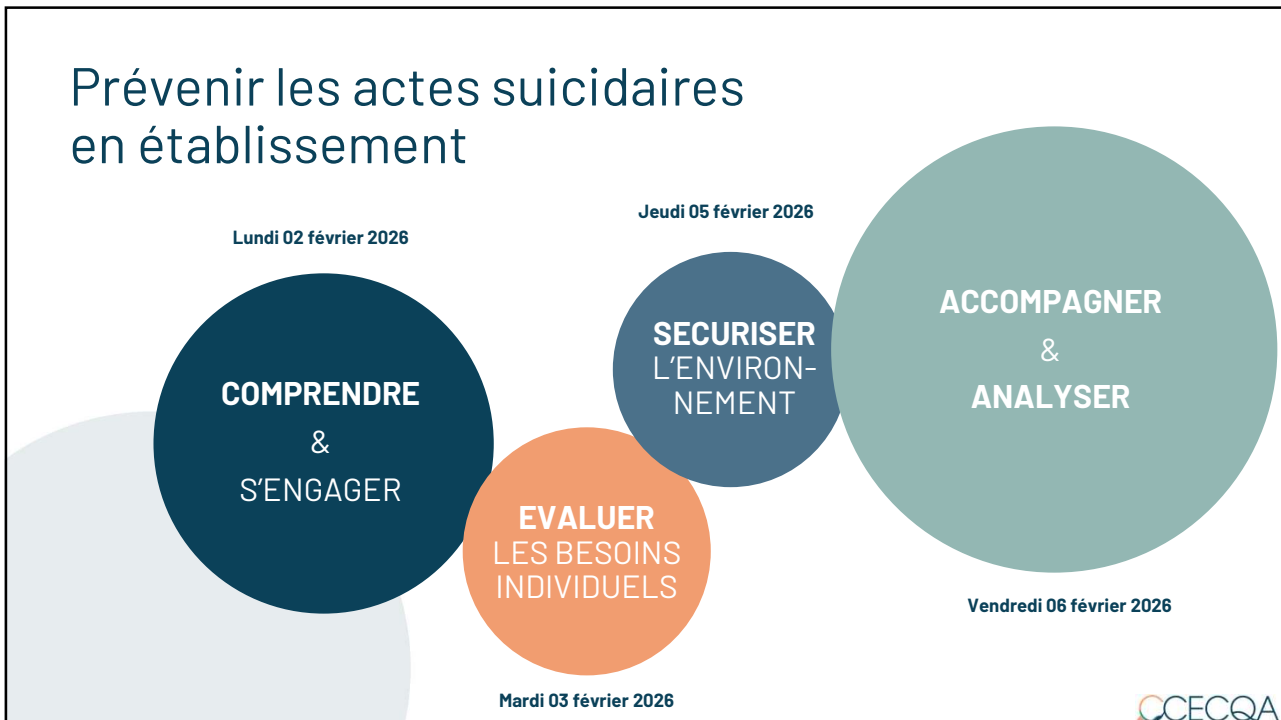


Dr Xavier RICHOMME
Conseiller médical
Direction de la santé mentale
Ramsay Santé

Introduction

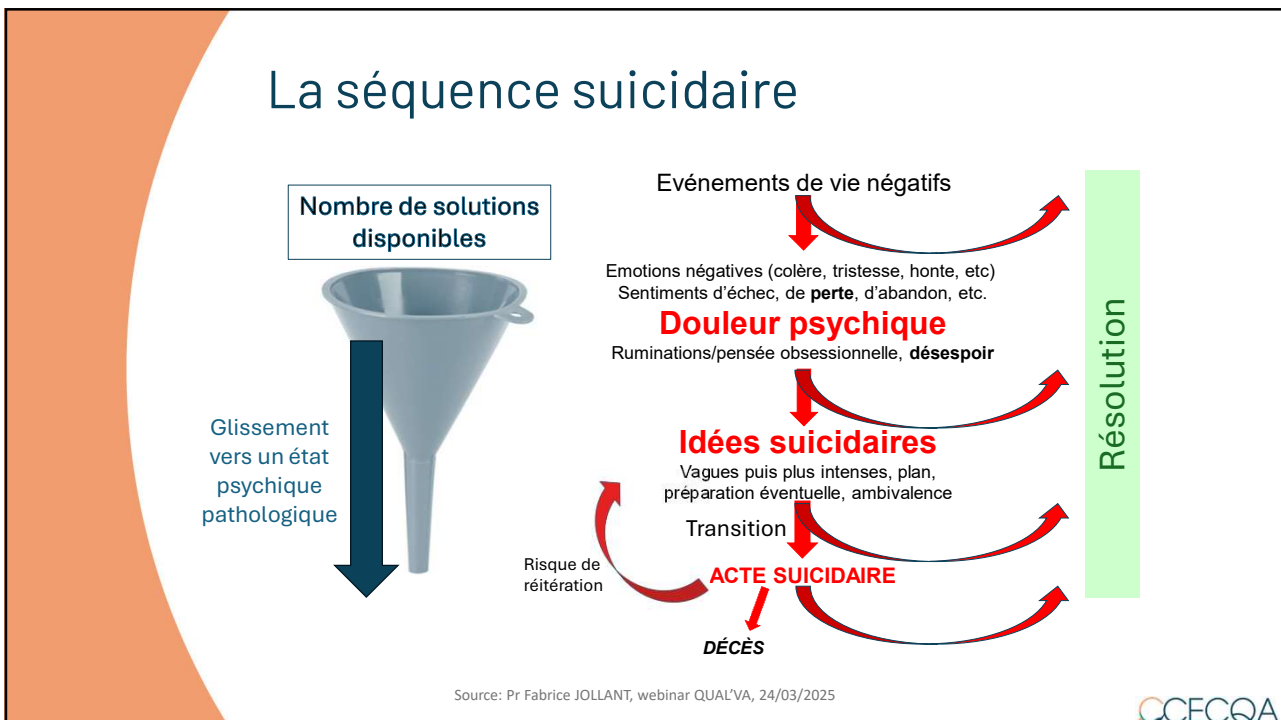
4

Prévenir les actes suicidaires en établissement



5

La séquence suicidaire



6



Dans quel « but » réalise-on un acte suicidaire?

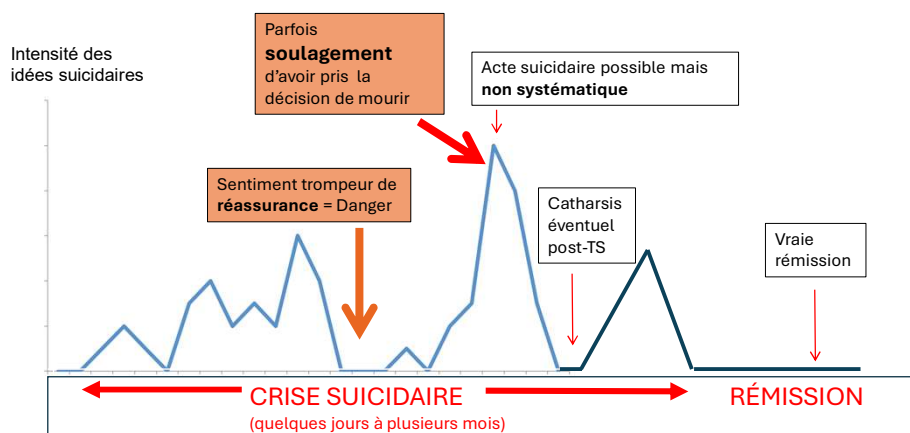
- Mettre fin à ses souffrances+++
- Fuir une situation intenable.
- Rechercher de l'aide.
- Montrer son hostilité.

Les personnes suicidaires
ne veulent pas mourir
mais arrêter de souffrir

Elles ont le sentiment que seul le suicide peut
mettre fin à leurs souffrances

7

La crise suicidaire: Un état le plus souvent fluctuant et temporaire de durée variable



D'après, Pr Fabrice JOLLANT , Webinar QUAL'VA , 24/03/2025

CCECQA

8



Il n'est pas possible de prédire le suicide avec précision...

