

Objectifs de la réduction du risque suicidaire

Les objectifs du PPS-R se situent aux niveaux de l'évaluation et de l'intervention :

Objectifs de l'évaluation	Objectifs de l'intervention
▪ 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

On vise à identifier les facteurs de risque plus distaux et compléter l'information recueillie lors de la gestion des épisodes suicidaires pour comprendre le processus suicidaire de la personne, prendre une décision sur le risque suicidaire à long terme (incluant le danger d'un épisode suicidaire subséquent) et déterminer les interventions pour réduire les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection.

Cette étape permet de recueillir de l'information en continu sur les facteurs de vulnérabilité au suicide qu'on peut modifier ou dont on peut atténuer les effets sur la personne, de même que sur les pistes d'interventions pour réduire les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection. Les décisions doivent ensuite être prises en équipe et incluses dans le plan d'intervention à long terme, ainsi que dans les plans d'actions lors d'épisodes suicidaires subséquents. Les éléments recueillis peuvent être utilisés lors d'un suivi thérapeutique ou dans le développement des activités de la personne.

Le recueil des informations pour cette étape se fait à partir de différentes sources (dossier, discussions avec différents intervenants impliqués, proches, entrevues, observations, lors de rencontres planifiées, lors des activités habituelles, etc.). Il n'est pas nécessaire d'aborder la question du suicide pour explorer la plupart des facteurs de risque recensés.

Une grande partie de l'analyse des données recueillies ici se fait sur le modèle de l'évaluation fonctionnelle du comportement. Elle peut aussi bien être faite en utilisant les outils du Processus AUDIS ou directement dans les grilles d'analyse fonctionnelle du comportement utilisée dans le milieu. Elle s'intègre également dans les plans d'analyse multimodale (PAM).

L'intervention pour réduire le risque suicidaire comprend trois grandes sections :

- Les **facteurs de risque et de protection** qui peuvent sous-tendre le développement du risque suicidaire à long terme et sur lesquels construire une intervention psychosociale et psychiatrique (plans d'intervention, activités de développement des habiletés)
- Le **développement de l'option suicide** qui permet d'analyser les composantes cognitives et interactionnelles du risque suicidaire. Cette section est transversale et soutient toute la démarche d'estimation du risque suicidaire. Elle contribue à l'établissement d'un plan d'intervention à long terme. L'objectif est de comprendre comment l'idée du suicide a germé dans l'esprit de la personne et son comportement, afin de mettre en place des interventions de psychoéducation, recadrage, ou autres pour réduire l'importance de ces facteurs et donc réduire les cognitions favorables au suicide.
- Les **patterns des MAAS**, si la personne semble susceptible de vivre plusieurs épisodes. Cette analyse s'intègre dans l'approche d'analyse fonctionnelle et les PAM.

En explorant l'option suicide, on cherche à savoir comment la personne comprend le suicide, ainsi que comment s'est développée l'idée que le suicide puisse être une solution aux problèmes, que ce soit pour soi-même ou pour autrui. On explore les composantes cognitives et sociales du suicide et de son acceptabilité, ainsi que le rôle des comportements suicidaires dans l'interaction de la personne avec son entourage.

L'option suicide peut aider à comprendre la source (ou les sources) des idéations suicidaires, identifier les éléments qui peuvent alimenter ces idéations et, à l'inverse, les éléments qui peuvent diminuer l'impact de ces idéations. Elle peut soutenir une démarche individuelle, mais elle peut aussi fournir des pistes d'intervention et d'activités à mettre en place pour la prévention du suicide auprès de petits groupes, par exemple lorsqu'un usager a des comportements suicidaires devant d'autres usagers, lorsqu'un événement en lien avec le suicide est présenté dans les médias ou dans les médias sociaux, ou lorsqu'un décès survient dans l'entourage. Lors du recueil de ces informations auprès d'une personne présentant une DI ou un TSA, il est important de porter attention à sa façon d'aborder ces sujets, qui peut être révélatrice de sa compréhension de la mort et du suicide et aider les intervenants à établir un mode privilégié de communication sur ce sujet avec elle.

Observer : Sources d'information et indicateur d'évaluation du risque

Les éléments suivants peuvent être observés pour évaluer le risque suicidaire et déterminer les pistes d'action à mettre en place à long terme.

Information à recueillir	Description et instruction
Facteurs de risque	
<i>Les facteurs de risque et protection sont présents même en l'absence de MAAS. La compréhension de ces facteurs s'enrichit au fur et à mesure des épisodes de MAAS. Cette partie de l'évaluation ne doit pas être remplie à chaque épisode avec l'individu, mais s'enrichit à chaque épisode et intervention</i>	
Facteurs prédisposants	Rigidité cognitive, faible capacité d'adaptation, affect généralement anxieux, humeur instable, problèmes d'attachement, histoire de consommation de substances, troubles de santé mentale, type et niveaux de DI ou TSA, troubles associés (TDAH, TGC, etc.).
	Historique de vécu ou d'événements marquants ou traumatiques incluant négligence, abandon, abus, agression, intimidation, dysfonctions familiales, difficultés dans le cheminement scolaire.
Facteurs contributants	Sentiment d'être limité / dépendant, perception de soi comme étant anormal, méconnaissance du diagnostic, faible estime de soi, consommation de substances, impulsivité.
	Structure inadéquate des occupations, problèmes de suivi en santé mentale, relations difficiles avec les proches, isolement / rejet, intégration sociale inadéquate, difficultés avec le projet de vie, milieu limitant les opportunités d'autodétermination.
Facteurs précipitants et éléments déclencheurs	Aggravation de troubles mentaux, consommation de substances actuelle, tout élément qui agit comme la goutte fait déborder le vase (déclencheur).
	Tout élément qui agit comme la goutte fait déborder le vase (déclencheur) qui arrive de l'extérieur : mauvaise nouvelle, perte, etc.
Facteurs de protection	
	Capacité de se calmer rapidement, capacité d'identifier des solutions, capacité d'adaptation, sentiment de contrôle sur sa vie, présence de raisons de vivre, capacité d'exprimer ses émotions et ses besoins.
	Adéquation entre les demandes du milieu et les capacités de la personne, intégration sociale adaptée, présence de personnes assurant la sécurité, présence de sources de satisfaction, connaissance et acceptation du diagnostic par l'entourage, présence de liens de confiance.

