

Section 1 - Fondements pratiques du Processus AUDIS et structure générale

Le Processus AUDIS vise à soutenir le jugement clinique des intervenants dans la prévention du suicide auprès de 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.

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 peut ni ne doit le remplacer.

Comme illustré dans la Figure 1, le Processus AUDIS comprend :

- Un modèle dynamique du suicide chez les personnes présentant une DI ou un TSA
- Un processus de soutien à la décision clinique quant au risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA (*Repérage des personnes à risque, Estimation du danger et analyse de l'épisode suicidaire, Évaluation du risque*)
- Un ensemble d'outils d'intervention de prévention du suicide (*Gestion de l'épisode suicidaire, Réduction du risque*) adaptés aux différents niveaux de besoin des usagers et aux pratiques d'intervention des milieux DI-TSA

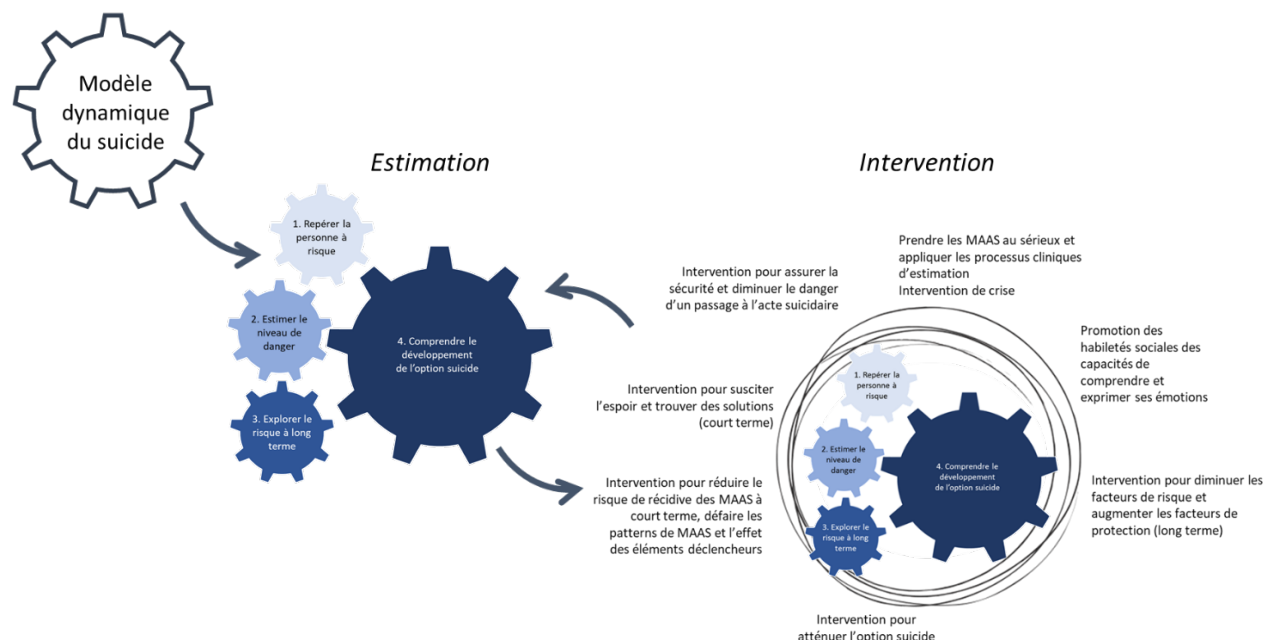
Modèle dynamique du suicide

Figure 1 - Processus AUDIS - vue d'ensemble

Le Processus AUDIS adresse trois niveaux complémentaires de prévention du suicide. Ces niveaux ont été découpés afin que des acteurs différents puissent les appliquer selon les besoins des clientèles et les caractéristiques de leurs milieux :

- Repérage de la personne à risque
- Gestion de l'épisode suicidaire (estimer le danger, analyser l'épisode, intervenir sur le danger et la détresse)
- Réduction du risque suicidaire (facteurs de risque et de protection, option suicide, patterns de MAAS)

Les outils cliniques sont donc décrits en fonction de ces trois étapes tout au long de ce document.

Comprendre le risque suicidaire - Modèle dynamique du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Le modèle dynamique du suicide illustré à la Figure 2 a été développé à partir d'une étude menée entre 2015 et 2017 auprès de 100 usagers DI-TSA des services spécialisés de 12 CIUSSS et CISSS au Québec.

Il fait l'objet d'une étude de validation dont les résultats seront intégrés au courant 2021.