- Prédiction **clinique** d'un nouveau geste suicidaire après un geste suicidaire
Valeur prédictive positive = 22%
- Prédiction avec des **échelles**
Valeur prédictive positive du suicide = 5,5%
Valeur prédictive positive des gestes auto-infligés = 16,1%
- Prédiction avec des **algorithmes**
Proche de 0
- Prédiction avec du **machine learning**
Pas de différence avec le jugement clinique

(Woodford et al 2019; Carter et al 2017; Belsher et al 2019; Corket et al 2021)

9

Mais on peut quand même faire beaucoup de choses

Cibler l'identification des **besoins actuels** de la personne suicidaire plutôt qu'un vague risque



Identifier la crise suicidaire



Sécuriser le lieu de vie des patients le temps de la crise



Réduire la souffrance:
Soutien, mobilisation de l'entourage, briser l'isolement, donner de l'espoir



Actions sur les symptômes modifiables: sommeil, anxiété, dépression

10

Repérage systématique de tous les patients/résidents



Repérer

Systematique
Questions simples
Si + : Evaluer les besoins



Evaluer

Besoins en soutien
Besoins en protection
Besoins en soins Psy



Agir

Soins émotionnels
Premier soins psy
Protection / Surveillance
Avis spécialisé Psy

CCECQA

11

Apprendre à poser la question des idées suicidaires simplement

Créer une alliance thérapeutique, penser aux nombreux freins des patients (honte, culpabilité, peur des conséquences)

- Nommer les souffrances, identifier les pertes

Poser la question en 1 étape

« *Avez-vous eu au cours des derniers jours des idées suicidaires?* »

Plus avancé en s'appuyant sur les souffrances nommées par le patient précédemment et aborder directement les intentions suicidaires:

« *Est-ce que vous souffrez au point de penser mettre fin à vos jours ?* »

« *Vous êtes-vous senti ... au point de penser mettre fin à vos jours ?* »

« *Quand on se sent ..., on peut avoir des pensées suicidaires. Est-ce votre cas?* »

« *Dans des circonstances similaires, des personnes on rapporté avoir eu des idées suicidaires. Est-ce votre cas?* »

Sommeil

Anxiété

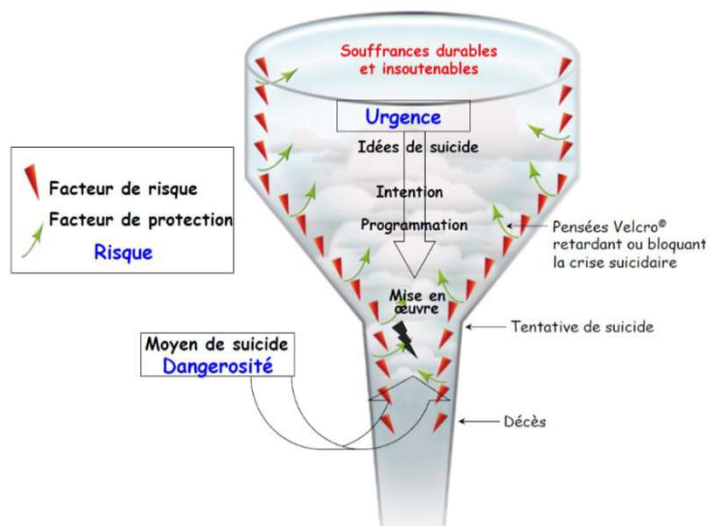
Idées noires

Idées suicidaires

CCECQA
AGISSONS POUR DEMAIN

12

Le RUD, outil controversé (Risque Urgence Dangersité)