Information à recueillir	Description et instruction
Exploration de l'option suicide	
	 Expériences avec la mort - Décès d'un proche ou dans l'entourage - Exposition à des comportements associés au suicide dans l'entourage ou les médias - Avoir entendu parler du suicide en positif dans l'entourage ou les médias Comportements associés au suicide - Historique de manifestations associées au suicide - Historique d'automutilation - Tentatives antérieures Compréhension et perception de la mort - Façons de comprendre la mort - Avoir entendu parler de la mort en positif - Préoccupations à propos de la mort - Fixations sur la mort ou le suicide Présence de motifs pour envisager le suicide Exemples : 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, etc. Ou pour refuser de l'envisager Exemples: interdit par la religion, ça rend triste ceux qui restent, etc. Fonction de l'expression suicidaire dans l'interaction avec autrui - Avoir vécu des gains secondaires associés à des comportements suicidaires précédents - Comportements d'imitation
Comprendre les patterns et fonctions, risque de répétition et chronicisation	
Moments critiques recensés dans tous les épisodes de MAAS vécus par la personne et conséquences	Périodes difficiles vécues entre les rencontres de suivis et moments possiblement critiques prévisibles qui demandent la mise en place d'un filet de sécurité. L'identification des moments critiques se fait en observant les réactions de la personne dans son environnement et en consultant ses proches et les intervenants qui la côtoient. S'il n'y a qu'un épisode, ce n'est pas nécessaire de reprendre l'information ici. Cette section vise à comprendre les patterns sur plusieurs épisodes
Présence de MAAS antérieures et synthèse des différents épisodes vécus par la personne	Analyses basées sur l'évaluation fonctionnelle du comportement, en décrivant le pattern des MAAS, si un pattern émerge de l'observation de plusieurs épisodes de MAAS. Déclencheurs identifiés (plus que le déclencheur lui-même, indiquer sa catégorie) : Type de MAAS et structure d'escalade des MAAS (comportements précurseurs, mots utilisés, comportements, moyens, rituels, etc.) : Conséquences immédiates (incluant les comportements des personnes proches, des autres usagers, des intervenants, les interventions d'urgences, consultations médicales ou avec un estimateur, les changements dans les attentes ou dans la routine, etc.) : Ici encore, s'il n'y a qu'un épisode, ce n'est pas nécessaire de reprendre l'information ici. Cette section vise à comprendre les patterns sur plusieurs épisodes

Information à recueillir	Description et instruction
Comprendre la fonction des MAAS en examinant un ou plusieurs épisodes de MAAS (Plan d'analyse multimodale)	L'objectif est ici de développer des hypothèses quant aux liens entre les déclencheurs, les facteurs de risque, de protection, les MAAS et les conséquences (incluant des hypothèses potentielles sur le développement de bénéfices secondaires, si applicable). Cette étape est similaire à ce qui est fait lors d'un PAM. Chaque hypothèse doit être appuyée par les arguments identifiés dans les étapes précédentes.

Décider : Décision issue de l'analyse des facteurs associés au risque suicidaire

La décision sur les facteurs de risque peut se prendre à partir des questions suivantes :

- La personne présente des facteurs de risque sur lesquels il est important d'agir pour diminuer la détresse et le risque de récurrence de MAAS?
Oui / Non
- La personne présente des composantes associées à l'option suicide?
Oui / non
- La personne présente des patterns de MAAS pouvant faire l'objet d'intervention? Oui / non

Agir : Intervention à mettre en place pour réduire le risque suicidaire

Les interventions mises en place à long terme ne ciblent pas directement les MAAS, mais les facteurs associés. La mise en place de ces interventions ne nécessite pas de reparler de l'épisode suicidaire avec la personne. Les domaines su illustrés dans la Figure 9 et décrits en détails à partir de la page 90 peuvent être abordés en intervention.

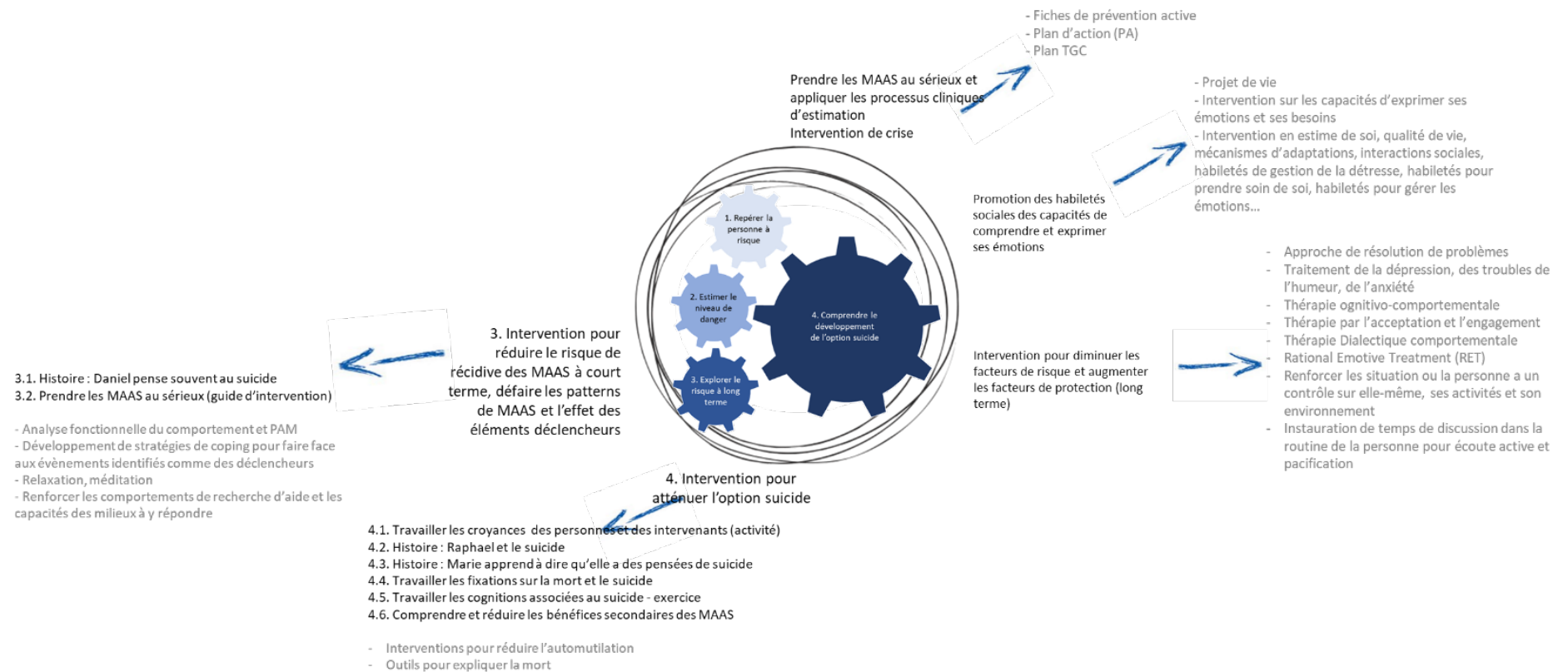


Figure 9 - Stratégies de réduction du risque suicidaire

Outils d'intervention pour réduire le risque suicidaire

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 à 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 néanmoins important de tenir compte du fait que l'utilisation des MAAS comme mode d'interaction n'est pas systématique. Avant tout, les MAAS doivent toujours être considérées comme l'expression d'une détresse.