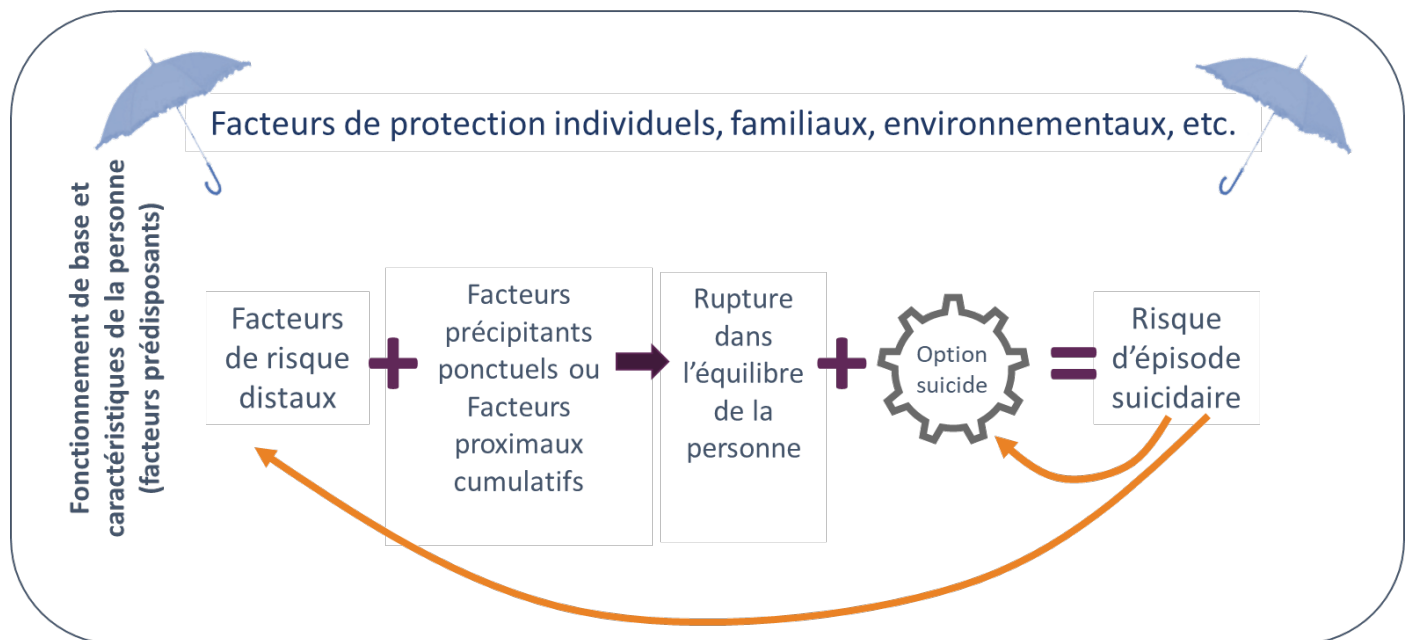


Figure 2 - Modèle dynamique du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Ce modèle sert de fondement aux indicateurs d'analyse du risque suicidaire proposés dans le Processus AUDIS.

Manifestations associées au suicide

Le terme Manifestations Associées Au Suicide (MAAS) a été choisi pour refléter la variété des comportements verbaux, non verbaux, directs et indirects pouvant exprimer la suicidalité des personnes ayant une DI ou un TSA. Le Tableau 1 décrit plusieurs de ces MAAS. Il n'est pas exhaustif, et des personnes peuvent présenter des MAAS différentes.

Tableau 1 – Types de manifestations associées au suicide observables chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Type de MAAS	Exemples
Pensées (non observables ou non communiquées)	▪ Penser à sa propre mort lorsqu'on est triste ▪ Penser à cacher un couteau dans sa chambre ▪ Avoir des flashs suicidaires ou se voir mort ▪ Penser à la réaction des proches si on était mort ou disparu
Communications verbales directes	▪ « je veux mourir »; « je veux me suicider »; « j'ai des pensées noires »
Communications verbales indirectes	▪ « Je veux rejoindre ma grand-mère au cimetière »; « Je voudrais être mort »; « Vous seriez mieux sans moi »; « Je veux partir loin et ne pas revenir »; « Je veux aller avec les oiseaux »; « Je veux faire comme ... (la personne qui s'est suicidée) »
Communications verbales directes ou indirectes par texto ou médias sociaux	▪ Sous forme de phrases (affirmations, questions), images, « J'aime » sur des publications parlant de la mort ou du suicide, etc.
Communications non verbales	▪ Dessins représentant un acte violent ou un geste suicidaire, des tombes, la souffrance, des objets pour se suicider ▪ Mimes : s'étrangler, se couper
Comportements auto-agressifs sans blessure	▪ Essayer de s'enfoncer un objet non coupant (une branche), à travers la peau (dans le ventre, bras ou jambe) ▪ Avaler des pilules ou des substances non toxiques (sans connaître le niveau de danger) ▪ Essayer de s'étrangler avec ses mains ou de retenir sa respiration
Comportements auto-agressifs avec blessures ou avec décès	▪ Avaler des pilules ou des substances ayant un potentiel toxique (drogues) ▪ Se blesser avec un objet coupant ▪ S'étrangler ou se pendre avec une ceinture, une serviette ou une corde ▪ Sauter d'une fenêtre ou d'un endroit élevé ▪ Se jeter devant un véhicule ▪ Sauter à l'eau (sans savoir nager, sans regarder) ▪ Traverser la rue sur une lumière rouge ou rail de métro

Type de MAAS	Exemples
Indices associés aux MAAS Ces indices peuvent aider à repérer une personne à risque qui n'exprime pas verbalement sa détresse et ses idéations suicidaires	▪ Cognitifs : confusion, difficultés de concentration, indécision ▪ Émotionnels : humeur changeante, sautes d'humeur, manifestations de tristesse, de colère, d'irritabilité, inquiétude accrue face à des événements à venir, anxiété, agressivité accrue, insatisfaction, déception, peurs ou insécurité face à une situation, sentiment d'incompétence ▪ Psychiatriques : augmentation des symptômes ▪ Pertes d'acquis et difficultés d'adaptation dans la situation actuelle : <i>stagnation ou régression</i> ▪ Comportementaux : changements de comportement (pire ou mieux, agitation ou prostration, amplification des comportements habituels, augmentation de la consommation de substances ou des comportements compulsifs, isolement, demande d'aide accrue, absentéisme ▪ Somatiques : apparition ou aggravation de troubles physiques, digestifs, maux de dos, maux de tête, etc. ▪ Sur le plan neuro-végétatif : dégradation du sommeil, de l'appétit, du niveau d'énergie ▪ Signes de désespoir : discours négatif face à l'avenir, découragement, démission, dévalorisation de soi, arrêt de traitement, refus du suivi ou absences, refus de l'aide offerte

Considérations générales sur le Processus AUDIS

Approche générale

Le Processus AUDIS 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.

Le Processus AUDIS ne remplace pas le jugement clinique, il le complète et le soutient. Il constitue un cadre pour identifier les informations pertinentes et orienter la décision clinique sur le niveau de danger, le type de risque et pour identifier les interventions nécessaires. Il constitue un moyen de conserver les informations et connaissances acquises lors de la gestion d'épisodes suicidaires pour transférer l'information, travailler en équipe, mettre en place des Plans de prévention du suicide – épisode (PPS-E, gestion de l'épisode suicidaire) et des Plans de prévention du suicide – risque (PPS-R, réduire le risque suicidaire, comprendre et réduire l'option suicide, comprendre et réduire la répétition des comportements suicidaires).

Le Processus AUDIS n'est pas une grille standardisée produisant un score de danger, un remplacement à l'expertise et au jugement clinique ni un formulaire à remplir après coup pour compiler une information inutile à l'intervention. 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*.

La gestion du risque suicidaire est un processus collaboratif impliquant les personnes et professionnels qui connaissent bien l'utilisateur et les professionnels qui connaissent bien le processus d'estimation.

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 suicidalité fluctue rapidement dans le temps et l'évaluation de l'intentionnalité ne constitue pas toujours 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.