Risque

Facteurs prédisposants
Facteurs protecteurs
Facteurs précipitants

Urgence

Scénario et mise en œuvre
Faible
Moyenne
Élevée

Dangersité

Accès aux moyens létaux

CCECQA

13

Le RUD, outil controversé (Risque Urgence Dangersité)

| Niveau de risque | Symptômes | Évaluation RUD | Proposition de prise en charge |
|------------------|---|----------------|---|
| 0 | Pas de détresse | Null | RAS |
| 1 | Tristesse sans idées noires ou suicidaires | Faible | Avis médecin traitant |
| 2 | Idées noires mais pas suicidaires | Faible | Avis médecin traitant ou psychiatre |
| 3 ou 3 | Idées suicidaires fluctuantes sans projet ou sans ATCD psychiatriques | Faible à Moyen | Avis psychiatrique ambulatoire |
| 4 | Idées suicidaires actives sans projet ou ATCD psychiatriques | Moyen | Avis psychiatrique avec +/- une hospitalisation |
| 5 ou 5 | Idées suicidaires actives sans projet avec ATCD psychiatriques | Moyen à Élevé | Avis psychiatrique, hospitalisation fortement recommandée |
| 6 | Idées suicidaires actives avec projet sans ATCD psychiatriques | Élevé | Hospitalisation en urgence |
| 7 | Idées suicidaires actives avec projet avec ATCD psychiatriques – Passage à l'acte | Élevé | Hospitalisation en urgence |

CCECQA

14

Utiliser une échelle idéatoire ?

Echelle RSD

| | | |
|----|--|--|
| 0 | PAS D'IDEE DE MORT | Ne pense pas plus à la mort qu'habituellement |
| 1 | | Pense plus à la mort qu'habituellement |
| 2 | IDEES DE MORT | Pense souvent à la mort |
| 3 | | A quelques idées de suicide |
| 4 | IDEE DE SUICIDE | A souvent des idées de suicide |
| 5 | | Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrait plus exister |
| 6 | DESIR PASSIF DE MOURIR | Désire mourir ou plutôt être mort |
| 7 | a : lien fort b : lien faible | Désir de mourir très fort mais retenu par quelque chose (être cher, ...) |
| 8 | VOLONTE ACTIVE DE MOURIR | Veut mettre fin à ses jours |
| 9 | a : projet défini à long terme b : projet défini à long terme | Sait comment il veut mettre fin à ses jours |
| 10 | DEBUT DE PASSAGE A L'ACTE | A déjà préparé son suicide ou a déjà commencé de passer à l'acte |

CCECQA

15



Dr Jean Luc DUCHER
Psychiatre
Clermont Ferrand

Repérer et évaluer avec des outils simples

16



Dr Jean Luc
DUCHER

Psychiatre et psychothérapeute
Clermont Ferrand

CCECQA

17



AGISSONS POUR DEMAIN

Marie Hélène ROUX
Directrice de la Qualité
CH Le Rouvray

Mise en place d'une procédure de gestion du
risque suicidaire

18



AGISSONS POUR DEMAIN

Laure VERGEZ HONTA
Responsable juridique
Ramsay Santé

Eclairage juridique sur la gestion des effets
personnels et des restrictions de libertés

19

PRÉVENTION DES ACTES SUICIDAIRES EN ÉTABLISSEMENT

*Eclairage juridique sur la gestion des effets
personnels et des restrictions de libertés*

03/02/2026

Laure Vergez-Honta, Responsable Juridique Département Assurances, Ramsay Santé



20

Objectif : la conciliation du respect des droits fondamentaux et libertés individuelles avec la protection des patients

21

21

Les droits fondamentaux des patients et libertés individuelles

La chambre du patient /résident assimilée à un domicile privé



Cour d'appel de Paris 17 mars 1986

La chambre d'hôpital occupée par un malade constitue pour lui au sens de l'art. 184 du code pénal, un domicile protégé en tant que tel par la loi, qu'il occupe à titre temporaire mais certain et privatif et où, à partir du moment où cette chambre lui est affectée et pour tout le temps que dure cette affectation, il a le droit, sous la seule réserve des nécessités du service, de se dire chez lui et notamment d'être défendu contre la curiosité publique.

