



Autisme,
Déficience Intellectuelle,
Suicide

Intervenir auprès de la personne suicidaire

Un ensemble d'outils cliniques de soutien à l'intervention auprès des personnes ayant une DI ou un TSA et des comportements suicidaires

Développé par :

Cécile Bardon, PhD.

Avec le soutien de la chaire DI-TC, UQAM, du Laboratoire de recherche comportementale appliquée, du CRISE et du réseau de la réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme du Québec

UQÀM | **Chaire de déficience intellectuelle
et troubles du comportement**
Université du Québec à Montréal



Centre de recherche et d'intervention
sur le suicide, enjeux éthiques et
pratiques de fin de vie

Centre for Research and Intervention on Suicide,
Ethical Issues and End-of-Life Practices

2017

© C. Bardon, Chaire DI-TC



Autisme,
Déficience Intellectuelle,
Suicide

Intervention

Intervenir auprès de la personne suicidaire présentant une DI ou un TSA

Ce cahier comprend des propositions d'intervention pour venir en aide aux personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et ayant des manifestations associées au suicide (MAAS). Il est destiné aux intervenants qui travaillent dans le domaine de la réadaptation, en milieu communautaire ou dans le domaine de la prévention du suicide. Il fait état du *Processus AUDIS-Intervention*, l'une des trois composantes du *Processus AUDIS* (*AUDIS-Modèle*, *AUDIS-Estimation* et *AUDIS-Intervention*) développé à partir des résultats d'un projet de recherche (Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA) et d'une recherche postdoctorale (Intervenir auprès des personnes suicidaires présentant une DI ou un TSA). Ce cahier est le fruit de la collaboration entre le milieu de la recherche et plusieurs milieux de pratique.

Le *Processus AUDIS-Intervention* a été élaboré avec le soutien important de plusieurs intervenants qui ont participé au développement et à la révision des interventions proposées. Nous les remercions chaleureusement.

Toute décision clinique dépend toujours du jugement et de l'interprétation des intervenants présents au moment où se produisent les comportements suicidaires mais aussi des processus et outils utilisés lors des évaluations, de la manière de recueillir l'information et des perceptions et interprétations des personnes consultées (autres intervenants, proches) Le jugement clinique doit s'appuyer sur les meilleures connaissances et pratiques possibles, mais il restera toujours au cœur du travail d'estimation et d'intervention en prévention du suicide. Aucun outil ne le remplacera.

Table des matières

Rappel du contexte de l'intervention	3
Le modèle dynamique du suicide chez les personnes présentant une DI ou un TSA (<i>Processus AUDIS-Modèle</i>)	3
Le processus de soutien à la décision clinique quant au risque suicidaire (<i>Processus AUDIS-Estimation</i>) ..	5
Intervenir auprès de la personne suicidaire (<i>Processus AUDIS-Intervention</i>)	6
Interventions ciblant directement les composantes des MAAS – interventions spécifiques	8
Interventions visant à réduire les facteurs de risque et protection à plus long terme - générales	8
Intégration de la prévention du suicide dans les services offerts.....	9
Description générale des interventions proposées.....	10
1. Interventions pour assurer la sécurité et diminuer le danger de passage à l'acte suicidaire	12
1.1. Plan de sécurité pour une personne ayant des manifestations associées au suicide.....	13
1.2. Assurer la sécurité d'une personne en danger.....	18
1.3. Suivi étroit suite à un épisode suicidaire : Vérification de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire dans les heures et les jours suivant l'épisode suicidaire initial	22
1.4. Former les proches au repérage des MAAS	25
2. Interventions pour susciter l'espoir et trouver des solutions.....	27
2.1. Histoire : Daniel veut vivre et veut se tuer en même temps et retrouve l'espoir.....	30
2.2. Histoire : Raphaël reprend espoir et trouve des solutions.....	36
2.3. Histoire : Dominique a des pensées de suicide sans vraiment savoir pourquoi	42
2.4. Calendrier de l'espoir ou la ligne du temps	49
2.5. Le jardin de l'espoir : se concentrer sur ce qui va bien	53
3. Interventions pour réduire le risque de récurrence des MAAS à court terme, défaire les patterns de MAAS et l'effet des éléments déclencheurs	55
3.1. Histoire : Daniel pense souvent au suicide – Il dit souvent qu'il veut se tuer	56
3.2. Prendre les MAAS au sérieux.....	62
4. Interventions pour atténuer l'option suicide	64
4.1. Travailler les croyances des personnes et des intervenants	65
4.2. Histoire : Raphaël et le suicide.....	75
4.3. Histoire : Marie apprend à dire qu'elle a des pensées de suicide en voyant les autres.....	80
4.4. Travailler les fixations sur la mort et sur le suicide.....	88
4.5. Travailler les cognitions associées au suicide - Les raisons pour penser à se tuer et les raisons qui font qu'on ne pense pas à se tuer (recadrage)	90
4.6. Comprendre et réduire les bénéfices secondaires des MAAS.....	94
Interventions pour réduire les facteurs de risque et renforcer les facteurs de protection : Interventions cliniques utiles pour aider à prévenir le suicide à plus long terme	96
La thérapie par l'acceptation et l'engagement.....	97
La thérapie dialectique comportementale	98
L'amélioration générale de la qualité de vie	98

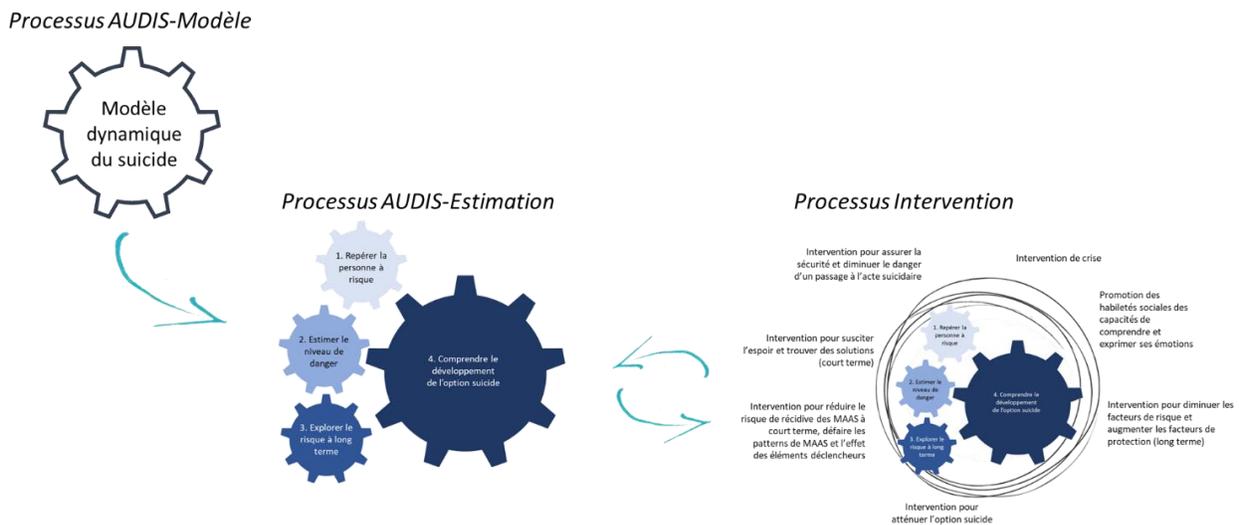
Rappel du contexte de l'intervention

Le *Processus AUDIS-Intervention*, qui regroupe les outils d'intervention ici proposés, est l'une des trois composantes du *Processus AUDIS* (Figure 1) et s'appuie sur :

- le modèle dynamique du suicide chez les personnes présentant une DI ou un TSA (*Processus AUDIS-Modèle*)
- le processus de soutien à la décision clinique quant au risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA (*Processus AUDIS-Estimation*)

Le *Processus AUDIS-Intervention* tient également compte des processus d'intervention actuellement utilisés dans le milieu de la DI et du TSA et vise à s'adapter aux pratiques courantes auprès de la clientèle.

Figure 1 - Le Processus AUDIS dans son ensemble

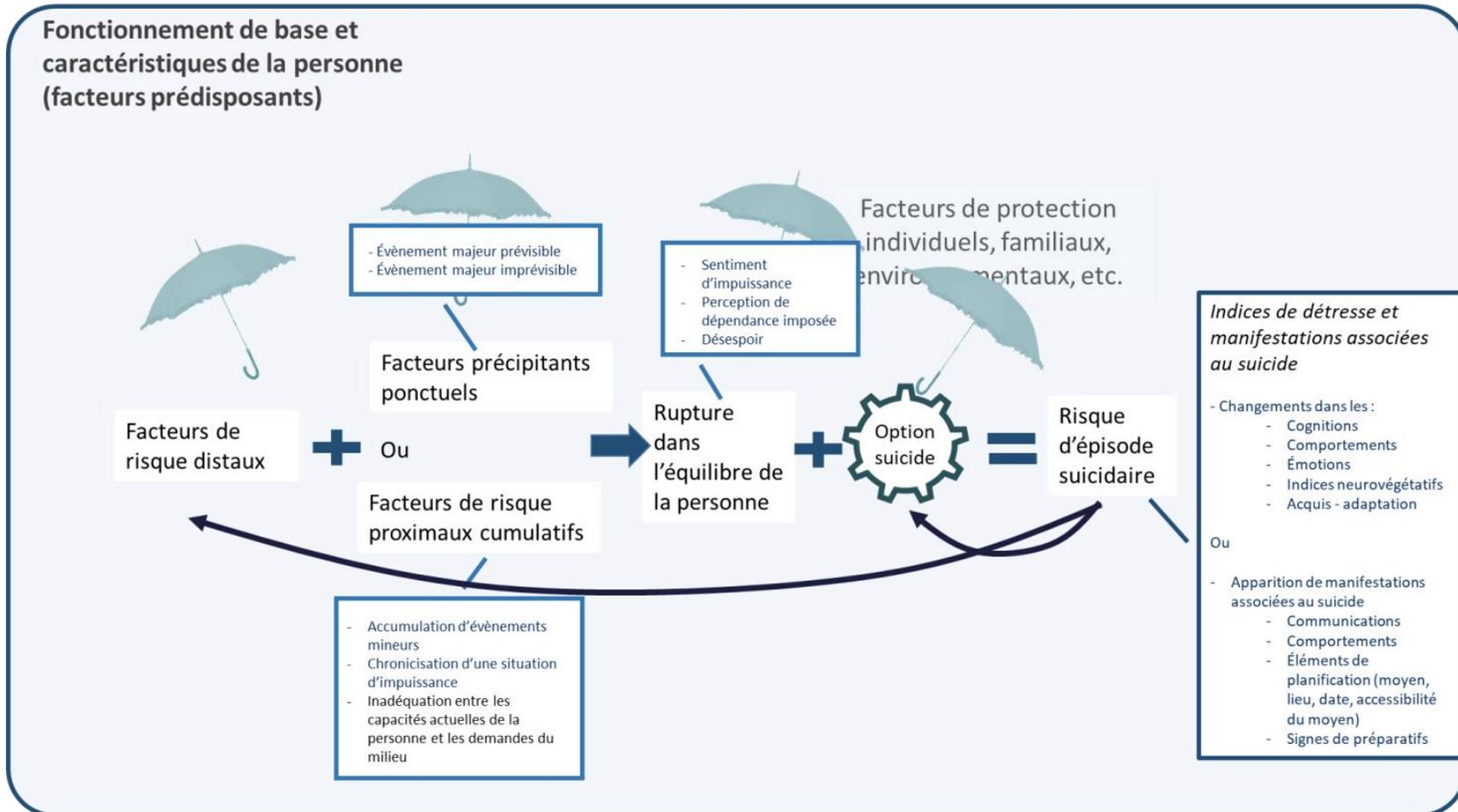


Le modèle dynamique du suicide chez les personnes présentant une DI ou un TSA (*Processus AUDIS-Modèle*)

La première étape du *Processus AUDIS* (figure 2) est constituée d'un modèle théorique du suicide. Ce modèle a été développé à partir de trois différentes sources : l'analyse de 65 dossiers clinico-administratifs d'usagers des CISSS et CIUSSS en réadaptation (suicidaires et non suicidaires), une recension des écrits sur les comportements suicidaires chez les personnes présentant une DI ou un TSA et la consultation d'experts en DI, TSA et prévention du suicide.

Ce modèle a servi de base au développement d'un outil clinique visant à soutenir les intervenants lors de l'estimation du risque suicidaire et le développement d'interventions adaptées aux besoins des personnes présentant une DI ou un TSA.

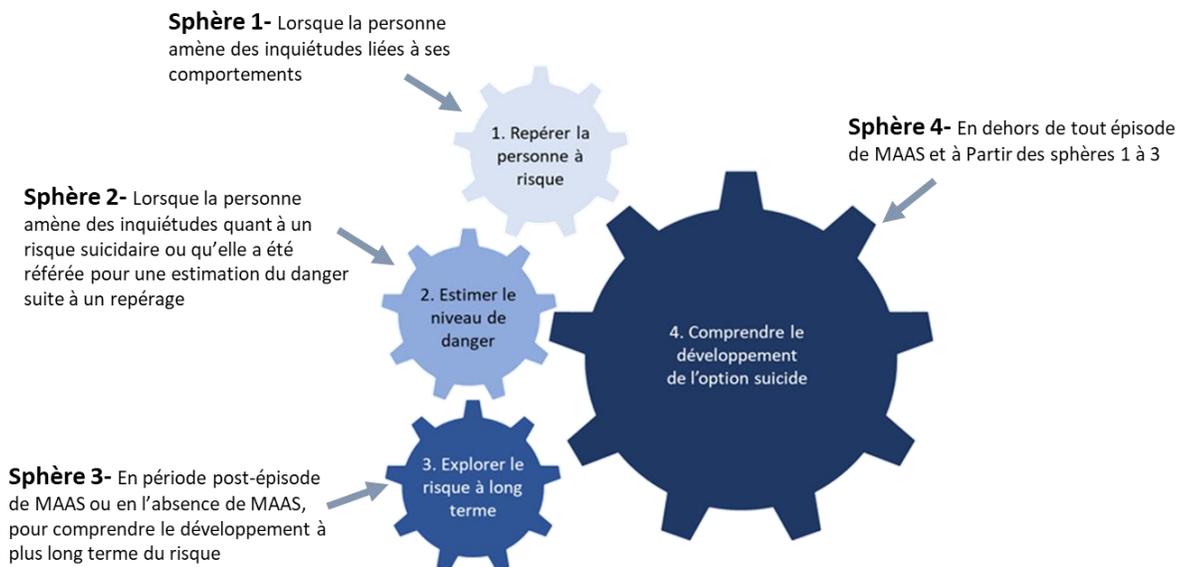
Figure 2 - Le Processus AUDIS-Modèle théorique du suicide



Le processus de soutien à la décision clinique quant au risque suicidaire (*Processus AUDIS-Estimation*)

Le *Processus AUDIS-Estimation* (Figure 3) est constitué d'un ensemble d'outils conçus pour informer et soutenir la décision clinique quant au risque suicidaire.

Figure 3 - Processus AUDIS-Estimation



Le Processus AUDIS-Estimation a été développé de manière collaborative pour répondre, à court, moyen et long terme, aux besoins des personnes présentant une DI ou un TSA et aux besoins des milieux de la réadaptation et de l'intervention. Les principes qui ont guidé le développement de ces outils sont les suivants :

- L'estimation du danger et du risque suicidaire doit se faire en équipe.
- La suicidabilité fluctue rapidement dans le temps et l'évaluation de l'intentionnalité ne constitue pas nécessairement un indicateur efficace du risque suicidaire, particulièrement chez des personnes présentant une DI ou un TSA.
- Une fois l'estimation du danger de passage à l'acte effectuée et l'intervention pour réduire la crise terminée, il est important de comprendre les facteurs de risque plus distaux ainsi que les circonstances sous-jacentes à l'épisode suicidaire. Une évaluation du risque à moyen et long terme fait donc partie intégrante du processus d'estimation et doit soutenir le déploiement d'interventions à long terme visant à réduire la détresse et à limiter le risque de récurrence.

Les outils d'estimation ne visent pas à établir un score ou une note de danger ou de risque. Ils constituent plutôt un *processus de soutien à la décision clinique quant au risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA*.

Le *processus AUDIS-Estimation* intègre des approches cliniques courantes utilisées dans le milieu de la DI et du TSA (en particulier l'analyse fonctionnelle du comportement). De plus, il est compatible avec les outils développés pour la population générale, ce qui favorise les échanges entre les professionnels de différents milieux.

Il soutient à son tour le déploiement d'interventions adaptées aux niveaux cliniques de danger et de risque suicidaire, selon leur évolution dans le temps.

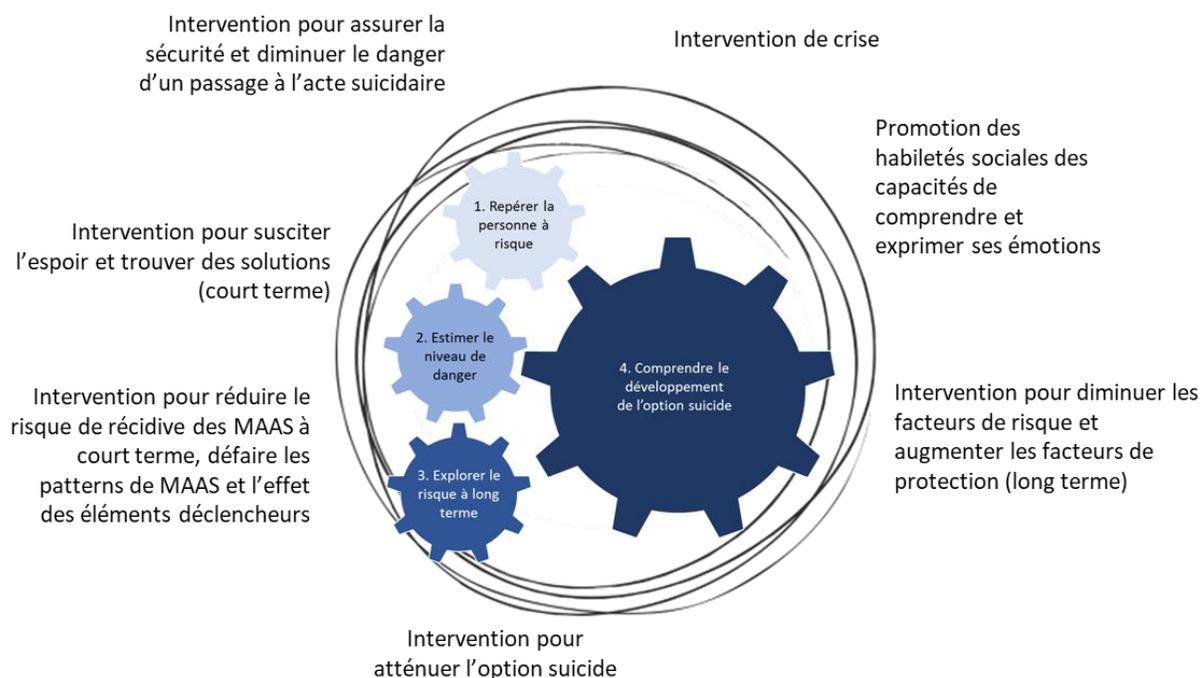
Intervenir auprès de la personne suicidaire (*Processus AUDIS-Intervention*)

De la même manière que l'évaluation du risque se déploie dans le temps, le type et l'intensité de l'intervention doit être adaptée au moment où elle se produit (aux différentes phases de l'épisode suicidaire ou, de manière plus générale, pour adresser les composantes cognitives, affective, sociales des MAAS de la personne, ainsi que ses facteurs de risque et de protection, en dehors des épisodes suicidaires). L'intervention doit être retenue en fonction des résultats de l'évaluation du risque.

Le *processus AUDIS-Intervention* vise à soutenir la prise de décision quant aux interventions à privilégier pour aborder ou traiter différents aspects de la suicidalité (danger, risque, facteurs de risque et de protection, option suicide, troubles mentaux, etc.) et ce, en fonction des résultats de l'estimation du risque suicidaire (par exemple, en utilisant le *Processus AUDIS-Estimation*). Les interventions ici proposées ne sont pas exhaustives. Chaque intervenant peut développer ou adapter le matériel selon ses besoins et ses préférences. Il est cependant important de toujours rattacher les outils et les stratégies d'intervention retenus à un des objectifs d'intervention qui sont de réduire le danger de passage à l'acte suicidaire, diminuer la détresse et le désespoir, renforcer l'espoir et le bien-être général en mettant en place des actions et interventions à différents niveaux (Figure 4)

Les objectifs d'intervention sont définis par la littérature sur la prévention du suicide. Ils s'intègrent dans une démarche dynamique d'interaction constante entre les processus d'évaluation et d'intervention. Chaque étape du *Processus AUDIS-Estimation* produit des informations utiles auxquelles correspondent des interventions spécifiques. Dans cette perspective, le processus d'estimation est au cœur du processus d'intervention, ce qu'on illustre à la Figure 4 par les lignes concentriques qui relient les deux processus. Les objectifs d'intervention se déploient depuis les interventions d'urgence jusqu'au soutien clinique à long terme afin de refléter l'étalement des interventions de prévention du suicide dans le temps.

Figure 4 - Le Processus AUDIS-Intervention



Deux grands domaines d'intervention sont identifiés dans le *Processus AUDIS-Intervention* : les interventions qui ciblent directement les composantes associées aux MAAS et celles qui ciblent les facteurs de risque et de protection.

Les interventions qui ciblent les composantes associées aux MAAS visent à : assurer la sécurité et à diminuer le danger; susciter l'espoir et trouver des solutions; réduire le risque de récurrence et défaire les patterns de MAAS; atténuer l'option suicide. Ces interventions sont spécifiques, développées à partir des meilleures pratiques en prévention du suicide et adaptées aux caractéristiques et particularités des personnes présentant une DI ou un TSA.

Le deuxième ensemble d'interventions cible les facteurs de risque plus distaux associés au suicide. Ces interventions sont basées sur les meilleures pratiques cliniques en DI et TSA et sont disponibles dans les milieux d'intervention spécialisé. Plus particulièrement, ces interventions visent à diminuer les facteurs de risque et à augmenter les facteurs de protection. Elles cherchent aussi à promouvoir et à renforcer les habiletés sociales et les mécanismes d'adaptation. Cette seconde catégorie d'interventions est déjà largement utilisée auprès des personnes ayant une DI ou un TSA et ne nécessite pas d'adaptation spécifique pour la prévention du suicide. Par contre, l'utilité de ces interventions cliniques à long terme en matière de prévention du suicide est soulignée dans le présent cahier.

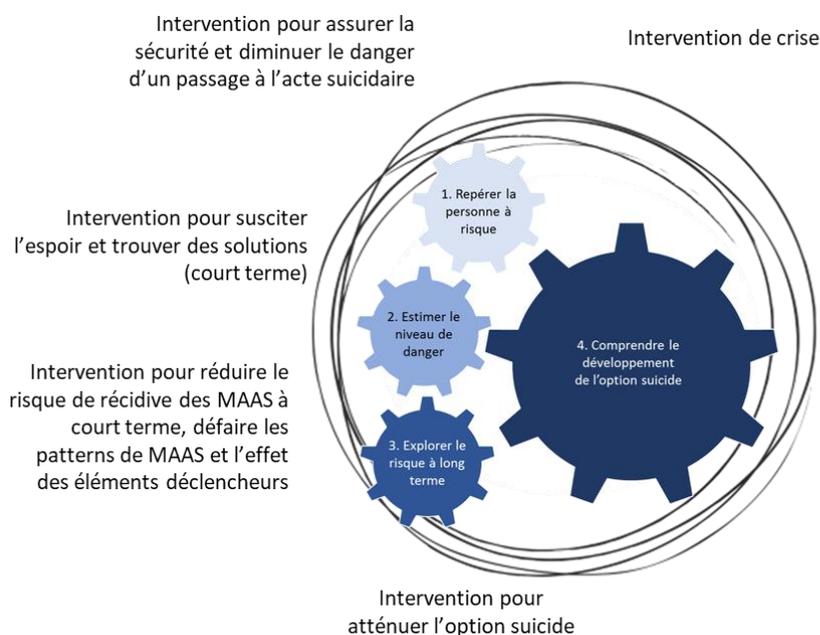
Interventions ciblant directement les composantes des MAAS – interventions spécifiques

Les interventions appartenant à cette catégorie sont présentées à la Figure 5 et visent les objectifs suivants : réduire les comportements suicidaires, diminuer le danger, renforcer l'espoir, réduire le risque de récurrence et diminuer l'option suicide. Elles cherchent donc spécifiquement à réduire ou à prévenir les MAAS, et sont généralement utilisées à court et moyen terme pendant ou après un épisode de MAAS.

Le cahier du *Processus AUDIS-Intervention* en propose quelques-unes. Celles-ci peuvent être adaptées en fonction des caractéristiques et des besoins des personnes. Cependant, autant que possible, toute intervention doit être réfléchie et discutée en équipe et s'inscrire dans une stratégie globale intégrant un plan d'action et un plan d'intervention, tous deux fondés sur une analyse approfondie de la situation.

Les interventions de crise sont utilisées de manière habituelle dans les milieux de réadaptation, avec les fiches de désescalade, les plans d'action, les mesures préventives. Ces interventions peuvent également être utilisées lors des épisodes de MAAS. Cependant, des interventions spécifiques doivent également être mises en place, qui sont décrites dans le cahier.

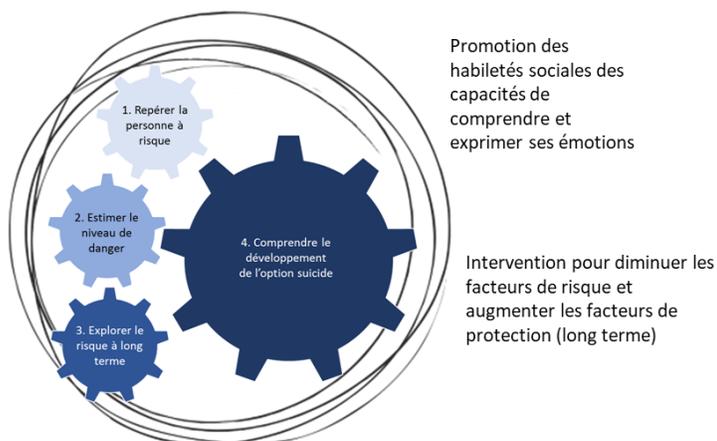
Figure 5 - Interventions spécifiques ciblant les MAAS



Interventions visant à réduire les facteurs de risque et protection à plus long terme - générales

Ces interventions thérapeutiques sont souvent incluses dans les structures telles que le plan d'intervention, le suivi clinique ou le programme de développement des compétences. Elles sont présentées à la Figure 6. Elles visent à renforcer les facteurs de protection à long terme et à diminuer les facteurs de risque distaux ou leur impact sur la vie de la personne. De manière générale, ces interventions peuvent également renforcer les mécanismes d'adaptation, les capacités de résolution de problèmes et les capacités à s'exprimer.

Figure 6 - Interventions générales ou à long terme



Ces interventions ne ciblent pas directement les MAAS mais leurs conditions d'émergence les plus courantes parmi les personnes présentant une DI ou un TSA. Elles se situent dans une perspective de prévention du suicide à long terme plutôt que dans le cadre d'une intervention, suite à un épisode suicidaire.

Ces interventions sont très importantes puisque le risque de récurrence des MAAS est élevé parmi les personnes présentant une DI ou un TSA. En effet, les MAAS sont toujours l'expression d'une forme de détresse situationnelle ou sous-jacente.

Ces interventions cliniques ne sont pas décrites dans le cahier du *Processus AUDIS – Intervention*, mais leurs avantages pour la prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA seront discutés dans la dernière section du cahier.

Par contre, certains processus cliniques développés spécifiquement pour des clientèles présentant un haut risque suicidaire ou une problématique importante de récurrence peuvent être inspirantes pour enrichir le répertoire de ressources d'intervention visant à réduire le risque suicidaire à long terme chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Ces différentes approches seront brièvement présentées et des ressources seront identifiées en fin de cahier.

Intégration de la prévention du suicide dans les services offerts

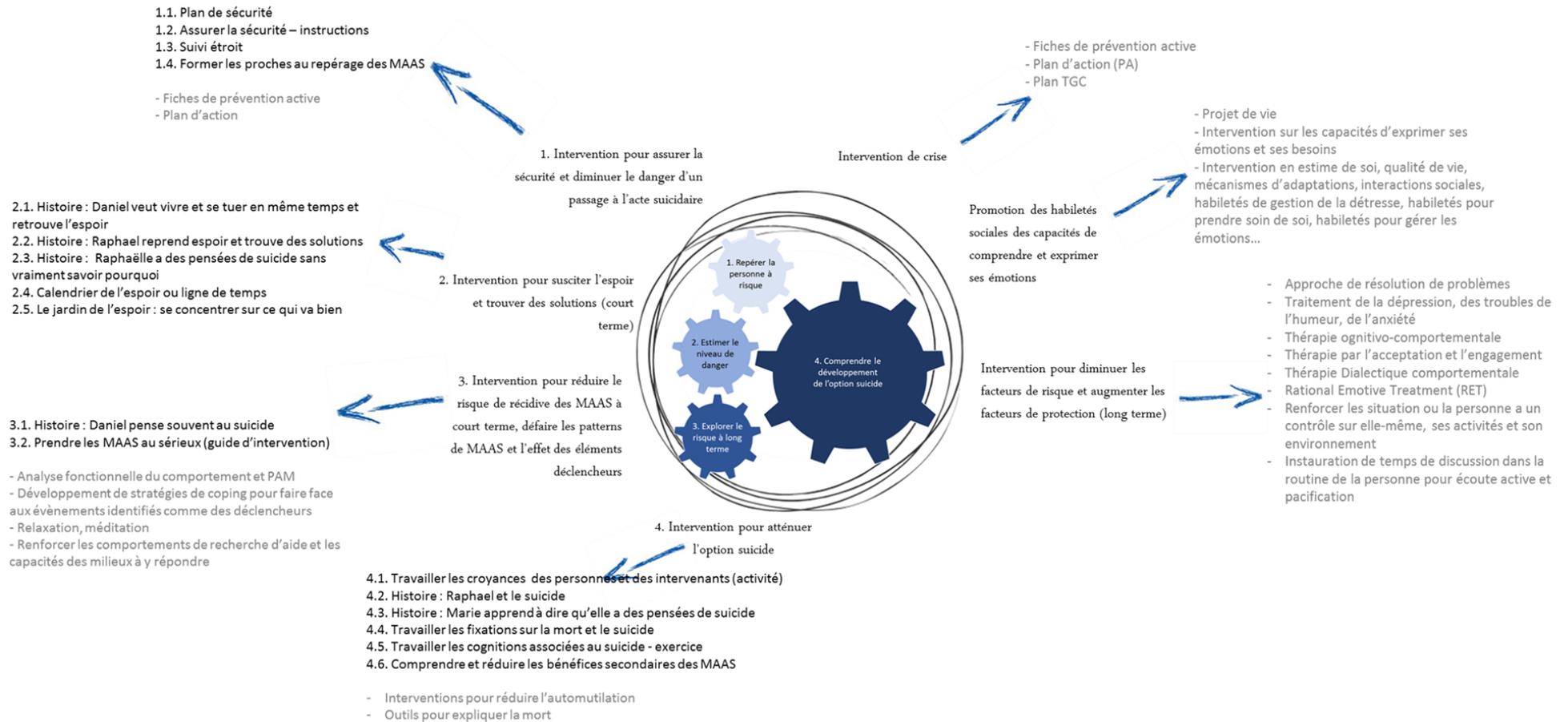
Les deux domaines décrits dans la section précédente constituent le spectre possible des objectifs et des moments propices aux différentes stratégies d'intervention pour prévenir le suicide chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Par contre, la prévention du suicide ne peut être distincte des interventions générales réalisées auprès de la personne et le *Processus AUDIS* vise à s'intégrer aux processus cliniques habituels mis en place pour répondre aux besoins de la personne. Dans le cadre de l'approche décrite ici, l'accent est mis sur la nécessité de comprendre la suicidalité à l'intérieur du système global de vie et de fonctionnement de la personne. Par exemple, il peut être inutile de travailler sur les capacités d'expression des émotions d'une personne alors que l'essentiel de sa détresse vient du peu de contrôle qu'elle a sur sa vie quotidienne.