Clientèles ciblées

Les outils d'estimation du risque proposés dans le Processus AUDIS peuvent donc être utilisés avec toutes les personnes ayant une DI ou un TSA pour lesquelles les intervenants ou les proches éprouvent une inquiétude quant à la présence de MAAS. La manière d'aborder les thèmes varie en fonction des capacités cognitives et communicationnelles de la personne. Dans l'état actuel des connaissances (2020), il est impossible de savoir si des spécificités doivent être apportées pour les enfants par rapport aux adultes ou pour les personnes ayant un TSA sans DI.

Plusieurs personnes peuvent recueillir l'information à différents moments en fonction des capacités de la personne, du lien de confiance, de la disponibilité des intervenants et proches et du temps disponible. Une perspective longitudinale de l'évaluation du danger et du risque nécessite également un recueil de données régulier. La prise de note fait donc partie intégrale de l'évaluation et de la communication entre tous les intervenants impliqués auprès de cette personne.

La prise de note dans les documents associés au Processus AUDIS peut être faite après l'intervention pour conserver une trace transmissible de ce qui s'est produit. Il est évident que la prise de note n'est pas faite durant un épisode suicidaire aigu, durant une intervention d'urgence ou de crise. Les outils d'estimation proposés dans le Processus AUDIS sont avant tout un guide pour se souvenir des points pertinents à explorer avec la personne pour estimer le danger (lorsqu'il n'est pas clairement faible ni élevé) et évaluer le risque (lors des interventions habituelles, donc dans un contexte calme). Nombre des informations utilisées dans le volet d'estimation du Processus AUDIS sont déjà disponibles dans le dossier de la personne ou auprès des intervenants et proches. Il est possible de se référer à la prise des notes évolutives, afin de ne pas recopier les notes prises ailleurs.

Processus clinique de prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Le Processus AUDIS a comme objectifs :

- **Comprendre** : Les manifestations associées au suicide (MAAS) font partie d'un processus dynamique alimenté par l'histoire de la personne, ses vulnérabilités, sa situation actuelle et une construction cognitive et interactionnelle de la suicidalité. La suicidalité est un processus complexe qu'il est nécessaire de comprendre pour intervenir adéquatement.
- **Repérer une personne à risque** : cette première étape cruciale d'une gestion du risque suicidaire vise à identifier adéquatement une personne vivant de la détresse **et** des comportements suicidaires afin de les prendre au sérieux et développer une intervention adaptée à ses besoins.

- **Gérer un épisode suicidaire** : Cette étape consiste à analyser la situation et estimer le danger puis intervenir en cas d'épisode suicidaire. Plus précisément l'estimation du danger vise à qualifier le danger d'un passage à l'acte suicidaire, identifier la présence/nature/intensité des idéations suicidaire, identifier les facteurs de risque et de protection proximaux, identifier les déclencheurs, documenter l'historique individuel et familial de comportements suicidaires, décrire le niveau de désespoir, comprendre l'impulsivité de la personne, comprendre ce qui se passe pour la personne sans a priori, mais surtout **orienter l'intervention (allouer les bons services au bon moment avec la bonne intensité)**. L'intervention, quant à elle vise à assurer la sécurité, prévenir le passage à l'acte, renforcer l'espoir, diminuer le risque de passage à l'acte futur, renforcer les facteurs de protection, réduire les facteurs de risque.
- **Réduire le risque suicidaire** : Cette dernière étape vise à comprendre la construction du processus suicidaire et intervenir à long terme. Plus précisément, elle vise à compléter l'information recueillie (identifier les facteurs de risques plus distaux, les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de protection agissant à long terme dans la construction du risque suicidaire), comprendre le processus suicidaire de la personne, prendre des décisions sur le risque suicidaire, déterminer les interventions visant à réduire les facteurs de risque, renforcer les facteurs de protection et modifier le processus suicidaire (identifier et mettre en place des pistes d'intervention visant à améliorer le bien-être de la personne et réduire la détresse)

Les phases d'évaluation et d'intervention sont interdépendantes à tous les niveaux de la gestion du risque suicidaire. Dans cette perspective, le processus clinique est basé sur la séquence observer – décider – agir (illustrée à la Figure 3). Cette séquence est présente tout au long du Processus AUDIS.

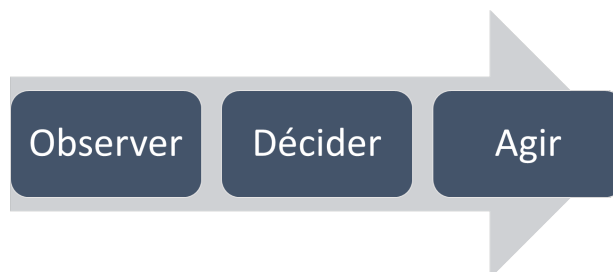


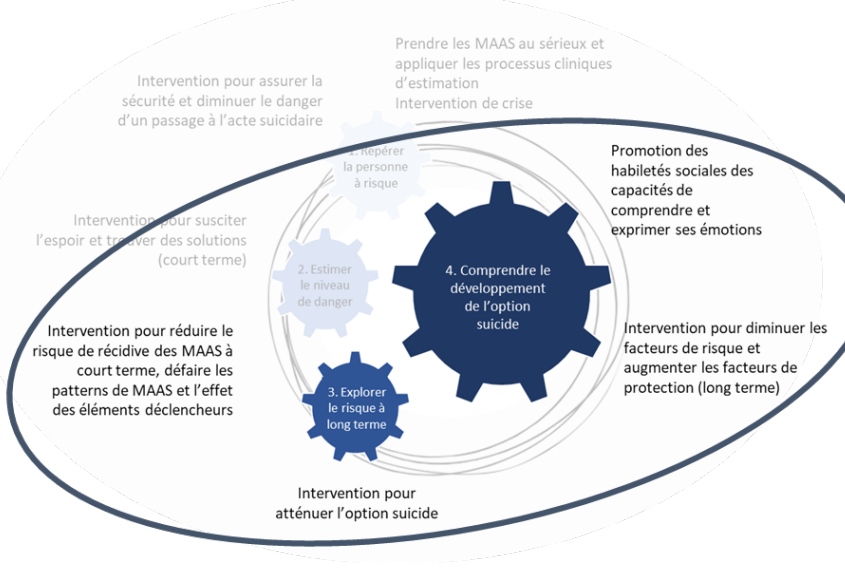
Figure 3 - Fondement du processus clinique

Le processus clinique comprend trois volets complémentaires s'appuyant sur le modèle dynamique du suicide (voir Tableau 2). Les étapes 1) repérage, 2) gestion de l'épisode suicidaire et 3) réduction du risque ont été distinguées pour qu'elles puissent être réalisées par des personnes distinctes dans l'entourage et dans la structure de services accompagnant la personne ayant une DI ou un TSA.