Le droit au respect de la vie privée



Article L1110-4 CSP I. : Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article [L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles a **droit au respect de sa vie privée [...]**

22

22

La protection du patient suicidaire 2 étapes clés :

- L'évaluation et la réévaluation du risque suicidaire : le rôle clé du médecin aidé de l'équipe de soins
- Les mesures de surveillance à la charge de l'établissement (structure) :



EHPAD : Cour d'appel, Aix-en-Provence, Chambre 1-1, 6 Juillet 2021 – n° 19/02708

L'Ehpad est tenu d'une obligation de surveillance et de sécurité à l'égard de ses pensionnaires; il s'agit d'une obligation de moyens et si dans le cadre juridique ainsi défini, l'établissement n'est certes pas obligé de garantir une surveillance continue, ni un dispositif de sécurité spécial contre les actes imprévisibles, il résulte des pièces de la procédure que l'établissement connaissait, en l'espèce, la lourdeur et gravité de la pathologie psychique de M^{me} X;

[...]

le geste de M^{me} X n'avait rien d'imprévisible et l'établissement aurait donc du prendre toute mesure adaptée à cet état, soit par des soins appropriés sur place soit s'il n'en avait pas mes moyens, par une hospitalisation.

23

23

Les moyens de la protection : l'inventaire des effets personnels et la confiscation des objets dangereux

- Accord du patient si possible (information préalable dans le livret d'accueil / contrat de vie en collectivité)

- **Exception en cas de danger pour le patient lui-même ou les tiers**, ou en cas de trouble à l'ordre public

- Principe de **proportionnalité** : les « fouilles » doivent être **strictement adaptées aux objectifs poursuivis**

En cas de violation injustifiée de la vie privée d'un patient, la responsabilité de l'établissement hospitalier peut être engagée. Les patients disposent de recours juridiques pour contester de telles atteintes, notamment sur le fondement de l'article 9 du Code civil ou des dispositions relatives au respect de la vie privée et de la dignité humaine.

24

24

En pratique : beaucoup plus de recherches de responsabilité par les proches en cas de suicide ou tentative de suicide, que de procédures judiciaires pour faire valoir des libertés individuelles estimées bafouées.

Au-delà du drame pour la famille et les équipes en cas de passage à l'acte, le risque juridique est principalement **indemnitaire** (responsabilité civile couverte par l'assurance professionnelle).

Le **risque pénal** est, lui, relativement **limité** :

- faute de la structure (personne morale) : 1 faute simple suffit dès lors qu'elle a concouru au dommage
- faute d'un soignant (personne physique) : doit être caractérisée c'est-à-dire très grave, ou constituer un manquement à une obligation légale ou réglementaire.

25

25

Que faire des objets confisqués ?

- Objets usuels considérés comme dangereux : conservation par l'établissement

- Objets ou substances illicites (armes, stupéfiants) : **conservation dans le coffre de l'établissement** pour une remise à la police.

Armes :

Art 226-14 CP : exemption du secret professionnel possible pour les *professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.*

Stupéfiants :

Instruction DGOS 2011/139 du 13 avril 2001 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé : **la remise des stupéfiants est anonyme.**

L'existence d'une **convention Santé Sécurité Justice** facilite ces démarches.

26

26



CCECQA

AGISSONS POUR DEMAIN

Dr Xavier RICHOMME
Conseiller médical
Direction de la santé mentale
Ramsay Santé

Des outils inspirants: expérience du Québec

27



Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en santé mentale
(AQISM)

**Bienvenue sur le site Web
de L'Association
québécoise des infirmières
et infirmiers en santé
mentale!**

Notre mission? Promouvoir l'expertise infirmière et favoriser
l'actualisation des compétences professionnelles en santé
mentale et psychiatrie afin d'offrir des soins et services de
qualité à la population.