Aucune intervention ne devrait être ponctuelle et aucune intervention ponctuelle ne résoudra le problème de la suicidalité d'une personne. **Les stratégies proposées dans le cahier *AUDIS-Intervention* doivent s'intégrer dans une stratégie systémique basée sur une évaluation rigoureuse de la personne et de son environnement.**

Description générale des interventions proposées

La figure 7 présente les stratégies d'intervention du *Processus AUDIS-Intervention* qui peuvent être utilisées pour répondre aux différents besoins identifiés et résultant du *Processus AUDIS-Estimation*. Les interventions proposées sont des suggestions. Elles peuvent être modifiées et adaptées aux besoins des clients et des intervenants. Par exemple, une histoire peut être transformée, accompagnée d'images ou sommairement mise en scène à l'aide d'un jeu de rôles. Des objets peuvent aussi être utilisés pour illustrer un concept (par exemple, se servir d'une balance à plateau pour faciliter la compréhension du concept d'ambivalence). L'option de l'activité individuelle ou de groupe peut toujours être envisagée. De nombreuses interventions ont également déjà été développées et peuvent être adaptées pour travailler différents aspects de la suicidalité. Il est important de partager les interventions existantes dans le milieu. Cependant, avant de les utiliser, **il faut clairement identifier l'objectif clinique de l'intervention et discuter en équipe de l'adéquation de cette intervention aux besoins de la personne et à ses capacités de compréhension.**

Figure 7 - Les stratégies d'intervention du Processus AUDIS-Intervention pour répondre aux différents objectifs d'intervention



En gris: interventions déjà disponibles dans les milieux; peuvent être utilisées en prévention du suicide.

En noir: interventions issues du Processus AUDIS-Intervention

Les numéros entre parenthèses: Ordre de présentation des stratégies pour lesquelles on fait une présentation plus détaillée aux pages suivantes.

Les sections suivantes du cahier décrivent les interventions proposées en fonction de leur domaine d'utilisation et suivant l'ordre chronologique de l'urgence suicidaire.

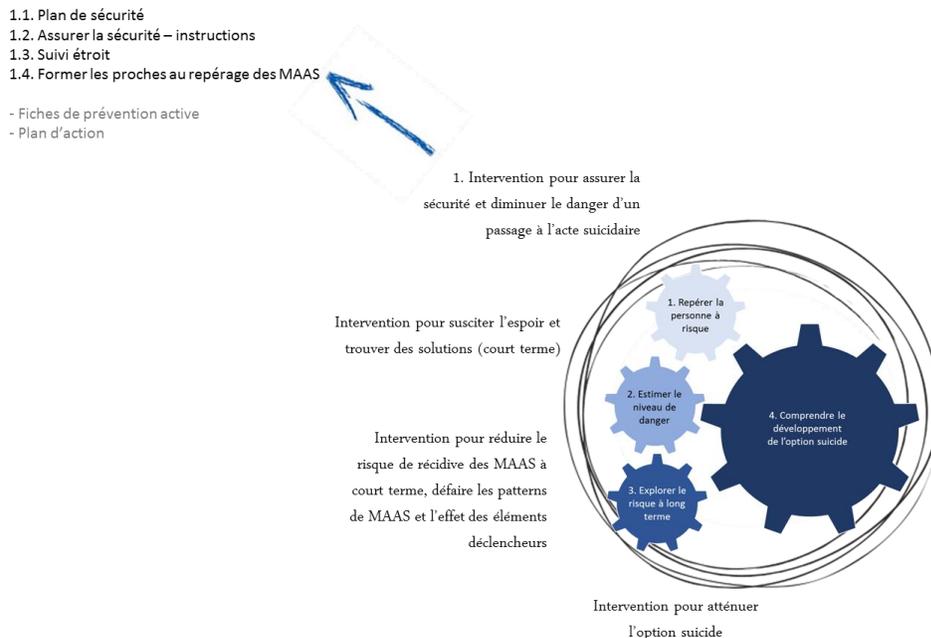
La présentation de chaque intervention proposée suit le plan suivant :

1. **Objectifs** : présente les raisons pour lesquelles l'intervention peut être utile.
2. **Justifications / explications** : a) présente les fondements théoriques, s'il en existe, pour appuyer l'intervention; ou b) décrit le processus par lequel l'intervention est susceptible d'aider à réduire le risque suicidaire.
3. **Processus**: décrit les modalités d'utilisation de l'intervention. Cette section peut également contenir des exemples.
4. **Présentation des outils d'intervention**, le cas échéant : Lorsque l'intervention utilise du matériel écrit ou dessiné, les outils d'intervention sont inclus dans le cahier.

1. Interventions pour assurer la sécurité et diminuer le danger de passage à l'acte suicidaire

Cette première série d'interventions est utilisée lors d'un épisode suicidaire ou lorsque la personne inquiète ses proches ou des intervenants, suite à un repérage et à une évaluation de la dangerosité (sphères 1 et 2 du *Processus AUDIS-Estimation*). Ces interventions sont résumées dans la figure 8.

Figure 8 - Interventions répondant à l'objectif d'assurer la sécurité



1.1. Plan de sécurité pour une personne ayant des manifestations associées au suicide

1.1.1. Objectifs

- Assurer la sécurité de la personne qui a des MAAS afin d'éviter un passage à l'acte lors d'un épisode suicidaire;
- Donner les moyens à la personne d'agir et de demander de l'aide appropriée lors des épisodes de détresse, afin de réduire l'apparition de pensées suicidaires ou le risque de passage à l'acte suicidaire.

1.1.2. Justifications/explications

Lorsqu'une personne est suicidaire (idéations ou comportements), elle peut éprouver des difficultés à utiliser des stratégies pour diminuer la tension ou atténuer la crise. Un plan de sécurité permet à la personne de faire appel à des stratégies qu'elle sait être efficaces pour elle afin de faire face à la situation, sans recourir immédiatement à l'intervention de forte intensité. Le plan de sécurité peut aider la personne à reprendre le contrôle sur le processus de crise en lui donnant l'occasion d'appliquer des solutions pré-identifiées avec elle et à sa portée.

La personne présentant une DI ou un TSA peut cependant éprouver plus de difficultés qu'une autre personne à évaluer son état émotionnel. Elle pourrait ne pas savoir *quand* ou *comment* utiliser seule son plan de sécurité.

Le plan de sécurité comprend des solutions élaborées en collaboration avec la personne. Ce plan propose des actions qui sont graduées en fonction de l'intensité du soutien nécessaire pour désamorcer le processus de crise. À une extrémité du continuum, on retrouve les actions que la personne peut faire seule. À l'autre extrémité, l'appel à des services spécialisés peut devenir nécessaire. L'inclusion de cette dernière stratégie est particulièrement pertinente pour les personnes qui ont tendance à appeler immédiatement le 911 lorsqu'elles sont en crise. La personne ne doit pas utiliser une stratégie de plus forte intensité tant qu'elle n'a pas essayé celle du niveau précédent. L'objectif est d'aider la personne à développer un sentiment d'autonomisation (*empowerment*) et de confiance en elle et en ses mécanismes personnels d'adaptation et de résolution de problèmes, tout en réduisant le recours inutile aux services d'urgence.

Le plan est appliqué en collaboration avec les intervenants et les services habituellement impliqués auprès de la personne. Le plan requiert une bonne communication entre les partenaires afin de maintenir son utilisation optimale dans le temps. À titre d'exemple, voici le plan de Léa : selon les stratégies identifiées dans son plan de sécurité, Léa doit appeler sa sœur avant de communiquer avec Charlotte, son intervenante. Si Léa n'a pas appelé sa sœur, l'intervenante peut l'encourager à le faire, l'accompagner pendant qu'elle appelle, puis faire une intervention si sa sœur n'est pas disponible à ce moment-là.

Sous sa forme la plus classique, le plan de sécurité s'adresse à une clientèle relativement autonome, qui peut être en mesure de reconnaître l'intensité d'une crise ou d'une désorganisation. La personne peut également être guidée par l'intervenant à travers les différentes étapes de son plan de sécurité, pour ensuite prévoir un estompage de l'aide de l'intervenant. Dans le cas de personnes moins autonomes, chaque étape du plan de sécurité peut être déployée avec le soutien d'un intervenant ou d'un proche.

Le plan de sécurité s'inscrit dans la même catégorie d'outils que les fiches de prévention active. Ces outils reflètent une progression d'intensité des interventions et incluent un ensemble d'actions que la personne peut

faire seule afin de retrouver un niveau acceptable de bien-être. Le plan de sécurité s'adresse spécifiquement à la prévention des MAAS, en appliquant des interventions d'intensité croissante pour réduire le risque de MAAS.

1.1.3. Processus d'intervention

Le plan de sécurité est élaboré avec la personne et inclut l'identification de plusieurs composantes que sont :

- Les éléments déclencheurs des épisodes suicidaires et le type de MAAS que montre la personne, avec les émotions associées et les signaux d'alarme de la personne (par exemple, niveau d'agitation, de désorganisation ou de confusion).
- Les actions que la personne peut faire par elle-même pour réduire l'effet de l'élément déclencheur ainsi que les avantages à utiliser les stratégies identifiées afin de renforcer la motivation de la personne.
- Les actions impliquant autrui et le recours à une aide extérieure (intervenants, proches) et des phrases clés leur permettant de comprendre que la personne a des idéations suicidaires et qu'elle a besoin de leur aide dans le cadre du plan d'action.
- Les personnes qui auront un rôle à jouer dans le plan de sécurité. Ces personnes doivent connaître le plan et les phrases clé qui signifient que le plan est en application. Elles doivent être outillées pour répondre à la personne et l'aider à explorer la situation pour se distraire, désamorcer la crise ou se calmer. Le rôle de chacun doit être bien défini.

Chaque action identifiée doit être réalisable pour la personne et clairement planifiée et décrite. Elle peut être dessinée dans un scénario social, écrite ou illustrée à l'aide de gestes ou d'objets.

On peut inscrire les actions que la personne a déjà faites et dont on sait qu'elles augmentent le risque de MAAS et réduisent la capacité de la personne à se sentir mieux. Il s'agit alors d'un rappel des choses à ne pas faire, si la personne est capable de s'y référer.

Comme les actions identifiées dans le plan sont progressivement plus intensives, la personne n'utilisera pas l'action 2 avant que l'action 1 n'ait été tentée. Les intervenants et les proches peuvent soutenir la personne dans l'utilisation des actions, même individuelles, afin d'augmenter le sentiment de compétence.

Si les épisodes suicidaires sont fréquents, le plan doit être facilement accessible, par exemple en l'accrochant au mur ou à la porte de la personne.

Il peut être important de faire des mises en situation régulières avec la personne pour lui permettre de se familiariser avec son plan de sécurité et pour pratiquer les moyens identifiés de manière à apaiser la souffrance.

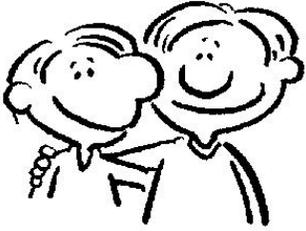
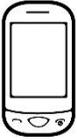
1.1.4. Illustration des outils d'intervention

Voici le plan de Raphaël (Tableau 1), un exemple de plan de sécurité que la personne ayant une DI ou un TSA peut utiliser seule ou avec le soutien d'un intervenant.

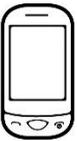
Tableau 1 - Plan de sécurité de Raphaël

<p>Les choses qui me font penser au suicide ou qui me rendent triste (indicateur émotionnel ou comportemental d'alarme qui peut être rattaché à un épisode de MAAS) :</p> <p>Je me chicane avec une personne à l'école et ça me rend malheureux.</p>		
	<p>Les actions que je peux faire pour ne plus penser au suicide et pourquoi c'est utile pour moi que je les fasse.</p>	<p>Les actions que je dois éviter parce qu'elles me font penser encore plus au suicide.</p>
		
<p>Par moi-même, tout seul</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Je respire à fond 3 fois, puis je fais mon exercice de relaxation. • Je dessine comment je me sens. <p>Ça m'aide à me sentir plus fort, à décider pour moi. Je peux être fier de moi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penser à la chicane tout seul dans ma chambre.
<p>Demander l'aide de mon ami</p>	<p>Je me sens malheureux. J'ai essayé de faire mes exercices de relaxation tout seul. Je me sens toujours malheureux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je demande de l'aide à mon ami en disant « Je suis malheureux, est-ce que je peux te parler pour me distraire? » <p>Ça fait comprendre à mon ami que j'ai besoin d'aide et il sait comment m'aider. Je me sens capable de dire ce qui ne va pas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Être fâché parce que mon ami ne peut pas m'aider à me distraire. • Boire de l'alcool. • Rester tout seul.
<p>Demander l'aide de ma sœur qui n'est pas à côté de moi. Je l'appelle au téléphone</p>	<p>Je me sens malheureux. J'ai essayé de parler à mon ami. Ça n'a pas marché (il n'était pas disponible parce qu'il était occupé ou bien nous avons joué mais je me sens toujours malheureux). Je me sens toujours malheureux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je demande de l'aide à ma sœur en l'appelant au téléphone et en lui disant : « Je suis malheureux, est-ce que je peux te parler pour discuter de ce qui se passe? » 	<ul style="list-style-type: none"> • Crier après ma sœur. • Crier après les autres personnes autour de moi.
<p>Demander de l'aide à l'intervenante</p>	<p>Je me sens malheureux. J'ai essayé de demander de l'aide à ma sœur. Ça n'a pas marché, elle n'a pas répondu au téléphone. Je me sens toujours malheureux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je demande de l'aide à l'intervenante en lui disant : « je suis malheureux, est-ce que je te parler pour discuter de ce qui se passe? » 	
<p>Demander l'aide du centre de crise</p>	<p>Je me sens malheureux. J'ai parlé avec mon intervenante mais je me sens toujours malheureux. Mes idées suicidaires sont toujours là.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je demande de l'aide au centre de crise en appelant (numéro de téléphone) 	
<p>Demander l'aide des services d'urgence</p>	<p>Je pense très fort à me tuer et j'ai essayé de faire tout ce qui est dans mon plan. Rien ne fonctionne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • J'appelle les services de sécurité avec mon intervenante ou avec le centre de crise. 	<ul style="list-style-type: none"> • Appeler tout seul les services d'urgence

Certaines actions du plan de sécurité peuvent être plus détaillées. Par exemple, l'action *Demander de l'aide à mon ami* présentée dans le plan de Raphaël peut inclure une procédure simple inscrite sur une carte, tel qu'illustrée ci-dessous :

 <p>Jean</p>	<p>Numéro de Jean :</p>  <p>514-333-2211</p>	<p>Phrase à dire à Jean :</p> <p>« Je suis malheureux, est-ce que je peux te parler pour me distraire? »</p>
---	---	--

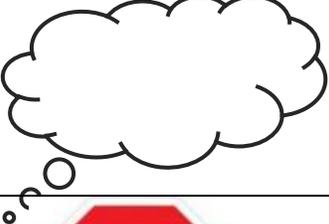
Une carte du même type peut être utilisée pour l'action *Demander l'aide des services d'urgence* :

 <p>Le centre de crise que je peux appeler</p>	<p>Numéro du centre de crise</p>  <p>514-333-2211</p>	<p>J'appelle avec mon intervenante Julie</p>
--	---	--

Si cela est possible, il peut être intéressant d'organiser une visite au centre de crise local avec la personne, afin de lui montrer les lieux et lui expliquer ce que les intervenants y font. La personne peut être familiarisée aux procédures d'intervention et aux questions qui sont posées par les intervenants lorsqu'une personne fait appel à leurs services. Ces démarches permettent à la personne de mieux comprendre ce à quoi elle peut s'attendre, si elle sollicite l'aide du centre de crise. Cette visite peut également être l'occasion d'explorer les différentes modalités de contact avec le centre de crise (téléphone, texto, clavardage, courriel, visite), certaines modalités pouvant mieux convenir à la personne.

Voici un autre exemple (Tableau 2) de plan de sécurité. Il s'agit du plan de Dominique dont les limitations fonctionnelles sont plus importantes. Le plan de sécurité est très simple, schématique et visuel.

Tableau 2 - Plan de sécurité de Dominique

Je veux partir, je me sens triste, je me frappe fort	
J'arrête ce que je fais.	
Je donne à l'intervenante mon jeton de détresse.	

Un plan de sécurité peut également être développé pour prévenir un épisode de MAAS. Il peut alors prendre une forme ressemblant davantage à une fiche de désescalade dans laquelle les signaux d'alarme et les niveaux de désorganisation sont identifiés, avec les moyens à mettre en place pour désamorcer l'agitation ou la détresse.

1.2. Assurer la sécurité d'une personne en danger

1.2.1. Objectifs

- Assurer la sécurité physique immédiate de la personne et d'autrui.
- Empêcher un passage à l'acte suicidaire imminent si les interventions verbales ne suffisent pas à réduire le danger (prévenir) ou prendre en charge une personne afin de réduire les effets d'un passage à l'acte suicidaire (soigner).

1.2.2. Justifications/explications

Ce type d'intervention ne doit être fait que lorsque la vie de la personne semble en danger dans un délai rapproché. Son intensité dépend du niveau de danger et donc de l'évaluation (sphère 1 et 2 du *processus AUDIS-Estimation*).

Une intervention pour assurer la sécurité doit être suivie d'interventions pour susciter l'espoir, pour réduire le risque de récurrence et de bénéfices secondaires et pour réduire l'option suicide.

Il peut y avoir une gradation d'intensité dans les interventions pour assurer la sécurité. Il est important d'adapter l'intensité de l'intervention aux besoins de sécurité de la personne et de ne pas surréagir à cause d'un niveau de stress élevé des intervenants ou des proches.

Elle peut se baser sur une bonne connaissance de la personne, son niveau habituel d'impulsivité, son impulsivité actuelle et la capacité du milieu à contrôler physiquement la personne.

Retirer le moyen auquel la personne a pensé pour se tuer est une bonne stratégie de prévention du passage à l'acte, puisque les personnes suicidaires conceptualisent souvent un moyen dans leur plan. La perte d'accès à ce moyen offre l'opportunité d'intervenir pour réduire la détresse et le risque.

1.2.3. Processus d'intervention

Enlever des objets dangereux

Le retrait d'objets dangereux peut avoir deux objectifs :

- Empêcher un geste mettant la vie en danger dans le cas où des idées suicidaires sont accompagnées d'une planification suffisamment élaborée suivant l'estimation du danger (ex : la personne a caché un couteau dans sa chambre et veut se couper avec)
- Réduire le risque d'un geste suicidaire lorsque la personne présente un niveau de danger élevé, peu importe la létalité réelle du geste, faire baisser la tension et ouvrir l'espace pour une intervention centrée sur la diminution du risque de passage à l'acte, l'espoir et la résolution de problèmes (ex : une personne pense que des pilules de vitamines peuvent être utilisées pour se suicider. Il devient alors important de les enlever de l'environnement immédiat)

La présence seule d'idées suicidaires sans une estimation approfondie du danger (sphères 1 et 2 du *Processus AUDIS-Estimation*) ni du risque (sphères 3 et 4 du *Processus AUDIS-Estimation*) ne suffit pas pour

enlever des objets considérés comme dangereux de l'environnement de la personne. Le retrait d'objets dangereux dans l'environnement de la personne doit être fait avec précaution et en collaboration avec la personne. Il est important de comprendre ce que la personne considère comme dangereux avant de retirer des objets et de ne pas se limiter à ce que les intervenants ou les proches considèrent comme tel.

Le retrait d'objets considérés comme dangereux peut être vécu comme une punition par la personne ne possédant pas un grand contrôle sur sa vie et risque de réduire les chances qu'elle parle de ses idéations et de ses plans suicidaires dans le futur. Si la réaction des proches ou des intervenants semble « excessive » (disproportionnée par rapport au danger perçu par la personne), le retrait des objets dangereux peut avoir un effet contreproductif et ne doit donc pas être une intervention systématique.

Le retrait du moyen (quel que soit son niveau de létalité) envisagé ou utilisé par la personne doit être immédiat et accompagné d'explications sur le fait que la personne est importante, qu'on est inquiet pour elle, qu'on ne veut pas qu'elle se fasse du mal, qu'on veut pouvoir prendre le temps qu'il faut pour parler, pour trouver des solutions aux problèmes et des façons qui permettraient à la personne de se sentir mieux.

Un intervenant pourrait donc s'exprimer ainsi: « Mon travail est de faire tout ce que je peux pour assurer ta sécurité et retirer les objets dangereux en fait partie. » ou encore « Je te rendrai (l'objet en question) avec plaisir dès que ça ira mieux. Je veux juste être sûr que tu es en sécurité maintenant. »

Le retrait d'objets dangereux ou potentiellement dangereux mais non reliés à une tentative de suicide en cours ou planifiée ne devrait pas se faire sans une estimation préalable du danger et l'exploration des moyens envisagés par la personne. Il est important de considérer le risque de donner l'idée d'un moyen plus dangereux à une personne qui pense au suicide. Par exemple, si une personne dit qu'elle pense à se tuer et qu'on enlève ses lacets, la ceinture de son peignoir et sa ceinture de pantalon, elle peut identifier la strangulation comme un bon moyen de se tuer.

Rendre les objets qui ont été retirés à la personne pour cause d'inquiétude par rapport au danger de passage à l'acte ne devrait pas être fait avant un suivi d'estimation du danger. Rendre les objets doit être présenté et vécu comme un succès clinique. La personne a réussi à passer au travers du moment difficile et ce devrait être avant tout l'occasion de rappeler ce qui a été mis en place pour l'aider à ne plus se sentir suicidaire, rappeler les ressources disponibles que la personne peut utiliser et faire une révision des actions à faire pour demander de l'aide.

Lorsque la personne refuse de donner un objet qui est considéré comme dangereux par les intervenants **et** qu'elle présente un niveau élevé de danger immédiat ou imminent suite à l'estimation du danger (sphères 1 et 2), la situation peut rapidement devenir complexe. Il est important ici de bien connaître la personne, la façon dont elle se désorganise, ses déclencheurs, ses signaux d'alarme et les éléments apaisants. Il se peut que l'appel des ambulanciers soit l'option la plus appropriée. Par contre, une approche utilisant les principes de base de la thérapie dialectique comportementale peut permettre de désamorcer la situation dangereuse :

- La validation : elle consiste à accueillir la personne sans jugement; il est nécessaire de refléter et de reconnaître le fait que son comportement, ses sentiments et ses pensées sont parfaitement logiques et normales dans les circonstances.
- L'orientation : elle consiste à décrire ce qu'on comprend de la situation de la personne, ce qu'on voudrait faire et pourquoi on pense que ça pourrait aider, dans des termes clairs et respectueux de son autonomie.
- L'engagement : il consiste à s'engager avec la personne dans une action visant à améliorer la situation et faisant partie du plan développé à partir de la phase d'orientation.

Voici un exemple qui utilise ces principes de base. Jo est enfermé dans sa chambre avec une ceinture que l'intervenante a essayé de lui enlever plus tôt quand il a dit qu'il voulait se tuer. Il refuse de sortir et de parler, mais l'intervenante l'entend marcher de long en large et il est agité. L'intervenante peut commencer par respirer profondément quelques fois pour prendre le temps de se recentrer, se calmer un instant, reprendre le contrôle sur sa voix et ses propres émotions. Elle peut ensuite parler à Jo pour valider ce qu'il vit en s'exprimant de la façon suivante :

« Jo, je vois que tu es fâché et malheureux. Tu as essayé plein de façons de résoudre le problème et ça n'a pas fonctionné. C'est normal que tu sois fâché. Je comprends. »

Elle peut ensuite donner une orientation à ses propos, en disant, par exemple :

« Je comprends tu t'es chicané avec ta mère et que tu es triste. Tu veux arrêter de te chicaner avec elle. On pourra en parler ensemble si tu veux, tantôt. Aussi, tu veux qu'on te laisse tranquille dans ta chambre, parce que tu es fâché et triste. Je suis d'accord avec toi. Je veux bien te laisser tranquille, mais je veux que tu sois en sécurité, parce que c'est important que tu sois en sécurité. Alors, je te propose qu'on ouvre ta porte. Je ne rentre pas, tu ne sors pas, mais on laisse juste la porte ouverte pour que je sois sûre que tu es en sécurité. Je ne prends pas ta ceinture et tu ouvres la porte. »

L'intervenante peut subséquemment rechercher l'engagement de Jo. Elle pourrait s'exprimer ainsi :

« Qu'en penses-tu, on fait ça? Je fais ma part et tu fais la tienne? »

L'important est toujours de valider la source de détresse et la réaction de la personne en lui signifiant authentiquement qu'on la considère comme une personne à part entière. Elle n'a fait que réagir comme elle pouvait, avec les moyens qu'elle avait, dans la situation où elle était, à ce moment-là.

Intervention physique pour bloquer un geste

Les interventions physiques pour empêcher un geste suicidaire sont les mêmes que celles pour empêcher un geste d'automutilation ou un geste violent envers autrui. Elles doivent être appliquées uniquement lorsque la personne représente un danger physique imminent ou immédiat pour elle-même ou pour autrui. Ces interventions doivent être utilisées de manière conforme aux directives élaborées par les milieux et doivent être réalisées dans le respect de la dignité, des droits et de la sécurité de chacun.

Elles ne doivent pas non plus être banalisées. Une intervention pour assurer la sécurité dans un contexte suicidaire n'a pas le même objectif que la même intervention visant à faire disparaître un comportement non désirable. Elle ne peut pas être vécue comme une punition. En effet, la maîtrise physique doit être expliquée comme visant à assurer la sécurité de la personne et elle doit constituer une étape de l'intervention visant à diminuer le danger d'un passage à l'acte, susciter l'espoir et trouver des solutions à la détresse.

Transport à l'hôpital

Le transport à l'hôpital devrait toujours être un dernier recours lors d'une intervention en prévention du suicide. En effet, ce type d'intervention a des conséquences potentiellement importantes pour la personne, son entourage et la structure d'intervention :

- Stigmatisation due au fait d’être emmené en ambulance;
- Retrait du milieu de vie habituel et confrontation avec un milieu potentiellement anxiogène;
- Obtention d’un bénéfice secondaire.

Le danger varie très rapidement chez une personne et peut être réduit au minimum le temps que la personne arrive à l’urgence et soit vue par un médecin. Il est donc important que l’intervention ne repose pas uniquement sur un transport à l’hôpital et l’intervention psychiatrique des urgences.

Si la personne appelle elle-même le 911, sans consultation auprès des proches ou des intervenants, il faudra effectuer une estimation du danger avant de la laisser partir en ambulance (bien évidemment, si elle n’a pas déjà fait une tentative mettant sa vie en danger). Il peut cependant être difficile de concilier la perspective des intervenants qui travaillent régulièrement auprès de la personne et celle des intervenants des services d’urgence, les premiers ayant une connaissance du fonctionnement et du mode habituel de désorganisation de la personne. Pour leur part, les intervenants des services d’urgence jugent la situation en fonction de ce qu’ils observent lors de leur arrivée sur les lieux. La personne peut en effet avoir des propos (incluant une planification suicidaire) qui pourraient être jugés inquiétants pour un intervenant qui ne la connaît pas, alors que ces propos pourraient plutôt s’inscrire dans un mode connu d’évitement d’une contrainte, ceci n’étant qu’un exemple parmi tant d’autres. Après sa visite à l’urgence et une fois que les sources de détresse sont connues et comprises, une intervention peut être planifiée avec la personne afin de minimiser les gains secondaires possiblement liés à l’hospitalisation, tout en démontrant à la personne qu’on prend l’épisode de MAAS au sérieux. S’il existe des gains secondaires liés à l’hospitalisation, il est également possible de travailler avec le personnel hospitalier pour identifier et comprendre la nature de ces bénéfices. L’implication des membres du personnel hospitalier dans cette analyse permet également de les sensibiliser à la dynamique entourant les visites à l’urgence et au risque de développer un mode de fonctionnement dommageable à long terme pour la personne.

Par contre, il est très important d’analyser avec attention la détresse et les raisons pour lesquelles la personne utilise les MAAS pour négocier un bénéfice plutôt qu’un autre comportement. C’est de cette façon qu’on pourra aider la personne à utiliser les services d’urgence et d’hospitalisation de manière plus appropriée et non pour les bénéfices secondaires qu’elle pourrait en retirer.

Il est important de valider la détresse vécue par la personne, en reconnaissant et en normalisant ses émotions. Ex : « Je comprends que tu ne te sens pas bien. C’est correct. On va s’en occuper et on va prendre soin de toi ».

Les outils de suivi post épisode suicidaire décrits dans le Processus AUDIS–Estimation ou les outils appliqués lors du retour au calme dans les situations rencontrées dans d’autres contextes peuvent être utiles pour planifier le retour au milieu de vie habituel, après une visite à l’urgence. Ce retour devrait inclure des discussions sur ce qui est arrivé. La personne doit être encouragée à parler de ses émotions ainsi que des pensées et des comportements qu’elle a eus. Elle peut également avoir des questions sur ce qui s’est passé à l’hôpital. Il faut aussi explorer les obstacles particuliers qui pourraient l’avoir empêché d’appliquer le plan de crise qui a été élaboré avec elle ainsi que les solutions et les moyens pour y arriver qui pourraient être utilisés une prochaine fois. Au besoin, la personne peut être encouragée à en reparler avec l’intervenant pivot.

1.3. Suivi étroit suite à un épisode suicidaire : Vérification de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire dans les heures et les jours suivant l'épisode suicidaire initial

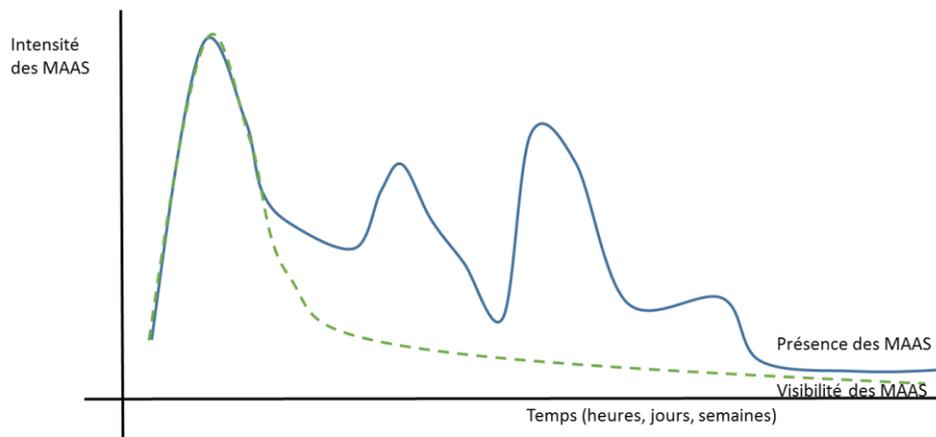
1.3.1. Objectifs

Le principal objectif de cette intervention est de vérifier la persistance ou la disparition des MAAS après un épisode suicidaire.