Tableau 2 - Étapes de gestion du risque suicidaire dans le cadre du Processus AUDIS

Étape	Structure	Quand?	Acteurs impliqués
1. Repérage des personnes à risque	Prendre les MAAS au sérieux et appliquer les processus cliniques d'estimation Intervention de crise 1. Repérer la personne à risque 2. Estimer le niveau de danger 3. Explorer le risque à long terme 4. Comprendre le développement de l'option suicide Intervention pour assurer la sécurité et diminuer le danger d'un passage à l'acte suicidaire Intervention pour susciter l'espoir et trouver des solutions (court terme) Intervention pour réduire le risque de récurrence des MAAS à court terme, défaire les patterns de MAAS et l'effet des éléments déclencheurs Intervention pour atténuer l'option suicide Intervention pour diminuer les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection (long terme) Promotion des habiletés sociales des capacités de comprendre et exprimer ses émotions	Lorsqu'une personne exprime de la détresse ou qu'elle présente des indices associés aux MAAS	Intervenants, proches, personnes en contact avec l'utilisateur dans ses interactions quotidiennes

Étape	Structure	Quand?	Acteurs impliqués
2. Gestion de l'épisode suicidaire Cibler directement les MAAS		Estimation et intervention lors de l'épisode suicidaire et dans les heures et jours suivants (pour le suivi)	Un intervenant formé à l'utilisation du Processus AUDIS et à la construction d'un PPS-E, un intervenant en prévention du suicide

Étape	Structure	Quand?	Acteurs impliqués
3. Réduction du risque suicidaire Évaluation et intervention sur les facteurs de risque et processus cognitifs, émotionnels et sociaux sous-jacents (option suicide) et sur les patterns de MAAS		Lors d'un suivi clinique, des rencontres d'équipe, en dehors des épisodes suicidaires	Équipe clinique intervenant habituellement auprès de la personne, proches, intervenants spécialisés

Intégration du processus AUDIS dans les protocoles de gestion du risque suicidaire des établissements

La prévention du suicide ne peut être distincte des interventions générales réalisées auprès de la personne. C'est pourquoi 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, si l'essentiel de la détresse d'une personne vient du peu de contrôle qu'elle a sur sa vie quotidienne, il peut être inutile de travailler sur ses capacités d'expression des émotions.

Aucune intervention ne devrait être ponctuelle et aucune intervention ponctuelle ne résoudra le problème de la suicidalité d'une personne. **Les stratégies proposées dans la section 5 doivent s'intégrer dans une stratégie systémique basée sur une évaluation rigoureuse de la personne et de son environnement.**

Parallèlement, le Processus AUDIS suit une structure compatible avec les pratiques habituelles en place dans le réseau de la réadaptation, soient les Analyses Multimodales, les plans d'intervention, les plans d'action, les fiches de prévention active, etc. Il est possible d'intégrer la gestion du risque suicidaire dans les processus cliniques connus et déjà implantés auprès de la personne.

Enfin, l'intégration des outils cliniques et de prise de notes associés au Processus AUDIS dans les dossiers clinico-administratifs facilitent leur utilisation. Elle devrait être planifiée en amont de l'implantation des outils dans les équipes cliniques.

Description générale des outils d'estimation et d'intervention proposés

Les trois étapes de gestion du risque suicidaire présentent la même structure (observer – décider – agir) et sont basées sur des outils visant à accompagner et documenter le jugement clinique.

Estimation

Les outils associés à l'estimation comprennent des indices à observer en utilisant diverses sources d'information ainsi que des questions visant à soutenir la prise de décision clinique quant aux éléments suivants :

- La présence de MAAS (1. Repérer la personne à risque);
- Le danger lors d'un épisode (2. Estimer le niveau de danger);
- La compréhension du risque suicidaire et de son développement (3. Explorer le risque à long terme, 4. Comprendre le développement de l'option suicide).

La Figure 4 montre l'interdépendance de ces différents niveaux et moments d'estimation. Une compréhension et une analyse complètes du risque suicidaire ne peuvent que faire que de manière longitudinale en tenant compte de ces quatre niveaux d'évaluation.

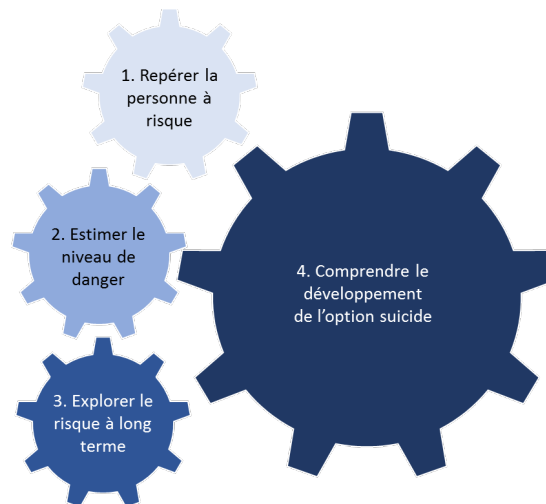


Figure 4 - Éléments d'estimation

Intervention

Toutes les interventions mises en place doivent répondre à un objectif clair déterminé par l'évaluation (observer - décider – agir).

Les interventions proposées dans le cadre du Processus AUDIS 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 entre cette intervention et les besoins de la personne de même que ses capacités de compréhension.**

La Figure 5 illustre les différents domaines d'intervention répondant aux objectifs identifiés lors de l'estimation du danger et de l'analyse de la suicidalité de la personne.