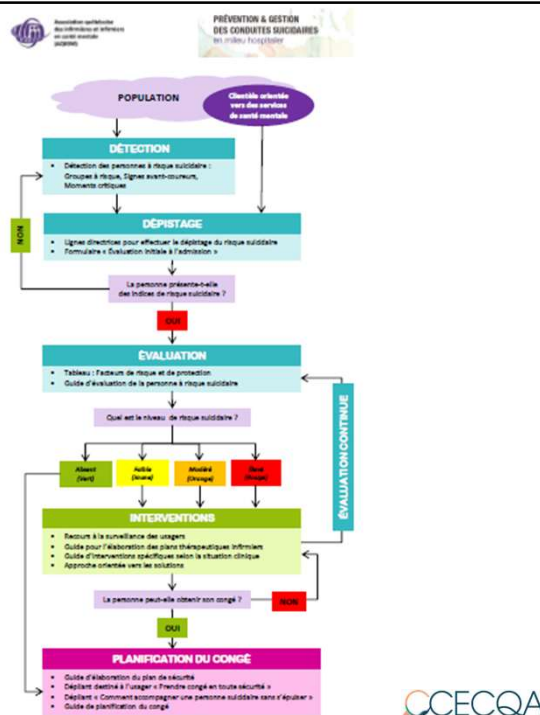
<https://aqism.org/>

CCECQA

28

Une procédure simple

1. Détection et dépistage
2. Evaluation des besoins
3. Mise en œuvre d'actions ciblées



29

Dépistage

Quand ?

A l'admission, au retour de permission, en cas de signe avant-coureurs, aux moments critiques, et selon la clinique

Répéter les dépistages

Comment ?

Questions simples et directes

Question « COQ » (Comment ? Où ? Quand ?)

LIGNES DIRECTRICES POUR EFFECTUER LE DÉPISTAGE DU RISQUE SUICIDAIRE

Moments où doit se faire le dépistage (CAMH, 2013)

- Au triage de l'urgence
- À l'admission
- Lors d'une transition (transfert, congé)
- Lors de signes avant-coureurs de suicide
- Lors d'un moment critique (rupture amoureuse, perte d'emploi)
- Selon son jugement clinique

Vérifier la présence d'idées suicidaires (Mauw et al., 2010)

- Faire le lien avec les signes avant-coureurs
- Nommer son inquiétude
- Formuler la question de façon claire/courte et sans ambiguïté
- Formuler la question au présent
- Utiliser les vrais mots

Exemples de question pour vérifier la présence d'idées suicidaires (OHQ, 2007; NIMH, 2017)

- Au cours des dernières semaines, vous êtes-vous senti triste ou déprimé ?
- Au cours des derniers jours, avez-vous souhaité être mort ?
- Actuellement, avez-vous des idées suicidaires ?
- En présence d'idées suicidaires, vérifiez le degré de planification, soit le Comment, le Où et le Quand (COQ)

Exemples de question pour évaluer le COQ

COMMENT

- Avez-vous envisagé à un moyen pour vous suicider ?

OÙ

- Avez-vous pensé à l'endroit où vous pourriez le faire ?

QUAND

- Avez-vous prévu un moment où pourriez le faire ?

Les personnes pour lesquelles le résultat du dépistage s'avère positif doivent obtenir une évaluation plus approfondie

Références : <https://www.quebec.ca/prevencion-du-suicide/research/references/> BUREAU QUÉBÉCOIS SUR LE SUICIDE, LES FAMILLES EN DANGER ET LES JEUNES ASSOCIÉS
 Reproduction autorisée avec mention de la source : Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale.

CCECQA

30

Des repères pour l'accompagnement des personnes âgées



LA PERSONNE ÂGÉE

Particularités

Le nombre de suicides chez les personnes âgées est possiblement sous-estimé. Certains suicides ne figurent pas dans les statistiques, car leur mort n'est pas forcément identifiée comme telle. Bien que le nombre demeure faible, le taux de suicide chez les hommes de plus de 85 ans est en progression (INPQ, 2016). Les experts s'attendent qu'avec le vieillissement de la population le nombre de suicides chez cette population devrait s'accroître au cours des prochaines années, d'où l'importance de modifier nos pratiques (CCSMPA, 2006 ; Wikström, 2010).

On a tendance à minimiser le désespoir et la dépression des personnes âgées croyant à tort que ce soit normal de se sentir déprimé en vieillissant et de vouloir mourir. Ces attitudes sont même partagées par les aînés eux-mêmes, ce qui peut contribuer à augmenter le risque de suicide dans ce groupe d'âge (Etnier, 2014). De plus, comme les aînés vivent souvent seuls, les possibilités de leur venir en aide sont réduites et les moyens utilisés sont généralement plus létaux (Etnier, 2014; Cornwell & Calberg, 2008; De Leo et al., 2001; Mc Intosh, 1985).

