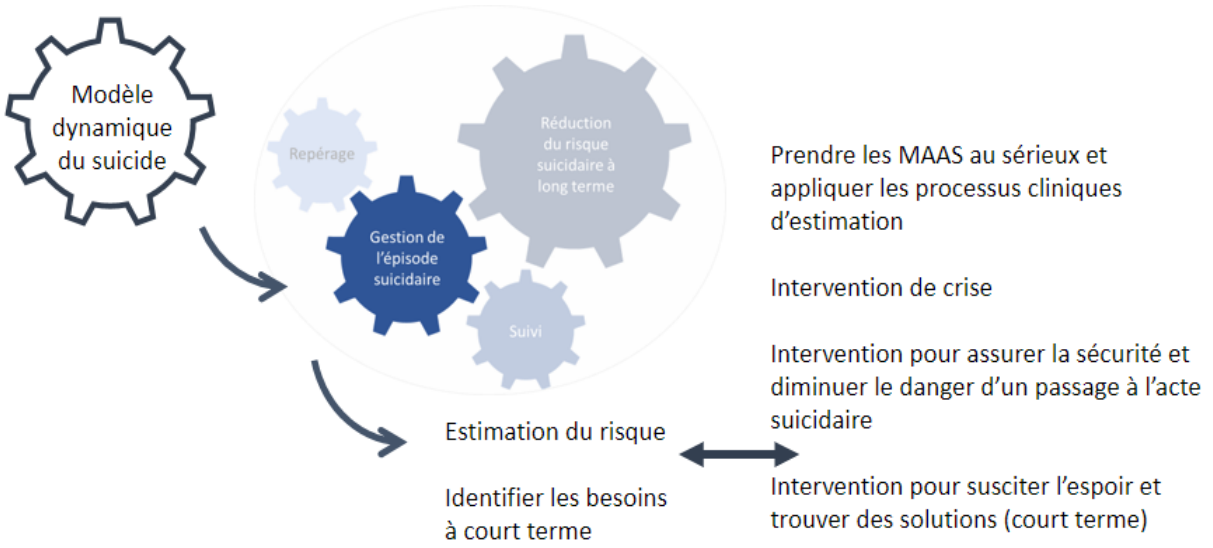
Section 3 - Gérer l'épisode suicidaire - Plan Prévention Suicide – Épisode : PPS-E-Processus AUDIS

Une fois que le repérage est complété et qu'on a déterminé que la personne vit une détresse accompagnée de MAAS, on peut faire l'analyse complète de la **situation actuelle**, l'estimation du danger de passage à l'acte et l'intervention de gestion de l'épisode. Cette gestion de l'épisode suicidaire peut être complétée par la même personne qui a fait le repérage si elle est adéquatement formée et outillée. Dans le cas contraire, l'épisode suicidaire peut être géré par un professionnel différent. Cependant, dans tous les cas, elle doit être faite très rapidement après le repérage afin d'assurer la sécurité de la personne et de son entourage, d'abord, mais aussi parce que l'intensité de la détresse et de la suicidalité peuvent varier très rapidement.



Quand ?
Lors d'un épisode de MAAS, dès que la composante suicidaire a été identifiée
Qui?
Un intervenant formé à l'utilisation du processus AUDIS et à la construction d'un PPS, intervenant en prévention du suicide

Figure 6 - gestion du risque suicidaire - Gérer l'épisode suicidaire

1. Structure générale du processus de gestion de l'épisode suicidaire

Le processus de gestion de l'épisode suicidaire est basé sur la structure ci- dessous :