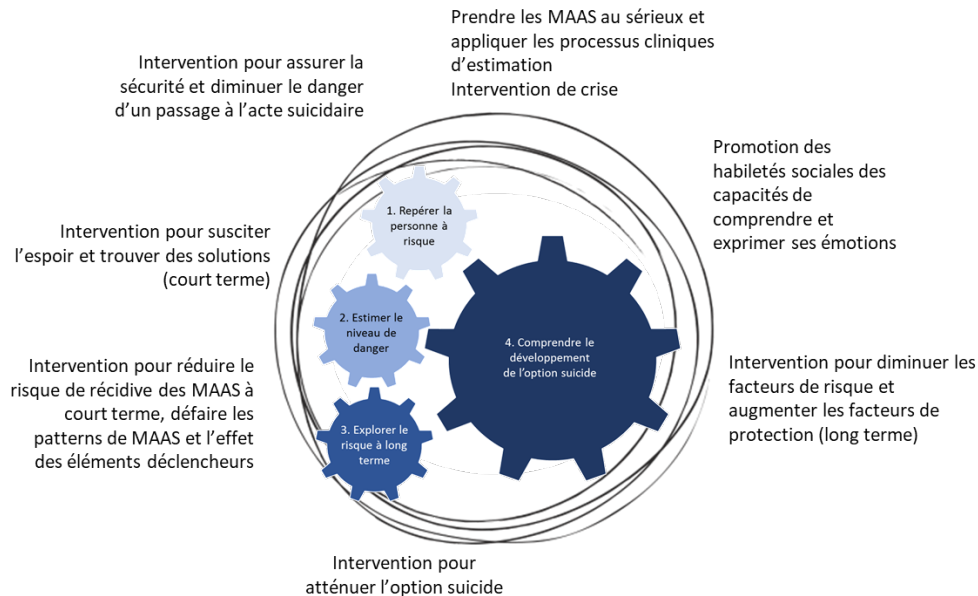


Figure 5 - Stratégies d'interventions adaptées aux objectifs identifiés lors de l'estimation

Ces domaines d'interventions se distinguent quant à leur objectif et quant au moment de l'intervention :

- **Suite au repérage** : Prendre les MAAS au sérieux et appliquer les processus cliniques d'estimation, d'intervention de crise
- **Suite à l'estimation du niveau de danger lors d'un épisode suicidaire** : intervenir pour assurer la sécurité et diminuer le danger de passage à l'acte, intervenir pour susciter l'espoir et trouver des solutions à la situation
- **Suite à l'évaluation des facteurs de risque et de l'option suicide** : Intervenir pour réduire le risque de récurrence des MAAS à court terme, défaire les patterns de MAAS et l'effet des éléments déclencheurs, Intervenir pour atténuer l'option suicide, Intervenir pour diminuer les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection (long terme), promouvoir les habiletés sociales, les capacités de comprendre et exprimer ses émotions

Dans le cadre du Processus AUDIS, des interventions visant chacun de ces objectifs de gestion du risque suicidaire sont proposées et décrites en détails à partir de la structure ci-dessous :

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.

Structure des documents de soutien à la décision clinique

Chaque étape du processus clinique se présente dans un tableau tel que le Tableau 3. Les zones colorées présentent des informations pour guider le processus de décision clinique. Les zones en blanc sont destinées à prendre des notes sur les observations, décisions et interventions mises en place.

Tableau 3 - Structure type des étapes du processus AUDIS

Information à recueillir : Indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant à l'étape de gestion du risque suicidaire concernée (repérage, gestion de l'épisode, réduction du risque). Indices et éléments à observer pour prendre une décision clinique sur le processus suicidaire de la personne.	Observer	Observer : information recueillie Source : Questions à l'utilisateur, observations, questions à des intervenants ou des proches, dossier de l'utilisateur.	
	Décider	Décider : Décision quant au repérage, danger, risque.	
		Critères de décision sous forme de questions	
	Agir	Agir : intervenir pour prévenir le suicide	
		Stratégies d'interventions possibles à cette étape et à adapter en fonction de la décision prise à partir des observations faites	

Les outils de soutien à la décision clinique sont composés de quatre pages reflétant les étapes du processus de gestion du risque suicidaire.

Ces trois étapes se complètent à chaque épisode suicidaire :

- Repérer la personne à risque – Processus AUDIS Repérage.
- Gérer l'épisode suicidaire - Plan Prévention Suicide – Épisode (PPS-E)
- Gérer l'épisode suicidaire – Suivi post épisode suicidaire

Cette étape se complète de manière longitudinale, en dehors des épisodes suicidaires, en enrichissant les informations à chaque épisode suicidaire :

- Intervenir pour réduire le risque suicidaire - Plan Prévention Suicide – Risque (PPS-R)

Recueillir des informations sur le suicide et sa prévention

L'exploration de la suicidalité avec une personne ayant une DI ou un TSA peut se faire de manière verbale directe ou indirecte, par des pictogrammes et des dessins, en utilisant des scénarios sociaux ou par diverses activités. Des suggestions sont faites plus loin dans cette section. Il est important de varier les sources d'information et de ne pas négliger l'observation directe de la personne et son comportement, son attitude, ses expressions corporelles et d'émotions, ainsi que des changements perceptibles dans ces expressions. Par ailleurs, rappelons qu'il est important de clarifier une information ambiguë même si cela peut être stressant, de façon à prendre une décision éclairée.

Dans ce contexte, la question de la validité des propos tenus par la personne se pose souvent. Quand une personne dit qu'elle veut se tuer, qu'est-ce qui constitue des propos valides? Le Processus AUDIS tente de répondre à ces préoccupations à travers différentes méthodes. La triangulation des sources d'information aide à valider l'information (proche, intervenant, personne). De plus, combiner les stratégies de recueil d'information peut renforcer la qualité des informations (observer et questionner). Questionner un tiers par rapport aux comportements de la personne et aux changements rapides observés dans son fonctionnement est une bonne stratégie, mais elle ne doit pas être utilisée seule, puisque les proches ont souvent une perception biaisée des émotions de la personne. Bien connaître les styles de fonctionnement habituels de la personne est un atout important puisque les MAAS représentent souvent des changements dans ce fonctionnement. Enfin, le Processus AUDIS indique les éléments à explorer afin d'établir la nature et l'ampleur du danger et du risque suicidaire. L'exploration peut se faire par différents moyens (questions directes, ouvertes ou fermées, observation, utilisation de pictogrammes, questionnement de l'entourage, etc.). Diverses stratégies d'exploration sont présentées dans la section ci-dessous.

Approches pour obtenir l'information nécessaire auprès d'utilisateurs présentant des MAAS

Différentes approches peuvent être utilisées pour explorer les MAAS chez les personnes présentant une DI ou un TSA, même chez les personnes dont le moyen de communication principal est verbal (questions directes, questions indirectes, utilisation de supports visuels, observation, activités). La meilleure stratégie consiste en la combinaison de différentes méthodes.