1.3.2. Justifications/explications

Ce suivi est important après un épisode suicidaire observable. En effet, le fait que les MAAS semblent avoir disparu n'est pas un indice fiable que la personne ne pense plus au suicide. De plus, comme dans d'autres situations de détresse et de désorganisation, et tel que l'illustre la Figure 9, les idées peuvent fluctuer dans le temps ainsi que sur une période plus ou moins longue et ce, en fonction des capacités à résoudre les problèmes ou à utiliser des ressources d'aide. Ce cas de figure illustre une situation où les MAAS sont persistantes mais non perceptibles parce que celles-ci n'ont pas été explorées.

Figure 9 - Présence et visibilité des MAAS dans le temps



1.3.3. Processus d'intervention

L'intervenant peut utiliser la Grille de suivi post épisode suicidaire (voir Tableau 3) pour suivre les MAAS et estimer le danger durant les quelques heures, jours ou semaines suivant l'épisode initial de MAAS. Cette grille est utilisée pour déterminer la persistance ou la disparition des MAAS, suite à l'intervention à court terme (*Processus AUDIS-Estimation*).

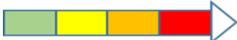
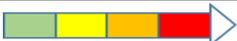
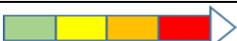
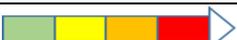
Tableau 3 - Grille de suivi post épisode suicidaire (dans les jours et les heures suivant l'épisode suicidaire initial)

Suivi effectué auprès de : _____ **Au cours de la période :** _____

Au besoin, reprendre les fiches des sphères 1 et 2 (AUDIS-Estimation) pour le recueil d'informations

Éléments d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire lors du suivi	
Types de MAAS	
Éléments de planification suicidaire : moyen, moment, lieu	
Danger : accès au moyen, létalité du moyen, capacité de planification	
Facteurs de risque proximaux pouvant augmenter le danger	
Bons moments et moments plus difficiles ces derniers jours	
Moments critiques identifiés	
Facteurs de protection	

Dans le cas où une personne fait l'objet d'un suivi étroit, il est important de réévaluer le niveau de danger régulièrement durant la période de suivi. En effet, la dangerosité peut varier rapidement dans le temps et le niveau et l'intensité de l'intervention visant à assurer la sécurité doit être ajustée au niveau de danger. Ces estimations régulières cessent lorsque l'équipe multidisciplinaire conclut que la personne ne présente plus un danger élevé de passage à l'acte prévisible. Des proches ou des intervenants de proximité peuvent être formés à repérer certains signes spécifiques à la personne afin de monitorer les variations dans le danger durant le suivi étroit suite à un épisode de MAAS avec danger élevé

Date (ou heure si des vérifications très rapprochées sont effectuées)	Niveau de dangerosité tel que réévalué lors des suivis afin d'observer son évolution dans le temps	Humeur (type) Ex : triste, agité, anxieux, content, reste en retrait...	Humeur stabilité (1) : amélioration ↗, stable →, aggravation ↘	Incidents ou événements et ajustements du plan d'action
			↗ → ↘	
			↗ → ↘	
			↗ → ↘	
			↗ → ↘	
			↗ → ↘	
(1). Les variations de l'humeur notées ici sont globales. Il est impossible de savoir si elles sont directement liées aux MAAS ou pas. Le but est ici de savoir dans quelle mesure la personne retrouve un niveau d'humeur habituel, quel que soit son niveau habituel.				

1.4. Former les proches au repérage des MAAS

La formation de personnes au repérage des comportements suicidaires dans l'entourage des personnes ayant une ID ou un TSA est une stratégie intéressante. En effet, les comportements suicidaires et associés au suicide se produisent dans les milieux de vie habituels des personnes.

La formation au repérage peut se faire à partir de la sphère 1 du *Processus AUDIS-Estimation* (rappel, page 27) et permet aux proches de se sentir outillés pour observer, identifier et intervenir en cas d'expressions suicidaires.

Des proches effectuant un repérage peuvent prendre les premières mesures pour assurer la sécurité de la personne, appliquer un plan de sécurité ou contacter les intervenants de la personne, en fonction des besoins. Ils peuvent également transmettre efficacement l'information sur les épisodes suicidaires aux intervenants qui pourront ensuite baser leur jugement clinique sur une meilleure information.



1. Repérer la personne à risque

Repérage de la personne à risque d'épisode suicidaire dans un temps rapproché

Nom :

Date du repérage :

Date et heure des MAAS :

Nom de la personne ayant fait le repérage (et lien avec l'usager) :

1. Repérer la personne à risque	Domaines	Information à recueillir – indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant à la présence de MAAS	Information sur le motif et les résultats du repérage	Décision issue du processus de repérage	Décision d'intervention suite au repérage
<p>2. Estimer le niveau d'urgence</p> <p>3. Explorer le risque à long terme</p> <p>4. Comprendre le développement de l'option suicide</p> <p>Quand? Lorsqu'un individu inquiet et qu'il n'est pas clairement en train de vivre un épisode de MAAS. Si les propos ou comportements suicidaires sont clairs, le repérage est fait. Qui? Toute personne en contact direct avec l'individu et qui s'inquiète de ses comportements, propos ou cognitions à partir d'observations et de questionnements de l'individu Pourquoi? Pour identifier la présence de MAAS et référer à une estimation complète du danger 9Sphères 1 et 2 complètes)</p> <p>Le repérage est complété dès que des idées ou comportements suicidaires sont identifiés, donc il est inutile de faire un repérage auprès de quelqu'un qui exprime clairement des idées ou est en tentative de suicide. On fait alors directement l'estimation du danger (sphère 2)</p>	<p>Manifestations associées au suicide (MAAS) actuelles</p>	<p>Types de MAAS (inscrire les propos exacts)</p> <p>Éléments de planification suicidaire : moyen, moment, lieu</p> <p>Danger : accès au moyen, létalité du moyen, létalité perçue du moyen</p>	<p>Sources : questions à l'usager, observation, questions à des intervenants ou des proches, dossier</p>	<p>La personne présente des Manifestations associées au suicide :</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Nature :</p>	<p>Estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire</p> <p>Exploration des sources de changement dans le fonctionnement habituel</p> <p>Identification de la détresse et de ses sources</p> <p>Interventions pour réduire la détresse</p>
	<p>Changements récents dans le fonctionnement habituel de la personne amenant une inquiétude sur la possibilité de MAAS (incluant la période sur laquelle s'est observé le changement)</p>	<p>Cognitions</p> <p>Comportements</p> <p>Émotions</p> <p>Indices neurovégétatifs</p> <p>Indices somatiques</p> <p>Indices psychiatriques</p> <p>Pertes d'acquis et difficultés d'adaptation dans la situation actuelle</p>			
	<p>Signes de désespoir et de détresse actuels</p>				
	<p>Motif et facteurs déclencheurs de l'épisode de MAAS actuel</p>	<p>Motif apparent de l'épisode de MAAS ou des changements observés</p>			

2. Interventions pour susciter l'espoir et trouver des solutions

Dans une perspective de prévention du suicide il est primordial de susciter l'espoir et de trouver des solutions. Les interventions qui ciblent ces objectifs sont mises en place une fois que le danger de passage à l'acte n'est plus aussi important et imminent, pour la personne. S'il n'y a pas de danger d'un passage à l'acte à court terme ou si le repérage n'a pas révélé la présence de MAAS chez la personne, ce type d'intervention doit se faire immédiatement après le repérage et l'estimation du danger (sphères 1 et 2). Cinq interventions visant à susciter l'espoir sont présentées à la Figure 10.

Figure 10 - Interventions pour susciter l'espoir et trouver des solutions

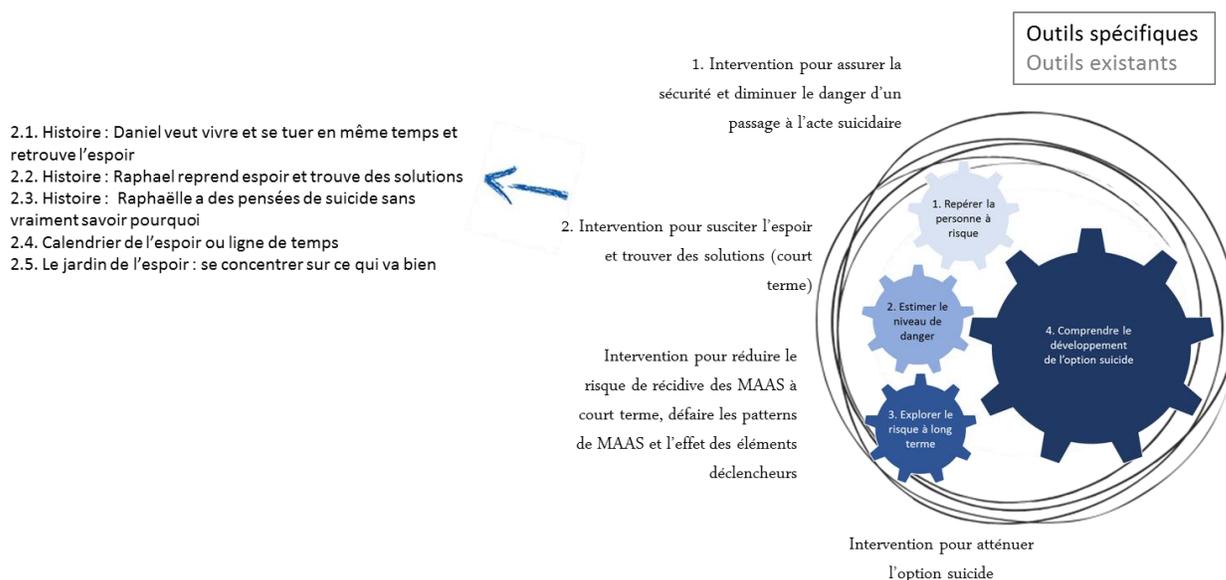


Tableau 4 - Instructions générales concernant les interventions basées sur des histoires

Objectif de l'utilisation des narrations et interventions basées sur une structure de scénario social

L'objectif général des histoires est de fournir un soutien à des explications, à de la psychoéducation ou à de l'intervention. Les histoires expliquent différents aspects du processus suicidaire et de l'intervention. Elles décrivent des processus cognitifs et affectifs souvent observés chez les personnes présentant une DI ou un TSA ainsi que des stratégies d'évaluation et d'intervention applicables par les intervenants.

Explication / justification de l'utilisation de cette approche

Les histoires utilisent un vocabulaire adapté aux personnes présentant une DI ou un TSA qui sont verbales. Elles sont particulièrement adaptées aux personnes qui ont des connaissances de base sur les émotions puisqu'elles décrivent des émotions. Une certaine capacité d'introspection est aussi nécessaire puisque ces histoires servent de véhicule pour explorer leurs propres émotions. Dans le processus d'estimation du risque et dans l'intervention, il est important d'utiliser des termes clairs, justes et non ambigus auxquels tous donnent le même sens. Parler de suicide dans un contexte clinique n'augmente pas le risque suicidaire d'une personne, surtout si certains principes sont respectés.

Les histoires s'appuient sur des scénarios sociaux et visent à soutenir l'intervenant dans l'explication, l'évaluation, l'intervention et la discussion avec l'utilisateur. La colonne de gauche présente le dialogue entre un usager et une intervenante et la séquence des échanges est indiquée par numérotation. La colonne de droite décrit le narratif de la situation et ses enjeux. Un guide spécifique accompagne chaque histoire pour en définir les objectifs et le processus.

Processus d'intervention général avec les histoires

Il importe de lire l'histoire avec l'utilisateur dans une situation calme. Cet outil ne peut pas être utilisé en situation de crise ou lorsque la personne est agitée. Il est aussi nécessaire de contextualiser l'utilisation de l'histoire (ex : la personne a été témoin d'un geste suicidaire dans son milieu de vie) et l'objectif (ex : c'est important qu'on explique ce qui s'est passé, je sens que tu te poses des questions), tout en indiquant le temps réservé à l'activité (environ 15 minutes, si la personne s'exprime beaucoup).

L'histoire est un support à l'échange. Elle peut être adaptée à la situation, aux besoins de la personne et aux objectifs de l'intervention. On peut utiliser ce matériel de différentes façons. L'intervenant peut choisir de raconter ce qui se passe et décrire les expressions et émotions des personnages, sans nécessairement lire les dialogues ou la narration. La personne peut aussi lire l'histoire seule, faire un exercice écrit de communication en lien avec les questions posées par l'intervenante dans l'histoire, dessiner ce qu'elle ressent, ou encore décrire à quel point elle se sent proche du personnage.

A chaque étape, en suivant les instructions spécifiques pour chaque histoire, il est important de saisir toutes les occasions de questionner la personne sur son expérience, par exemple en lui demandant dans quelle mesure elle est semblable ou différente de celle du personnage, ou en lui posant des questions sur ce que d'autres ont dit ou fait, en lien avec son expérience ou celle des autres. Enfin, il

importe de construire l'intervention, que ce soit sous forme écrite, oralement ou à l'aide de dessins et de symboles. À noter, d'ailleurs, les histoires utilisent toutes les mêmes symboles et les mêmes images pour aborder les concepts liés au suicide.

Si une personne n'a pas les capacités nécessaires pour identifier, comprendre et reconnaître les émotions, des adaptations peuvent être faites avec des scénarios plus schématiques et des émotions plus simples, selon les besoins d'intervention.

Répondre à des questions directes sur le suicide, ce que ça veut dire se suicider et comment se suicider.

Il est normal que les personnes soient curieuses et ne pas répondre aux questions peut nuire à la compréhension du processus et augmenter potentiellement le danger

Il est également important que les personnes connaissent les bons termes pour exprimer leurs idéations suicidaires afin d'être comprises et aidées adéquatement.

Pour chaque histoire, le processus d'accompagnement clinique spécifique est décrit au fur et à mesure, dans le cahier d'intervention.

2.1. Histoire : Daniel veut vivre et veut se tuer en même temps et retrouve l'espoir

Il peut être nécessaire de discuter du thème de l'ambivalence, particulièrement avec les personnes ayant des cognitions rigides. Ces personnes peuvent en effet avoir tendance à croire qu'une fois qu'on veut mourir, il ne peut y avoir de changement possible. L'ambivalence est un thème qui peut être exploité pour discuter des raisons de vivre avec des personnes qui ont des idéations suicidaires afin de renforcer la partie qui veut vivre.

L'ambivalence est toujours présente dans les phases précédant le passage à l'acte et elle est le principal outil d'intervention utilisé. L'histoire fournit aussi une explication de l'ambivalence, en termes simples et concrets, de manière à soutenir les intervenants qui auraient à faire comprendre ce concept à la personne suicidaire.

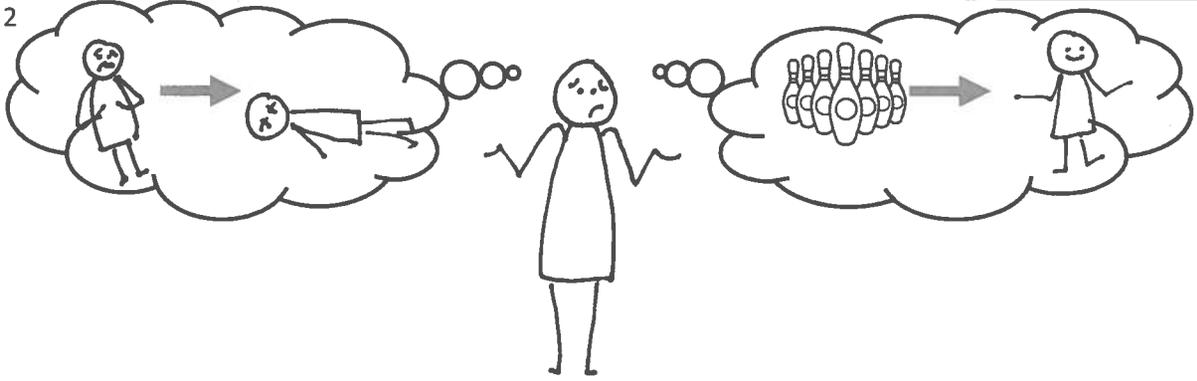
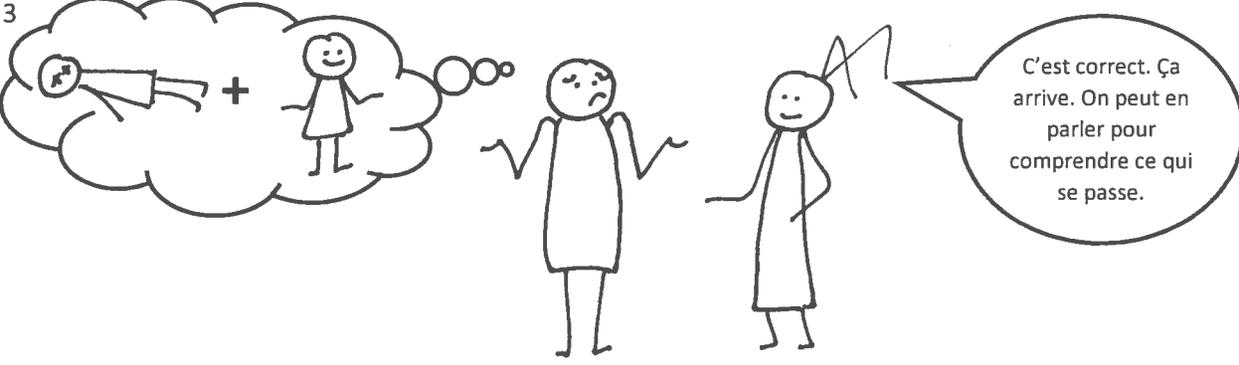
Les cases 1 et 2 exposent la situation qui a amené Daniel à avoir des idéations suicidaires et de l'ambivalence. L'intervention vise ici à identifier les facteurs déclencheurs des MAAS et les raisons de vivre proximales (donc à identifier l'ambivalence).

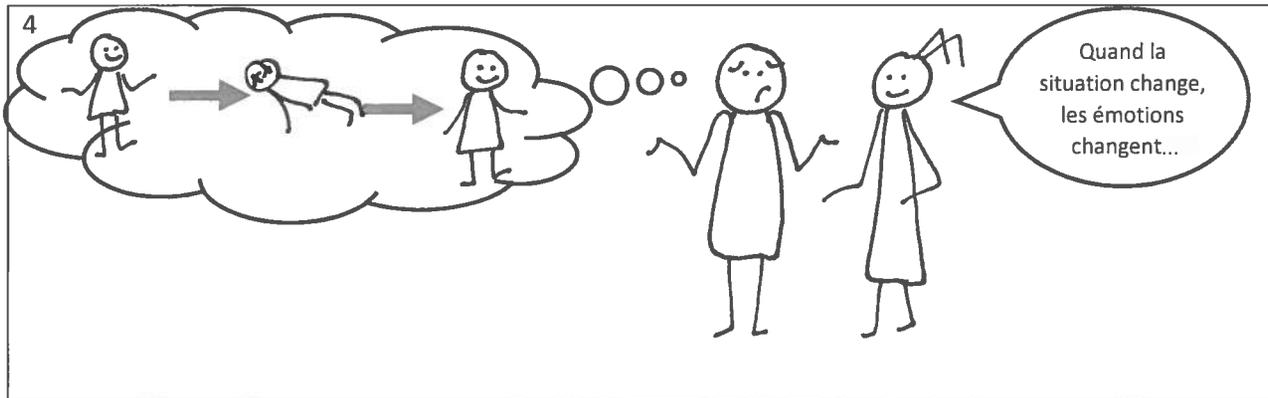
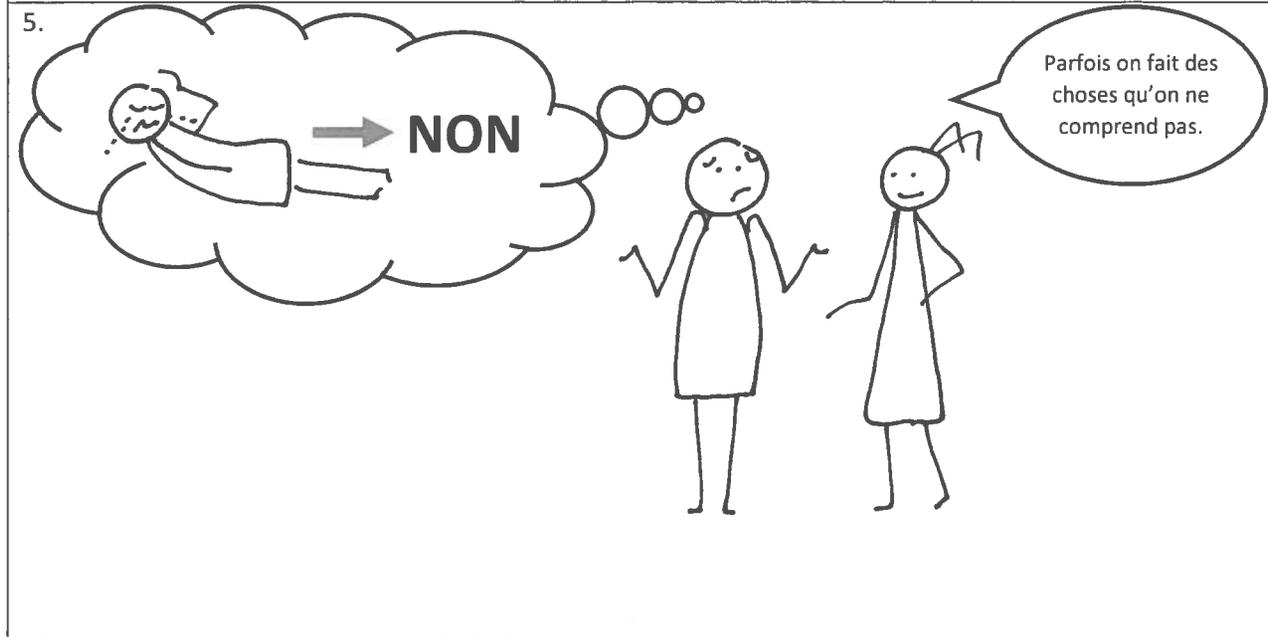
La case 3 illustre le processus de validation de la communication et de la pertinence de poser des questions quand on se sent mélangé ou perturbé par des événements ou par nos pensées.

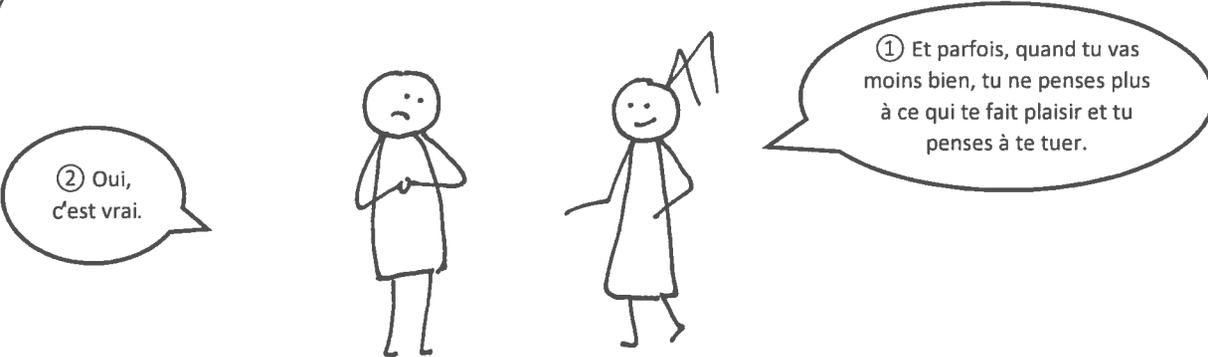
Les cases 4 à 9 fournissent des explications quant aux différentes formes que peuvent prendre l'ambivalence. L'intervention vise à identifier avec la personne les manières dont elle se sent mélangée face à ses MAAS. Elle vise aussi à faire reconnaître les envies de vivre et de mourir, leur alternance ou leur présence simultanée. L'intervention permet de normaliser l'ambivalence.

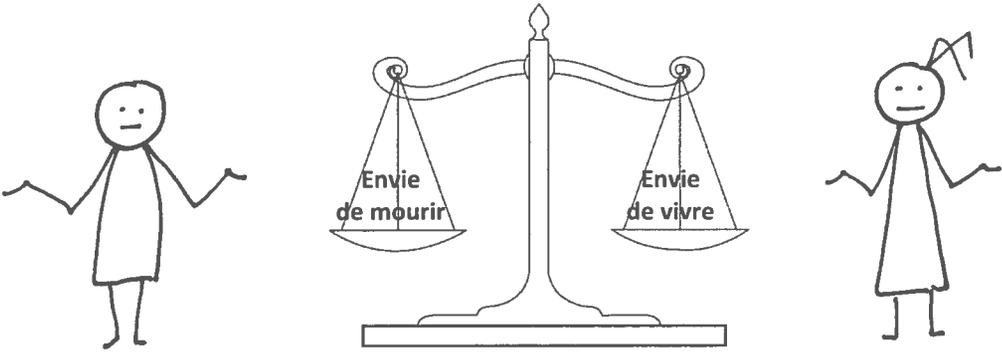
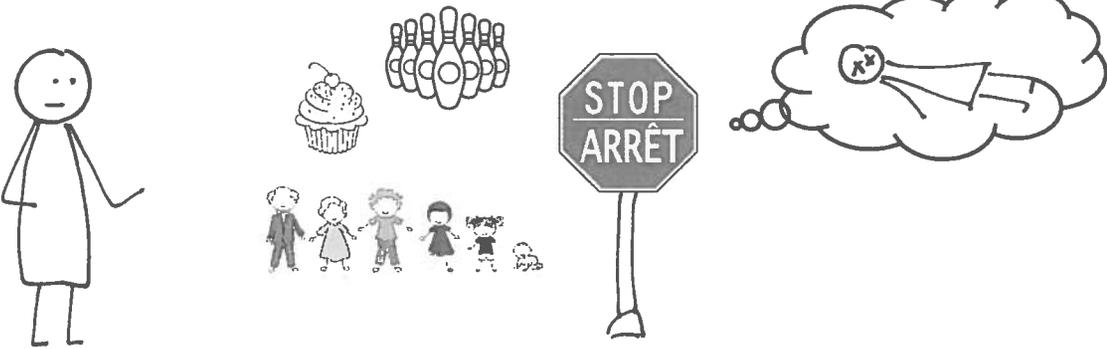
Les cases 10 et 11 illustrent la façon dont on peut explorer les raisons de vivre et la manière dont on peut s'en servir pour renforcer l'espoir. Les raisons de vivre sont utilisées pour contrebalancer les idéations suicidaires. L'intervention permet de discuter avec la personne de ses propres raisons de vivre, la stratégie étant d'aider la personne à se les remémorer en cas de MAAS. L'objectif n'est pas de nier les idéations suicidaires ou la détresse, mais de rappeler à la personne que la vie vaut la peine d'être vécue, en se souvenant de ses propres raisons de vivre. L'intervention doit également adresser les sources de détresse afin de réduire le risque de récurrence.

Daniel veut vivre et veut se tuer en même temps, mais retrouve l'espoir.

<p>1</p>  <p>Ma blonde m'a quitté.</p>	<p>Daniel avait une blonde. Elle ne veut plus lui parler.</p> <p>Daniel est triste.</p>
<p>2</p> 	<p>Daniel se sent mélangé.</p> <p>Il pense à se tuer parce qu'il est triste que sa blonde ne lui parle plus.</p> <p>Il pense aussi que demain, il veut aller aux quilles. Il aime jouer aux quilles avec ses amis.</p>
<p>3</p>  <p>C'est correct. Ça arrive. On peut en parler pour comprendre ce qui se passe.</p>	<p>Parfois, Daniel a envie de vivre et en même temps envie de mourir.</p> <p>L'intervenante explique que c'est normal de se sentir comme ça.</p> <p>Ça peut arriver à tout le monde de se sentir comme ça.</p>

<p>4</p>  <p>Quand la situation change, les émotions changent...</p>	<p>Parfois Daniel a envie de vivre et après il a envie de mourir, et après il a envie de vivre.</p> <p>L'intervenante explique que ça peut arriver, c'est correct.</p>
<p>5.</p>  <p>Parfois on fait des choses qu'on ne comprend pas.</p>	<p>Une fois, Daniel a tenté de se tuer.</p> <p>Mais tout de suite après, il a dit qu'il ne voulait pas mourir. Il ne savait pas pourquoi il avait essayé de se tuer.</p> <p>L'intervenante explique que ça arrive. Parfois on fait quelque chose sans y penser parce qu'on se sent mal. Après, quand on se sent mieux, on n'est plus d'accord avec ce qu'on a fait.</p>

<p>6</p>  <p>② Oui, c'est vrai.</p> <p>① La plupart des jours, tu te sens bien et tu es content d'être en vie.</p>	<p>L'intervenante rappelle à Daniel qu'il y a des jours où on a envie de vivre et où tout va bien.</p>
<p>7</p>  <p>② Oui, c'est vrai.</p> <p>① Et parfois, quand tu vas moins bien, tu ne penses plus à ce qui te fait plaisir et tu penses à te tuer.</p>	<p>Il peut y avoir des jours où ça va mal. On ne pense plus à ceux qu'on aime, ni à ce qui nous fait plaisir.</p> <p>Dans ces jours-là, des fois, certaines personnes comme Daniel peuvent avoir envie de mourir.</p>
<p>8</p> 	<p>Daniel ressent une tempête dans ses émotions, qui brouille tout et change sa façon de voir la situation.</p> <p>Il se sent vraiment très mélangé.</p>

<p>9</p> 	<p>C'est correct de se sentir mélangé quand on a envie de mourir.</p> <p>C'est correct de se sentir mélangé quand on a envie de vivre et envie de mourir en même temps.</p>
<p>10</p> <p>Les raisons de vivre de Daniel!</p> 	<p>Quand il se sent comme ça, Daniel peut penser à ses raisons pour vivre.</p> <p>L'intervenante aide Daniel à se souvenir de ses raisons pour vivre.</p> <p>Ça aide Daniel à aller mieux.</p>
<p>11</p> 	<p>Daniel sait que c'est possible d'avoir envie de vivre et envie de mourir en même temps.</p> <p>L'envie de mourir peut revenir, mais Daniel la combat avec son envie de vivre.</p>

2.2. Histoire : Raphaël reprend espoir et trouve des solutions

Dans le contexte DITSA, l'intervention orientée vers les solutions est utilisée pour aborder une situation problématique que vit la personne dans le moment présent. Elle est aussi utilisée pour désamorcer la crise, renforcer l'espoir et renforcer l'empowerment de la personne quant à cette situation et quant aux solutions qui peuvent être envisagées pour sortir de l'impasse et améliorer la situation.