Tableau 5 - Plan de prévention - Gérer l'épisode suicidaire

Plan prévention suicide (PPS) - Gérer l'épisode suicidaire

Quand? Lorsqu'une personne amène des inquiétudes quant à un risque suicidaire

Nom, Prénom :	Date du PPS :
Nom de la personne gérant l'épisode :	Lien avec l'usager :
Information à recueillir : Indicateurs sur lesquels appuyer votre **jugement clinique** quant à l'épisode suicidaire et au danger de passage à l'acte. Facteurs proximaux pouvant augmenter le danger ou protéger dans la situation actuelle **Facteurs de risque de l'épisode :** - Antécédents de MAAS (lesquels, quand?), Comportement suicidaire ou décès (par suicide ou non) dans l'entourage (moins d'1 an), Niveau d'impulsivité / agressivité, Troubles mentaux et troubles associés (TGC, TDAH, etc.), Type et niveaux de DI et TSA, Relations interpersonnelles négatives ou isolement, Comportements de prise de risque ou de blessure, État de désorganisation actuel, État d'intoxication actuel, Désespoir, exaspération, découragement (court, moyen terme), Capacité de planification (en général et du geste suicidaire). **Facteurs de protection de l'épisode :** - Options variées d'expression (besoins, émotions, frustrations, demande d'aide), et de résolution de problèmes, Présence de soutien lors des évènements prévisibles ou stressants, Raisons de vivre, Ambivalence par rapport au suicide, Soutien social **Moments critiques liés aux MAAS actuelles :** - Chronicisation d'une situation d'impuissance, Accumulation d'évènements (même mineurs en apparence) Évènements majeurs prévisibles, Évènements affectifs majeurs imprévus, **Exigences du milieu :** - Inadéquation entre les capacités actuelles de la personne et les demandes du milieu. **Conséquences** de l'épisode de MAAS sur les relations, les activités, les émotions, les cognitions, l'entourage, etc.	**Observer** : Information recueillie Sources : Questions à l'usager, observations, questions à des intervenants ou des proches, dossier de l'usager **Décider** : Décision issue du processus d'estimation - Y-a-t-il un danger de passage à l'acte prévisible si la personne est laissée seule? - Y-a-t-il un danger de passage à l'acte prévisible dans les prochains jours? - La personne a-t-elle des idéations suicidaires sérieuses? - La situation peut-elle changer rapidement pour la personne? **Agir** : Intervenir pour gérer l'épisode suicidaire en fonction des besoins de la personne - Assurer la sécurité - Réduire le risque de passage à l'acte suicidaire - Suivi étroit - Susciter l'espoir - Trouver des solutions au problème immédiat - Prendre les MAAS au sérieux (ne pas banaliser ni minimiser)
Conclure le processus de gestion de l'épisode suicidaire : S'assurer que la personne comprend et qu'elle se sent à l'aise avec les conclusions de l'estimation et le plan d'action mis en place **Vérifier avec la personne comment elle se sent par rapport à ses idées suicidaires, aux changements qu'il y a eus, au plan d'action :** - Confort avec son plan d'action (qui inclut les solutions), volonté et mobilisation par rapport à son plan d'action (collaboration), capacité à le mettre en œuvre, aide à apporter à la personne pour le mettre en œuvre (Comment? Qui fera quoi? Quand?). Moments critiques à surveiller dans les heures, jours, semaines qui suivent, État des idées suicidaires, État du plan suicidaire. **Vérifier les effets potentiels d'avoir abordé les questions concernant les MAAS :** - Vérifier comment la personne se sent d'avoir parlé de ses MAAS, Explorer ce qui l'a aidée et ce qui a pu rendre la personne mal à l'aise. Effectuer un recadrage si la personne a des difficultés avec la discussion sur le suicide. Renforcer les facteurs de protection. Souligner les bonnes stratégies d'adaptation. Valider la demande d'aide. Souligner les forces et qualités. Rappeler les raisons de	

2. Objectifs de la gestion de l'épisode suicidaire

Comme décrit dans le Tableau 6, la gestion de l'épisode suicidaire a deux objectifs complémentaires : estimer et intervenir.

Tableau 6 - Objectifs de la gestion de l'épisode suicidaire

Estimer le danger de passage à l'acte	Intervenir lors de l'épisode suicidaire
▪ 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 ▪ 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 ▪ **Orienter l'intervention (allouer les bons services au bon moment avec la bonne intensité)**	▪ 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

Observer : Sources d'information et indicateur d'estimation du danger lors d'un épisode suicidaire

Le poids relatif des différents facteurs observés varie en fonction du niveau de DI ou d'autisme, de l'historique de vie de la personne, de ses capacités cognitives, sociales et affectives, ainsi que de son environnement de vie. Ce poids relatif est établi par l'intervenant effectuant l'estimation à partir de son jugement clinique, de sa connaissance du fonctionnement habituel de la personne et de ses collaborateurs interdisciplinaires.

Le processus de gestion de l'épisode suicidaire vise à soutenir l'exploration de facteurs associés au développement des idéations suicidaires et du danger dans le but de déployer une intervention d'intensité adéquate pour assurer la sécurité de la personne et répondre à ses besoins immédiats.

De plus, il est important de tenir compte du fait que la décision prise quant au danger est valable à plus ou moins court terme selon les situations. Une estimation du danger effectuée à un moment donné n'est plus valable lorsque les conditions changent pour la personne, par exemple ou après qu'une intervention ait été mise en place.