Attitude de l'intervenant face à l'utilisateur

Plus que des méthodes précises de questionnement et d'exploration, c'est l'attitude générale de l'intervenant qui a un impact déterminant sur le processus de gestion du risque suicidaire. Nous reprenons ici quelques éléments clés pouvant vous aider à adopter une attitude propice à l'exploration du risque et à l'intervention en prévention du suicide.

Attitudes propices

- Une attitude bienveillante, chaleureuse, rassurante, patiente, accueillante est essentielle
- Montrer qu'on est disponible pour entendre et comprendre est crucial (l'accueil et l'établissement d'une relation de confiance)
- Il est important d'être assez directif avec la personne (ex. : « *C'est important, on va s'asseoir et prendre le temps d'en parler.* »)
- S'adapter au niveau émotionnel de la personne, en tenant compte de sa compréhension de ses émotions et de son niveau de désorganisation
- La personne idéale pour faire l'estimation est un intervenant familier avec lequel la personne a un bon contact (cela peut signifier que la rencontre se fait à deux personnes : le spécialiste en estimation et le spécialiste de la personne).
- Partir de ce que la personne dit/comprend, sans mettre de mots dans sa bouche, surtout pas au début. Tenir compte des capacités cognitives et sociales de la personne tout en posant des questions univoques.
- Noter les termes utilisés par la personne pour parler de sa détresse et de ses MAAS, puis les réutiliser (ex. : « Quand tu [terme utilisé par la personne], viens me le dire »).
- Utiliser un ton neutre dans les questions
- Porter attention au non-verbal (celui de l'intervenant et celui de l'utilisateur)
- Partir du discours de la personne, de ses mots à elle. Si vous reformulez, utilisez des termes simples
- Rassurer la personne qu'on ne vise pas à la punir, mais à comprendre pour mieux l'aider

- Rester ouvert afin bien comprendre sans faire dévier la pensée de la personne par trop de questions
- Tolérer les silences, être patient
- Encourager l'expression de la souffrance qui amène les idées suicidaires, écouter l'histoire de la personne selon sa perception, quelle que soit votre analyse de la situation
- Utiliser les moyens de communication qui sont familiers

Comportements à éviter

- Éviter de mettre des mots dans la bouche de la personne
- Éviter de suggérer / induire des réponses (ex. : as-tu pensé au suicide pour arrêter de souffrir ?)
- Éviter de transmettre une impression de désapprobation des idées suicidaires (ex. : j'espère que tu ne penses pas au suicide ?)
- Éviter de couper le fil de pensées de la personne en posant trop de questions
- Prendre soin de ne pas trop orienter les questions avec des interprétations, la personne peut avoir des difficultés à retrouver ce qu'elle voulait dire
- Éviter la stigmatisation et la culpabilisation (ex. : as-tu pensé à la peine que tu ferais si tu te suicidais ?)
- Éviter les questions sur l'intention suicidaire (ce n'est pas un indicateur fiable de risque et ça peut changer très vite)
- Éviter de donner des passe-droits à cause des MAAS, ou à l'inverse, priver la personne d'une activité (cela pourrait être perçu comme une punition et nuire à l'expression de ses besoins dans le futur)
- Éviter de remettre en cause la réponse de la personne (ex. : « êtes-vous sûr ? »), ceci peut aggraver le potentiel d'acquiescement et peut entraver, plutôt qu'aider ou clarifier un problème.

Validation de la demande d'aide

Il est important de toujours valider la demande d'aide (ex. : « Tu as bien fait de me dire que tu veux me parler. C'est important de le dire quand ça ne va pas bien. »). Ceci constitue la première étape nécessaire à tout processus de gestion du risque suicidaire (estimation et intervention).

Collaboration de la personne

Il est important d'avoir la collaboration de la personne ayant eu des MAAS pour bien comprendre ce qui s'est passé, clarifier les MAAS et leurs déclencheurs. Par contre, dans certains cas, une fois le calme revenu et la crise dissipée, la personne refuse de

revenir sur ce qui s'est passé et ne collabore pas facilement à l'évaluation du danger et du risque à long terme.

Multiplier les sources d'information est alors une stratégie utile. Cependant, il faut rester prudent avec les perceptions et analyses des proches et des intervenants. En effet, des études montrent que les parents ne perçoivent pas les MAAS de leurs jeunes de la même façon que les intervenants et ces derniers sont à risque de mal interpréter les MAAS qu'ils observent.

L'analyse de certaines composantes du risque suicidaire peut se faire sans la collaboration directe de la personne (observation de la personne dans son environnement, recueil d'information auprès des proches, des intervenants, du dossier, etc.), mais d'autres composantes nécessitent d'avoir accès à la vie intérieure, aux comportements et aux émotions de la personne.

L'approche et l'établissement d'un contexte favorable sont alors deux éléments importants pour que la personne ait confiance et accepte de parler de l'épisode suicidaire.

[Retour sur la situation ou suivi](#)

Attendre que la personne soit dans un moment calme et sécuritaire pour revenir sur la situation peut aider. Vous pouvez aussi aborder la discussion en parlant de vos perceptions et de vos besoins par rapport à la situation qui s'est produite.

Ex. : « Je sais que tu n'as pas envie de reparler de ce qui s'est passé (lors de la crise). J'aimerais qu'on voie ensemble comment tu vas maintenant, ce qui s'est passé qui a aidé à ce que tu ailles mieux. Je voudrais aussi qu'on voie ce qu'on peut faire pour que ça ne recommence pas. »

[Obtenir des informations sur la présence de MAAS lors de l'estimation du danger](#)

Cette section donne quelques options et suggestions pour explorer les pensées suicidaires avec les personnes présentant une DI ou un TSA. Chacun peut les adapter selon ses besoins et selon les capacités de la personne.

Poser des questions pour recueillir l'information auprès d'un usager sur la présence d'idées suicidaires

Poser des questions sur les comportements suicidaires peut faire peur ou mettre mal à l'aise. Il est pourtant primordial d'être clair et précis dans ce domaine afin d'assurer une bonne analyse et des interventions adaptées aux besoins et au niveau de danger et de risque de la personne.