Les changements dans les patterns de comportements développés sur de longues périodes sont très difficiles à réaliser en intervention. Malgré tout, en présence de tels patterns, 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 les modifier.

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

On parle de récurrence lorsqu'une personne connaît plusieurs épisodes de MAAS. Il est parfois possible d'identifier un schéma d'apparition des MAAS, par exemple lorsqu'elles se présentent toujours dans des situations similaires. Cependant, ces patterns récurrents ne sont pas systématiques et une personne peut aussi avoir des MAAS dans différents contextes.

Il est important de bien comprendre la fonction des MAAS pour la personne et de les prendre au sérieux, même si elles semblent être un mode de communication ou de « manipulation ». 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, ne pas réussir à échapper à une situation frustrante en exprimant des idées suicidaires pourrait encourager la personne à faire une tentative. Dans ce contexte, il est essentiel d'explorer la détresse pour en identifier les sources et mettre en place des interventions visant à la réduire.

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 plus bas décrit une situation de récurrence. Elle a été élaborée pour tenir compte de 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 a pour objectif d'aider la personne à identifier et à décrire le déclencheur de la crise qu'elle a eue (et qui n'est pas la première occurrence de MAAS). La case 3 souligne la fonction de manipulation des MAAS pour Daniel. 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 ensuite pouvoir développer avec elle d'autres stratégies qui lui permettent d'exprimer ses besoins.

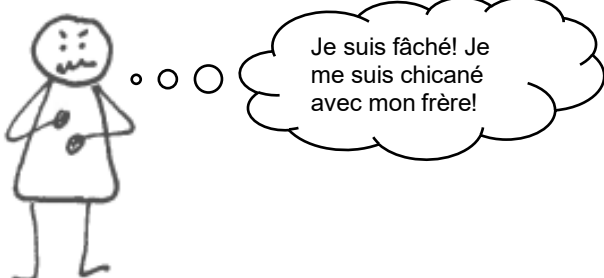
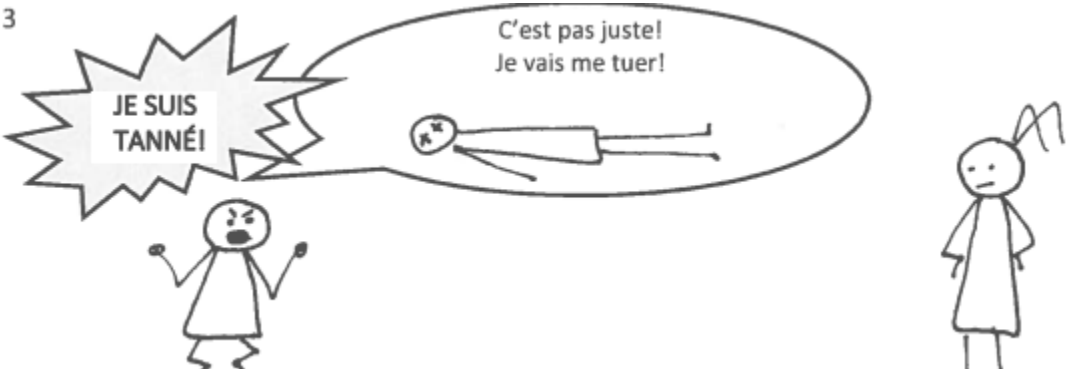
Les cases 4 et 5 décrivent la résistance de Daniel à discuter de la situation et les stratégies de distraction qui peuvent être utilisées pour conduire à l'apaisement. L'intervention vise à aborder cette résistance avec la personne qui la vit aussi (« Toi aussi, tu es comme Daniel des fois, et tu n'as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

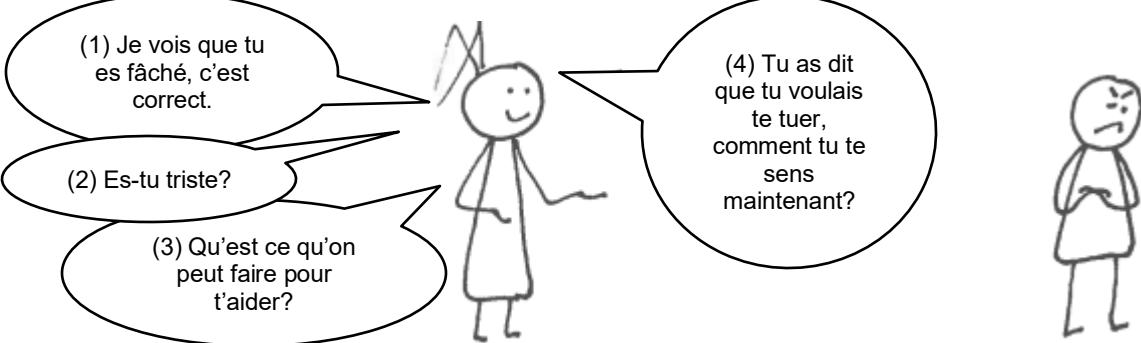
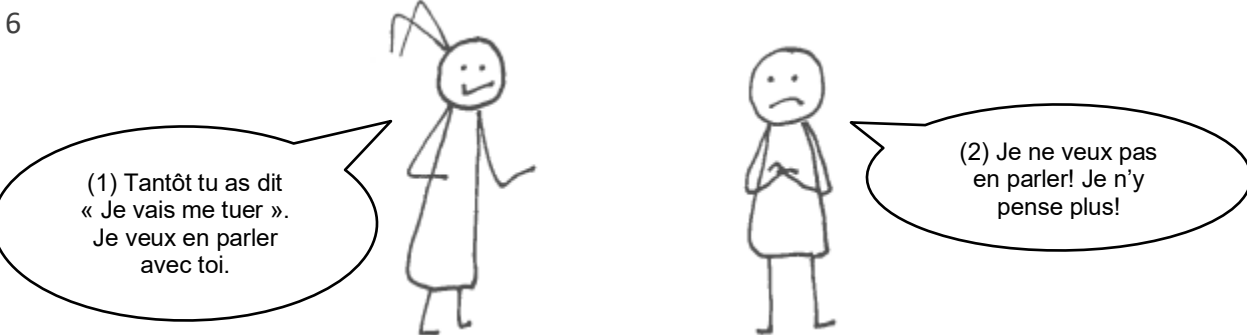
Les cases 6 et 7 décrivent le retour de l'intervenant par rapport à la résistance de Daniel et la nécessité de parler de l'épisode suicidaire. L'objectif de l'intervention est de montrer que les MAAS sont prises au sérieux et qu'elles commandent l'attention de l'intervenant, sans nécessairement mener 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.