Au-delà du danger à court terme de faire une tentative de suicide, cette étape permet

également d'évaluer la forme et l'intensité des idéations suicidaires. Il est important de comprendre ce qui peut provoquer l'apparition d'idéations suicidaires et de mettre en place des interventions appropriées. La prévention du suicide ne se limite pas à la prévention du passage à l'acte suicidaire. La réduction des idéations et de la détresse doit faire partie des objectifs de l'intervention, nous vous proposons des indices à observer pour effectuer l'estimation du danger et l'analyse de l'épisode suicidaire chez la personne, afin de soutenir vos interventions adéquatement.

Information à recueillir	Description et instructions
Facteurs de risque	
- Antécédents de MAAS (lesquels, quand?) - Comportement suicidaire ou décès, par suicide ou non, dans l'entourage (moins de 1 an) - Niveau d'impulsivité / agressivité. - Troubles mentaux et troubles associés (TGC, TDAH, etc.) - Type et niveaux de DI et d'autisme - Relations interpersonnelles négatives ou isolement - Comportements de prise de risque ou de blessure - État de désorganisation actuel - État d'intoxication actuel - Désespoir, exaspération, découragement (court, moyen terme) - Capacité de planification (en général et du geste suicidaire)	Ces facteurs de risque servent à compléter l'information recueillie lors du repérage. Ils sont essentiels pour estimer la dangerosité et complètent l'information sur les éléments de planification suicidaire, qui sont importants mais insuffisants pour la prise de décision clinique, d'autant plus qu'avec les personnes autistes ou présentant une DI, la planification est souvent très vague. Ils permettent de cibler les zones de vulnérabilité à considérer pour établir un plan d'action, assurer la sécurité, et pour le suivi à court, moyen et long terme.
Facteurs de protection	
▪ Options variées d'expression (besoins, émotions, frustrations, demande d'aide), et de résolution de problèmes ▪ Présence de soutien lors des évènements prévisibles ou entrainant une augmentation du stress ▪ Raisons de vivre ▪ Ambivalence par rapport au suicide ▪ Soutien social	Les facteurs de protection sont des leviers d'intervention. L'absence de facteurs de protection augmente le risque. L'absence de certains facteurs de risque peut être considérée comme une protection, mais il doit y avoir aussi des facteurs de protection positifs, comme la présence de raisons de vivre clairement identifiées par la personne, le lien de confiance, la présence de personne responsable au courant des idées suicidaires. Les facteurs de protection sont mis à profit dans le plan d'action à court terme.
Déclencheurs et moments critiques	
Chronicisation d'une situation d'impuissance : réactivité accrue à une situation dans laquelle la personne a un enjeu affectif, d'autonomie ou d'estime de soi.	Ce type de moments critiques a été identifié dans l'étude comme étant plus souvent présents lors d'épisodes suicidaires chez des personnes autistes ou présentant une DI. Ils peuvent être présents ou pas dans un cas particulier. Un moment critique observé une fois dans un épisode suicidaire ne sera peut-être pas présent lors d'un épisode subséquent.
Accumulation d'évènements (même mineurs en apparence) : échecs de socialisation, entraves à la liberté, deuil ou perte d'objets.	
Évènements majeurs prévisibles : Changements, évènements récurrents annuels.	

Évènements affectifs majeurs imprévus (deuil de personne, conflit, épisode de rejet).	Des moments critiques peuvent être identifiées et anticipés en prévention. Il existe d'autres types de moments critiques que ceux qui sont mentionnés ici.
Inadéquation entre les capacités actuelles de la personne et les demandes du milieu.	On note ici les changements dans le fonctionnement de la personne en lien avec les exigences des milieux qu'elle fréquente : soit 1) elle n'est plus capable de faire des choses qu'elle pouvait faire avant ou 2) elle s'ennuie ou se dévalorise parce que les exigences sont trop basses.
Impact de l'épisode	
Impact de l'épisode de MAAS sur les activités, les cognitions, l'environnement, les proches, les relations de la personne	On note ici ce qui a été changé dans la routine de vie ou dans les relations de la personne à la suite de l'épisode de MAAS, en positif ou négatif pour elle. Dans une perspective d'évaluation fonctionnelle du comportement, on explore ici la composante « conséquence » de la séquence ABC.

Décider : Décision issue de l'estimation

L'analyse de l'épisode et l'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire se font à partir de l'ensemble des informations recueillies. Elles sont fondées sur le jugement clinique des intervenants, en tenant compte des capacités de la personne, de son niveau de collaboration pour assurer sa sécurité et des capacités de son environnement pour la protéger.