Cette intervention ne peut évidemment garantir la résolution de tous les problèmes. Les objectifs doivent être réalistes par rapport à la situation et aux compétences de la personne dans le contexte de la crise actuelle.

Les cases 1 à 3 présentent la situation (les facteurs de risque, les déclencheurs, le désespoir, les émotions et les propos suicidaires). L'intervention vise à aider la personne à décrire sa propre situation et verbaliser ses idées dans ses propres termes. Dans le contexte d'une discussion entre l'intervenant et l'utilisateur, l'intervenant pourrait dire : «Raphaël dit « je vais me tuer! ». Et toi, tantôt, tu as dit « xxxx ». Quels autres mots utilises-tu pour parler de tes pensées de suicide? Est-ce que tu voulais dire la même chose que Raphael?» Un autre exemple qui pourrait être utilisé par l'intervenant est le suivant : «Raphael est malheureux et frustré. Et toi, tu te sens comment quand tu as envie de te tuer? Tantôt, quand tu l'as dit, comment te sentais-tu?» L'intervenant peut aussi suggérer à l'utilisateur de dessiner ses propres émotions à côté de celles du personnage de Raphaël.

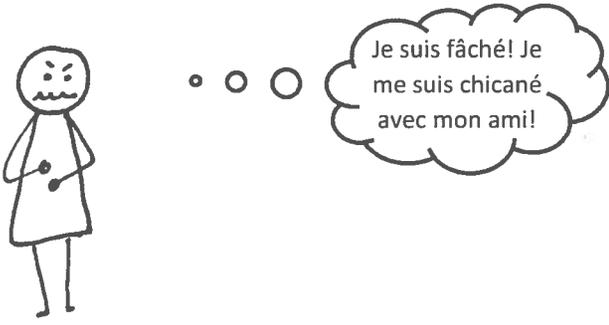
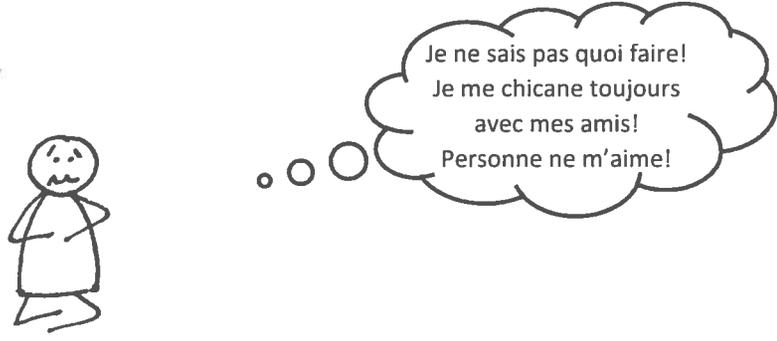
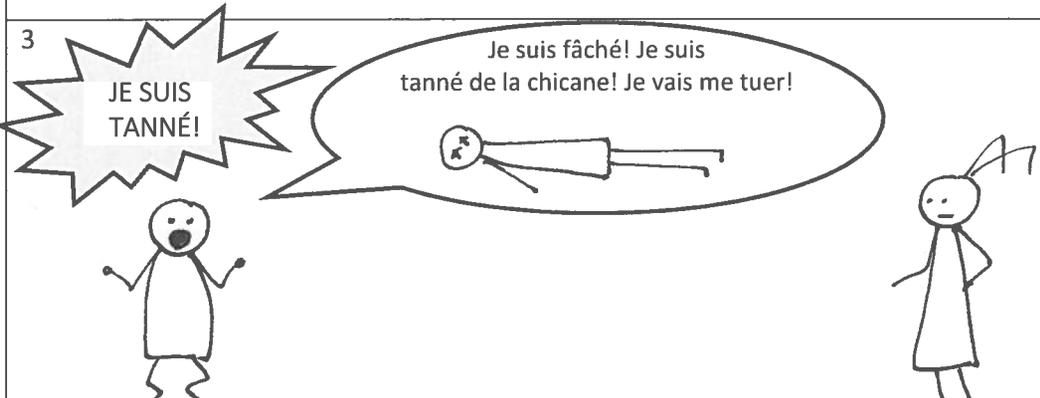
Les cases 4 à 6 explorent la situation actuelle problématique. L'objectif est d'identifier et nommer les déclencheurs de l'épisode suicidaire avec la personne et de valider les émotions ressenties. À titre d'exemple, l'intervenant pourrait s'exprimer ainsi : «Raphael ne va pas bien parce qu'il s'est chicané. Est-ce que c'est pareil pour toi? Qu'est ce qui fait que tu ne te sens pas bien?»

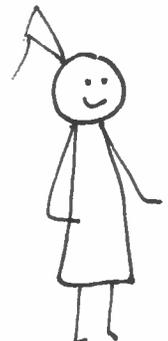
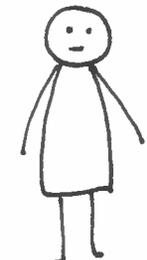
Les cases 7 à 10 font ressortir les raisons de vivre de Raphaël, lui permettant ainsi de renouer avec l'espoir et de réduire sa détresse. Cet exercice rappelle aussi à Raphaël comment il se sent quand il va mieux, ce qui lui permet de se projeter dans une situation future où il pourra effectivement se sentir mieux.

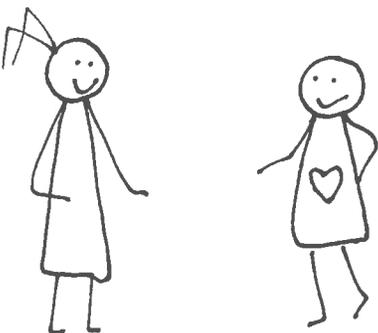
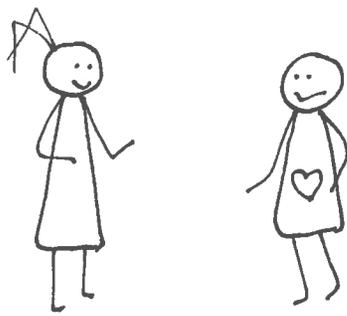
Les cases 11 à 14 illustrent la recherche de solutions en vue d'améliorer la situation problématique. Les solutions envisagées doivent utiliser les forces et les compétences de la personne qu'il convient de lui rappeler. L'intervenant peut aussi faire des suggestions et accompagner la personne dans l'application des solutions.

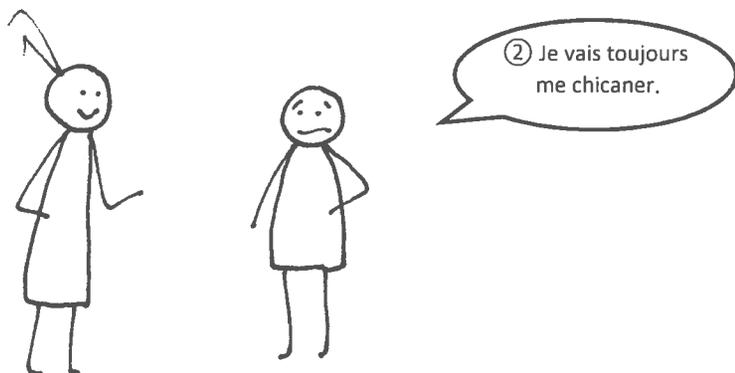
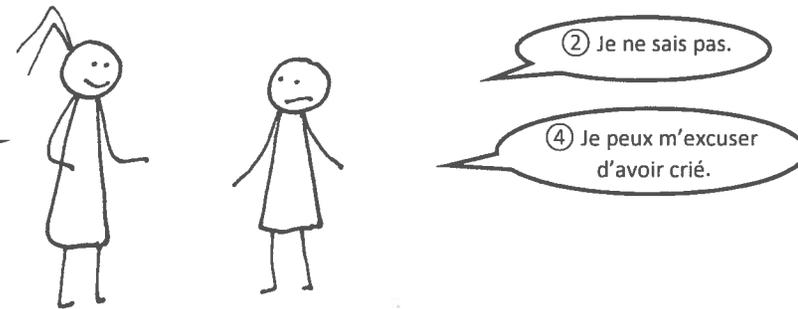
Les cases 15 à 17 démontrent l'importance de faire un retour sur les émotions et de reconnaître l'amélioration observée, lorsque des changements positifs se produisent. On fait aussi ressortir l'importance d'encourager la personne à utiliser les stratégies développées. La réévaluation du risque fait aussi partie des thèmes qui sont abordés.

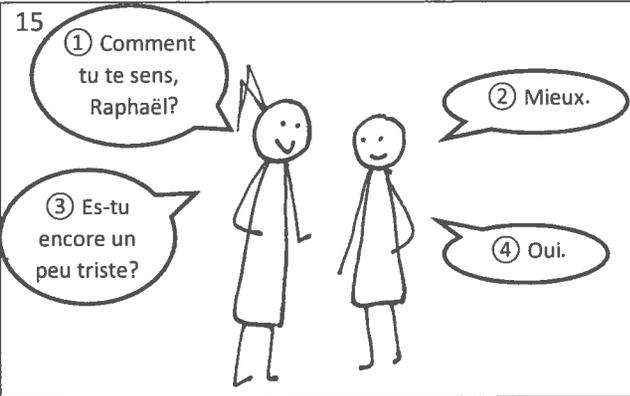
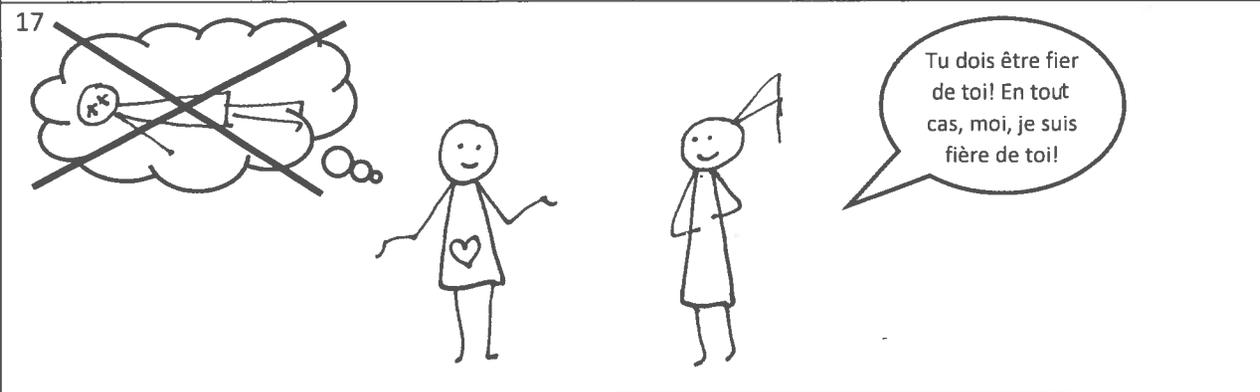
Raphaël reprend espoir et trouve des solutions.

<p>1</p>  <p>Je suis fâché! Je me suis chicané avec mon ami!</p>	<p>Raphaël est frustré.</p> <p>Trop de choses ne vont pas bien en ce moment pour lui.</p>
<p>2</p>  <p>Je ne sais pas quoi faire! Je me chicane toujours avec mes amis! Personne ne m'aime!</p>	<p>Raphaël est malheureux.</p> <p>Il ne sait pas quoi faire pour aller mieux.</p> <p>Il pense que ça sera toujours comme ça.</p>
<p>3</p>  <p>JE SUIS TANNÉ!</p> <p>Je suis fâché! Je suis tanné de la chicane! Je vais me tuer!</p>	<p>Raphaël parle avec l'intervenante.</p> <p>Il lui dit qu'il est fâché, malheureux, et qu'il veut se tuer.</p>

<p>4</p> <p>① Qu'est ce qui te fait souffrir en ce moment, Raphaël?</p>  <p>② Personne ne m'aime! Je me chicane tout le temps!</p>	<p>5</p> <p>① Est-ce que tu t'es chicané aujourd'hui?</p>  <p>② Oui. Avec mon ami!</p> <p>③ Je comprends que tu aies de la peine!</p> 	<p>L'intervenante est contente que Raphaël lui parle.</p> <p>Elle lui pose des questions pour comprendre ce qui ne va pas.</p>
<p>6</p> <p>① Tu en as assez de la chicane aujourd'hui et tu veux que ça cesse.</p>  <p>③ Bon, on va essayer de trouver une solution.</p>	 <p>② Oui.</p>	<p>L'intervenante veut aider Raphaël à aller mieux.</p> <p>Ils trouvent ce qui rend Raphaël malheureux aujourd'hui, ce qui lui fait penser à mourir.</p> <p>C'est important pour aller mieux.</p>
<p>7</p> <p>① Qu'est-ce qui va bien aujourd'hui pour toi, Raphaël?</p>  <p>③ Tu aimes aller à l'atelier?</p>	 <p>② Je ne sais pas.</p> <p>④ Oui.</p>	<p>Il y a des choses qui vont bien dans la vie de Raphaël aussi. Alors, ça vaut la peine de vivre.</p> <p>L'intervenante pose des questions à Raphaël pour comprendre ce qui va bien.</p>

<p>8</p> <p>① Parle-moi de ta journée à l'atelier.</p> <p>② Pourquoi?</p> <p>③ Pour qu'on se rappelle comment tu es quand tu vas bien.</p> <p>④ D'accord. Mon chef était content, j'ai bien travaillé.</p> 	<p>C'est important de se concentrer aussi sur les choses qui vont bien en ce moment.</p> <p>Elles aident à aller mieux et à vivre.</p>
<p>9</p> <p>① Il y a une partie de toi qui veut mourir, mais il y a aussi une partie de toi qui veut vivre parce qu'il y a des bonnes raisons de rester en vie.</p> 	<p>Aussi, quand on pense à ce qui va bien en général, ça donne envie de trouver des solutions pour ramener le sourire dans le cœur.</p>
<p>10</p> 	<p>Raphaël et l'intervenante se rappellent des raisons qui donnent envie de vivre à Raphaël.</p> <p>Raphaël retrouve l'envie de vivre. Il reprend espoir.</p>

<p>11</p> <p>① OK, je voudrais qu'on trouve des solutions à la chicane pour que tu te sentes mieux, comme à l'atelier.</p> <p>③ Peut-être. Mais on peut trouver des solutions pour ne pas te chicaner quand quelque chose te dérange.</p>	 <p>② Je vais toujours me chicaner.</p>	<p>Il faut aussi trouver des solutions au problème de Raphaël pour qu'il n'ait plus envie de mourir.</p> <p>Certains problèmes sont là pour longtemps, mais on peut trouver des solutions pour être malheureux moins souvent.</p> <p>Il y a toujours quelque chose à faire pour se sentir bien.</p>
<p>12</p> <p>① Qu'est-ce que tu sais faire pour moins te chicaner?</p> <p>② Ne pas crier.</p>	<p>13</p> <p>① Oui, bonne idée. Quoi d'autre?</p> <p>② M'en aller.</p> <p>③ Tu vois, tu as des solutions pour éviter les chicanes!</p>	<p>Raphaël connaît déjà des bonnes solutions, mais il n'y pensait plus.</p> <p>Avec l'intervenante, ils parlent de ce que Raphaël sait faire pour éviter les chicanes.</p>
<p>14</p> <p>① Que peut-on faire pour régler le conflit avec ton ami?</p> <p>③ Si on allait voir ton ami, tu lui dirais quoi?</p> <p>⑤ Bonne idée! On y va?</p>	 <p>② Je ne sais pas.</p> <p>④ Je peux m'excuser d'avoir crié.</p>	<p>Avec l'intervenante, Raphaël trouve de nouvelles solutions pour le problème.</p>

<p>15</p> <p>① Comment tu te sens, Raphaël?</p> <p>② Mieux.</p> <p>③ Es-tu encore un peu triste?</p> <p>④ Oui.</p> 	<p>16</p> <p>C'est correct. Tu vas voir, ça va aller mieux en pratiquant les solutions qu'on a trouvées.</p> 	<p>Raphaël va un peu mieux.</p> <p>Il sait qu'il y aura parfois des moments difficiles, mais qu'il ira mieux après.</p>
<p>17</p>  <p>Tu dois être fier de toi! En tout cas, moi, je suis fière de toi!</p>		<p>Raphaël continue d'utiliser les solutions jusqu'à ce qu'il se sente bien. Il ne veut plus mourir.</p> <p>Il sourit de nouveau. Il se sent fier.</p>

2.3. Histoire : Dominique a des pensées de suicide sans vraiment savoir pourquoi

Cette histoire vise à développer une stratégie d'intervention avec une personne chez qui on ne parvient pas à identifier un déclencheur. Parfois, les idéations suicidaires proviennent d'un sentiment diffus de malaise difficile à nommer clairement. L'approche orientée vers les solutions ne vise alors donc pas à trouver des manières de gérer un problème ou un événement, mais plutôt à identifier et à atténuer le sentiment diffus de malaise en tentant d'affecter l'humeur générale de façon positive.

Cette intervention ne peut évidemment garantir la résolution de tous les problèmes. Les objectifs doivent être réalistes par rapport à la situation et aux compétences de la personne dans le contexte de la crise actuelle.

Les cases 1 à 3 exposent la situation dans laquelle Raphaëlle pense au suicide, sans raison apparente. L'intervention vise ici à discuter avec la personne qui se trouve également dans cette situation.

À la case 4, l'intervenante explore tout de même différents déclencheurs possibles dans la vie de Raphaëlle. Dans l'intervention, il est important d'explorer avec la personne ce qui peut avoir déclenché les idéations dans la situation présente ou récente. Attention toutefois à ne pas donner d'exemples trop précis de déclencheurs potentiels. En effet, ceci pourrait inquiéter la personne ou lui suggérer qu'elle devrait avoir ces idéations suicidaires lorsqu'elle vit un événement donné. En se référant à la case 4, l'intervenant pourrait dire : « Et toi, s'est-il passé quelque chose qui te fait de la peine, qui te dérange ou qui te fâche, aujourd'hui? »

La case 5 est un exemple de validation du vécu de la personne.

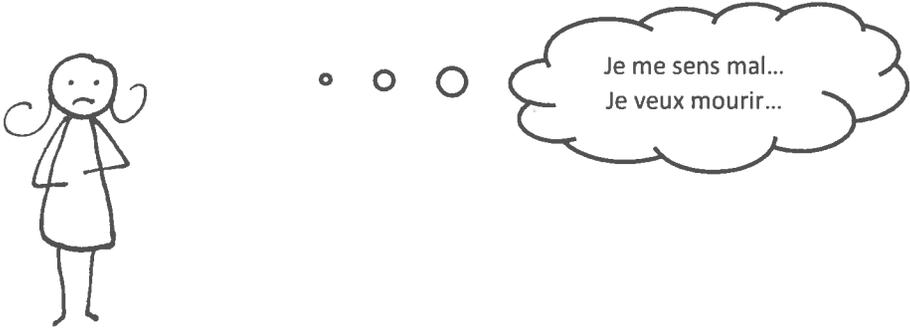
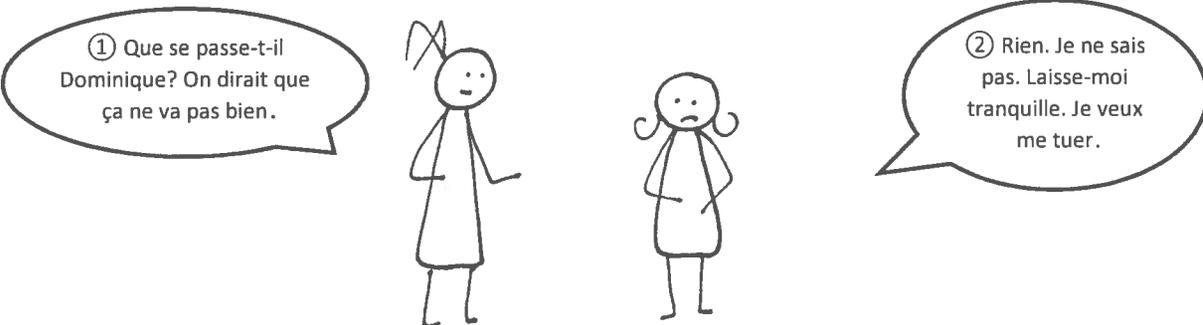
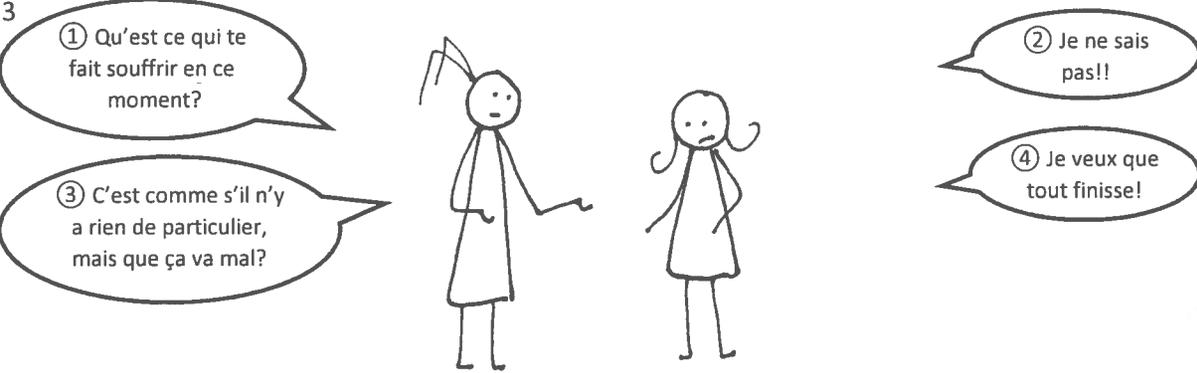
Aux cases 6 à 8, l'intervenante fait une exploration des émotions de la personne afin d'identifier les états affectifs accompagnant les idéations suicidaires. Cela peut être aidant pour mettre en place des interventions visant à repérer, avec la personne, les moments où ça va moins bien et où les idéations surviennent. La case 8 inclut également une validation de la personne. Dans le cadre de l'intervention, il est également possible de faire une exploration des émotions avec la personne. Même si le malaise est diffus, sans déclencheur apparent, il est important d'utiliser des mots qui représentent les idées et les émotions de la personne pour plus exprimer la manière dont celle-ci se sent lorsqu'elle a des idéations suicidaires. L'intervenant pourrait dire : « Tu te sens comment, toi quand tu as des idées de te tuer? Est-ce que tu te sens découragé comme Raphaëlle? Différent? »

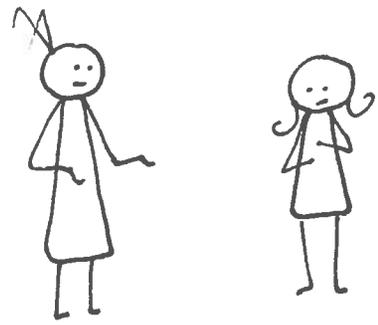
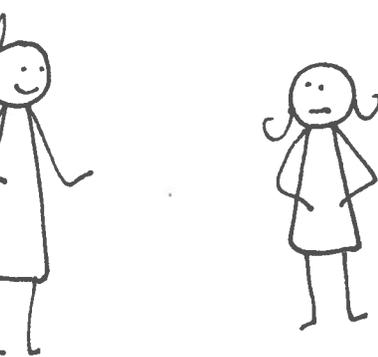
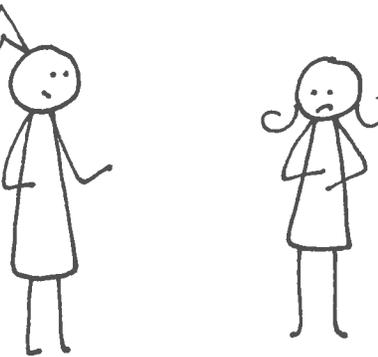
Les cases 9 à 12 illustrent la façon dont l'intervenante explore aussi les choses qui vont bien dans la vie de Raphaëlle et ses raisons de vivre. L'objectif est de rappeler à la personne que quand on se sent mal, on peut aussi penser à ce qui va bien. Il faut faire attention de ne pas minimiser le mal-être ou tenter de remplacer les émotions de tristesse et de découragement par d'autres, potentiellement artificiellement positives. Le risque de nier le vécu de la personne et de l'invalider est un piège à éviter. Cette intervention vise essentiellement à montrer qu'il existe aussi, dans la vie de la personne, des choses positives sur lesquelles elle peut compter quand elle se sent moins bien.

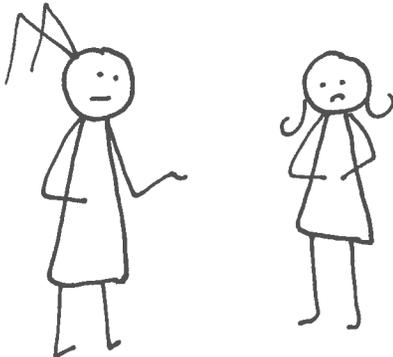
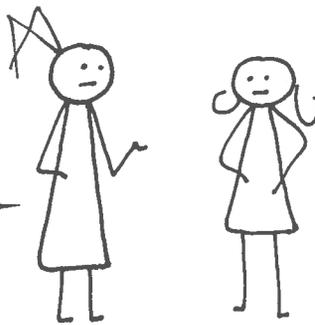
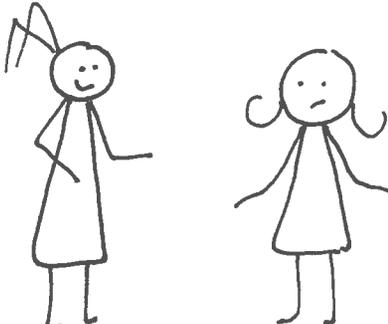
Aux cases 13 à 15, l'intervenante propose à Raphaëlle de faire l'exercice du jardin de l'espoir décrit dans le cahier d'intervention. Elles mettent en place une stratégie adaptée à Raphaëlle pour identifier les moments où elle se sent mal et qu'elle a des idéations suicidaires sans motif apparent et pour intervenir afin de l'aider à modifier positivement son humeur. En contexte d'intervention, il est possible de travailler une telle stratégie avec l'utilisateur, en tenant compte de ses capacités d'auto-observation et de communication.

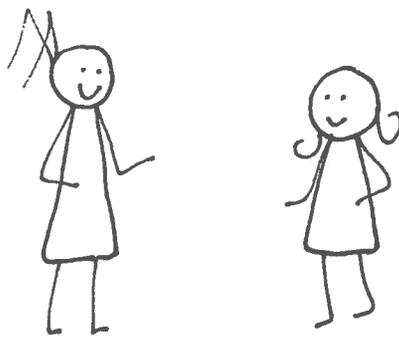
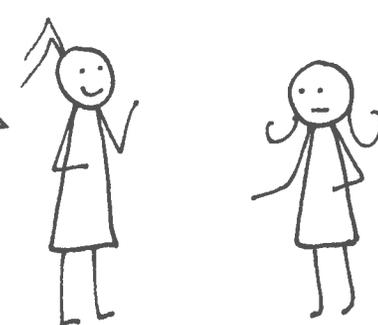
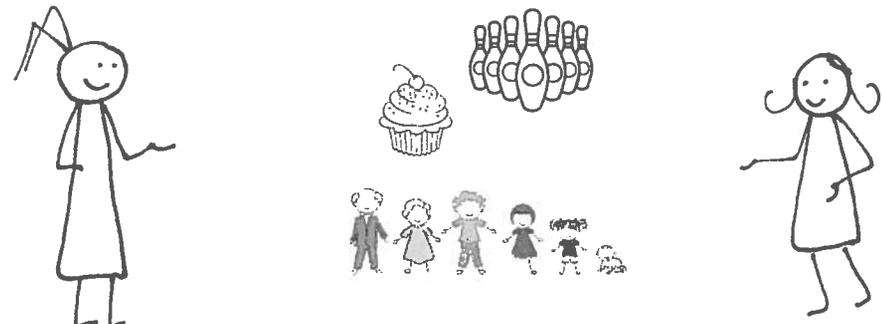
La case 16 clôt l'histoire avec une validation de la personne.

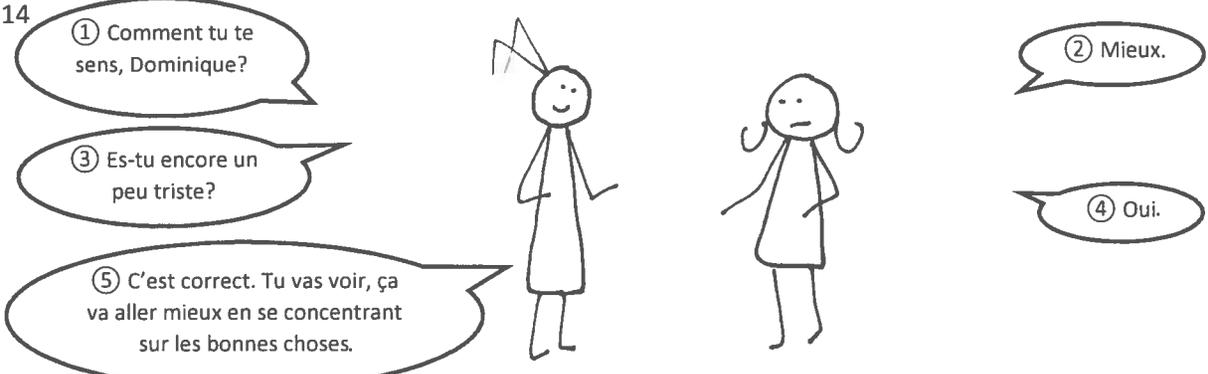
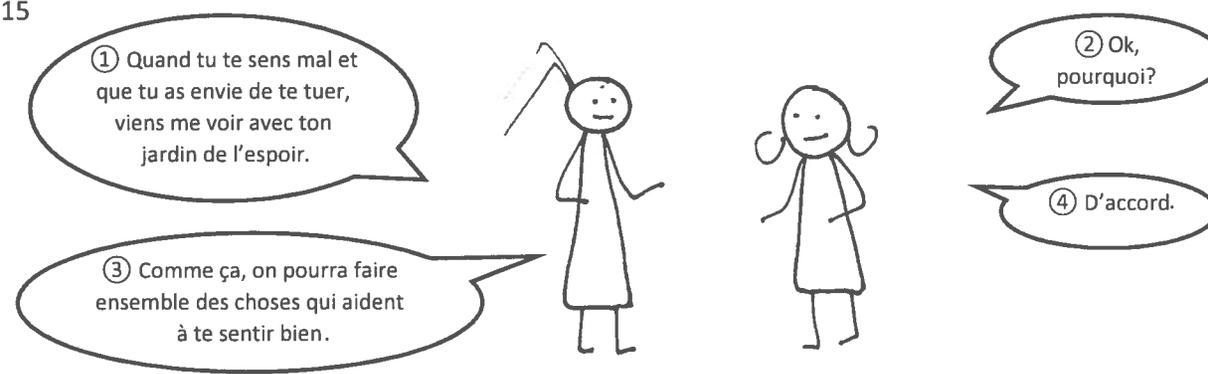
• Dominique a des pensées de suicide sans vraiment savoir pourquoi.