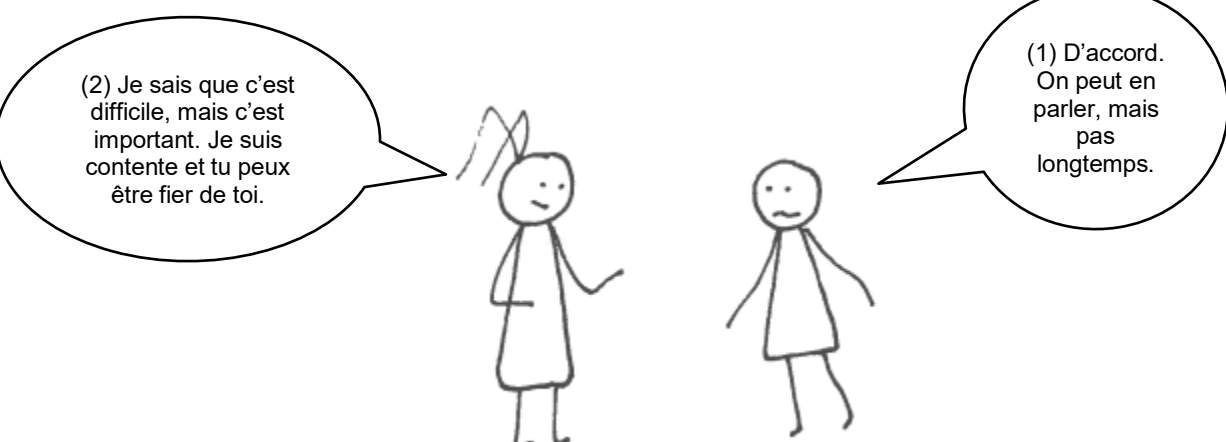
Les cases 11 et 12 permettent de valider et de normaliser le vécu de Daniel pour qu'il soit plus réceptif à l'intervention. L'objectif est de montrer à la personne qu'elle peut avoir un avantage à accepter de travailler sur des moyens alternatifs pour exprimer ses besoins lorsque ça ne va pas bien. Une fois cette étape franchie, l'intervention vise à mettre en place ces autres moyens 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 .

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

4 	L'intervenante comprend que Daniel ne va pas bien. Elle pose des questions, mais il ne répond pas. Elle essaie de l'aider à trouver des solutions, mais il est trop fâché.
5 	L'intervenante propose à Daniel de regarder la TV. Daniel se calme. Il aime bien la TV. Son sourire revient.
6 	Avant le dîner, l'intervenante vient voir Daniel. Elle veut parler de ce que Daniel a dit lorsqu'il était fâché. Il ne veut pas en parler, c'est fini.

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

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

3.2 Prendre les MAAS au sérieux

Objectif

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

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 lorsqu'une personne a des MAAS, même si elle semble répéter des propos sans réellement en comprendre le sens et la portée, ou 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 :

- Elle peut penser que sa détresse ou sa souffrance n'est pas importante et se replier sur elle-même;
- Elle peut intensifier son message et augmenter le danger pour être entendue;
- Elle 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.

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.

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 à éviter** 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 qui permette d'identifier ce que la personne comprend de sa situation et de son comportement;
- Analyser les MAAS sur le même modèle que les troubles du 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. 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 un tiers. Dans ce dernier cas, ces interventions sont souhaitables lorsque la personne témoin de MAAS semble perturbée ou se pose 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.

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 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 9 plus bas 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 d’autres en fonction des besoins des personnes. Les croyances du

Tableau 9 qui ne sont pas en rouge concernent plus souvent les intervenants et ont été observées dans les discours et les actions d'intervenants.

Tableau 9 - Croyances 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 faire 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 pensées.</i>	Faux
Il faut être lâche pour se suicider. <i>Le désir de mourir est essentiellement un désir de faire 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 pensées.</i>	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 mourir. Il ne faut jamais considérer des idéations suicidaires comme seulement 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 en mettant en jeu 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 y a une composante de manipulation dans les comportements suicidaires d'une personne, il est important de bien la connaître et d'aider cette 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 et banaliser les comportements suicidaires, ce qui rend plus facile pour elle de faire un geste suicidaire lors d'une période de détresse.</i> <i>L'utilisation des comportements suicidaires dans une dynamique de manipulation se fait dans l'interaction et résulte d'un apprentissage.</i>	Faux
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'avertissement. 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>Par contre, il est 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.	Faux
<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 (par exemple, lorsque leur dépression est contrôlée, lorsqu'ils obtiennent du soutien dans 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 peut rester 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 qui a été suicidaire dans le passé n'a pas à être catégorisée comme suicidaire pour toute sa vie. Par contre, il est important pour les intervenants de savoir que cette personne a déjà eu des comportements suicidaires, afin de prendre en compte le risque potentiel lors de situations difficiles.</i>	
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.	Faux
<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. Même en présence d'un trouble de santé mentale, un épisode suicidaire peut être provoqué par une crise psychosociale n'ayant aucun lien avec ce problème.</i>	
L'amélioration qui suit une crise suicidaire signifie qu'il n'y a plus de danger.	Faux
<i>Il est important de faire un suivi post-épisode suicidaire et une intervention à plus long terme, car 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>	
Penser au suicide, ça peut arriver à tout le monde, riche, pauvre, en santé, malade, ...	Vrai
Lorsqu'on pense à se suicider, on va forcément le faire.	Faux
C'est impossible d'empêcher quelqu'un de se suicider.	Faux
Parler directement du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire.	Faux
<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 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.</i>	
<i>Les phénomènes de contagion ou d'imitation suicidaire doivent être distingués de l'intervention. Certaines personnes commencent à penser au suicide ou font des tentatives de suicide après en avoir entendu parler dans leur environnement. Ces phénomènes de contagion / d'imitation constituent un processus différent de ce qui se produit en intervention.</i>	

Lorsqu'une personne est suicidaire, ça se voit, elle a l'air déprimée.	Faux
<i>Plusieurs personnes suicidaires ne paraissent pas l'être, elles ne sont pas visiblement tristes ou déprimées. Dans certains cas, les personnes parviennent à cacher leur tristesse et leur déprime à leurs proches; dans d'autres, elles ne sont pas tout simplement 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.</i>	
Les personnes suicidaires sont faibles.	Faux
La déficience intellectuelle est un facteur de protection contre le suicide.	Vrai et faux
<i>La DI est souvent perçue comme un facteur de protection contre le suicide, parce que les personnes présentant une DI sont perçues comme incapables 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 DI 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 d'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 une détresse.</i>	
Les personnes qui ne comprennent pas complètement le concept de la mort ne peuvent pas vouloir se tuer.	Faux
<i>Une compréhension partielle de la mort peut même être un facteur de risque. Par exemple, une personne qui ne comprend pas la permanence de la mort peut vouloir mourir un jour en pensant qu'elle pourra revenir le lendemain.</i>	
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

Objectif

Les vignettes suivantes visent à soutenir l'intervention 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 l'attrait pour l'option suicide et donc le risque suicidaire.

Explication / justification

Lorsqu'une personne a 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.

Processus d'intervention

Les vignettes suivantes représentent différentes croyances sur le suicide. Elles peuvent être utilisées pour amorcer une discussion avec la personne et lui poser des questions sur ses croyances à elle. 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.