La décision clinique peut se baser sur les questions suivantes :

- Y-a-t-il un danger de passage à l'acte si la personne est laissée seule maintenant ?
- Y-a-t-il un danger de passage à l'acte dans les prochains jours ?
- La personne a-t-elle des idéations suicidaires sérieuses ?
- La situation peut-elle changer rapidement pour la personne ?

Agir : Intervention à mettre en place à la suite de l'estimation pour gérer l'épisode suicidaire

Les réponses aux questions d'estimation permettent d'évaluer les besoins de la personne et de décider d'un plan d'intervention dont l'intensité est adaptée à ses besoins et caractéristiques. Les objectifs généraux d'intervention à cette étape sont décrits dans le tableau 5.

Les outils concrets d'intervention sont décrits dans la section « outils d'intervention pour la gestion de l'épisode suicidaire ».

Conclure adéquatement le processus de gestion de l'épisode suicidaire

Cette partie de conclusion est essentielle pour s'assurer que rien n'est oublié et que tout le monde comprend bien la situation. La liste ci-dessous propose quelques pistes pour conclure le processus de gestion de l'épisode (estimation et intervention) de manière adéquate.

- S'assurer que la personne comprend et qu'elle se sent à l'aise avec les conclusions de

l'estimation et le plan d'action mis en place **Vérifier avec la personne comment elle se sent par rapport à ses idées suicidaires**, aux changements qu'il y a eu, au plan d'action.

- Vérifier le confort de la personne avec le plan d'action (qui inclut les solutions), la volonté et mobilisation de la personne par rapport au plan d'action (collaboration), la capacité de la personne à mettre en œuvre le plan d'action, l'aide à apporter à la personne pour mettre en place le plan d'action (comment l'aider, qui fera quoi ? Quand ?).
- Vérifier les moments critiques à surveiller dans les heures, jours, semaines suivantes, l'état des idées suicidaires et du plan suicidaire à la fin du processus d'estimation. Le niveau de danger de passage à l'acte suicidaire devrait être réévalué à la fin du processus d'estimation. En effet, le danger peut avoir changé durant la rencontre et il est important de garder une trace de ce changement afin de pouvoir informer des interventions futures.

En dernier lieu :

- Vérifier les effets potentiels d'avoir abordé les questions concernant les MAAS
- Vérifier comment la personne se sent d'avoir parlé de ses MAAS.
- Explorer ce qui l'a aidée et ce qui a pu la rendre mal à l'aise.
- Effectuer un recadrage si la personne rencontre des difficultés avec la discussion sur le suicide.
- Renforcer les facteurs de protection, souligner les bonnes stratégies d'adaptation, valider la demande d'aide, souligner les forces et les qualités, rappeler les raisons de vivre.
- Indiquer que vous êtes content que la personne ne pense plus (ou moins) au suicide en ce moment, que c'est une bonne chose pour elle.

Documenter

Il est important de noter rigoureusement le processus de décision clinique ayant été utilisé afin de pouvoir le partager et afin de soutenir la compréhension de pattern de MAAS dans le temps.

3. Outils d'intervention pour la gestion de l'épisode suicidaire

Les outils d'intervention suivants peuvent être utilisés tels quels ou adaptés en fonction des besoins et capacités de la personne. Ils sont présentés dans l'ordre de la Figure 7. Les interventions en noir se trouvent dans le cahier et les interventions en gris sont généralement disponibles dans les milieux. Ces outils d'intervention sont des suggestions. Vous pouvez en développer de nouveaux en fonction de vos besoins, en gardant cependant en tête que chaque intervention doit répondre à un objectif précis issu de l'analyse de l'épisode et de l'estimation.

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

Cette première série d'interventions peut être utilisée lors d'un épisode suicidaire ou lorsque la personne inquiète ses proches ou des intervenants, suite à un repérage et à une évaluation de la dangerosité.

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

Objectifs

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

Justifications / explications

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

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

Le plan de sécurité comprend des solutions élaborées en collaboration avec la personne. Ce plan propose des actions qui sont graduées en fonction de l'intensité du soutien nécessaire pour désamorcer le processus de crise. En premier lieu, on retrouve les actions que la personne peut faire seule. Si ces actions s'avèrent insuffisantes, on retrouve à l'autre extrémité du continuum

des stratégies comme l'appel à des services spécialisés. L'inclusion de cette stratégie de gradation des solutions est particulièrement pertinente pour les personnes qui ont tendance à appeler immédiatement le 911 lorsqu'elles sont en crise. Dans un plan de sécurité, la personne est encouragée à ne pas utiliser une stratégie de plus forte intensité tant qu'elle n'a pas essayé celle du niveau précédent. L'objectif est d'aider cette personne à développer un sentiment d'autonomisation (*empowerment*) et de confiance en elle et en ses mécanismes personnels d'adaptation et de résolution de problèmes, tout en réduisant le recours inutile aux services d'urgence.