<p>1</p> 	<p>Dominique se sent mal.</p> <p>Elle a des idées de suicide.</p>
<p>2</p> 	<p>Dominique ne sait pas pourquoi elle se sent mal comme ça.</p> <p>Lorsque l'intervenante lui demande ce qui se passe, elle ne sait pas quoi dire.</p>
<p>3</p> 	<p>Dominique pense juste qu'elle veut se tuer pour que tout ça finisse...</p>

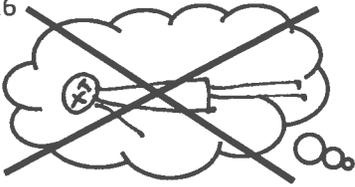
<p>4</p> <p>① Est-ce que quelqu'un t'a fait de la peine?</p> <p>③ Est-ce que tu as perdu quelque chose d'important pour toi?</p>	 <p>② Non.</p> <p>④ Non.</p>	<p>L'intervenante pose des questions à Dominique pour voir s'il y a quelque chose qui fait que Dominique se sent mal et qu'elle pense à se tuer aujourd'hui.</p> <p>Elles ne trouvent rien!</p>
<p>5</p> <p>① Ne t'inquiète pas! Ça arrive de se sentir mal sans savoir pourquoi.</p>	 <p>② Oui?</p>	<p>L'intervenante explique à Dominique que c'est correct de ne pas savoir pourquoi on se sent mal des fois.</p> <p>Ça peut arriver à tout le monde.</p>
<p>6</p> <p>① C'est important de savoir comment tu te sens dans ces moments-là.</p> <p>③ Je comprends. Et c'est quand tu en marre de tout que tes idées de suicide viennent?</p>	 <p>② J'en ai marre de tout.</p> <p>④ Peut-être.</p>	<p>L'intervenante explique aussi que c'est important d'en parler pour apprendre à reconnaître les moments où l'on se sent mal sans trop savoir pourquoi.</p>

<p>7</p> <p>① Est-ce que tu te sens triste?</p> <p>③ Fatiguée?</p> <p>⑤ Découragée?</p>  <p>② Je ne sais pas.</p> <p>④ Oui... un peu.</p> <p>⑥ Oui.</p>	<p>Comme ça, dans ces cas-là, Dominique peut faire quelque chose pour se sentir mieux quand même.</p>
<p>8</p> <p>① OK. Donc, en ce moment, tu te sens fatiguée, découragée et tu as des idées de suicide? C'est ça?</p> <p>③ C'est correct. On peut quand même faire quelque chose pour t'aider.</p>  <p>② Et je ne sais pas pourquoi.</p> <p>④ Oui?</p>	
<p>9</p> <p>① Qu'est-ce qui va bien aujourd'hui pour toi, Dominique?</p> <p>③ Tu es allée à l'atelier?</p>  <p>② Je ne sais pas. Rien.</p> <p>④ Oui.</p>	<p>Il y a des choses qui vont bien dans la vie de Dominique aussi. Alors, ça vaut la peine de vivre.</p> <p>L'intervenante pose des questions à Dominique pour comprendre ce qui va bien.</p>

<p>10</p> <p>① Parle-moi de ta journée à l'atelier.</p>  <p>② Pourquoi?</p> <p>③ Pour qu'on se rappelle comment tu es quand tu te sens bien.</p> <p>④ D'accord. Mon chef était content, j'ai bien travaillé.</p>	<p>C'est important de se concentrer aussi sur les choses qui vont bien en ce moment.</p>
<p>11</p> <p>① Même si tu te sens découragée, il y a aussi des choses qui vont bien en ce moment pour toi.</p>  <p>② Oui.</p>	<p>Elles aident à aller mieux et à vivre dans les moments où l'on se sent mal sans savoir pourquoi.</p>
<p>12</p> 	<p>Dominique et l'intervenante se rappellent des raisons qui donnent envie de vivre à Dominique</p> <p>Dominique retrouve l'envie de vivre. Elle se sent moins triste et découragée.</p>

<p>13</p>  <p>Le jardin de l'espoir de Dominique</p> <p>Le chat Voir ma sœur Aller aux quilles</p>	<p>Dominique et l'intervenante fabriquent un jardin de l'espoir pour Dominique.</p> <p>Il contient tout ce que Dominique aime et qui fait qu'elle se sent bien.</p>
<p>14</p>  <p>① Comment tu te sens, Dominique?</p> <p>② Mieux.</p> <p>③ Es-tu encore un peu triste?</p> <p>④ Oui.</p> <p>⑤ C'est correct. Tu vas voir, ça va aller mieux en se concentrant sur les bonnes choses.</p>	<p>Dominique se sent un peu mieux.</p> <p>Elle sait qu'il y aura parfois des moments difficiles où elle se sentira mal, mais qu'elle ira mieux après.</p>
<p>15</p>  <p>① Quand tu te sens mal et que tu as envie de te tuer, viens me voir avec ton jardin de l'espoir.</p> <p>② Ok, pourquoi?</p> <p>③ Comme ça, on pourra faire ensemble des choses qui aident à te sentir bien.</p> <p>④ D'accord.</p>	<p>Dominique et l'intervenante font une stratégie pour aider Dominique lorsqu'elle a des idées de suicide et qu'elle ne sait pas pourquoi.</p>

16



Tu dois être fière de toi! En tout cas, moi, je suis fière de toi!

Dominique est capable de voir comment elle se sent grâce aux outils qu'elle a appris à utiliser avec l'intervenante.

Elle s'entraîne à penser à ce qui va bien et à ses raisons de vivre quand elle se sent mal. Et puis, son sourire revient.

Elle se sent fière.

2.4. Calendrier de l'espoir ou la ligne du temps

2.4.1. Le calendrier de l'espoir

2.4.1.1. Objectif :

Dans une situation où la personne a des difficultés à s'orienter dans le temps, et qu'elle vit une situation difficile ponctuelle (même si cette situation peut se présenter plusieurs fois), le calendrier de l'espoir peut aider à se projeter dans le futur pour anticiper une amélioration. Il peut également permettre d'identifier des actions possibles pour accélérer le processus. Cet exercice est particulièrement adapté aux personnes qui utilisent déjà un calendrier pour gérer la vie du quotidien et à celles qui ont une bonne capacité d'identifier leurs propres émotions.

2.4.1.2. Justification / explication :

L'intervention visant à augmenter l'espoir s'appuie sur la présence clé du désespoir dans la dynamique suicidaire. Ce désespoir a été modélisé en triades telles que décrites dans la figure 11.

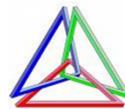
Figure 11 - Les triades du désespoir

L'espoir, même chez les Personnes ayant une DI ou un TSA

Trois triades du désespoir

La souffrance est :

1. Interminable, inacceptable, insoutenable (Shneidman)
2. Interminable, inévitable, intolérable (Chiles & Strohsahl)
3. Perception négative de la personne suicidaire :
 - D'elle-même
 - De son entourage
 - De son avenir (Beck)



❖ Il s'agit d'ouvrir une brèche dans le désespoir!

Se souvenir que :

- L'ambivalence est toujours présente.
- La personne a des raisons de vivre : explorer les raisons de vivre plus que les raisons de mourir.

Elle se base aussi sur l'impuissance et le sentiment de ne pas avoir de contrôle sur soi et ce qu'on vit. Cette composante est un élément important du modèle du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Travailler à ramener l'espoir, donc à identifier des choses qui vont bien et que la personne peut faire dans un

avenir proche l'aide à reprendre du contrôle sur sa situation. Mieux comprendre ce qu'elle est en train de vivre peut également rendre à la personne du contrôle sur processus à travers lequel elle passe et sur les actions à poser pour changer ce processus si elle le souhaite aide à réduire le désespoir.

Cela peut également l'aider à visualiser la façon dont l'épisode suicidaire se déroule et les émotions associées et peut permettre de se projeter dans le moment où la personne se sentira mieux que maintenant et quelles étapes à accomplir pour y parvenir.

2.4.1.3. Processus d'intervention

La première étape consiste à valider la réalité et la légitimité de l'émotion ressentie par la personne. Plusieurs émotions peuvent être identifiées en lien avec la situation et ce, à travers le temps. Par exemple, après s'être sentie triste, la personne pourrait être fatiguée ou ressentir le besoin d'être seule. Il importe de valider auprès de la personne que la fatigue ou le besoin d'être seul peut être présent un certain temps avant de retrouver le goût de rencontrer d'autres personnes. Il faut donc valider que la séquence des émotions est normale et légitime (voir tableau 5).

En second lieu, l'intervenant verra à identifier avec la personne le moment qui devrait correspondre au retour au calme ou à l'apaisement, dans la séquence des émotions. L'intervenant pourrait s'exprimer ainsi : «Demain, tu te sentiras bien». Il faut renforcer le fait que la personne se sentira bien par rapport à ce qu'elle ressent actuellement, tout en lui faisant comprendre que ce processus prend un certain temps. Il faut illustrer ce temps avec le calendrier, à la colonne 2 du tableau 5.

La troisième étape consiste à identifier ce qu'on peut faire entre le moment présent et celui où la personne se sentira mieux de manière à accélérer le processus et renforcer le sentiment de contrôle de la personne sur la situation.

Les résultats escomptés sont les suivants : 1) aider la personne à comprendre et recadrer ce qu'elle vit; 2) anticiper et agir en vue d'une amélioration de son état; et 3) pour la personne, reprendre le contrôle sur ce qui se produit.

Une adaptation du calendrier de l'espoir peut être faite lorsque la personne a des périodes de fragilité particulières durant l'année (par exemple, durant le temps des Fêtes ou lors de la rentrée scolaire) ou lorsqu'un événement prévisible représente un déclencheur potentiel (par exemple, une rencontre planifiée avec un parent qui visite rarement). Dans ce dernier cas, il peut être pertinent de préparer avec la personne le calendrier du mois ou de la semaine où se produira l'événement de manière à planifier des activités positives dans le calendrier durant cette période plus difficile. L'intervenant devra également assurer un suivi sur le déroulement des activités prévues au calendrier, en faisant ressortir les éléments positifs qui permettront à la personne de passer plus facilement à travers la période difficile.

Tableau 5 - Le calendrier de l'espoir

Échelle de temps similaire à celle utilisée habituellement avec la personne	Ce qui se passe	Comment on se sent – en se servant des signes habituellement utilisés avec la personne	Ce qu'on va faire pour se sentir mieux
<p>Questions et thèmes à aborder pour construire le calendrier :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • J'ai l'impression que ce qui te rend (émotion perceptible) est ... Toi, qu'en penses-tu? 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment tu te sens? Te sens-tu triste ou fâché? • C'est correct et normal de se sentir comme... • Au bout d'un moment, les émotions comme ... passent et après on se sent comme ... • Comment tu penses que tu te sentiras dans (durée adaptée à la situation et à la personne) • Au bout d'un moment on se sent bien. • Comment c'est pour toi se sentir bien? • Comment tu vas te sentir quand tu te sentiras mieux? 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment on peut faire pour que tu te sentes mieux plus vite? • Quelles sont les choses qu'on sait déjà faire qui nous font du bien et qu'on peut réutiliser?
Maintenant			
Dans quelques minutes			
Dans une heure			
Demain			

4.2.2. Ligne du temps de l'espoir

La ligne du temps est une option plus simple que le calendrier et mieux adaptée aux personnes ayant une moins bonne compréhension de leurs émotions. Elle remplit les mêmes objectifs et s'appuie sur les mêmes principes.

4.2.2.1. Objectif

La ligne de temps se construit à partir des actions. Elle permet de planifier des événements et des actions qui aideront la personne à se sentir mieux. Le repérage visuel de ces événements et de ces actions sur une ligne de temps permet plus facilement à la personne de retrouver l'espoir et de constater un changement positif dans sa vie et son humeur.

4.2.2.2. Processus d'intervention

La méthode est similaire au calendrier, sauf que l'accent est mis sur les activités qui vont avoir lieu, les actions à faire pour se sentir mieux, les contacts sociaux prévus ou à planifier, ou encore, sur les activités positives ou valorisantes que la personne fera dans les heures ou les jours suivants (figure 12). Avant de construire la ligne de temps de l'espoir, il est important de reconnaître, de valider et de soulager la détresse actuelle.

Figure 12 - Ligne du temps pour aller mieux



Ci-dessous, voici un exemple de ligne du temps (figure 13)

Figure 13 - illustration de la ligne du temps



2.5. Le jardin de l'espoir : se concentrer sur ce qui va bien

2.5.1. Objectif

L'objectif de cette intervention est de faire ressortir les éléments positifs de la vie de la personne, malgré ses difficultés et les choses qui ne vont pas bien dans sa vie. Cet exercice aura pour effet de favoriser l'espoir et l'anticipation de choses positives.

2.5.2. Justification / explication

Le désespoir est une composante clé dans le développement des MAAS. En contrepartie, l'espoir est un élément important sur lequel on peut bâtir une intervention de prévention du suicide. Renforcer l'espoir peut se faire à très court terme comme à long terme.

2.5.3. Processus d'intervention

L'identification des éléments à mettre dans la liste des choses qui vont bien doit se faire avec la personne. Les éléments retenus doivent être reproductibles et atteignables. Par exemple, si on note les bonnes relations avec un membre de la famille, il faut inclure aussi la perspective d'un contact prochain qui renforcera un sentiment positif.

La première étape consiste à écrire ou à dessiner les choses qui vont bien dans la case de gauche. On peut aussi coller des photos des personnes, des animaux ou des objets aimés.

C'est à la deuxième étape que se concrétise la métaphore du jardin de l'espoir : on *cultive* et on *arrose* les bonnes choses. À chaque fois qu'une chose identifiée dans la liste se produit, on le signifie dans la case de droite en utilisant des collants apposés sur la plante, en colorant une des feuilles de la plante ou en utilisant tout autre moyen perceptible pour la personne (on peut coller des choses tactiles aussi).

Si la case de droite se remplit complètement, on en commence une autre en conservant la précédente et on continue à *cultiver* le jardin des choses qui vont bien. Lorsque la personne se sent mal, ou lorsqu'elle exprime du désespoir, on consulte le jardin et on parle de ce qui va bien aussi. Il ne faut pas nier ce qui va mal, ni passer trop vite au jardin. Il est important de valider la détresse ou la frustration avant de pouvoir parler de ce qui va bien aussi.

Les résultats escomptés sont les suivants : 1) soutien au recadrage des perceptions négatives; 2) visualisation du positif pour contrebalancer la perception du négatif; 3) amélioration de l'humeur; 4) base pour développer d'autres choses qui vont bien.

Tableau 6 - Le jardin de l'espoir

Le jardin de l'espoir de : _____

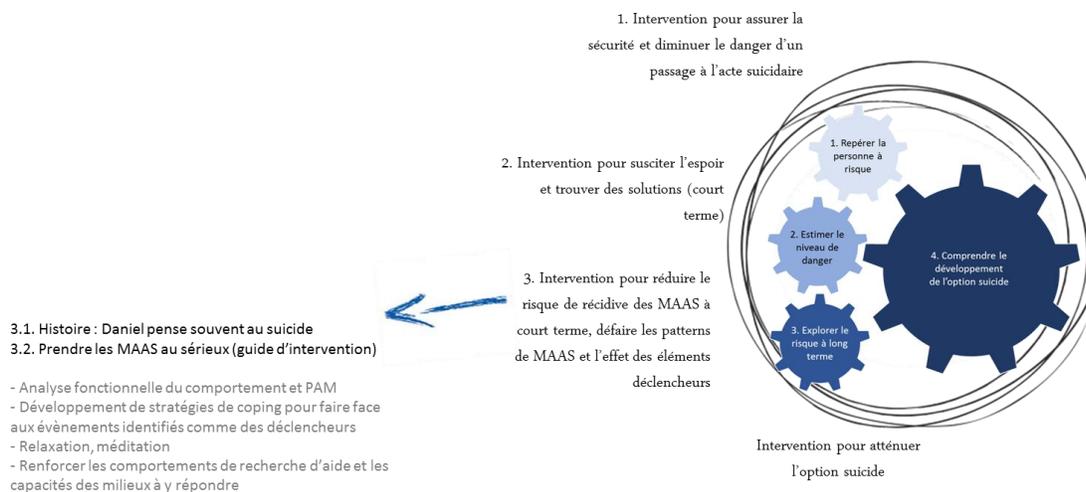
La liste des choses qui sont agréables, qui vont bien, qu'on veut qui recommencent, qui rendent fier	L'arrosage
	 An illustration of a watering can tilted to the right, pouring water. Instead of water, several small hearts are falling from the spout. Below the watering can is a potted plant with several leaves and a single flower bud.

3. Interventions pour réduire le risque de récurrence des MAAS à court terme, défaire les patterns de MAAS et l'effet des éléments déclencheurs

Les personnes présentant une DI ou un TSA sont parfois à risque de récurrence des MAAS lorsqu'elles ressentent de nouveau de la détresse. Les MAAS peuvent également devenir un outil de communication et un mode d'interaction dans une dynamique complexe avec les proches et les intervenants. Il est par contre important de tenir compte du fait que l'utilisation des MAAS comme mode d'interaction n'est pas systématique et que, avant tout, les MAAS doivent toujours être considérées comme l'expression d'une forme de détresse.

Les interventions proposées ici visent à comprendre les MAAS pour éviter la récurrence, dans la mesure du possible. Par contre, les intervenants ont à leur disposition des outils d'analyse et d'intervention très utiles pour identifier les situations pouvant engendrer la récurrence de comportements non souhaitables et qui peuvent être adaptés aux MAAS (figure 14).

Figure 14 - Interventions pour réduire le risque de récurrence des MAAS à court terme, défaire les patterns de MAAS et l'effet des éléments déclencheurs



Les changements dans les patterns de comportements développés sur de longues périodes sont très difficiles à réaliser en intervention. Par contre, les outils d'intervention existants (plan d'intervention, évaluation fonctionnelle, plan d'analyse multimodale) et une bonne compréhension des raisons qui ont conduit à la détresse et à la construction de l'option suicide (comment l'idée du suicide est devenue acceptable pour la personne) peuvent aider à modifier certains de ces patterns, s'ils existent.

3.1. Histoire : Daniel pense souvent au suicide – Il dit souvent qu’il veut se tuer

On parle de récurrence des MAAS lorsqu’une personne connaît plusieurs épisodes de MAAS. Il est parfois possible d’identifier un schéma d’apparition des MAAS. Par exemple, les MAAS peuvent toujours se présenter dans des situations similaires. Cependant, ces patterns récurrents ne sont pas nécessairement systématiques. Une personne peut avoir des MAAS dans différents contextes.

Il est important de bien comprendre la fonction des MAAS pour la personne. Il est essentiel d’explorer la détresse pour en identifier les sources et mettre en place des interventions visant à la réduire. Il faut toujours prendre au sérieux des MAAS, même si elles semblent apparaître comme un mode de communication ou de « manipulation », tel que cela pourrait être perçu par les intervenants. Il n’est jamais anodin de chercher à manipuler en mettant en jeu sa propre vie. Des MAAS qui ne produisent pas l’effet escompté peuvent évoluer et devenir dangereuses pour la personne. Par exemple, l’insuccès à échapper à une situation frustrante en exprimant des idées suicidaires pourrait encourager la personne à faire une tentative.

La récurrence des MAAS est un enjeu important avec les clientèles DITSA. Il n’existe pas encore de données fiables pour estimer la prévalence de cette récurrence, mais elle est souvent décrite par les intervenants.

L’histoire de Daniel présentée dans cette intervention décrit une situation de récurrence qui aborde plusieurs enjeux spécifiques rapportés par les intervenants qui travaillent auprès de ces clientèles. Ces enjeux concernent l’impulsivité, le refus de parler de la crise une fois qu’elle est terminée et l’utilisation des MAAS pour communiquer une frustration ou un besoin. Cette histoire vise à soutenir l’intervenant dans son travail auprès d’une personne qui a eu plusieurs épisodes de MAAS.

Les cases 1 à 3 exposent la situation de crise actuelle de Daniel. L’intervention vise ici à aider la personne à identifier et à décrire le déclencheur de la crise qu’elle a eue (et qui n’est pas la première situation dans laquelle il a des MAAS). La case 3 souligne l’importance des MAAS dans une dynamique de manipulation. Il peut être utile de mentionner à la personne qu’elle dit parfois vouloir mourir quand elle veut éviter une situation ou obtenir quelque chose. Il est important de nommer la fonction des MAAS dans ce contexte, sans condamner le comportement. L’objectif de l’intervention est de permettre à la personne de reconnaître la fonction des MAAS pour pouvoir ultérieurement développer avec elle des stratégies qui remplaceront les MAAS, tout en lui permettant d’exprimer ses besoins.

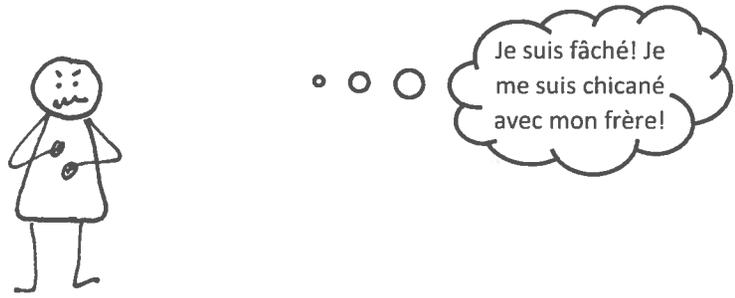
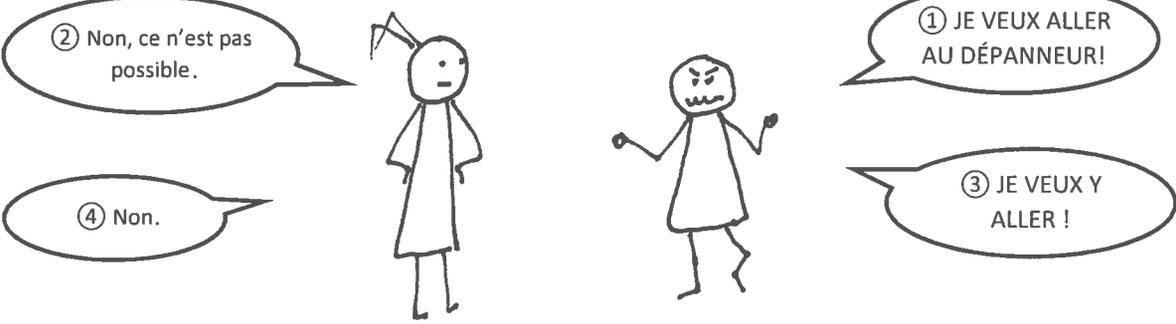
Les cases 4 et 5 décrivent la résistance de Daniel à discuter de la situation et les stratégies de distraction qui peuvent être utilisées pour conduire à l’apaisement. L’intervention vise à aborder cette résistance avec la personne qui la vit aussi («Toi aussi, tu es comme Daniel des fois, et tu n’as pas envie de parler des fois ou tu dis que tu veux mourir»). Il ne faut pas juger, ni insister auprès de la personne pour qu’elle en parle maintenant.

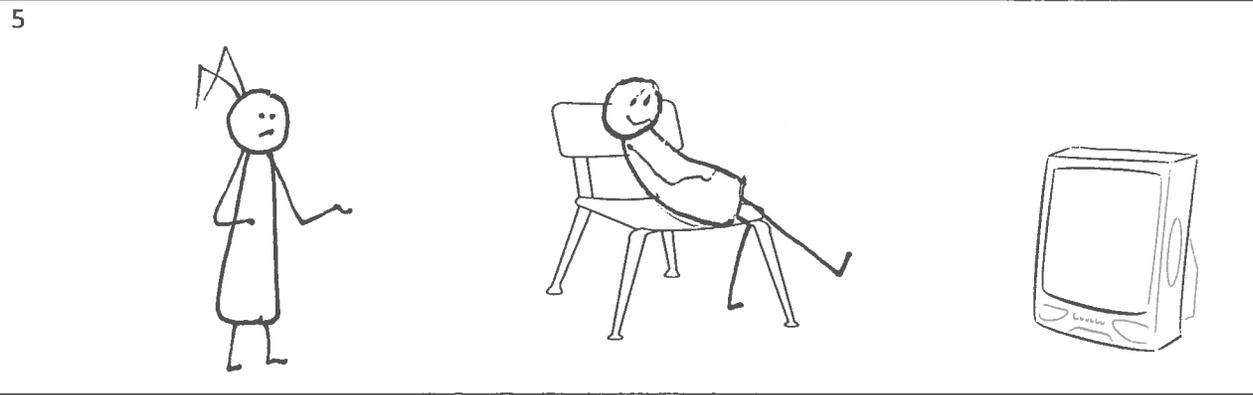
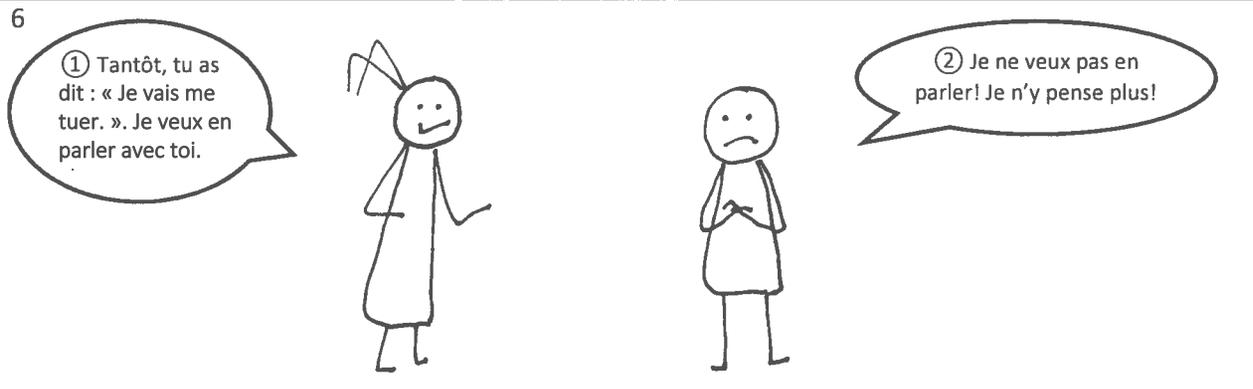
Les cases 6 et 7 décrivent le retour de l’intervenant par rapport à la résistance de Daniel et la nécessité de parler de l’épisode suicidaire. L’objectif de l’intervention est de montrer que des MAAS sont prises au sérieux et qu’elles commandent l’attention de l’intervenant, sans nécessairement mener à l’obtention de quelque chose. Les MAAS font l’objet d’une intervention pour permettre à la personne de se sentir mieux, dans l’immédiat, mais aussi dans le futur.

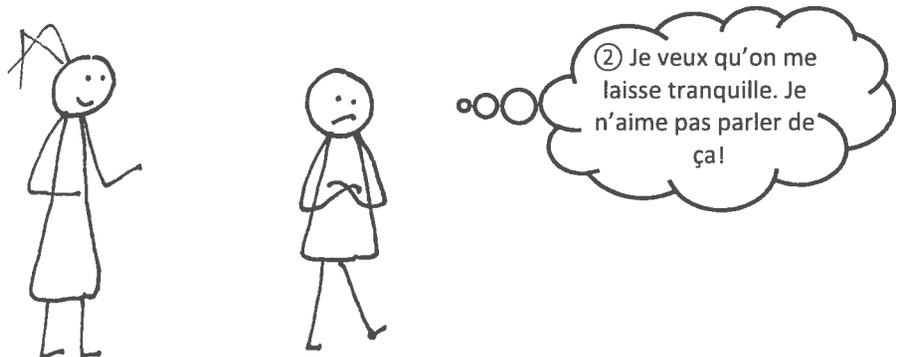
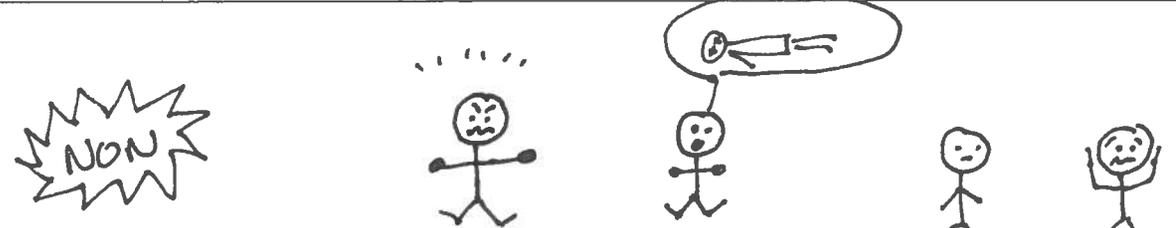
Les cases 8 à 10 décrivent le pattern des MAAS de Daniel. L'intervention vise ici à décrire le pattern des MAAS de la personne, si elle en a un.

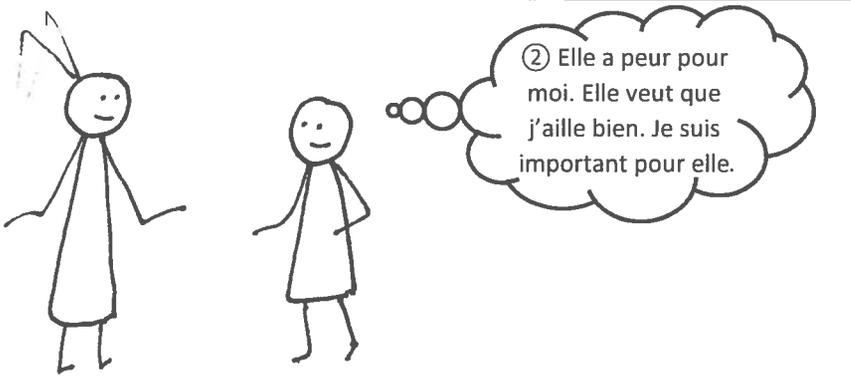
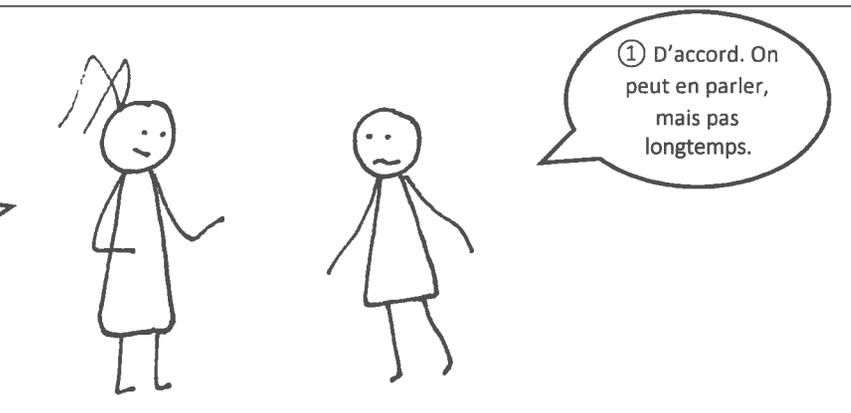
Les cases 11 et 12 permettent de valider et de normaliser le vécu de Daniel de manière à ce qu'il soit plus réceptif à l'intervention. L'objectif de l'intervention est de montrer à la personne qu'elle peut avoir un avantage à accepter de travailler sur des moyens alternatifs pour exprimer ses besoins lorsque ça ne va pas bien. Une fois cette étape franchie, l'intervention vise à mettre en place ces moyens alternatifs pour que la personne exprime ce qu'elle veut, sans plus parler des MAAS. L'intervenant peut récompenser l'utilisation de ces nouveaux moyens et faire des interventions de prévention du suicide lorsque les MAAS réapparaissent.