Enfin, il apparaît que les aînés sont moins enclins à exprimer leurs idées suicidaires. Des interdictions liées à leur religiosité, aux conventions sociales ou à leur éducation peuvent freiner l'expression de ces idées. Des traits de personnalité démontrant un besoin de contrôle, une réduction des mécanismes d'adaptation au changement et un réseau social peu développé réduisent les chances que la personne soit déprimée (CCSMPA, 2006). Il est donc impératif que l'infirmière et les proches soient sensibilisés aux signes précurseurs (CCSMPA, 2006). La majorité de personnes âgées qui se sont suicidées avait consulté leur médecin de famille avant pour des problèmes physiques. La planification du suicide peut donc se faire « en silence » dans des gestes longuement réfléchis et l'issue sera plus souvent létale à cause de leur santé plus précaire (Fortinash & Holroyd-Worrest, 2016).

Les facteurs suivants sont plus spécifiques aux risques de conduites suicidaires chez la personne âgée (Etnier, 2014; Fortinash & Holroyd-Worrest, 2016; Richard-Devantoy, 2011) :

- La dépression majeure ;
- Les troubles cognitifs qui induisent une désinhibition ou de l'impulsivité ;
- Les maladies chroniques, les handicaps physiques, et la dépendance dans les activités de la vie quotidienne associée à certains problèmes, de même que le douleur chronique (Cornwell et al, 2011) ;
- L'abus et le mauvais usage de médicaments ;
- Un intérêt ou désintérêt pour la spiritualité ou la religion ;
- L'accumulation de pertes (perte de conjoint, perte du réseau social, notamment d'amis, de confidents, de relations ou d'un rôle dans la société, d'un travail (retraite), perte d'estime de soi et de l'auto-efficacité, perte d'autonomie et de capacités physiques, présence de conflits liés à la violence familiale envers les aînés) ;
- Le veuvage, particulièrement chez les hommes ;
- L'anticipation d'un déménagement dans un centre d'hébergement ;
- Les difficultés ou l'incapacité à demander de l'aide.

Références : <http://www.aqism.org/la-prevention-des-suicides-personnelles/repere.html>



Reproduction autorisée avec mention de la source : Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale.



Pistes d'intervention

- Dépister la dépression à l'aide de l'échelle de dépression gériatrique ;
- Accorder une sensibilité fine aux besoins présents en tenant compte des croyances, des valeurs et des coutumes particulières de la personne âgée ;
- Porter attention aux régions dont la personne âgée confronte ses peurs et ses pertes ;
- Renforcer ses stratégies d'adaptation tournées vers la vie et valoriser l'expérience passée ;
- Créer un sentiment d'appartenance avec un groupe ou un intervenant afin de contrer l'isolement et les effets de multiples pertes ;
- Explorer toutes les options et les ressources accessibles au sein de la famille et des ressources communautaires de prévention du suicide et encourager les échanges mutuels et d'autres avenues de soutien affectif ;
- Aider la personne à développer des stratégies lui permettant de retrouver le sentiment que son existence a un sens et de l'importance pour sa famille ou la collectivité ;
- Évaluer le douleur chronique et s'assurer un soulagement adéquat par des approches pharmacologiques et non pharmacologiques ;
- Évaluer avec la personne et les proches l'accès au moyen avant le retour à domicile tel que la présence d'arme à feu ou une quantité importante de médicaments :
 - Assurer de disposer des surplus de la médication prescrite et en vente libre se trouvant au domicile de la personne âgée, et ce, avec sa collaboration ;
 - Faire des ententes avec la pharmacie pour servir les médicaments plus fréquemment et en plus petite quantité dans certaines situations ;
 - Favoriser l'utilisation d'un appareillage de type pilulier.