Le plan est appliqué en collaboration avec les intervenants et les services habituellement impliqués auprès de la personne. Ce plan requiert une bonne communication entre les partenaires afin que son utilisation optimale se maintienne dans le temps. Par exemple, dans le plan de sécurité fictif de Léa, cette dernière doit appeler sa sœur avant de communiquer avec son intervenante. Si Léa n'a pas appelé sa sœur, l'intervenante peut l'encourager à le faire, l'accompagner pendant qu'elle appelle, puis faire une intervention si sa sœur n'est pas disponible à ce moment-là.

Sous sa forme classique, le plan de sécurité s'adresse à une clientèle relativement autonome, qui est en mesure de reconnaître l'intensité d'une crise ou d'une désorganisation. Dans les débuts, l'intervenant pourrait guider la personne à travers les différentes étapes de son plan de sécurité, mais il est généralement prévu que l'aide de l'intervenant s'estompe progressivement. Dans le cas de personnes moins autonomes, chaque étape du plan de sécurité peut être déployée avec le soutien d'un intervenant ou d'un proche.

Le plan de sécurité s'inscrit dans la même catégorie d'outils que les fiches de prévention active. Tous ces outils reflètent une progression d'intensité des interventions et incluent un ensemble d'actions que la personne peut faire seule afin de retrouver un niveau acceptable de bien-être. Le plan de sécurité s'adresse spécifiquement à la prévention des MAAS, en appliquant des interventions d'intensité croissante pour réduire le risque de MAAS.

Processus d'intervention

Élaboré avec la personne, le plan de sécurité nécessite d'identifier :

- Les éléments déclencheurs des épisodes suicidaires et le type de MAAS que montre la personne, incluant les émotions associées et les signaux d'alarme qui lui sont propres (par exemple, niveau d'agitation, de désorganisation ou de confusion).
- Les actions que la personne peut faire par elle-même pour réduire l'effet de l'élément déclencheur, en soulignant les avantages à utiliser les stratégies identifiées (pour renforcer la motivation de la personne).
- Les actions qui impliquent le recours à une aide extérieure (intervenants, proches) et des phrases clés permettant aux tiers de reconnaître que la personne a des idéations

suicidaires et qu'elle a besoin de leur aide dans le cadre du plan de sécurité.

- Les personnes qui auront un rôle à jouer dans le plan de sécurité. Ces personnes doivent connaître le plan et les phrases clés qui indiquent que le plan est en application. Elles doivent être outillées pour répondre à la personne selon le rôle qui leur a été attribué dans le plan : l'aider à explorer la situation pour se distraire, désamorcer la crise ou se calmer. Le rôle de chacun doit être bien défini.

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

On peut aussi inscrire un rappel des choses à ne pas faire, si la personne est capable de s'y référer. Il s'agit par exemple d'actions que la personne a déjà faites et qui augmentent le risque de MAAS et réduisent la capacité de la personne à se sentir mieux.

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

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

Illustration des outils d'intervention

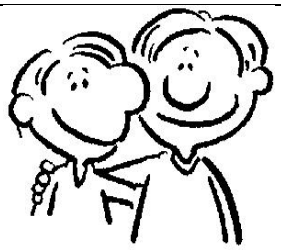
Ce qui suit présente le plan de Raphaël (Tableau 7), un exemple de plan de sécurité que la personne autiste ou présentant une DI peut utiliser seule ou avec le soutien d'un intervenant.