Daniel pense souvent au suicide – Daniel dit souvent qu’il veut se tuer.

<p>1</p>  <p>Je suis fâché! Je me suis chicané avec mon frère!</p>	<p>Daniel est frustré.</p> <p>Il s’est chicané avec son frère et il est puni.</p>
<p>2</p>  <p>② Non, ce n’est pas possible.</p> <p>④ Non.</p> <p>① JE VEUX ALLER AU DÉPANNEUR!</p> <p>③ JE VEUX Y ALLER !</p>	<p>Daniel veut aller au dépanneur, mais son intervenante refuse.</p> <p>Il est puni.</p>
<p>3</p>  <p>JE SUIS TANNÉ!</p> <p>C’est pas juste! Je vais me tuer!</p>	<p>Daniel pleure. Il crie et dit qu’il veut se tuer.</p> <p>L’intervenante n’enlève pas la punition.</p>

<p>4</p> <p>① Je vois que tu es fâché. C'est correct.</p> <p>② Es-tu triste?</p> <p>③ Qu'est-ce qu'on peut faire pour t'aider?</p> 	<p>L'intervenante comprend que Daniel ne va pas bien.</p> <p>Elle pose des questions, mais il ne répond pas.</p> <p>Elle essaie de l'aider à trouver des solutions, mais il est trop fâché.</p>
<p>5</p> 	<p>L'intervenante propose à Daniel de regarder la TV.</p> <p>Daniel se calme. Il aime bien la TV.</p> <p>Son sourire revient.</p>
<p>6</p> <p>① Tantôt, tu as dit : « Je vais me tuer. ». Je veux en parler avec toi.</p>  <p>② Je ne veux pas en parler! Je n'y pense plus!</p>	<p>Avant le dîner, l'intervenante vient voir Daniel.</p> <p>Elle veut parler de ce que Daniel a dit lorsqu'il était fâché.</p> <p>Il ne veut pas en parler, c'est fini.</p>

<p>7</p> <p>① C'est sérieux quand tu dis ça. Nous devons en parler pour trouver des solutions.</p>  <p>② Je veux qu'on me laisse tranquille. Je n'aime pas parler de ça!</p>	<p>L'intervenante explique que c'est important.</p> <p>Il a dit quelque chose de sérieux, il faut faire quelque chose pour trouver une solution.</p> <p>Daniel refuse d'en parler. Ça le gêne.</p>
<p>8</p> <p>① Parfois, tu dis que tu veux te tuer quand tu es frustré.</p>  <p>② Bof!</p>	<p>L'intervenante explique qu'elle a remarqué que, parfois, quand les choses ne se passent pas comme Daniel veut, il est frustré et fâché, il crie et dit qu'il va se tuer.</p>
<p>10</p>  <p>interdiction → frustré! → fâché! envie de se tuer → calme → gêne</p> <p>NON</p>	<p>L'intervenante dessine à Daniel un scénario qui explique ce qui se passe quand il dit qu'il va se tuer.</p> <p>Daniel trouve que l'intervenante dessine mal, mais Daniel voit bien ce qui se passe.</p>

<p>11</p> <p>① Parfois, quand ça va mal, il y a des gens qui pensent à se tuer.</p> <p>Tu ne fais rien de mal quand tu as des idées de suicide.</p>	 <p>② Elle a peur pour moi. Elle veut que j'aille bien. Je suis important pour elle.</p>	<p>L'intervenante explique qu'elle veut que Daniel aille bien.</p> <p>Elle veut trouver des solutions avec lui pour qu'il pense à autre chose qu'à se tuer quand il est frustré.</p>
<p>12</p> <p>② Je sais que c'est difficile, mais c'est important. Je suis contente et tu peux être fier de toi.</p>	 <p>① D'accord. On peut en parler, mais pas longtemps.</p>	<p>Daniel n'est pas très content, mais il accepte de parler avec l'intervenante des fois où il dit qu'il veut se tuer.</p> <p>Il n'aime pas avoir envie de se tuer.</p> <p>Il veut trouver d'autres solutions.</p>

3.2. Prendre les MAAS au sérieux

3.2.1. Objectif

Prendre chaque épisode de MAAS au sérieux a pour objectif de diminuer le risque de banalisation, tout en évitant une sur-réaction lorsqu'une personne communique des idéations suicidaires, fait des plans, mime un geste suicidaire ou fait une tentative de suicide très peu dangereuse.

3.2.2. Explication / justification

Prendre un épisode de MAAS au sérieux est différent de :

- Réagir intensément
- Cesser toute activité en cours pour traiter les propos ou comportements suicidaires

Il est important de prendre tous les épisodes de MAAS au sérieux. Il n'est jamais anodin pour une personne de s'exprimer en mettant sa vie et sa mort dans l'équation. La détresse, quelle que soit son intensité ou sa forme, est présente lors des MAAS, même si une personne semble répéter des propos sans réellement en comprendre le sens et la portée, ou si elle semble avoir développé des automatismes reliés aux propos suicidaires. Prendre au sérieux les MAAS, c'est montrer qu'on a bien entendu et qu'on va réellement s'en occuper. La personne dont les MAAS ne sont pas suffisamment prises en considération peut réagir de différentes façons:

- La personne peut penser que sa détresse ou sa souffrance n'est pas importante et se replier sur elle-même;
- La personne peut intensifier son message et augmenter le danger pour être entendue;
- La personne peut faire un passage à l'acte sans comprendre le sens de son geste, si ce geste n'est pas compris et expliqué correctement par une personne extérieure

3.3.3. Processus d'intervention

Prendre l'épisode de MAAS au sérieux implique les éléments suivants : 1) valider ce qu'on a entendu, perçu et compris concernant la détresse exprimée; 2) rassurer la personne sur le fait qu'on va s'occuper ensemble de cette détresse et trouver ensemble des manières d'éviter qu'elle recommence bientôt; 3) faire une estimation du danger (sphères 1 et 2).

Il importe de rencontrer la personne dans un endroit calme, à un moment où elle est attentive. À titre d'exemple, voici comment l'intervenant pourrait introduire le sujet : «Je veux qu'on discute ensemble de ce que nous pouvons faire pour que tu te sentes mieux, et que les idées et comportements (décrire l'épisode de MAAS) ne reviennent pas bientôt. C'est important pour moi que tu sois bien et je veux travailler avec toi pour ça. On n'est pas obligé de reparler de l'épisode en détails, juste des éléments déclencheurs».

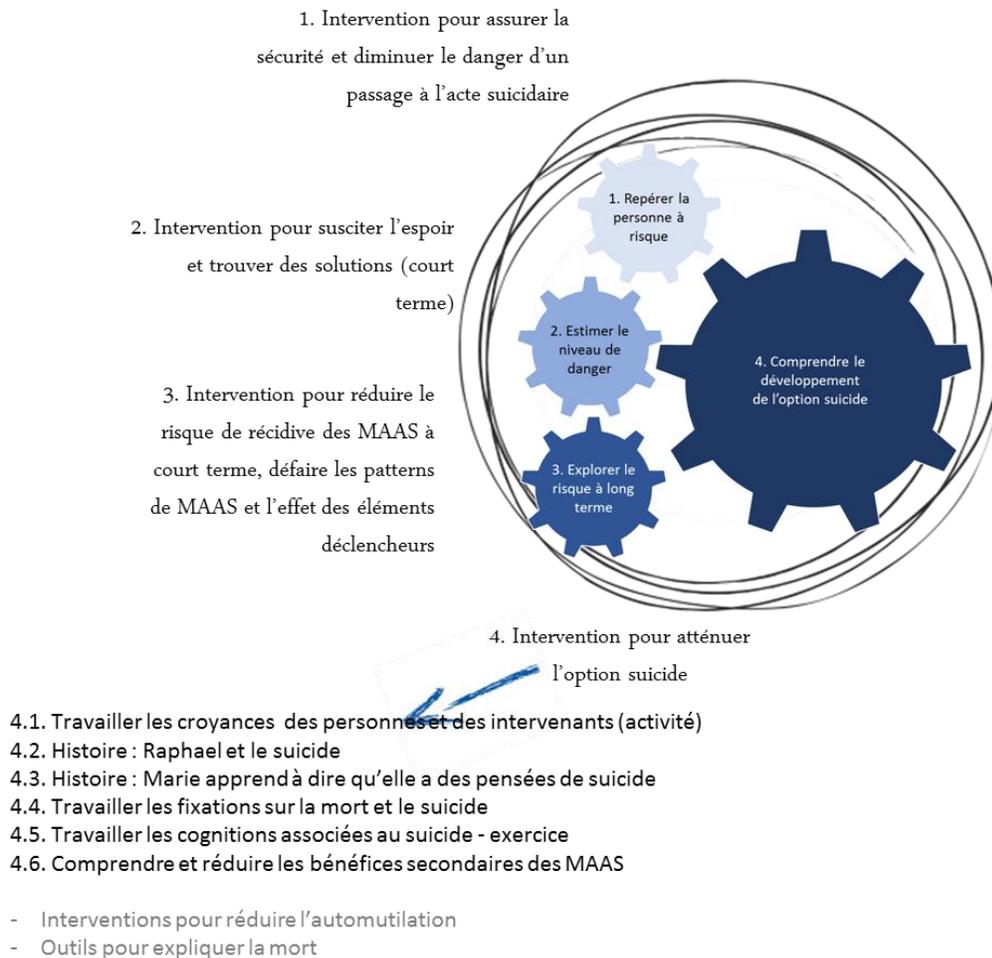
Voici les pièges qui guettent l'intervenant et les choses qu'il ne faut surtout pas faire :

- Minimiser les MAAS;
- Induire une fonction ou un objectif au comportement de la personne sans avoir fait une analyse de la situation, incluant la compréhension que la personne peut avoir de sa situation et de son comportement;
- Analyser les MAAS sur le même modèle que les troubles de comportement afin de les faire disparaître comme un comportement dérangeant.

4. Interventions pour atténuer l'option suicide

Ces interventions visent à comprendre et à réduire l'option suicide qui constitue un élément clé du développement du risque suicidaire (figure 15). Il s'agit ici d'explorer les perceptions, les cognitions, les croyances et les expériences de la personne avec la mort et le suicide afin de diminuer le risque suicidaire. Ces interventions peuvent être réalisées auprès d'une personne qui a eu des MAAS ou auprès d'une personne qui a été témoin de MAAS chez une autre personne. Dans ce dernier cas, ces interventions sont souhaitables lorsque la personne témoin de MAAS semble perturbée ou se poser des questions sur le suicide et la mort. Les interventions doivent être faites en dehors des épisodes de MAAS et lorsque la personne est calme.

Figure 15 - Interventions pour atténuer l'option suicide



4.1. Travailler les croyances des personnes et des intervenants

Il existe plusieurs croyances véhiculées par les personnes, les familles ou les intervenants concernant le suicide en général et le suicide chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Ces croyances affectent la compréhension des MAAS, le type d'intervention privilégié et les comportements de la personne suicidaire. Certaines croyances sont fondées mais d'autres sont fausses et doivent être démystifiées afin de favoriser une intervention adaptée.

Le Tableau 7 présente les croyances les plus courantes. Celles qui apparaissent en rouge dans le tableau font l'objet de vignettes qui peuvent être discutées avec les personnes présentant une DI ou un TSA. Il est recommandé de ne pas se limiter à celles-ci et d'en développer en fonction des besoins des personnes. À priori, les autres croyances du Tableau 7 concernent plus souvent les intervenants et ont été observées dans les discours et les actions d'intervenants.

Tableau 7 - Les croyances les plus courantes concernant le suicide

Les personnes suicidaires sont décidées à mourir et on ne peut pas les faire changer d'avis.	Faux
Il faut du courage pour se suicider. <i>Le désir de mourir est essentiellement un désir de cesser la souffrance et ceci ne prend ni courage, ni lâcheté, ni faiblesse. Ces personnes ne voient plus de solution possible à leur souffrance et le suicide prend toute la place dans leurs cognitions.</i>	Faux
Il faut être lâche pour se suicider.	Faux
Les personnes qui parlent de suicide ou qui menacent de se suicider ne se suicident pas. Elles en parlent pour attirer l'attention ou pour manipuler leur entourage. <i>De nombreuses personnes parlent de leurs pensées suicidaires d'une manière ou d'une autre, parfois clairement et parfois moins. Certaines personnes ont des pensées suicidaires pendant de longues périodes et en parlent. Elles recherchent et obtiennent de l'aide. Parmi les personnes ayant des idéations suicidaires, certaines font des tentatives de suicide et peuvent décéder. Il ne faut jamais considérer des idéations suicidaires comme une recherche d'attention et il faut toujours explorer le risque suicidaire, ainsi que comprendre pourquoi la personne communique de cette façon-là. Ce n'est pas anodin de donner l'impression de manipuler son entourage avec sa propre vie</i>	Faux
Les personnes qui utilisent le suicide pour manipuler ou obtenir quelque chose ne sont pas en danger. <i>S'il s'avère qu'il y a une composante de manipulation dans les comportements suicidaires, il est important de bien la connaître et d'aider la personne à développer d'autres moyens de communiquer ses besoins. Une personne qui a appris à exprimer des idéations suicidaires pour obtenir quelque chose peut escalader la dangerosité de son comportement si elle n'obtient pas ce qu'elle recherche. Par ailleurs, une personne peut avoir des comportements suicidaires en dehors de toute relation de manipulation. Le fait de parler de suicide souvent peut désensibiliser la personne au danger, banaliser les comportements suicidaires et elle peut faire un geste suicidaire plus facilement lors d'une période de détresse.</i>	Faux

<i>L'utilisation des comportements suicidaires dans une dynamique de manipulation se fait dans l'interaction et résulte d'un apprentissage.</i>	
Le suicide arrive précipitamment chez les jeunes. <i>Il peut être difficile de décoder les signaux envoyés par une personne suicidaire, ce qui donne l'impression qu'il n'y a pas eu d'Avvertissement. Souvent, on comprend ces signaux a posteriori.</i> <i>L'impulsivité semble jouer un rôle important chez les jeunes, et couplé avec une moins bonne compréhension de la mort, cela peut augmenter le danger d'un passage à l'acte.</i>	Souvent vrai
Le suicide se produit sans avertissement. <i>Il est par contre parfois difficile de voir les signes précurseurs chez certaines personnes. L'observation de changements dans les comportements, les attitudes, les centres d'intérêt, les habitudes de sommeil ou d'alimentation peuvent être des indices d'une dégradation de l'humeur. Valider l'inquiétude envers la personne devient alors important.</i>	Faux
Le suicide est un problème qui dure toute la vie. <i>La plupart des personnes ont des comportements suicidaires dans des situations psychosociales difficiles et ne sont plus suicidaires lorsque la situation s'améliore pour eux (lorsque leur dépression est contrôlée, lorsqu'ils obtiennent du soutien pour aider avec une situation difficile, etc). Le fait d'avoir eu des comportements suicidaires dans le passé augmente le risque d'en avoir de nouveau lors d'une prochaine situation difficile. Il s'agit d'un des facteurs de risque les plus importants. Cependant, lorsque les personnes reçoivent le soutien dont elles ont besoin, cela reste un épisode isolé. La plupart des personnes ayant des idéations suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide à un moment de leur vie ne recommencent jamais.</i> <i>Une personne ne peut pas être catégorisée comme suicidaire toute sa vie. Par contre, il est important pour les intervenants de savoir que la personne a déjà eu des comportements suicidaires, afin de prendre en compte un risque potentiel lors de situations difficiles.</i>	Faux
Lorsque quelqu'un se suicide, les membres de sa famille ou de son entourage deviennent plus à risque.	Vrai
Les personnes suicidaires sont toutes atteintes de maladie mentale. <i>On estime qu'environ 80% des personnes suicidaires ont des problèmes de santé mentale. Cependant, la plupart des personnes ayant des problèmes de santé mentale ne sont pas suicidaires. La présence de problèmes mentaux n'est pas une cause directe suffisante pour expliquer les comportements suicidaires. Un épisode suicidaire peut être provoqué par une crise psychosociale n'ayant pas de lien avec le problème mental de la personne.</i>	Faux
L'amélioration qui suit une crise suicidaire signifie qu'il n'y a plus de danger. <i>Il est important de faire un suivi post épisode suicidaire et une intervention à plus long terme. L'apaisement peut être momentané. Si les sources de détresse ayant engendré l'épisode suicidaire sont toujours présentes, le danger est susceptible de se maintenir.</i>	Faux
Penser au suicide, ça peut arriver à tout le monde, riche, pauvre, en santé, malade...	Vrai
Parler directement du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire. <i>Dans un contexte d'intervention, il est toujours pertinent de parler ouvertement du suicide avec une personne qui nous inquiète. Cela permet de mettre des mots clairs sur le ressenti de la personne, de valider la présence d'idéations et d'aider la personne à comprendre comment elle</i>	Faux

se sent. Les études montrent qu'il n'y a pas de danger de provoquer des comportements suicidaires en en parlant en contexte clinique. Il existe une préoccupation concernant le risque avec les personnes présentant une DI ou un TSA. Cependant, les données existantes ne montrent pas qu'il y ait un danger à parler de suicide en intervention avec ces personnes.

D'un autre côté, certaines personnes commencent à penser au suicide ou font des tentatives de suicide après en avoir entendu parler dans leur environnement. Il s'agit là des phénomènes de contagion et imitation, bien décrits dans la littérature. C'est un processus différent de celui qui se produit en intervention.

Lorsqu'on pense à se suicider, on va forcément le faire.

Faux

C'est impossible d'empêcher quelqu'un de se suicider.

Faux

Lorsqu'une personne est suicidaire, ça se voit, elle a l'air déprimée.

Faux

Plusieurs personnes suicidaires ne paraissent pas l'être, elles ne sont pas visiblement tristes ou déprimées. Dans certains cas, les personnes parviennent à cacher leurs émotions à leurs proches, dans d'autres, elles ne sont pas tristes. Elles peuvent être en colère, agitées, agressives, ou détachées de leurs émotions. Il n'y a pas de profil type de la personne suicidaire. Il ne faut jamais minimiser des communications suicidaires ou analyser le risque en fonction de l'apparence de tristesse ou de dépression d'une personne.

Les personnes suicidaires sont faibles.

Faux

La déficience intellectuelle est un facteur de protection contre le suicide.

Vrai et
faux

La DI est souvent perçue comme un facteur de protection contre le suicide, parce que les personnes présentant une DI sont perçues comme incapable de planifier un geste suicidaire ou de comprendre la mort. Cependant, différents niveaux de DI interagissent différemment avec la suicidalité. En effet, on a rarement observé des comportements suicidaires chez les personnes présentant une ID sévère. Les difficultés de communication et de planification semblent les protéger contre le suicide. Cependant, cela ne les protège pas de la détresse et un désir de cesser de vivre peut exister et se manifester autrement (arrêter de manger par exemple). Les personnes présentant une DI modérée et légère ont des comportements suicidaires similaires à la population générale. L'incapacité de planifier et exécuter une tentative de suicide dangereuse ne minimise pas non plus la détresse ressentie par les personnes. La suicidalité doit être comprise dans son ensemble et la présence d'idéations doit être traitée sérieusement, puisqu'elle reflète de la détresse.

Les personnes qui ne comprennent pas complètement le concept de la mort ne peuvent pas vouloir se tuer.

Faux

Une compréhension partielle de la mort peut même être un facteur de risque puisqu'une personne peut vouloir mourir un jour et penser revenir le lendemain si elle ne comprend pas la permanence de la mort.

Les gens malheureux, déprimés ou tristes se suicident. Quand on est malheureux, on doit se suicider.

Faux

4.1.1. Vignettes : Ce que je pense du suicide

4.1.1.1. Objectif

Les vignettes suivantes visent à soutenir l'intervention auprès des personnes présentant une DI ou un TSA autour de thèmes en lien avec les croyances sur le suicide. Elles visent à : 1) identifier les croyances de la personne présentant une DI ou un TSA concernant le suicide pour un meilleur recadrage; 2) aider une personne à comprendre ce qui se passe quand elle-même ou une personne de son entourage pense au suicide, afin de donner des pistes d'intervention pour réduire le risque suicidaire et l'attrait pour l'option suicide.

4.1.1.2. Explication / justification

Lorsqu'une personne vit des MAAS ou lorsqu'elle est confrontée aux MAAS de quelqu'un d'autre, les croyances qu'elle entretient envers le suicide, si elles sont fausses, peuvent nuire à l'intervention ou engendrer des fixations cognitives dommageables pour elle. Connaître ces croyances et intervenir pour les corriger peut aider à réduire la tension liée aux cognitions et limiter le risque de contagion. De plus, une explication « constructive » du suicide peut aider la personne à comprendre sans qu'elle se mette elle-même à risque de développer ou d'entretenir des MAAS.

4.1.1.3. Processus d'intervention

Les vignettes suivantes, qui représentent différentes croyances sur le suicide, peuvent être utilisées pour amorcer l'échange et poser des questions à la personne ayant une DI ou un TSA. La perception de la personne peut être discutée en fonction de la réponse illustrée par l'histoire. On peut demander à la personne si elle connaît des gens qui sont dans la situation décrite, pour ensuite lui demander si elle a elle-même déjà ressentie les émotions qui sont décrites dans la situation.

Une personne qui pense à se tuer ne peut pas changer d'idée.



Je suis d'accord Je ne suis pas d'accord

Et toi, connais-tu quelqu'un qui a pensé à se tuer comme Gisèle et qui a changé d'avis? Raconte-moi ce qui s'est passé.

Et toi, as-tu déjà pensé comme Gisèle? Raconte-moi ce qui s'est passé.

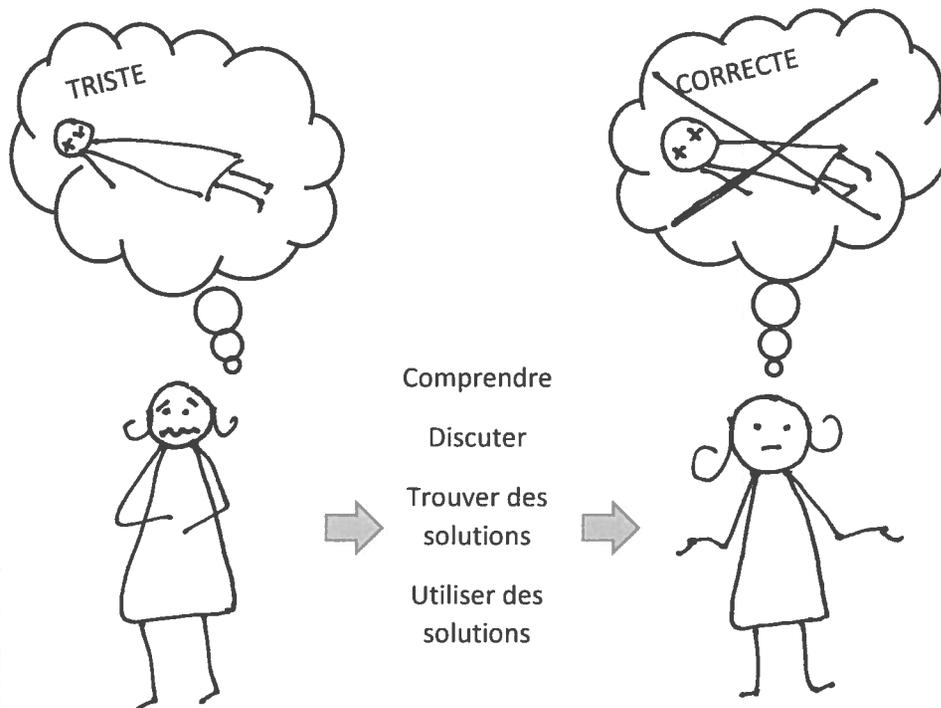
Les personnes qui pensent à se tuer changent souvent d'avis. Elles trouvent d'autres solutions et après elles se sentent mieux.

Gisèle est triste parce que son chum l'a quittée. Elle pense qu'elle ne trouvera plus jamais de chum et elle est très très triste. Elle pense à se tuer. Elle ne voit pas de solution.

Sa sœur voit que Gisèle est très triste. Elle discute avec elle. Ça fait du bien à Gisèle de parler de ce qui ne va pas.

Au bout d'un moment, Gisèle se sent moins triste. Elle sait que c'est difficile d'avoir un chum. Mais elle sait qu'il y a aussi des choses bien dans sa vie, comme l'amour de sa sœur et de ses parents. Ces choses sont positives et importantes pour Gisèle.

Gisèle ne pense plus à se tuer et c'est une bonne nouvelle! Elle a changé d'idée.



Si quelqu'un se suicide ou pense au suicide, c'est sûr que d'autres vont le faire aussi.



Je suis d'accord Je ne suis pas d'accord

Et toi, connais-tu quelqu'un qui a pensé à se tuer après avoir vu une autre personne le faire? Raconte-moi ce qui s'est passé.

Et toi, as-tu déjà pensé à te tuer après avoir vu une autre personne le faire? Raconte-moi ce qui s'est passé.

Lorsqu'une personne pense à se tuer, essaie de se tuer ou se tue, ça peut arriver que d'autres y pensent aussi, mais pas tout le monde. Ceux qui y pensent peuvent en parler et avoir de l'aide.

Marie a entendu Alex dire qu'il veut mourir. Alex est très fâché et malheureux. Il crie, il pleure. Il dit : « Puisque c'est comme ça je vais me tuer! ». Marie est triste. Elle se sent mal. Elle se met à penser qu'elle aussi pourrait se tuer comme dit Alex. Elle a peur! Elle dit à l'intervenante qu'elle veut se tuer. L'intervenante aide Marie à comprendre ce qui se passe. Marie se sent mieux.

Josiane entend aussi Alex dire qu'il veut mourir. Elle ne comprend pas ce qui se passe. Elle est triste pour Alex. Josiane ne pense pas à se tuer. Elle sait que parfois, on peut être triste mais qu'après ça va mieux. L'intervenante aide Alex. Josiane voit qu'Alex va mieux. Tout s'arrange.



On ne peut pas empêcher
quelqu'un de se suicider.



Je suis d'accord Je ne suis pas d'accord

Et toi, connais-tu quelqu'un qui a pensé à se
tuer et qu'on a empêché de se tuer?
Raconte-moi ce qui s'est passé.

Et toi, as-tu déjà pensé à te tuer et
quelqu'un t'en a empêché? Raconte-moi ce
qui s'est passé.

Lorsqu'une personne pense à se tuer, on peut
l'en empêcher en l'aidant à se sentir mieux.

Raphaël veut se suicider. Il est sûr, il veut mourir. Il est tanné de tout et il veut
arrêter de souffrir. Il trouve un moyen pour se suicider.

Il est en danger. Il dit qu'il veut se tuer.

L'intervenante voit que Raphaël pense à se tuer.

L'intervenante va vite voir Raphaël et parle avec lui.

Raphaël accepte de lui donner le moyen qu'il a trouvé pour se tuer. Son
intervenante aide Raphaël à se protéger pour qu'il ne se fasse pas de mal.

Ensuite, elle travaille avec lui pour qu'il se sente mieux et pour trouver des
solutions.



Les gens malheureux, déprimés ou tristes se suicident. Quand on est malheureux, on se suicide.



Je suis d'accord Je ne suis pas d'accord

Et toi, connais-tu quelqu'un qui est triste (ou malheureux) et qui est en vie? Raconte-moi ce que fait cette personne pour être moins triste.

Et toi, t'es-tu déjà senti malheureux? Qu'est-ce que tu fais dans ces cas-là? Que fais-tu pour être moins triste?

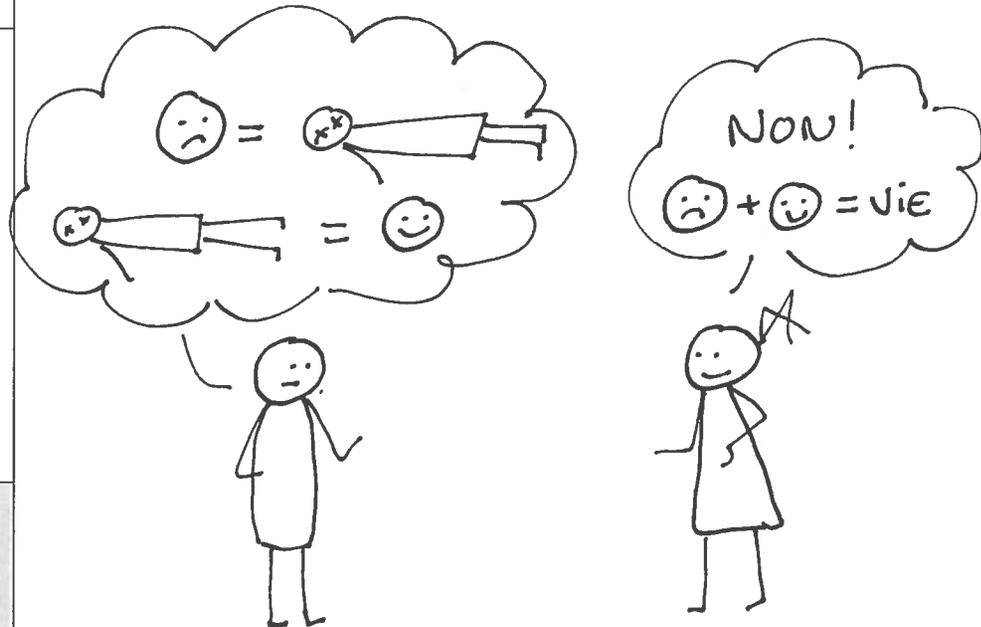
La plupart des gens ne se suicident pas quand ils sont tristes ou malheureux. Ils font des choses pour se sentir mieux et restent en vie. Même s'ils sont parfois tristes, la plupart des gens sont contents d'être en vie.

Daniel a un cousin qui s'est suicidé, François. La maman de Daniel a expliqué que François était très malheureux et que c'est pour ça qu'il s'est suicidé. Daniel pense que s'il devient malheureux comme François, il devra se suicider aussi.

Daniel connaît aussi d'autres personnes qui sont mortes. Les gens disent qu'elles ne sont plus malheureuses maintenant.

Daniel pense que pour ne pas être malheureux, il faut être mort. Il est mélangé et il a peur de cette pensée.

Daniel en parle avec sa maman. Elle lui explique qu'il y a beaucoup d'autres moyens pour ne plus être triste et malheureux. Quand on est mort, on n'est plus heureux non plus. Quand on est triste, on peut redevenir heureux plus tard. C'est la vie! Quand on n'est mort, on ne peut plus rien faire.