LE CISSS DES LAURENTIDES
complexe de votre santé

Aide-mémoire
Repérer et dépister la personne à risque de suicide
14 ans +

Porter attention aux perceptions qui limitent le repérage et le dépistage

Garder en tête que les idées suicidaires :

- Expriment une souffrance psychologique ;
- Doivent toujours être prises au sérieux ;
- Ne constituent pas toujours une menace immédiate. Une intervention complète par un(e) intervenant formé(e) est nécessaire pour déterminer la dangerosité et l'urgence d'agir.

Parler du suicide sauve des vies. En repérant et en dépistant, vous pouvez faire une différence !

Repérer la personne vulnérable au suicide

| Utiliser le GPS | Exemples d'éléments à repérer |
|-------------------------------|--|
| Groupes plus à risque | <ul style="list-style-type: none"> • Personne aux prises avec un trouble de santé mentale ou une dépendance ; • Personne qui a déjà fait une tentative de suicide |
| Présence de moments critiques | <ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme ; • Perte significative telle que rupture, perte d'emploi ou de la garde des enfants. |
| Signes et symptômes | <ul style="list-style-type: none"> • Messages verbaux. Par exemple : « Je suis écarté de vivre » ; • Sentiment d'être un fardeau pour les autres ; • Irritation, agitation ; • Changements de comportements. |

Si vous avez repéré des éléments qui laissent penser que la personne est vulnérable au suicide, un dépistage du risque suicidaire est nécessaire.

Dépister la présence d'idées suicidaires

Poser les 3 questions de dépistage directement et clairement

| | |
|---|--|
| 1. Pensez-vous au suicide présentement ? | Utiliser des mots clairs et des questions qui ne suggèrent pas la réponse. |
| 2. Avez-vous pensé au suicide dans les derniers mois ? | Le mot suicide peut être remplacé uniquement par : vous enlever la vie, vous tuer, mettre fin à vos jours. |
| 3. Avez-vous fait une tentative de suicide dans la dernière année ? | |

Si vous avez obtenu un OUI à une des trois questions, une estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire est nécessaire. Vous devez déterminer les mesures de protection requises et transmettre l'information aux bonnes personnes.

Déterminer les mesures de protection requises

Pour assurer sa sécurité en attendant l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, avec la personne dépressée :

- Mettre en place les mesures de protection requises (ex. : limiter l'accès au moyen tel qu'une arme à feu ou à des médicaments, prévenir la présence d'un proche) ;
- Diriger la personne, voire même l'accompagner physiquement vers le service qui pourra effectuer l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire ;
- S'assurer avec la personne à risque de suicide qu'elle :
 - Est dans un environnement physique approprié à sa condition ;
 - N'a pas accès à des objets pouvant compromettre sa sécurité (ex. : armes à feu) ;
 - Bénéficiera de la présence ou l'implication d'un proche, autant que possible ;
 - Comprend les mesures de protection spécifiques établies afin d'assurer sa sécurité ;
 - Sans référence vers les ressources d'urgence disponibles.

Transmettre les informations aux bonnes personnes

- La personne doit donner son accord pour que vous puissiez transmettre les informations sur le risque suicidaire sauf lorsque sa sécurité ou celle d'autrui est menacée ;
- Lorsque la sécurité de la personne ou celle d'autrui est menacée :
 - Partager uniquement les informations visant à assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui, aux personnes susceptibles de porter secours ;
 - Se rappeler que ne pas en parler risque de limiter les interventions possibles et de vous faire porter la responsabilité du mieux-être de l'autre.

Consulter la procédure, les outils et algorithmes disponibles de votre direction ou organisme pour connaître les modalités d'intervention et les trajectoires de services.

Proposer des ressources aux personnes à risque de suicide et à leurs proches

24 h sur 24, 7 jours sur 7

- Ligne de prévention du suicide 1 866 APPELLE (277-3533)
- Info-Social 811
- Jeunesse J'écoute 1 800 668-6868

☎ Suicide.ca : clavardage, texto, ressources et outils

Obtenir du soutien clinique

Consulter la procédure, les outils et algorithmes disponibles dans votre direction ou organisme pour connaître les modalités de soutien clinique.

Tous ensemble
pour prévenir le suicide

Québec

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides



Questions & Réponses