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.

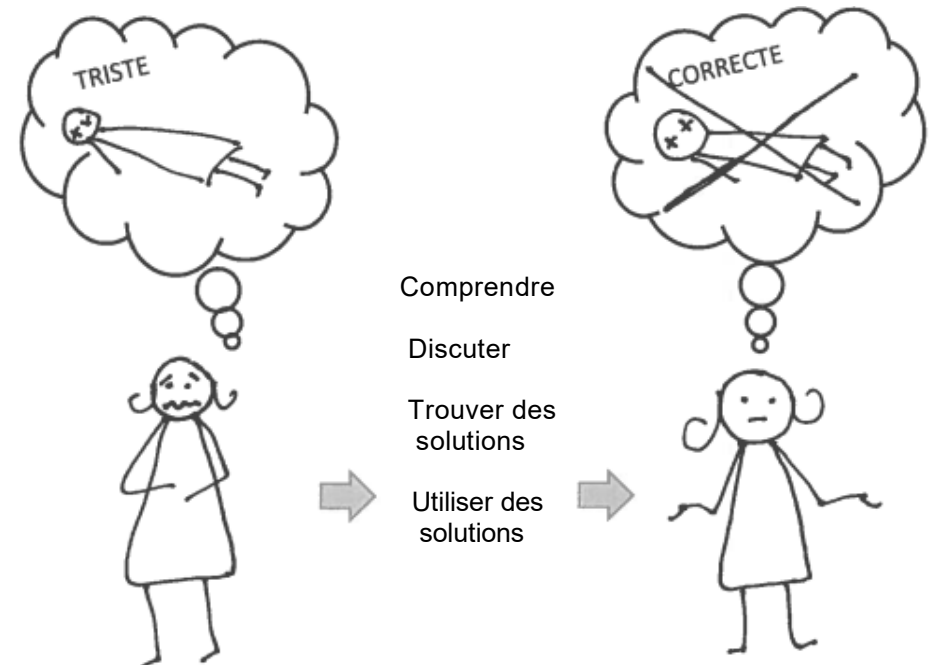
Gisèle est triste parce que son chum l'a quittée. Elle pense qu'elle ne trouvera plus jamais de chum et elle est très très triste. Elle pense à se tuer. Elle ne voit pas de solution.

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 les 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, essaye 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.

(1) Je veux me tuer.



ARRÊT
STOP

(2)
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?

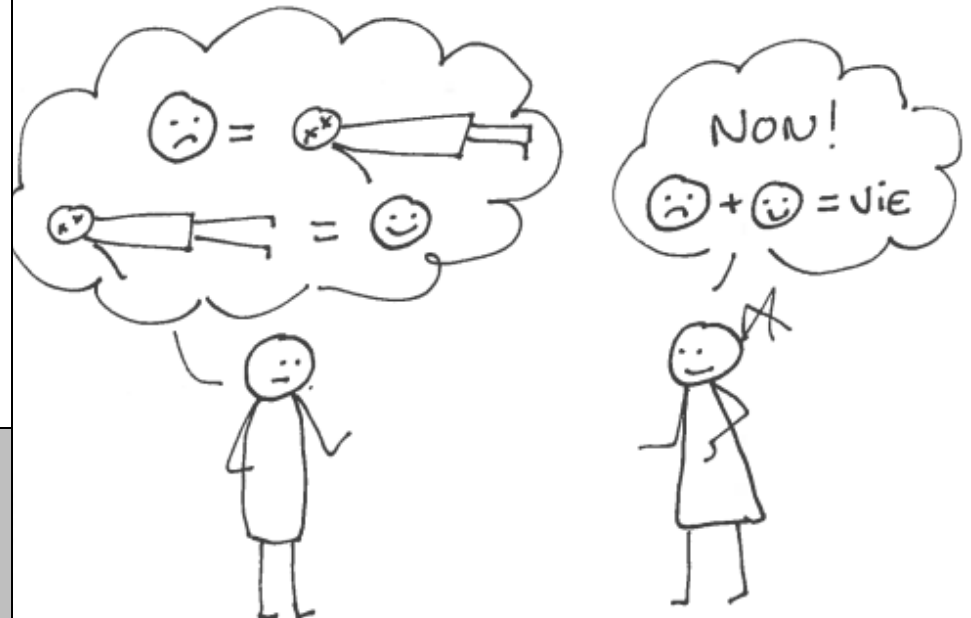
La plupart des gens ne se suicident pas quand ils sont tristes ou malheureux. Ils font des choses pour se sentir mieux et restent en vie. Même s'ils sont parfois tristes, la plupart des gens sont contents d'être en vie.

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 les 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 dire.



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

Dire qu'on a des pensées de suicide, c'est mal.	
Je suis d'accord Je ne suis pas d'accord	Daniel pense au suicide. La famille de Daniel est fâchée de ce qu'il a dit. Coralie, la sœur de Daniel, est très fâchée contre lui. Elle lui dit : « Tu n'as pas le droit de te tuer, c'est mal! Tu vas te faire punir! » La maman de Daniel dit : « Ne fais plus jamais ça! c'est interdit! » 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. 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.
Et toi, connais-tu quelqu'un qui croit que penser au suicide c'est mal? Pourquoi cette personne pense ça a ton avis? Et toi, crois-tu que penser au suicide c'est mal? Et toi, que penses-tu de ceux qui ont des idées de suicide	
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.	

4.2 Histoire : Raphaël et le suicide

Des 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. L'histoire de Raphaël permet d'amorcer une discussion sur les tentatives de suicide.

Les cases 1 à 4 abordent les facteurs de risque les plus fréquents (perception d'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? »

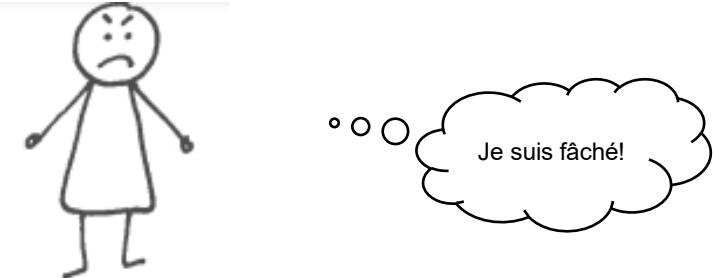
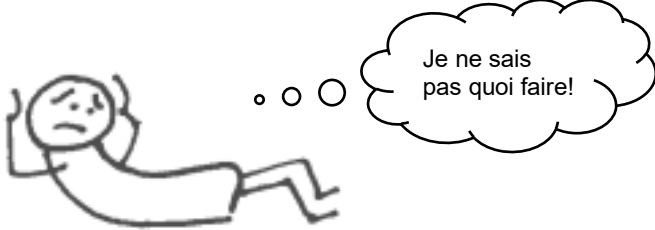
À la case 3, Raphaël exprime des pensées suicidaires. L'intervention vise à explorer la présence d'idéations chez la personne, ainsi que ses propres raisons d'envisager le suicide (option suicide). À titre d'exemple, l'intervenant pourrait dire : « Raphaël pense que s'il se tuait, il se sentirait moins 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 ici est de montrer les conséquences de la tentative. Attention : il ne faut jamais décrire de 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.