<p>Penser au suicide, ça peut arriver à tout le monde.</p>	<p>Riche</p> <p>Une personne qui rit souvent</p>
<p>  Je suis d'accord Je ne suis pas d'accord </p>	<p>Avec une DI</p> <p>Quelqu'un de célèbre</p> <p>Un ami</p> <p>Sans TSA</p> <p>Un personnage de film</p> <p>Une personne qui a l'air déprimée</p> <p>Le parent de quelqu'un</p> <p>Pauvre</p>
<p>Et toi, connais-tu quelqu'un qui a déjà pensé au suicide? Raconte-moi comment est cette personne.</p> <p>Et toi, as-tu déjà pensé au suicide?</p>	<p>Jeune</p> <p>Avec un TSA</p> <p>Un acteur</p> <p>Une personne qui n'a pas l'air triste</p> <p>Une personne plus âgée</p> <p>Sans DI</p> <p>Pauvre</p>
<p>Des gens très différents peuvent penser au suicide. Parfois, quand une personne dit qu'elle a déjà pensé au suicide, ça peut nous étonner.</p>	<p>  </p>

<p>Dire qu'on a des pensées de suicide, c'est mal.</p>	<p>Daniel pense au suicide. La famille de Daniel est fâchée de ce qu'il a dit. Coralie, la soeur de Daniel, est très fâchée contre lui. Elle lui dit : « Tu n'as pas le droit de te tuer, c'est mal! Tu va te faire punir! ».</p> <p>La maman de Daniel dit : « Ne fais plus jamais ça! C'est interdit! ».</p> <p>L'intervenante explique à tout le monde que ce n'est pas mal de penser au suicide, il ne faut pas punir Daniel pour ça. Elle explique que quand on pense au suicide, c'est parce qu'on souffre, qu'on veut arrêter de souffrir et qu'on a besoin d'aide.</p> <p>Penser au suicide n'est pas un mauvais comportement de Daniel, c'est un signe de détresse. Toutefois, ça fait peur aux personnes qui l'aiment, et les personnes qui l'aiment ne veulent pas que Daniel souffre ni qu'il pense à se tuer.</p>
<div data-bbox="319 318 730 477" data-label="Image"> </div> <p>Je suis d'accord Je ne suis pas d'accord</p>	<p>Et toi, connais-tu quelqu'un qui croit que penser au suicide c'est mal? Pourquoi cette personne pense ça à ton avis?</p> <p>Et toi, crois-tu que penser au suicide c'est mal?</p> <p>Et toi, que penses-tu de ceux qui ont des idées de suicide?</p>
<p>Penser au suicide, ça ne fait pas une mauvaise personne. Ça veut dire qu'on a besoin d'aide. Il ne faut pas hésiter à demander de l'aide.</p>	

4.2. Histoire : Raphaël et le suicide

Les explications sur le processus des idéations et des tentatives peuvent être nécessaires lorsqu'une personne a fait une tentative de suicide ou qu'elle a été conduite à l'urgence pour une tentative de suicide. Ces explications peuvent aussi être nécessaires lorsque la personne connaît quelqu'un qui a vécu ces expériences. L'exploration des idéations et des comportements suicidaires d'une personne peut également mener à ce type d'intervention. Cette intervention propose l'histoire de Raphaël qui permet d'amorcer une discussion sur les tentatives de suicide.

Les cases 1 à 4 abordent les facteurs de risque les plus fréquents (perception de l'isolement social, sentiment d'impuissance, désespoir) et les facteurs déclencheurs. L'intervention vise à explorer les facteurs de risque et les déclencheurs de la personne. L'intervenant peut s'exprimer ainsi : « Dans l'histoire, Raphaël pense qu'il sera toujours malheureux. Est-ce que toi, tu te sens comme Raphaël? ».

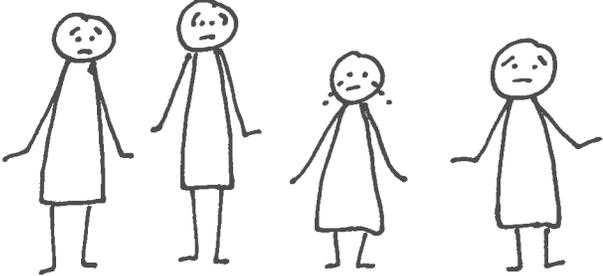
À la case 3, Raphaël exprime des pensées suicidaires. L'intervention vise à explorer les idéations de la personne, ainsi que ses propres raisons d'envisager le suicide (option suicide). À titre d'exemple, l'intervenant pourrait dire : « Raphaël pense que s'il se tuait, il se sentirait moins mal. Qu'est-ce que tu en penses toi? Et toi, as-tu pensé à te tuer? Qu'est-ce que tu penses qui arrive quand on se tue? »

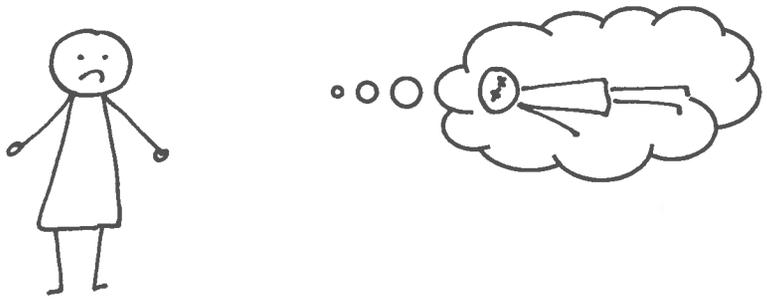
Les cases 5 à 7 présentent la séquence des événements entourant la tentative de suicide de Raphaël et de ses effets, sur lui-même et sur les autres. L'objectif de l'intervention est ici de montrer les conséquences de la tentative. Il ne faut jamais décrire le moyen utilisé pour se suicider. L'intervention vise à parler des conséquences de la tentative (problème non résolu, douleur, malheur toujours présent) et du transport à l'hôpital.

La case 7 décrit l'effet négatif de la tentative sur les proches de Raphaël. L'intervention vise à ramener l'attention de la personne sur les personnes de son entourage pour qui elle est importante, de manière à renforcer les raisons de vivre et le soutien social. L'objectif n'est pas de culpabiliser, mais plutôt d'aider la personne à se projeter dans les relations avec les autres qui sont importantes pour elle.

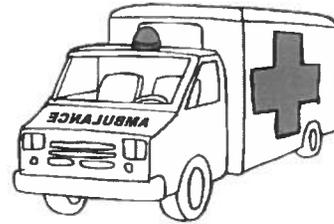
Les cases 8 à 10 illustrent la rencontre entre le médecin et Raphaël, lors de sa visite à l'urgence. On comprend aussi qu'une intervention est mise en place lors du retour de l'hôpital. L'histoire se termine sur une note positive d'amélioration. L'intervention vise à discuter de ce qui s'est passé à l'hôpital avec la personne. Elle vise aussi à discuter avec elle de l'importance de mettre en place un plan d'intervention lors du retour dans son milieu de vie habituel. Il faut expliquer que ce plan d'intervention est mis en place pour l'aider à se sentir mieux suite à une tentative de suicide ou à des idéations suicidaires.

Raphaël et le suicide

1 	<p>Raphaël est frustré.</p> <p>Trop de choses ne vont pas bien en ce moment pour lui.</p>
2 	<p>Raphaël est malheureux et il ne sait pas trop pourquoi.</p> <p>Il ne sait pas quoi faire pour aller mieux.</p> <p>Il pense que ça sera toujours comme ça.</p>
2b 	<p>Tout le monde est inquiet pour Raphaël.</p> <p>Maman veut que Raphaël sourie. Ses amis veulent jouer avec lui. Son intervenante veut que Raphaël participe aux activités qu'il aime.</p> <p>Mais Raphaël ne le voit pas. Il se sent tout seul.</p>

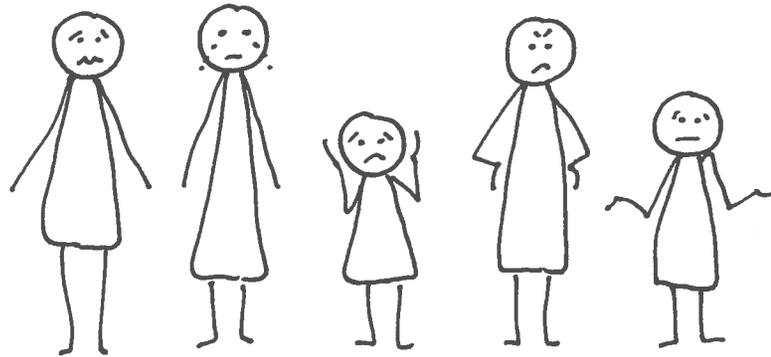
<p>3</p> 	<p>Raphaël voudrait arrêter de se sentir mal.</p> <p>Il pense que s'il se tuait, il se sentirait moins mal.</p>
<p>4</p> 	<p>Raphaël sent que personne ne le comprend.</p> <p>Il se sent seul et il a peur.</p>
<p>5</p> 	<p>Raphaël essaie de se tuer.</p> <p>Il est blessé, il a mal.</p> <p>Il est encore malheureux.</p>

6



L'ambulance vient et Raphaël va à l'hôpital.

7



Tout le monde est inquiet pour Raphaël et souhaite qu'il aille mieux.

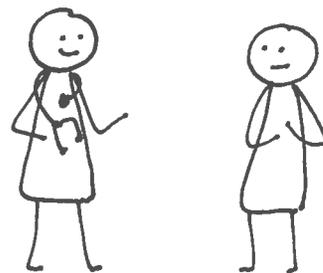
Papa et maman veulent qu'il revienne à la maison.

Ses amis veulent qu'il revienne pour jouer aux cartes.

Les intervenants veulent qu'il revienne pour continuer à apprendre plein de choses.

8

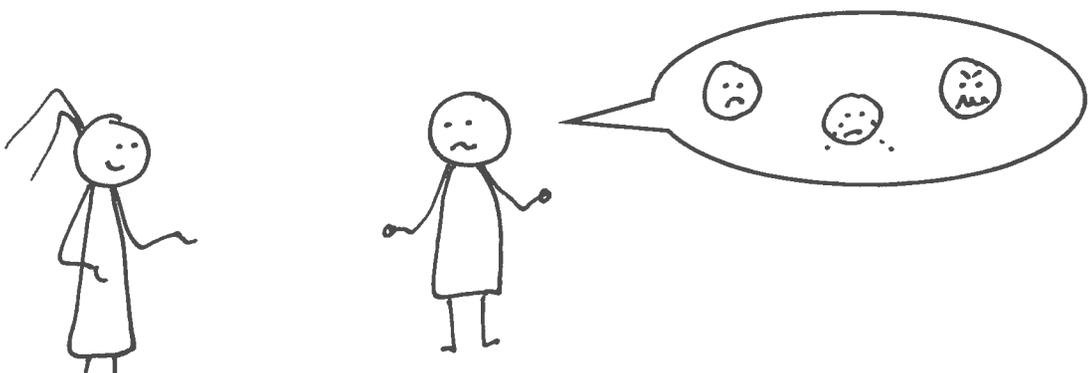
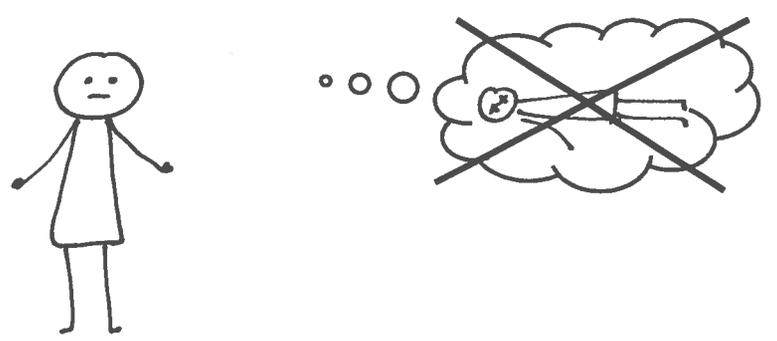
① Que s'est-il passé, Raphaël?



② Je me sentais mal et je voulais me tuer.

À l'hôpital, le docteur pose plein de questions à Raphaël pour comprendre pourquoi Raphaël a essayé de se tuer.

Il veut aider Raphaël à se sentir mieux et à rentrer vite à la maison.

<p>9</p> 	<p>À la maison, Raphaël travaille avec les intervenants et sa famille.</p> <p>Raphaël apprend à exprimer comment il se sent quand ça ne va pas.</p> <p>Comme ça, on peut l'aider à aller mieux.</p>
<p>10</p> 	<p>Raphaël trouve des solutions à ses problèmes avec de l'aide.</p> <p>Il apprend qu'il peut aller mieux sans se tuer.</p>

4.3. Histoire : Marie apprend à dire qu'elle a des pensées de suicide en voyant les autres

Cette histoire aborde le thème de l'imitation ou de l'effet de contagion des MAAS. Cet effet existe dans la population générale et il est bien documenté : lorsqu'une personne se suicide ou a des MAAS, elle peut être imitée par d'autres personnes de l'entourage. L'imitation peut se produire au sein de petits groupes (par exemple, à l'école) ou de petites communautés (par exemple, dans de petits villages). Elle peut aussi se produire lorsque des personnes entendent parler d'un suicide dans les médias ou dans d'autres communautés ou lorsqu'elles se sentent liées à la personne s'étant suicidée (par exemple, dans le cas du suicide d'une personnalité publique, d'un personnage dans un film, d'une personne dans une autre résidence intermédiaire, etc.).

Les études réalisées auprès de la population générale démontrent que parler de suicide dans une perspective d'intervention clinique n'augmente pas le risque de MAAS. Au contraire, cela permet de clarifier le vécu et les émotions de la personne et ainsi que d'ajuster l'intervention à la réalité de la situation. Chez les personnes présentant une DI ou un TSA, l'imitation a été décrite par les intervenants et semble autant toucher les communications verbales, la planification suicidaire et les tentatives de suicide. Les modèles peuvent être dans la vie réelle (proches, amis, résidents, collègues, etc) comme dans les médias (nouvelles, films, séries, etc). Comme pour la population générale, il ne semble pas y avoir d'effet de contagion lorsqu'on discute du suicide en contexte thérapeutique, à condition que le suicide soit bien expliqué.

Cette histoire peut soutenir l'intervenant qui soupçonne qu'une personne a des MAAS suite à un effet d'imitation, c'est-à-dire lorsque des MAAS ont été observées dans son environnement. Elle vise à désamorcer la contagion et à renforcer les mécanismes adéquats de communication des besoins et de la détresse, sans juger l'utilisation des MAAS. Cette histoire et l'intervention qui l'accompagne doivent être utilisées après qu'une évaluation complète du danger ait été faite auprès de la personne. Parler d'imitation ne signifie pas que les MAAS ne sont pas sérieuses; elles ont cependant une fonction autre que la communication de la détresse. Imiter des MAAS n'est pas anodin et de telles MAAS doivent être prises au sérieux. Au-delà de l'estimation du risque, l'intervention vise ici à comprendre le processus d'imitation et à le nommer pour avoir la possibilité de renforcer d'autres mécanismes d'adaptation et de communication.

Les cases 1 à 4 décrivent la situation d'imitation de Marie. L'intervention vise à identifier la source possible d'imitation de la personne dans son environnement.

Les cases 5 à 8 fournissent des explications sur ce qu'est l'imitation et visent à la normaliser. L'intervention permet d'identifier avec la personne d'autres comportements, idées ou émotions qu'elle « attrape » des autres ou dans les médias.

Les cases 10 à 13 met en scène l'imitation des MAAS de Marie. L'intervention vise à expliquer ce qui a pu se passer pour la personne, à identifier et à normaliser le comportement suicidaire.

La case 14 illustre le processus d'identification des déclencheurs de la détresse actuelle de Marie. L'intervention vise à ramener la personne à son état interne actuel, dans l'ici et maintenant. L'intervention vise aussi à identifier ce qui a pu déclencher les MAAS, en dehors de tout processus d'imitation (prendre les MAAS au sérieux).

Les cases 15 et 16 permettent d'identifier et de renommer les moyens habituellement utilisés par Marie (en dehors des MAAS) pour exprimer ses besoins et émotions. L'intervention vise à recentrer la personne sur les

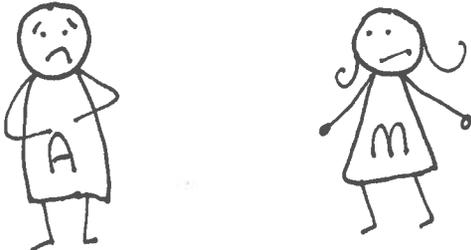
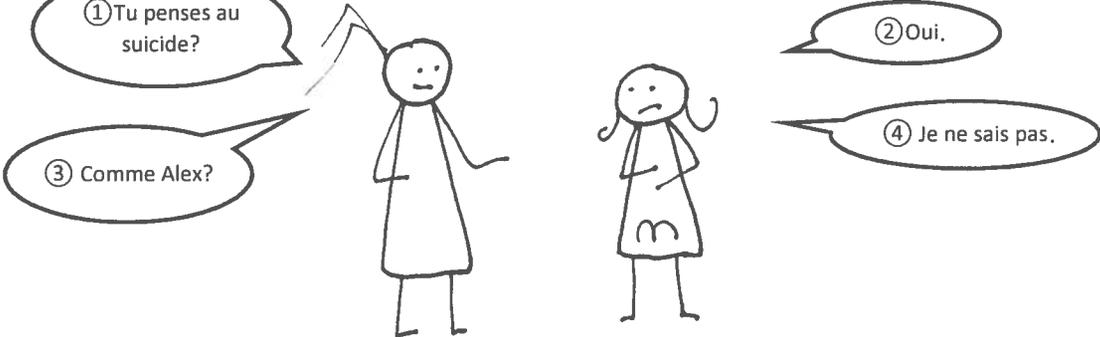
moyens d'expression qu'elle utilise habituellement de manière à les renforcer, sans juger ni sanctionner la présence des MAAS.

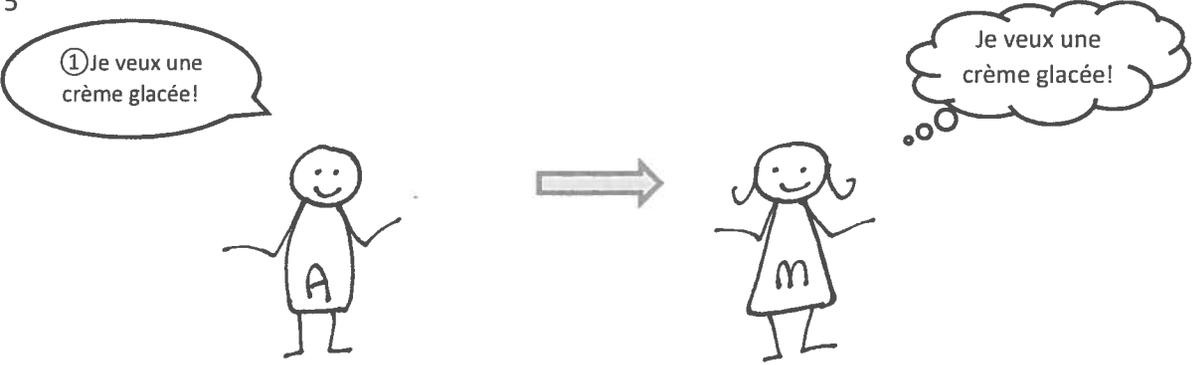
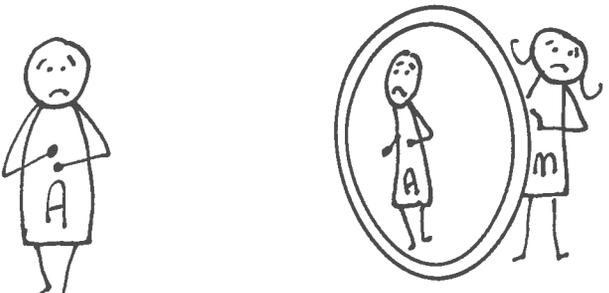
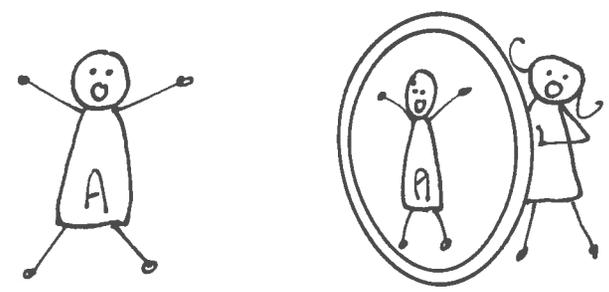
La case 17 illustre la façon dont l'intervenante a rassuré Marie quant à ce qui s'est passé avec son ami qui a eu des MAAS. L'objectif de l'intervention est d'expliquer que la personne imitée s'en est sortie et qu'elle va mieux, le cas échéant. Si la personne imitée est décédée, il est important d'expliquer qu'elle est morte parce qu'elle n'avait pas assez de solutions. Il importe alors de mettre cette situation en contraste avec celle de la personne en la rassurant sur le fait qu'elle a des solutions et qu'elle va s'en sortir. Il est aussi possible ici d'expliquer que des personnes utilisent parfois des MAAS pour exprimer un malaise ou le fait que ça ne va pas bien, et qu'on peut utiliser d'autres solutions. Le but ici est de rassurer la personne, si possible, quant au bien-être de la personne imitée et de mettre l'emphase sur les forces de la personne.

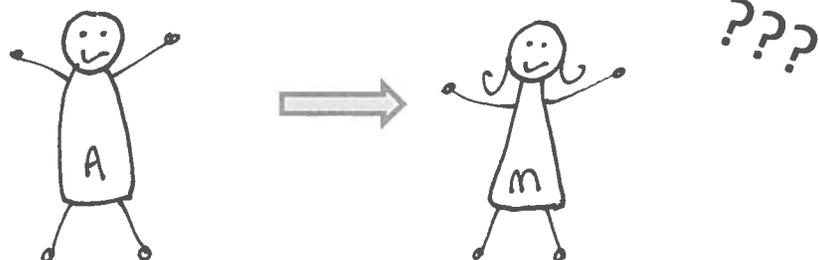
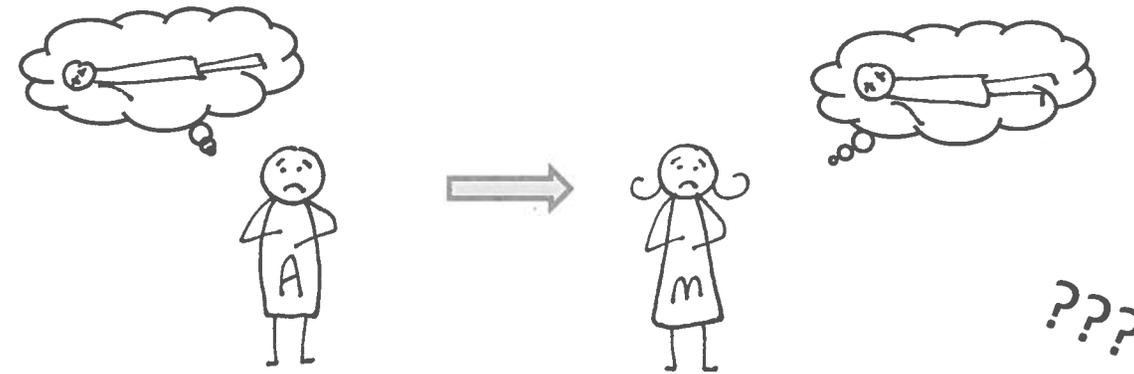
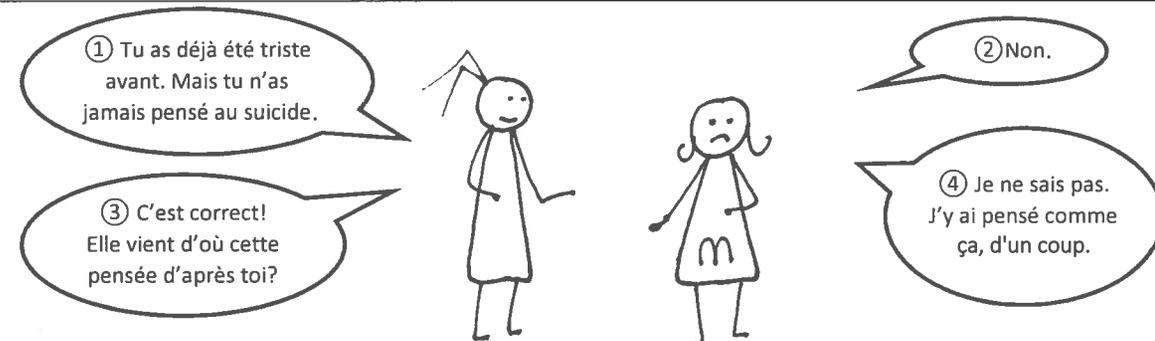
La case 18 illustre la recherche de solutions à la situation de la personne, pour réduire la détresse. Cette étape s'inscrit dans l'approche orientée vers les solutions utilisée en prévention du suicide. Il est alors important de valider et de souligner les forces de la personne. C'est en s'appuyant sur ses forces que la personne pourra utiliser les solutions qui lui conviennent et qui l'aideront à se sentir mieux. Il est contreproductif de reparler des MAAS de manière négative.

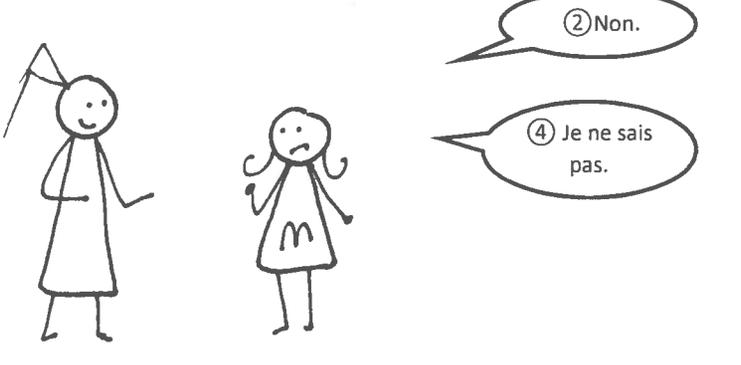
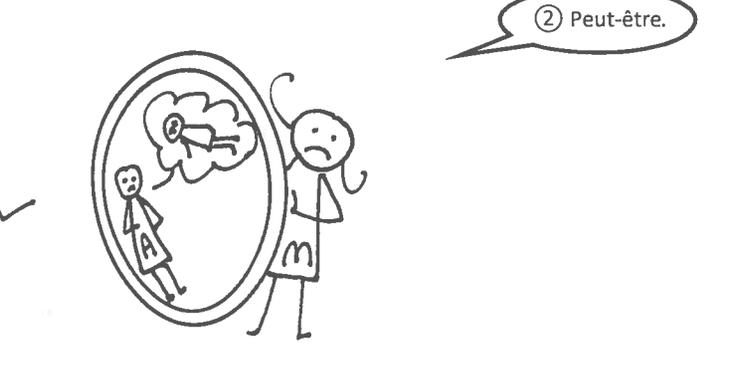
La case 19 montre comment on peut tenter de briser consciemment le cercle vicieux de l'imitation des MAAS. On peut tenter d'éliminer la pensée qui n'appartient pas à la personne en effaçant ou en raturant un dessin qui représente cette idée. On peut aussi choisir d'utiliser des mots.

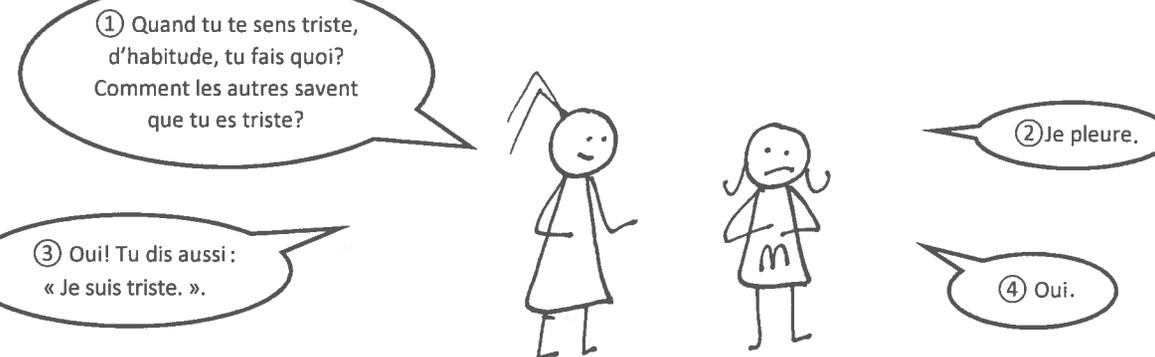
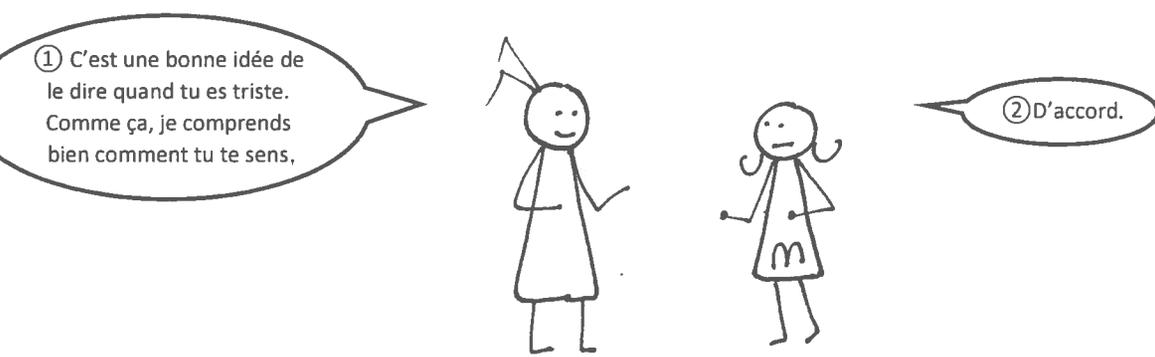
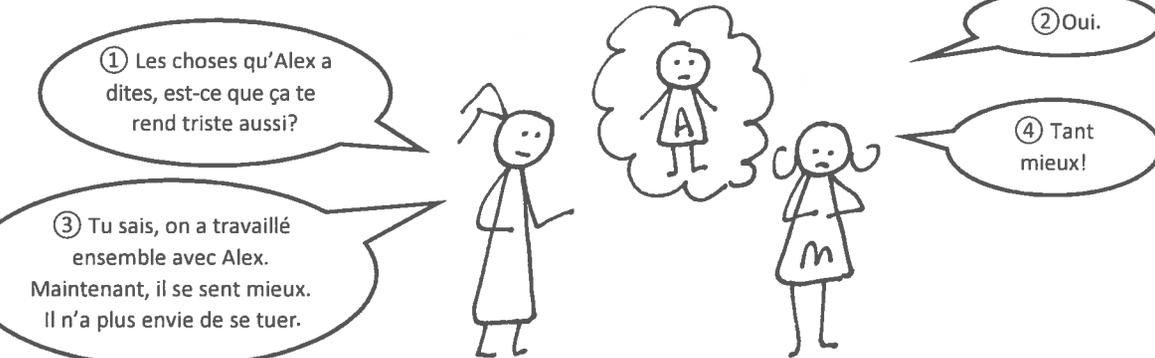
Marie apprend à dire qu'elle a des pensées de suicide en voyant les autres.