1^{er} cas : L'utilisateur a présenté des communications suicidaires directes

Dans ce cas, les éléments suicidaires doivent être abordés de façon franche et directe, sans jugement et sans détours, de préférence en utilisant les mêmes termes que la personne, pour commencer.

2^e cas : L'utilisateur n'a pas présenté de communications suicidaires évidentes ou directes

Dans ce cas, il s'agit d'explorer la détresse et les pensées afin de trouver des pistes pour aborder la question du suicide. Quand les questions sur le suicide sont posées, mentionner que des questions de ce genre sont posées à toutes les personnes qui vivent des situations difficiles, pour bien s'assurer de leur bien-être et de leur sécurité.

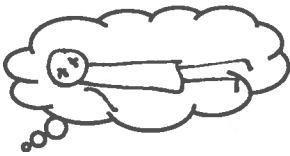
Rassurer l'utilisateur : quand on pense à quelque chose, ça ne veut pas dire qu'on va le faire. L'exploration de la présence des MAAS se fait dans un dialogue continu.

Utilisation de vignettes

Comme pour d'autres sujets et si ce moyen est connu de la personne, il est possible de construire et utiliser des vignettes simples abordant des aspects différents des MAAS. Quelques exemples sont donnés ci-dessous.

Présence de pensées suicidaires		
Image 	Texte : (Alex) est très frustré. Il/elle ne sait plus quoi faire pour que ça change. Il/elle voudrait mourir pour arrêter d'être frustré. Il/elle pense à trouver une façon de se tuer.	Questions : - Te sens-tu comme (Alex)? - Quelles sont les pensées que tu as? - Pourquoi tu te sens comme (Alex)? - Pourquoi tu ne te sens pas pareil que (Alex)? - Est-ce que tu te sens encore comme ça?

Planification	
Image  Texte : (Alex) pense à mourir, comme toi. Il/elle a trouvé un moyen pour se tuer (ou se faire du mal)	Questions : - As-tu aussi pensé à une façon de te tuer / te faire du mal, comme (Alex)? - Et toi, à quel moyen as-tu pensé pour te tuer ou te faire du mal? - Penses-tu que tu vas mourir si tu fais ça? - Qu'est-ce qui t'a fait penser à ça?

Tentative de suicide	
Image  Texte : (Alex) est très triste. Il/elle est tellement triste qu'il/elle a essayé de se faire du mal, de se tuer.	Questions : - Te sens-tu comme (Alex)? - As-tu essayé de te tuer ou de te faire du mal? - Comment as-tu fait? - Pensais-tu que tu allais mourir en faisant ...? - As-tu envie de recommencer? - Pourquoi recommencerais-tu?

Utilisation de questions simples à choix de réponses

La personne peut pointer ce qui correspond à comment elle se sent et ce qui s'est passé où remplir seule par écrit. Expliquer que toutes les réponses sont correctes et qu'il n'y a pas de mauvaise réponse. Quelques exemples sont décrits ci-dessous.

Explorer l'objectif du geste posé			
Quand tu as fait (description du geste suicidaire), que souhaitais-tu qu'il arrive?			
Voulais-tu te faire mal?	Oui Je ne sais pas Non		
Voulais-tu mourir?			
Voulais-tu de l'aide?			
Voulais-tu que je sache que tu étais triste (ou fâché)?			

Explorer les idéations			
Est-ce que tu penses parfois à être mort?			
	Oui Je ne sais pas Non		
En ce moment, est-ce que tu penses à être mort?			

Explorer l'ambivalence		
Es-tu content d'être en vie en ce moment?		
Es-tu fâché d'être en vie en ce moment?	Oui	Je ne sais pas
Tu as essayé de te tuer et tu es en vie maintenant. Comment tu te sens d'être en vie?		

Intégration de l'exploration des MAAS dans une activité d'expression non verbale

L'objectif est ici de favoriser l'expression des émotions et des comportements d'une manière qui met l'accent sur le non verbal, pour les personnes éprouvant des difficultés à exprimer oralement leur vécu.

Exemples :

- « *Je voudrais que nous discussions de ce qui s'est passé, parce que je veux comprendre pour t'aider mieux si tu te sens de nouveau mal comme quand tu as (reprendre une brève description de l'évènement).* »
- *S'asseoir avec la personne et faire un dessin*
 - « *C'est difficile et si tu n'arrives pas ce n'est pas grave, mais peux-tu dessiner comment tu te sentais quand...* »
 - « *Dessine ce que tu faisais quand tu étais fâché, triste...* »
 - « *Moi, je vais dessiner ce que je comprends que tu me racontes. Tu me diras si je me trompe.* »
 - « *Montre-moi comment ça se passe dans ton corps quand tu te sens mal et que tu veux mourir.* »
 - « *Montre-moi comment tu veux faire pour te faire du mal ou te tuer.* »
 - « *Quand tu as mis un couteau dans ta chambre, c'était pourquoi? Tu voulais qu'il arrive quoi? Que voulais-tu faire avec ce couteau?* »

Suggestions de questions directes et indirectes

Le processus AUDIS ne comporte pas d'items ni de questions précises à poser aux usagers puisque les questions doivent toutes être adaptées au niveau de communication de la personne. Cependant, nous vous proposons quelques exemples dans le Tableau 4.

Tableau 4 - Proposition de questions et formulations pour l'exploration du risque suicidaire : Recueillir l'information auprès d'un usager sur la présence d'idées suicidaires

	L'utilisateur a présenté des communications suicidaires directes	L'utilisateur n'a pas présenté de communications suicidaires évidentes ou directes
Champ d'exploration	Intervention	
Expression de la détresse et des pensées	Utiliser des gestes, des images représentant les émotions et d'autres pictogrammes familiers à l'utilisateur qui représentent son environnement pour l'amener à exprimer sa détresse, sa souffrance, les choses qui créent son malaise du moment, ses souhaits, ses désirs.	
Reconnaissance, validation et acceptation la détresse, peu importe sa forme d'expression (frustration, colère, agressivité, pleurs, tristesse, etc.)	- Je vois que tu en as gros sur le cœur. Tu as dit (...), tu as fait (...). D'habitude tu fais ça quand ça ne va pas bien. Est-ce que c'est bien ça? C'est correct, il faut que ça sorte. Je t'écoute.	