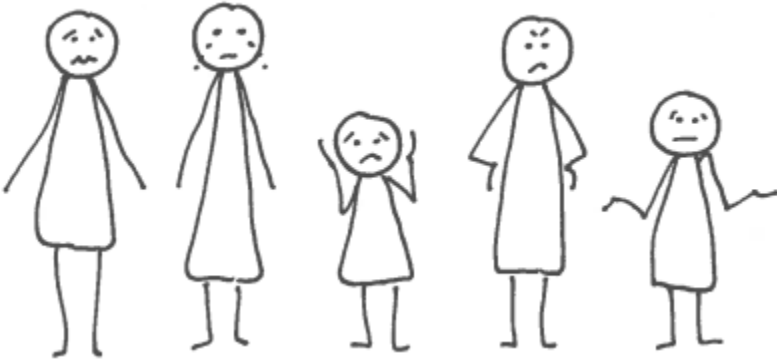
La case 7 décrit l'effet négatif de la tentative sur les proches de Raphaël. On cherche ici à ramener l'attention de la personne sur les gens de son entourage pour qui elle est importante, de manière à renforcer les raisons de vivre et le soutien social. L'objectif n'est pas de culpabiliser, mais plutôt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

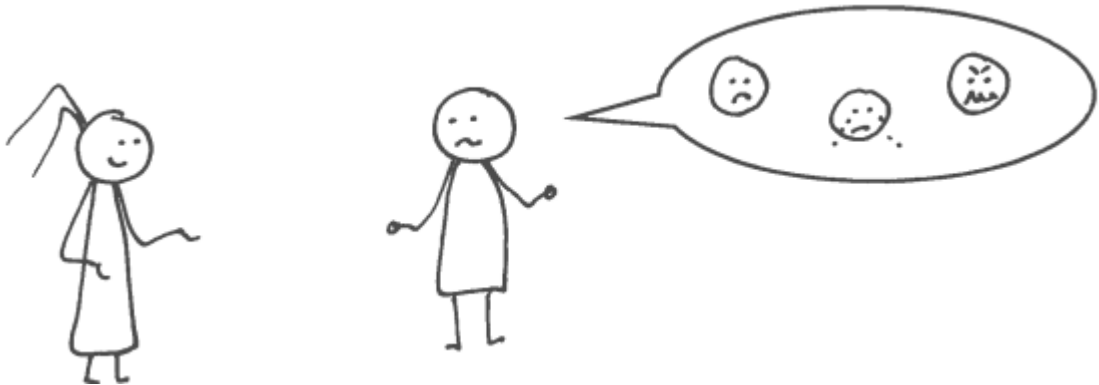
Les cases 8 à 10 illustrent la rencontre entre le médecin et Raphaël, lors de sa visite à l'urgence. On comprend aussi qu'une intervention est mise en place lors du retour de l'hôpital. L'histoire se termine sur une note positive d'amélioration. L'intervention vise à discuter de ce qui s'est passé à l'hôpital avec la personne. Elle permet aussi d'ouvrir une discussion sur 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 	Raphaël est frustré. Trop de choses ne vont pas bien en ce moment pour lui.
2 	Raphaël est malheureux et il ne sait pas trop pourquoi. Il ne sait pas quoi faire pour aller mieux. Il pense que ce sera toujours comme ça.
2b 	Tout le monde est inquiet pour Raphaël. Maman veut que Raphaël sourie. Ses amis veulent jouer avec lui. Son intervenante veut que Raphael participe aux activités qu'il aime. Mais Raphaël ne le voit pas. Il se sent tout seul.

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

6 	L'ambulance vient et Raphaël va à l'hôpital.
7 	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.	Raphaël essaye de se tuer. Il est blessé, il a mal. Il est encore malheureux.

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

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 encore lorsqu'elles se sentent liées/s'associent à la personne qui s'est 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, ajuster l'intervention à la situation réelle. Chez les personnes présentant une DI ou un TSA, l'imitation a été décrite par les intervenants et semble toucher autant les communications verbales, la planification suicidaire et les tentatives de suicide. Les modèles de MAAS peuvent être dans l'environnement de la personne (proches, amis, résidents, collègues, etc.) ou 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.

L'histoire de Marie peut soutenir l'intervenant qui soupçonne qu'une personne a des MAAS par 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 les 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. On cherche 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. On cherche aussi à identifier ce qui a pu déclencher les MAAS, en dehors de tout processus d'imitation, s'il y a lieu (prendre les MAAS au sérieux).

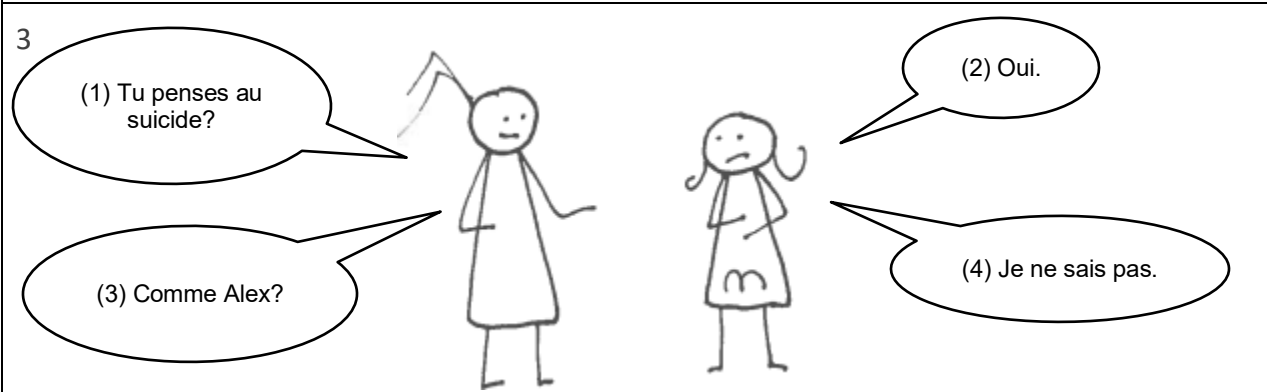
Les cases 15 et 16 permettent d'identifier et de renommer les moyens habituellement utilisés par Marie (autres que les MAAS) pour exprimer ses besoins et émotions. L'objectif est de recentrer la personne sur les moyens d'expression qu'elle utilise habituellement de manière à les renforcer, sans juger ni sanctionner la présence des MAAS.

La case 17 montre comment 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 trouvé 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 d'expliquer que des personnes utilisent parfois des MAAS pour exprimer un malaise ou que ça ne va pas bien, et qu'on peut utiliser d'autres façons pour l'exprimer. Le but ici est de rassurer la personne, si possible, quant au bien-être de la personne imitée et de mettre l'accent 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 utilisées 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.