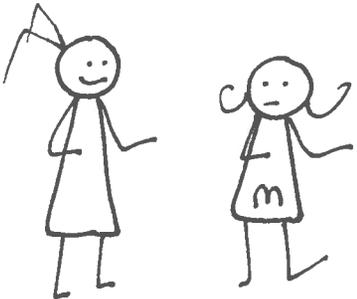
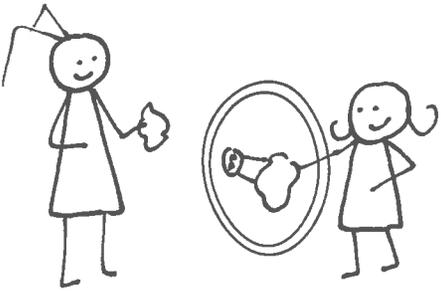
<p>1</p> <p>① Je suis Malheureux! Je vais me tuer!</p>  A stick figure labeled 'A' (Alex) is on the left, looking sad. A stick figure labeled 'M' (Marie) is on the right, looking neutral. A speech bubble from Alex says "① Je suis Malheureux! Je vais me tuer!".	<p>Marie a un ami : Alex. Alex a dit qu'il voulait se tuer et Marie l'a entendu.</p>
<p>2</p> <p>① J'ai des pensées de suicide.</p>  A stick figure labeled 'M' (Marie) is on the left, looking sad. A stick figure labeled 'I' (Intervenante) is on the right, looking neutral. A speech bubble from Marie says "① J'ai des pensées de suicide.". A small arrow points from Marie to the intervenante.	<p>Marie est triste. Elle se sent mal. Elle se met à penser qu'elle aussi pourrait se tuer.</p>
<p>4</p> <p>① Tu penses au suicide?</p> <p>③ Comme Alex?</p> <p>② Oui.</p> <p>④ Je ne sais pas.</p>  A stick figure labeled 'I' (Intervenante) is on the left, looking neutral. A stick figure labeled 'M' (Marie) is on the right, looking sad. A speech bubble from the intervenante says "① Tu penses au suicide?". A speech bubble from Marie says "③ Comme Alex?". A speech bubble from the intervenante says "② Oui.". A speech bubble from Marie says "④ Je ne sais pas.". A small arrow points from the intervenante to Marie.	<p>L'intervenante discute avec Marie pour comprendre ce qui se passe. Elle remarque que Marie a des pensées de suicide depuis qu'Alex en a eu.</p>

<p>5</p>  <p>① Je veux une crème glacée!</p> <p>Je veux une crème glacée!</p>	<p>L'intervenante explique que ça arrive.</p> <p>Quand on voit ou qu'on entend quelqu'un dire quelque chose, ça arrive qu'on se mette à penser comme lui.</p>
<p>6</p> 	<p>Par exemple : quand on voit quelqu'un se sentir triste, ça arrive qu'on se sente triste aussi, comme la personne. On se sent comme un miroir.</p>
<p>7</p> 	<p>Par exemple : quand on voit quelqu'un faire un comportement, ça arrive qu'on refasse le même comportement, comme la personne. On se comporte comme un miroir.</p>

<p>8</p> 	<p>Parfois, on ne sait pas pourquoi on fait comme les autres. Ça arrive à tout le monde.</p> <p>Et souvent, ce n'est pas grave, c'est correct!</p>
<p>10</p> 	<p>Parfois, les choses qu'on fait comme les autres sont graves. On risque de se mettre en danger.</p>
<p>11</p>  <p>① Tu as déjà été triste avant. Mais tu n'as jamais pensé au suicide.</p> <p>② Non.</p> <p>③ C'est correct! Elle vient d'où cette pensée d'après toi?</p> <p>④ Je ne sais pas. J'y ai pensé comme ça, d'un coup.</p>	<p>Dans ces cas, c'est important de penser à ce qui s'est passé.</p> <p>L'intervenante demande à Marie d'où vient la pensée de suicide. Marie ne sait pas. Elle se sent mélangée.</p>

12	<p>① Avant ce matin, avais-tu déjà pensé au suicide?</p> <p>③ Tu y as pensé après avoir entendu Alex?</p> 	<p>Marie n'avait jamais pensé au suicide avant qu'Alex le dise.</p>
13	<p>① Quand tu as entendu Alex dire qu'il voulait se tuer, tu as peut-être pensé à te tuer aussi, comme lui. C'est possible?</p> 	<p>L'intervenante demande à Marie si sa pensée de suicide est comme un miroir de celle d'Alex.</p> <p>C'est difficile de savoir. C'est correct! Ces choses-là sont difficiles pour tout le monde!</p>
14	<p>① Est-ce que tu es triste?</p> <p>③ Qu'est-ce qui te rend triste aujourd'hui?</p> 	<p>L'intervenante discute avec Marie pour comprendre si elle est malheureuse, fâchée ou inquiète à cause de quelque chose de particulier dans sa vie à elle.</p>

<p>15</p> <p>① Quand tu te sens triste, d'habitude, tu fais quoi? Comment les autres savent que tu es triste?</p> <p>② Je pleure.</p> <p>③ Oui! Tu dis aussi : « Je suis triste. ».</p> <p>④ Oui.</p> 	<p>L'intervenante et Marie discutent des moyens que Marie a pour exprimer comment elle se sent.</p>
<p>16</p> <p>① C'est une bonne idée de le dire quand tu es triste. Comme ça, je comprends bien comment tu te sens,</p> <p>② D'accord.</p> 	<p>Elles se rappellent que c'est important d'utiliser ces moyens.</p>
<p>17</p> <p>① Les choses qu'Alex a dites, est-ce que ça te rend triste aussi?</p> <p>② Oui.</p> <p>③ Tu sais, on a travaillé ensemble avec Alex. Maintenant, il se sent mieux. Il n'a plus envie de se tuer.</p> <p>④ Tant mieux!</p> 	<p>L'intervenante explique aussi ce qui s'est passé pour Alex.</p>

<p>18</p> <p>① Et toi? Que peut-on faire pour que tu te sentes moins seule?</p> <p>② Téléphoner à ma sœur?</p> <p>③ Bonne idée!</p> 	<p>L'intervenante et Marie travaillent ensemble pour que Marie se sente mieux et qu'elle trouve des solutions.</p>
<p>19</p> <p>① On efface la pensée de suicide de ton miroir!</p> <p>② D'accord!</p> <p>③ Tu as de très bons moyens pour exprimer ce que tu ressens.</p> <p>④ Oui.</p> 	<p>L'intervenante et Marie travaillent ensemble pour que Marie ne garde pas la pensée de suicide d'Alex pour elle.</p>

4.4. Travailler les fixations sur la mort et sur le suicide

Il n'y a pas canevas type d'intervention pour travailler les fixations sur la mort et sur le suicide. En effet, les idées fixes peuvent jouer un rôle très différent selon les personnes et selon le contexte. Il n'est pas recommandé de confronter la personne à ce sujet puisqu'elle peut se braquer et se réfugier dans une rigidité cognitive encore plus grande. À notre connaissance, il n'existe actuellement pas de guide de bonnes pratiques validé pour soutenir l'intervention qui permettrait d'atténuer l'impact des fixations cognitives sur le suicide des personnes présentant une DI ou un TSA. Cependant, cette section reprend quelques recommandations provenant de l'expérience de cliniciens et pouvant soutenir un plan d'intervention visant à réduire l'impact des fixations sur le suicide ou sur la mort.

La présence d'idées fixes sur la mort et le suicide peut contribuer à l'augmentation du risque suicidaire par le renforcement de l'attrait pour l'option suicide. Pour cette raison, les fixations sur la mort et le suicide ne devraient pas être abordées durant un épisode de MAAS. L'intervention sur ces idées fixes devrait plutôt faire partie du suivi à moyen et long terme. Il n'est alors pas nécessaire de revenir à l'épisode de MAAS pour aborder les fixations avec la personne.

Certaines personnes peuvent avoir des idées fixes sur le suicide et la mort sans avoir eu d'épisodes connus de MAAS. Ces cognitions, ainsi que les interprétations et les croyances qui y sont associées, peuvent fragiliser ces personnes face au suicide lorsqu'elles seront confrontées à des éléments déclencheurs. Il peut donc être pertinent d'intervenir sur les fixations concernant la mort et le suicide, même en l'absence de MAAS.

Dans tous les cas, la première étape de l'intervention consiste à analyser rigoureusement la forme, la structure, le pattern d'expression et les fonctions des idées fixes sur la mort et le suicide chez la personne. L'évaluation peut permettre de répondre à des questions comme :

- Quels sont les expressions associées aux idées fixes? (comportements, propos, attitudes, etc.)
- Quelle est la fréquence des idées fixes? Peut-on identifier des déclencheurs externes lorsque ces idées se manifestent?
- Est-ce un intérêt particulier présent depuis longtemps? Est-ce que l'intérêt est apparu récemment? Peut-on associer l'apparition de ces pensées à un évènement extérieur identifiable (film, décès d'un proche ou d'un animal, propos suicidaires dans l'entourage, etc.)?
- Est-ce que les idées fixes jouent un rôle particulier pour la personne (apaisement de l'anxiété, détente, interaction, etc.)? Quelle peut être la fonction de ces idées fixes sur la mort ou le suicide pour la personne?
- Quel est l'impact de ces idées fixes sur l'entourage de la personne (proches, famille, intervenants, pairs, etc.)? Quel est l'effet de rétroaction sur la personne et sur l'expression de ses idées fixes (entretien, augmentation ou inhibition de ses idées, anxiété, provocation, etc.)?

La seconde étape consiste à analyser le contexte cognitif, affectif, comportemental, médical et social dans lequel se produisent ces idées fixes. La personne peut être confrontée à toutes sortes de situations telles qu'une humeur dépressive ou un épisode de dépression, une augmentation de l'anxiété, des évènements de vie plus difficiles, une période d'ajustement de médication. Elle peut également avoir vu un film, avoir été témoin de propos suicidaires ou avoir été confrontée à la mort d'un proche ou d'un animal.

Avant de faire une intervention sur les idées fixes sur la mort et le suicide, il est pertinent de procéder à une estimation du danger suicidaire (sphères 1 et 2, repérage et danger) afin de détecter, s'il y a lieu, la présence actuelle de MAAS masquées. En effet, la personne peut exprimer un intérêt intense pour le suicide en général, mais également avoir des idéations suicidaires non exprimées directement.

L'intervention doit avant tout porter sur les sources identifiées des fixations sur la mort lorsqu'elles ont pu être identifiées (traitement de la dépression, de l'anxiété, activation comportementale, activation sociale, travail sur l'estime de soi, renforcement des buts et de l'empowerment de la personne, etc.).

Les interventions sur les fixations peuvent avoir quelques objectifs simples :

- Identifier clairement le contenu des pensées rigides ou des fixations potentiellement dommageables avec la personne pour favoriser le développement de sa capacité à nuancer son jugement;
- Amener la personne à voir l'effet potentiellement négatif de ces pensées sur son humeur, afin de l'encourager à les remplacer par des pensées plus positives;
- Identifier les questions de la personne en lien avec la mort et le suicide. Il peut être nécessaire d'expliquer la mort, de discuter des alternatives au suicide quand on vit une situation difficile, et de recadrer les compréhensions erronées.

4.5. Travailler les cognitions associées au suicide - Les raisons pour penser à se tuer et les raisons qui font qu'on ne pense pas à se tuer (recadrage)

4.5.1. Objectif

Cette intervention permet à la personne d'identifier les situations dans lesquelles elle pense qu'on peut devenir suicidaire. Les situations qui ne conduisent pas à des pensées suicidaires sont également identifiées par la personne. Cet exercice permet de comprendre le contexte cognitif dans lequel les MAAS peuvent devenir acceptables pour la personne.

Cette activité peut se faire : 1) lorsqu'une personne inquiète son entourage sans pourtant avoir de MAAS évidentes; 2) lorsqu'une personne dans son entourage a eu des MAAS; ou 3) lorsqu'une personne pose beaucoup de questions sur le suicide. Cette activité ne se fait pas lorsqu'une personne a actuellement des MAAS, puisque l'exploration des raisons de vivre et de mourir fait partie du processus d'estimation du risque suicidaire.

4.5.2. Explication / Justification

En identifiant ces situations, il est possible de révéler : 1) les valeurs et croyances de la personne concernant le suicide, en départageant celles qui augmentent et celles qui diminuent le risque suicidaire; 2) les raisonnements que la personne fait en lien avec la mort et le suicide et les causes qu'elle attribue au suicide; et 3) les situations dans lesquelles la personne peut devenir à risque de développer des MAAS. Tous ces éléments peuvent devenir des cibles d'intervention, de recadrage cognitif et d'exploration de l'affect.

4.5.3. Processus d'intervention

Il importe d'abord de s'installer dans un endroit calme avec la personne. On doit ensuite lui expliquer qu'on va discuter du suicide parce que c'est quelque chose qui la préoccupe de manière générale et qu'on veut l'aider à répondre à ses questions.

Avec le soutien de l'intervenant, la personne explore les raisons d'envisager le suicide et ces raisons sont inscrites dans la première colonne du tableau (voir Tableau 8). On complète l'exercice jusqu'à identifier des moyens pour faire disparaître ces raisons. Ces moyens peuvent être appliqués par la personne elle-même ou par son entourage.

Avec le soutien de l'intervenant, la personne explore les raisons pour refuser d'envisager le suicide et ces raisons sont inscrites dans la deuxième colonne du tableau (voir Tableau 8). On complète l'exercice jusqu'à identifier des moyens pour renforcer ces raisons. Ces moyens peuvent être appliqués par la personne elle-même ou par son entourage.

On fait le point sur les raisons d'envisager le suicide et de le refuser, en montrant qu'il y a des éléments des deux côtés, le but étant de démontrer à la personne que lorsqu'on pense à se tuer, il faut se concentrer sur les éléments pour refuser de le faire.

L'exercice rejoint ceux sur l'espoir, mais en introduisant les situations externes à la personne qui peuvent avoir un effet de contagion sur elle, en explorant plus en détails les cognitions associées au suicide chez la personne et qui peuvent renforcer l'attrait pour l'option suicide en dehors des moments de détresse et d'inquiétudes sérieuses.

Tableau 8 - Les raisons pour se tuer et les raisons pour ne pas se tuer

Quelles raisons peut avoir une personne de penser à se tuer?	Quelles raisons peut avoir une personne de refuser de penser à se tuer?
Selon toi, est-ce que ce sont des bonnes raisons? Pourquoi?	Selon toi, est-ce que ce sont des bonnes raisons? Pourquoi?
Comment peut-on faire disparaître ces raisons de penser à se tuer dans l'esprit (les pensées) de la personne? Quelles sont les méthodes alternatives pour arriver aux mêmes buts? 	Comment peut-on faire pour faire grandir (renforcer) ces raisons de penser à ne pas se tuer dans l'esprit (les pensées) de la personne? 

Le tableau 9 présente quelques exemples de raisons pour envisager ou refuser d'envisager le suicide. Cette liste n'est pas exhaustive. Ces raisons peuvent être nommées sous forme d'idées pour permettre à l'intervenante d'amorcer la discussion si la personne dit qu'elle ne sait pas. L'intervenante peut également faire des suggestions en fonction de ce qui est connu de la situation qui a soulevé des inquiétudes ou qui a justifié l'exercice. L'objectif est ultimement d'alimenter plus la colonne de droite que celle de gauche et de finir l'exercice sur le positif et le constructif.

Tableau 9 - Exemples de raisons pour envisager ou refuser d'envisager le suicide

Raisons pour envisager le suicide	Raisons pour refuser d'envisager le suicide
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêter de souffrir • Arrêter d'être malade • Se sentir moins mal • Se sentir bien • Aller rejoindre quelqu'un qu'on aime • Changer la situation • Se faire entendre 	<ul style="list-style-type: none"> • On ne peut plus faire ce qu'on aime • C'est interdit par la religion • Ça rend triste ceux qui restent • On ne revient pas • Il y a des choses bien dans la vie

Exemple d'un exercice sur les raisons d'envisager le suicide ou de refuser de l'envisager

L'usager a été témoin de propos suicidaires de la part d'un autre résident (Jo). Il se pose beaucoup de questions sur les raisons pour lesquelles Jo a pensé à se tuer. L'intervenant (en italiques) peut l'encourager à verbaliser sur le sujet (tableau 10).

Tableau 10 - illustration des raisons pour se tuer et ne pas se tuer

<p><i>Quelles raisons peut avoir eu Jo de penser à se tuer?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour aller voir son papi qui est mort et il est triste. • Pour que les autres ne l'embêtent plus. Tout le monde embête Jo 	<p><i>Quelles raisons peut avoir une personne de refuser de penser à se tuer?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ça fait de la peine à sa maman.
<p><i>Selon toi, est-ce que ce sont des bonnes raisons?</i> <i>Pourquoi?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui. Son papi lui manque beaucoup • Oui. Parce que quand on est mort, plus personne nous embête. 	<p><i>Selon toi, est-ce que ce sont des bonnes raisons?</i> <i>Pourquoi?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui. Jo ne veut pas faire de peine à sa maman parce qu'elle l'aime
<p><i>Comment peut-on faire disparaître ces raisons de penser à se tuer dans l'esprit (les pensées) de la personne? Que peut faire Jo pour arriver à être moins triste?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quand son papi manque à Jo, il peut parler des bonnes choses dont il se souvient de lui. • On peut faire une activité pour le deuil à la résidence. • Jo peut faire une activité avec quelqu'un d'autre qu'il aimait faire avec son papi. <p><i>Que peut faire Jo pour que les autres ne l'embêtent plus?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jo peut expliquer aux intervenants que les autres l'embêtent et trouver une solution. • Quand on est mort, on ne peut plus avoir de plaisir non plus, donc c'est platte. 	<p><i>Comment peut-on faire pour faire grandir (renforcer) ces raisons de penser à ne pas se tuer dans l'esprit (les pensées) de la personne?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trouver des solutions aux problèmes pour ne plus avoir envie de se tuer. • Dire à sa maman qu'il l'aime. • Penser fort à sa maman quand il veut se tuer. 

Intervenant : Donc que peut faire Jo pour refuser de se tuer?

Usager : Penser à son papi et faire des activités pour se souvenir

Parler aux intervenants des gens qui l'embêtent

Penser à sa maman

Intervenant : Et toi, si tu vis une situation comme Jo, que vas-tu faire pour refuser de te tuer?

Usager : Penser à ma maman

Parler à mon intervenante

Intervenant : Penser à se tuer, ce n'est pas une très bonne solution pour aller mieux. Il y en a des meilleures, qu'on peut trouver ensemble. Jo peut apprendre aussi, comme toi!

4.6. Comprendre et réduire les bénéfices secondaires des MAAS

Très peu d'informations sont disponibles dans la littérature scientifique pour comprendre les processus en jeu dans le développement de bénéfices secondaires liés aux comportements aberrants et aux comportements suicidaires. De même, les facteurs de maintien des comportements suicidaires associés aux relations avec les milieux cliniques et de soins sont peu connus. Il est par contre important de prendre en compte ce phénomène dans l'intervention.

Les bénéfices secondaires sont des gains ou avantages que la personne retire de son comportement. Ils se produisent dans le cadre d'une interaction entre la personne et son environnement, et peuvent dépendre des demandes qui sont faites à la personne par son entourage, des relations entre les personnes et des structures organisationnelles.

Notre étude auprès des intervenants travaillant auprès des personnes DITSA suicidaires a relevé une série de processus d'interaction à travers lesquels peuvent s'installer et se maintenir des bénéfices secondaires aux MAAS. En voici quelques exemples :

- Un épisode de MAAS a entraîné l'annulation d'une exigence ou d'une activité non souhaitée. Lors de situations similaires subséquentes, il est possible que la personne apprenne à utiliser les MAAS pour échapper à une situation similaire non souhaitée.
- Certaines personnes peuvent apprendre et utiliser les termes et expressions des outils d'estimation pour être considérées à risque de manière à recevoir une attention particulière de la part des intervenants.
- Les intervenants pensent souvent que les personnes DITSA qui ont des MAAS ne pensent pas vraiment au suicide et que leur comportement a une autre fonction. Ils identifient donc une fonction spécifique aux MAAS et leurs interventions reflètent et véhiculent cette attribution. Les personnes DITSA peuvent en venir à aligner leur comportement sur les attentes des intervenants et leur cadre d'analyse, et se mettent à utiliser les MAAS de la façon dont les intervenants pensent qu'ils les utilisent.

De façon générale, les intervenants pensent que les personnes utilisent d'emblée les MAAS comme outil de négociation. Cependant, le processus est plus complexe et itératif. L'expression d'une détresse et de MAAS a pu engendrer une attention particulière et la personne a appris à utiliser ce comportement pour obtenir la réponse désirée. C'est donc la réponse de l'intervenant qui a engendré l'apprentissage et l'utilisation de MAAS comme outil de négociation, dans une structure générale où beaucoup de comportements sont développés par apprentissage, en lien avec la réaction des intervenants. Les personnes appliquent aux MAAS ce qu'elles apprennent ailleurs.

D'autres processus en lien avec l'intervention peuvent agir comme facteurs de risque pour l'apparition et le maintien des MAAS. En voici quelques-uns :

- Un décalage entre les capacités actuelles de la personne et les demandes du milieu. Cette situation peut engendrer une rupture de fonctionnement et des MAAS. Le milieu d'intervention et d'accompagnement doit donc être attentif aux variations dans les capacités des personnes et dans les demandes du milieu pour tenter de garder une adéquation entre les deux
- La multiplication des intervenants travaillant avec la personne. Cette situation peut engendrer une fatigue, quand la personne est constamment sollicitée pour travailler des objectifs, modifier des comportements,

ou pour améliorer des aptitudes. Ces demandes multiples par des intervenants différents peuvent engendrer une frustration, une rupture de fonctionnement et des MAAS

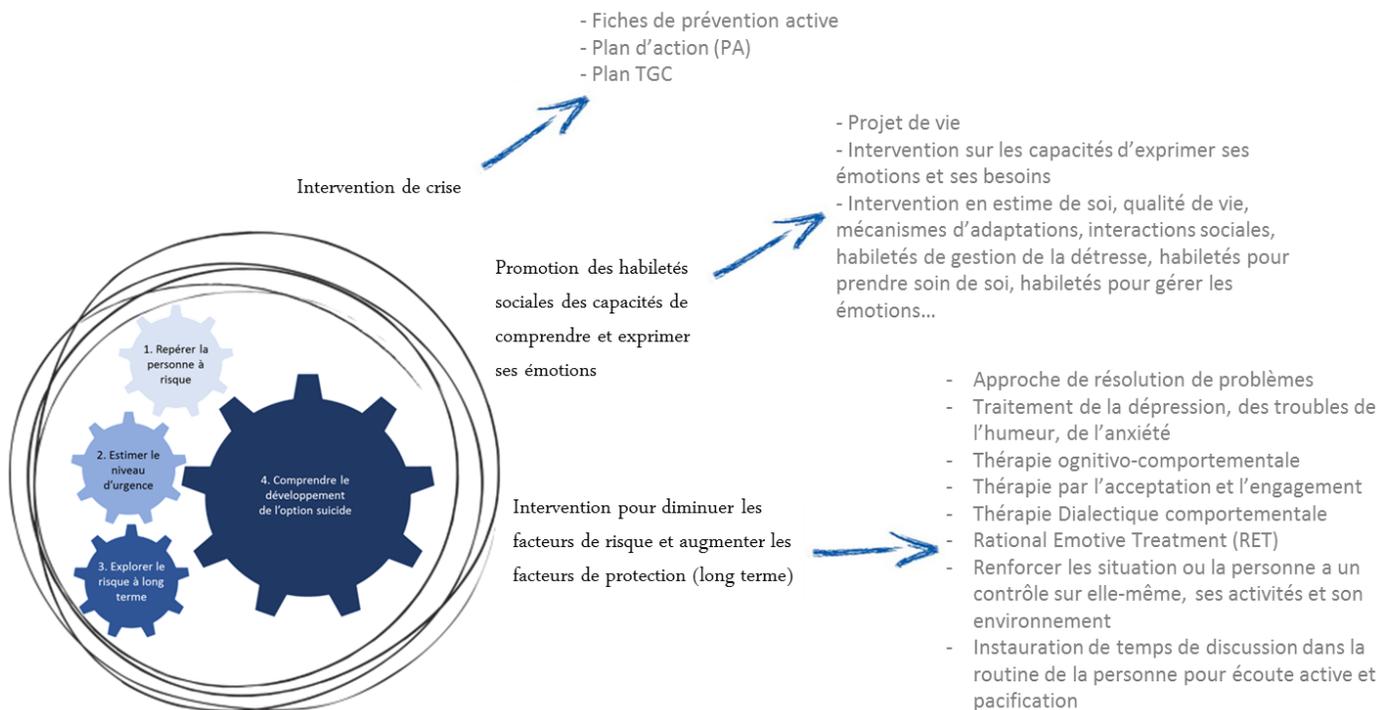
- Une attribution interne des difficultés de l'utilisateur par les intervenants. Cette situation peut limiter les interventions sur le milieu et entretenir des réponses de MAAS.
- Les changements. Les personnes ayant une DI ou un TSA sont susceptibles de vivre beaucoup de changements (routines, intervenants, milieux de vie) qui sont des facteurs de risque potentiels.
- Les conflits avec les intervenants et l'escalade de comportements agressifs ou dérangeants en présence des intervenants. Ces situations représentent un facteur de risque.
- Ignorer un comportement afin de ne pas le renforcer peut également engendrer une escalade de dangerosité des MAAS pour obtenir un effet souhaité de la part de la personne.

Ces processus en jeu dans la structure des interventions et des services doivent être connus et pris en considération lorsqu'un plan d'intervention est fait pour réduire la récurrence et l'apparence de bénéfices secondaires des MAAS par des usagers de services.

Interventions pour réduire les facteurs de risque et renforcer les facteurs de protection : Interventions cliniques utiles pour aider à prévenir le suicide à plus long terme

Plusieurs pratiques d'intervention participent à réduire le risque suicidaire à long terme, telles que celles visant le renforcement de la régulation des émotions, l'amélioration de la compréhension des situations sociales, la diminution de l'anxiété, le traitement des symptômes de la dépression, le renforcement des capacités à comprendre et à exprimer ses émotions et ses besoins, l'acceptation de sa situation et le développement de projets de vie positifs et atteignables. Bon nombre de ces interventions cliniques, fondées sur les meilleures pratiques, sont disponibles pour les intervenants et le plus souvent déjà utilisées avec les clientèles à risque. La figure 16 illustre certaines de ces interventions. Parallèlement à celles-ci, il est aussi important de mettre en place des interventions cliniques visant à traiter les effets des événements négatifs vécus durant l'enfance et des événements à fort potentiel traumatique qui sont fortement liés au risque suicidaire.

Figure 16 - Interventions pour réduire les facteurs de risque et renforcer les facteurs de protection



Chez une personne, ces interventions doivent être adaptées et mises en place en fonction des résultats de l'évaluation du risque et de l'option suicide (sphères 3 et 4 de l'évaluation). Ces interventions doivent également s'appuyer sur la connaissance approfondie de l'histoire et du fonctionnement de la personne, connaissance que possède l'équipe multidisciplinaire qui accompagne la personne sur une base régulière.

Pour compléter ce qui se fait déjà sur le plan de l'intervention clinique dans le milieu de la DI et du TSA, certains outils d'intervention auprès des personnes suicidaires ayant fait leurs preuves auprès de la population générale présente un bon potentiel d'adaptation en DI et TSA.

La thérapie par l'acceptation et l'engagement

La thérapie par l'acceptation et l'engagement (ACT) appartient à la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales. Elle a été développée sur des bases théoriques solides portant sur les cognitions et le langage. Elle s'appuie sur six axes principaux qui abordent les aspects fonctionnels des comportements et les difficultés associées aux caractéristiques du langage. Chacun de ces axes est présenté au Tableau 11, accompagné d'une brève définition.

Tableau 11 - Les axes principaux de la thérapie par l'acceptation et l'engagement (ACT)

L'acceptation	Démarche active visant à limiter les comportements de fuite ou d'évitement des événements ou situations psychologiquement blessantes.
La défusion	Comprendre et gérer les pensées qui ne reflètent pas la réalité.
Le soi comme contexte	Se percevoir soi-même comme le contexte dans lequel apparaissent les pensées et émotions et non pas uniquement comme l'auteur ou l'objet de ces pensées ou émotions.
Le contact avec le présent	Focaliser l'attention sur «l'ici et maintenant» pour limiter l'impact du verbal, se remettre en contact avec les conséquences immédiates de ses comportements.
La mise en évidence des valeurs	Identifier ce qui compte vraiment, les orientations qu'on souhaite donner à sa vie.
L'action	Agir pour développer des comportements en lien avec les valeurs identifiées, se concentrer sur les comportements qui fonctionnent.

L'ACT a été évaluée avec des personnes ayant une DI dans le traitement des troubles mentaux avec des résultats très prometteurs, malgré le fait que cette approche repose sur l'utilisation du langage et de la métaphore. Elle semble particulièrement appropriée pour compléter l'analyse du comportement quand la personne présente des pensées et émotions problématiques et intrusives. Les études sont plus rares en ce qui concerne l'application de l'ACT avec les personnes présentant un TSA, mais ici encore, les perspectives sont prometteuses, particulièrement chez les personnes avec un haut niveau de fonctionnement. L'ACT est une approche de plus en plus utilisée avec les personnes ayant eu des comportements suicidaires, pour lesquelles elle a pu conduire à des améliorations significatives des conditions sous-jacentes. Il est donc prometteur d'utiliser les principes de l'ACT avec des personnes suicidaires ayant une DI ou un TSA.

La thérapie dialectique comportementale

La thérapie dialectique comportementale (TDC) a été développée spécifiquement pour les personnes présentant des difficultés importantes de régulation émotionnelle. Son efficacité a été très bien démontrée pour réduire les comportements d'automutilation et les comportements suicidaires récurrents chez diverses clientèles adultes et adolescentes, particulièrement parmi les personnes présentant un trouble de personnalité limite.

Un des avantages de cette approche est qu'elle est manualisée et disponible librement en version adulte et adolescent. Les interventions sont structurées autour d'activités à faire en individuel ou en groupe et sont accompagnées de fiches d'activités clairement décrites.

L'approche TDC commence à être utilisée avec des clientèles ayant une DI et des problèmes de santé mentale. Elle semble prometteuse pour réduire les comportements difficiles, les dérégulations émotionnelles et les troubles anxieux. Cependant, il semble que la TDC devrait faire l'objet d'adaptations afin de devenir plus efficace auprès des personnes présentant une DI. Il n'existe actuellement pas un corpus significatif de recherches concernant l'application de la TDC auprès des personnes ayant un TSA.

Même si elle n'est pas utilisée dans son intégralité, la TDC comprend des éléments pertinents pour l'intervention auprès des personnes suicidaires ayant une DI ou un TSA. C'est le cas, par exemple, lorsqu'il s'agit d'obtenir la collaboration d'une personne qui au départ résiste à toute forme d'intervention (voir intervenir auprès d'une personne dans les manières d'approcher une personne non coopérante écrite dans l'intervention 2, Assurer la sécurité, intervention 1.2. de ce cahier).

L'amélioration générale de la qualité de vie

L'amélioration de la qualité de vie est un objectif incontournable en prévention du suicide chez les personnes présentant une DI ou un TSA et permet de renforcer les raisons de vivre, le contrôle sur soi et sa vie, le sentiment d'appartenance, l'estime de soi et le bien-être. Les moments d'épanouissement sont nécessaires dans le quotidien et aucune intervention ciblée en prévention du suicide ne peut être efficace dans un contexte général où une personne ne ressent aucune qualité de vie. L'essentiel de l'intervention à long terme doit porter sur l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie des personnes et les effets de ces interventions permettront de réduire également le risque suicidaire à long terme.