	L'utilisateur a présenté des communications suicidaires directes	L'utilisateur n'a pas présenté de communications suicidaires évidentes ou directes
Recherche d'indices de présence de pensées suicidaires et exploration des pensées suicidaires.	- Tu as dit à (...) que tu voulais (te tuer, mourir, etc.), est-ce que ça veut dire que tu penses (au suicide, à t'enlever la vie)? - Quand tu penses à mourir, c'est comment? Comment ça se passe dans ta tête? (question ouverte, exploration) - Veux-tu dire que tu penses à te tuer? (question fermée) - Quand tu penses à mourir c'est comment? Qu'est-ce que tu penses faire? Vérifier la planification en faisant raconter : raconte-moi comment c'est quand tu penses à t'enlever la vie, quelles sont les idées que tu as? Où est-ce que tu as trouvé ces idées (option suicide)? Quoi d'autre, continue. - Quand la réponse est oui, vérifier la planification directement.	- Question de normalisation : Ça peut arriver parfois que des personnes qui vivent [nommer la situation difficile vécue par l'utilisateur] pensent à se tuer. Est-ce que toi tu y penses? Y as-tu déjà pensé avant? - Quand on se sent très mal comme tu te sens maintenant, on peut avoir toutes sortes d'idées dans la tête, je comprends ça. - Des fois, on peut avoir envie de faire du mal quand on est en colère ou qu'on a de la peine. Des fois, on a envie de se faire du mal. C'est des idées que des personnes peuvent avoir quand ça va trop mal. Tu peux m'en parler. - Est-ce que tu as tellement mal que tu penses à mourir? T'enlever la vie? (question fermée). - Quand tu te sens (refléter), t'arrive-t-il parfois de penser à mourir? - Je vois que tu te sens très mal – mêlé – perdu – découragé – etc. - J'aimerais beaucoup savoir comment tu te sens en dedans, quelles idées tu as quand tu te sens comme ça (exploration de la souffrance et des idées suicidaires). - Est-ce que tu te sens tellement frustré – en colère – triste – fâché – que tu aurais envie de mourir – disparaître – te tuer?

	L'utilisateur a présenté des communications suicidaires directes	L'utilisateur n'a pas présenté de communications suicidaires évidentes ou directes
Validation des éléments observés	- J'ai remarqué que tu n'as pas l'air d'avoir du plaisir à (faire telle activité) comme avant, tu as dit que la vie ne vaut pas la peine, tu n'as pas l'air de te sentir bien, j'aimerais vérifier des choses avec toi. Quand tu dis que la vie ne vaut pas la peine, tu veux dire quoi au juste? Veux-tu dire que tu penses à mourir? Est-ce que tu veux dire que tu penses à te tuer?	- J'ai remarqué que tu n'as pas l'air d'avoir du plaisir à (faire telle activité) comme avant, tu n'as pas l'air de te sentir bien, j'aimerais vérifier des choses avec toi. Ça arrive parfois que quand ça ne va pas bien, des personnes pensent à mourir. Toi, est-ce que tu y penses?
Inclusion des éléments de validation de la compréhension du discours et du comportement de la personne. Utilisation du reflet et la reformulation avant de poser la question suivante	- Tu avais l'air très fâché et tu as dit à (...) que tu voulais (te tuer, mourir, etc.). Des fois, il y a des personnes qui disent ça quand ça va mal. Est-ce que ça va mal pour toi? Dis-moi ce qui ne va pas bien? (...) est-ce que c'est ça qui t'a fait dire que (reprenne ses mots, ou nommer ce qu'il a dessiné). Qu'est-ce que ça signifie pour toi? (...) Est-ce que ça veut dire que tu penses (au suicide, à t'enlever la vie, ou bien ça veut dire quelque chose d'autre?	- Tu avais l'air très fâché et tu as dit à (...) que tu voulais que ça arrête. Des fois, il y a des personnes qui disent ça quand ça va mal. Est-ce que ça va mal pour toi? Dis-moi ce qui ne va pas bien? (...) est-ce que c'est ça qui t'a fait dire que (reprenne ses mots, ou nommer ce qu'il a dessiné). Qu'est-ce que ça signifie pour toi? (...) Est-ce que ça veut dire que tu penses (au suicide, à t'enlever la vie, ou bien ça veut dire quelque chose d'autre?
Vers les solutions et le plan d'action : ouverture à une action visant à travailler avec la personne pour favoriser sa collaboration et commencer à réduire sa détresse	- Tu vas voir, on va en parler, penser à ça, et ensemble, on va trouver des solutions - pour que tu te sentes mieux (quand on ne peut pas changer la situation) - pour améliorer cette situation (quand on peut changer la situation). - Qu'est-ce que tu as pensé qui a fait diminuer – augmenter tes idées de mourir?	

	L'utilisateur a présenté des communications suicidaires directes	L'utilisateur n'a pas présenté de communications suicidaires évidentes ou directes
Suivi post crise (quelques heures ou jours) : réévaluation de la présence d'idées suicidaires et de détresse.	- Comment sont tes idées de mourir – suicidaires – comparé à la dernière fois? Moins fortes, plus fortes, pareilles (utiliser image d'échelle, de thermomètre)? - Qu'est-ce qui les a fait diminuer / augmenter?	- Comment tu te sens aujourd'hui? Comparé à l'autre fois? Tu te souviens quand je t'avais posé des questions sur les pensées suicidaires? As-tu repensé à ça ou non? - Comment tu te sentais quand tu y as repensé? - Tu n'y as pas pensé? C'est bien, (passer à un autre sujet).

Construction d'un scénario social du développement de sa détresse, la situation qui amène sa souffrance

Les scénarios sociaux sont des outils couramment utilisés avec les personnes ayant une DI ou un TSA. Ils peuvent également être appliqués à l'exploration du danger et du risque suicidaire. Le scénario social peut être écrit, dessiné ou illustré. Il peut permettre de décrire avec la personne le processus l'ayant amenée à penser au suicide ou à avoir des comportements suicidaires. Il permet aussi d'identifier les moments dans le processus où on peut intervenir pour l'interrompre. Par contre, il est important d'éviter de dessiner ou de décrire le geste suicidaire dans le scénario social pour ne pas induire des idées de moyen par exemple. On utilisera plutôt un symbole de la détresse de la personne ou des effets du geste suicidaire (comme la douleur, la peine). Un autre scénario social peut décrire l'intervention et la manière dont on a interrompu le processus suicidaire avec des actions menées en collaboration avec la personne.