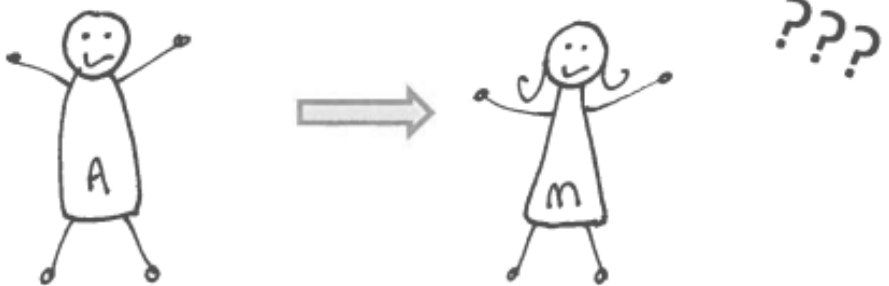
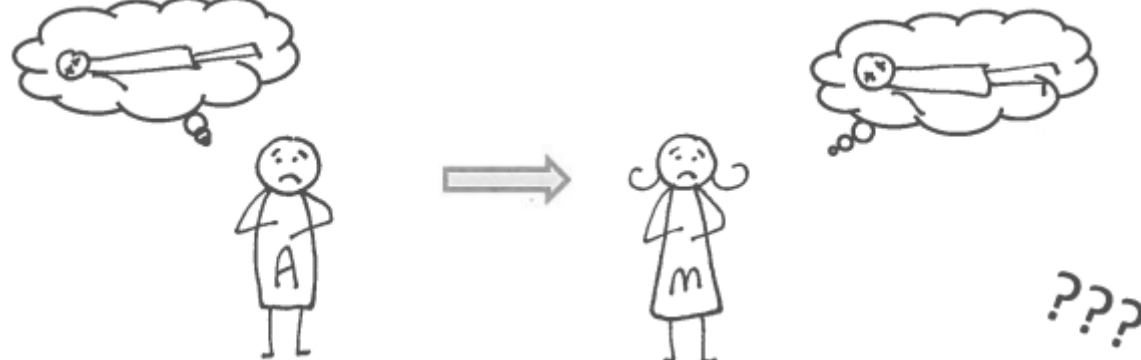
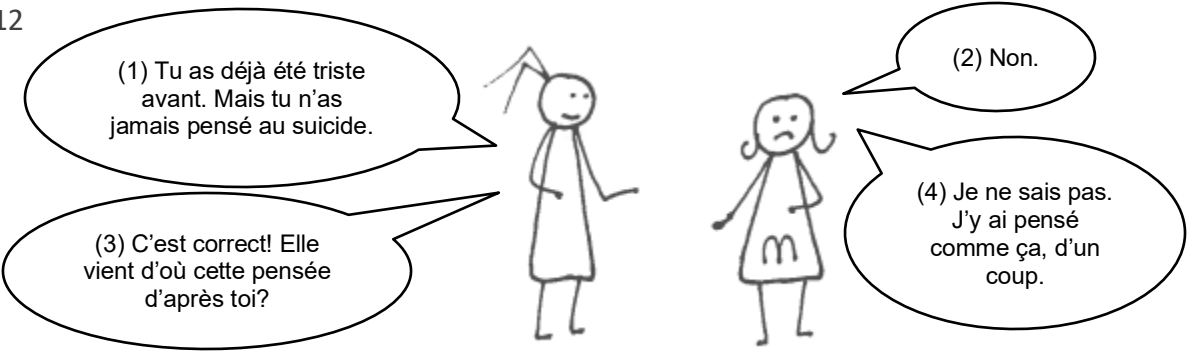
La case 19 montre comment on peut tenter de briser consciemment le cercle vicieux de l'imitation des MAAS. Par exemple, la personne peut tenter d'éliminer cette pensée qui ne lui appartient pas en effaçant ou en raturant un dessin qui représente l'idée du suicide. On peut aussi choisir d'utiliser des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

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

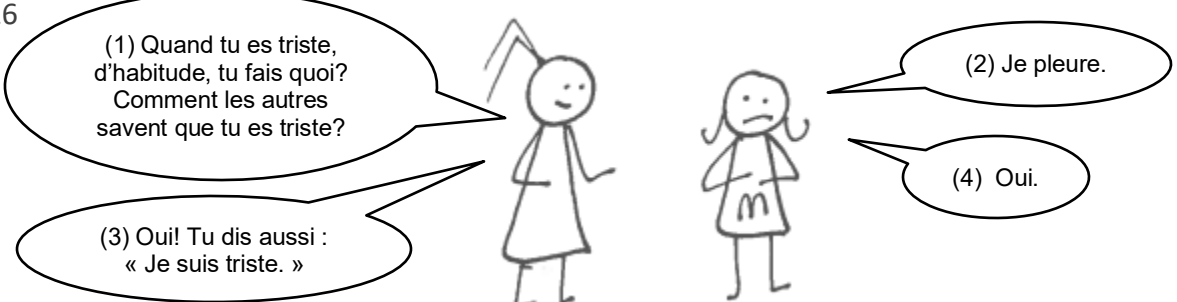
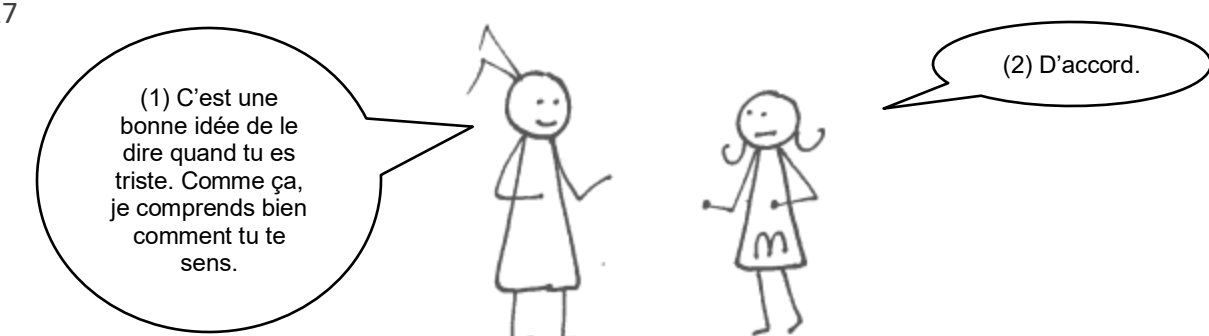
1  Je suis malheureux! Je vais me tuer!	Marie a un ami : Alex. Alex a dit qu'il voulait se tuer et Marie l'a entendu.
2  J'ai des pensées de suicide.	Marie est triste. Elle se sent mal. Elle se met à penser qu'elle aussi pourrait se tuer.
3  (1) Tu penses au suicide? (2) Oui. (3) Comme Alex? (4) Je ne sais pas.	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.

4 (1) Je veux une crème glacée! (2) Je veux une crème glacée!	L'intervenante explique que ça arrive. Quand on voit ou qu'on entend quelqu'un dire quelque chose, ça arrive qu'on se mette à penser comme lui.
5	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.
6	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.

7 (1) Je veux une crème glacée! (2) Je veux une crème glacée!	L'intervenante explique que ça arrive. Quand on voit ou qu'on entend quelqu'un dire quelque chose, ça arrive qu'on se mette à penser comme lui.
8	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.
9	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.

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

13 (1) Avant ce matin, avais-tu déjà pensé au suicide? (2) Non. (3) Tu y a pensé après avoir entendu Alex? (4) Je ne sais pas. 	Marie n'avait jamais pensé au suicide avant qu'Alex le dise.
14 (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? (2) Peut-être. 	L'intervenante demande à Marie si sa pensée de suicide est comme un miroir de celle d'Alex. C'est difficile de savoir. C'est correct! Ces choses-là sont difficiles pour tout le monde!
15 (1) Es ce que tu es triste? (2) Oui. (3) Qu'est-ce qui te rend triste aujourd'hui? (4) Je suis toute seule. 	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.

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

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

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 pas de guide validé de bonnes pratiques pour soutenir l’intervention visant à atténuer l’impact des fixations cognitives sur le suicide auprès des personnes ayant une DI ou un TSA. Par conséquent, 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 augmenter le risque suicidaire en renforçant 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 sur 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 sont 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 événement 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 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 événements de vie plus difficiles, une période d'ajustement de médication. Elle peut également avoir vu un film, avoir été témoin de MAAS 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 afin de détecter, s'il y a lieu, la présence actuelle de MAAS. En effet, la personne pourrait exprimer un intérêt intense pour le suicide en général, en plus d'avoir des idéations suicidaires non exprimées directement.

L'intervention doit avant tout porter sur les sources 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 du pouvoir d'agir 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 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)

Objectif

L'intervention proposée ici permet à la personne d'identifier les situations dans lesquelles elle pense qu'on peut devenir suicidaire et celles qui ne conduisent pas à des

pensées suicidaires. 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.

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.

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 10). On identifie aussi 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 ensuite les raisons pour refuser d'envisager le suicide. Ces raisons sont inscrites dans la deuxième colonne du tableau (voir Tableau 10). On identifie également 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 renforcer 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 10 - 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?	Selon toi, est-ce que ce sont des bonnes raisons?
Pourquoi?	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 11 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. Ultimement, l'objectif est d'alimenter davantage la colonne de droite que celle de gauche et de finir l'exercice sur le positif et le constructif.

Tableau 11- Exemples de raisons pour envisager ou refuser d'envisager le suicide

Raisons pour envisager le suicide	Raisons pour refuser d'envisager le suicide
• 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	• 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

4.5.1 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 en parler (Tableau 12).

Tableau 12 - Illustration des raisons pour se tuer et ne pas se tuer

<i>Quelles raisons Jo peut-il avoir eu pour penser à se tuer?</i> • 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	<i>Quelles raisons peut avoir une personne de refuser de penser à se tuer?</i> • Ça fait de la peine à sa maman.
<i>Selon toi, est-ce que ce sont des bonnes raisons? Pourquoi?</i> • Oui. Son papi lui manque beaucoup • Oui. Parce que quand on est mort, plus personne ne nous embête.	<i>Selon toi, est-ce que ce sont des bonnes raisons? Pourquoi?</i> • Oui. Jo ne veut pas faire de peine à sa maman parce qu'il l'aime.
<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> • 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 avec quelqu'un d'autre une activité qu'il aimait faire avec son papi. <i>Que peut faire Jo pour que les autres ne l'embêtent plus?</i>  • 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.	<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> • 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. 

4.6 Comprendre et réduire les bénéfices secondaires des MAAS

Les études actuelles fournissent très peu d'informations permettant de comprendre les processus en jeu dans le développement de bénéfices secondaires liés aux comportements difficiles et aux comportements suicidaires. De même, on comprend encore peu les facteurs de maintien des comportements suicidaires pouvant être associés aux relations avec les milieux cliniques et de soins. Malgré tout, il est 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. Ces bénéfices surviennent dans le cadre d'une interaction entre la personne et son environnement, et peuvent dépendre des demandes qui sont faites à cette personne par son entourage, de ses relations avec les autres et des structures organisationnelles.

Notre étude auprès des intervenants travaillant avec des personnes suicidaires présentant une DI et/ou un TSA a mis en évidence plusieurs types d'interactions à travers lesquels des bénéfices secondaires aux MAAS peuvent s'installer et se maintenir. En voici quelques exemples :

- Un épisode de MAAS a entraîné l'annulation d'une exigence ou d'une activité non souhaitée. Par la suite, 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 cette attribution. Dans ce contexte, les personnes DITSA peuvent en venir à aligner leur comportement sur les attentes des intervenants et leur cadre d'analyse. Ainsi, ils peuvent se mettre à utiliser les MAAS de la façon dont les intervenants pensent qu'ils les utilisent.

Souvent, 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.** Cela peut également engendrer une escalade de dangerosité des MAAS chez la personne qui n'obtient pas l'effet souhaité.

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.

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 interventions aident 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. La plupart de ces interventions cliniques fondées sur les meilleures pratiques sont disponibles pour les intervenants. Elles sont d'ailleurs souvent déjà utilisées avec les clientèles à risque. Parallèlement, 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.

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. 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, il est possible d'adapter aux personnes ayant une DI ou un TSA certains outils d'intervention auprès des personnes suicidaires ayant fait leurs preuves auprès de la population générale.

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. Ces axes sont présentés et définis brièvement au Tableau 13.

Tableau 13 - Axes principaux de la thérapie par l'acceptation et l'engagement (ACT)

Axes	Définition
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. Cette approche a amélioré de manière significative les conditions sous-jacentes à leur suicidalité.

Il est donc prometteur d'utiliser les principes de l'ACT avec des personnes suicidaires ayant une DI ou un TSA.

La thérapie comportementale dialectique

La thérapie comportementale dialectique (TCD) 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 pour adultes et pour adolescents. 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 TCD 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 dysrégulations émotionnelles et les troubles anxieux. Cependant, la TCD devrait faire l'objet d'adaptations pour être plus efficace auprès des personnes présentant une DI. Il n'existe actuellement pas un corpus significatif de recherches concernant l'application de la TCD auprès des personnes ayant un TSA.

Même lorsqu'elle n'est pas utilisée dans son intégralité, la TCD 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.

L'amélioration générale de la qualité de vie

L'amélioration de la qualité de vie est un objectif incontournable en prévention du suicide, notamment chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Elle permet de renforcer les raisons de vivre, le contrôle sur soi et sur 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 la personne perçoit qu'elle n'a 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. Les effets de ces interventions permettront de réduire également le risque suicidaire à long terme.