Tableau 7 - Plan de sécurité de Raphaël

Les choses qui me font penser au suicide ou qui me rendent triste (indicateur émotionnel ou comportemental d'alarme qui peut être rattaché à un épisode de MAAS) : Je me chicane avec une personne à l'école et ça me rend malheureux.		
	Les actions que je peux faire pour ne plus penser au suicide et pourquoi c'est utile pour moi que je les fasse.	Les actions que je dois éviter parce qu'elles me font penser encore plus au suicide.
Par moi-même, tout seul	• Je respire à fond 3 fois, puis je fais mon exercice de relaxation. • Je dessine comment je me sens. Ça m'aide à me sentir plus fort, à décider pour moi. Je peux être fier de moi.	• Penser à la chicane tout seul dans ma chambre.
Demander l'aide de mon ami	Je me sens malheureux. J'ai essayé de faire mes exercices de relaxation tout seul. Je me sens toujours malheureux. • Je demande de l'aide à mon ami en disant : « Je suis malheureux, est-ce que je peux te parler pour me distraire ? » Ça fait comprendre à mon ami que j'ai besoin d'aide et il sait comment m'aider. Je me sens capable de dire ce qui ne va pas.	• Être fâché parce que mon ami ne peut pas m'aider à me distraire. • Boire de l'alcool. • Rester tout seul.
Demander l'aide de ma sœur qui n'est pas à côté de moi. Je l'appelle au téléphone	Je me sens malheureux. J'ai essayé de parler à mon ami. Ça n'a pas marché (il n'était pas disponible parce qu'il était occupé ou bien nous avons joué mais je me sens toujours malheureux). Je me sens toujours malheureux. • Je demande de l'aide à ma sœur en l'appelant au téléphone et en lui disant : « Je suis malheureux, est-ce que je peux te parler pour discuter de ce qui se passe ? »	• Crier après ma sœur. • Crier après les autres personnes autour de moi.
Demander de l'aide à l'intervenante	Je me sens malheureux. J'ai essayé de demander de l'aide à ma sœur. Ça n'a pas marché, elle n'a pas répondu au téléphone. Je me sens toujours malheureux. • Je demande de l'aide à l'intervenante en lui disant : « Je suis malheureux, est-ce que je te parler pour discuter de ce qui se passe ? »	
Demander l'aide du centre de crise	Je me sens malheureux. J'ai parlé avec mon intervenante, mais je me sens toujours malheureux. Mes idées suicidaires sont toujours là. • Je demande de l'aide au centre de crise en appelant (numéro de téléphone)	
Demander l'aide des services d'urgence	Je pense très fort à me tuer et j'ai essayé de faire tout ce qui est dans mon plan. Rien ne fonctionne. • J'appelle les services de sécurité avec mon intervenante ou avec le centre de crise.	• Appeler tout seul les services d'urgence

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

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

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

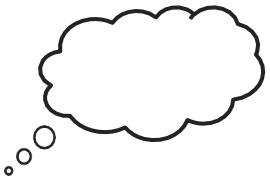
Une carte du même type peut être utilisée pour l'action *Demander l'aide des services d'urgence* :

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

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

Le Tableau 8 présente un autre exemple de plan de sécurité. Il s'agit du plan de Dominique dont les limitations fonctionnelles sont plus importantes. Le plan de sécurité est très simple, schématique et visuel.

Tableau 8 - Plan de sécurité de Dominique

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

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

B. Assurer la sécurité d'une personne en danger

Objectifs

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

Justifications / explications

Ce type d'intervention ne doit être fait que lorsque la vie de la personne semble en danger dans un délai rapproché. Son intensité dépend du niveau de danger et donc de l'estimation du danger effectuée à partir des observations menées auprès de la personne. Une intervention pour assurer la sécurité doit être suivie d'interventions pour susciter l'espoir, pour réduire le risque de récidive et de bénéfices secondaires et pour réduire l'option suicide.

Il peut y avoir une gradation d'intensité dans les interventions pour assurer la sécurité. Il est important d'adapter l'intensité de l'intervention aux besoins de sécurité de la personne et de ne pas surréagir à cause d'un niveau de stress élevé des intervenants ou des proches. Une réaction « excessive » ou disproportionnée par rapport aux besoins de la personne risque de la décourager de parler de ses idéations et de ses plans suicidaires dans le futur.

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

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

Processus d'intervention

Enlever des objets dangereux

Le retrait d'objets dangereux peut avoir deux objectifs :

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

La présence seule d'idéations suicidaires sans une estimation approfondie du danger ou du risque ne suffit pas pour enlever des objets considérés comme dangereux de l'environnement de la personne. Le retrait d'objets dangereux dans l'environnement de la personne doit être fait avec précaution et en collaboration avec la personne. Il est important de comprendre ce que la personne considère comme dangereux avant de retirer des objets et de ne pas se limiter à ce que les intervenants ou les proches considèrent comme tel.

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

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

En ce sens, le retrait du moyen (quel que soit son niveau de létalité) envisagé ou utilisé par la personne doit être immédiat et accompagné d'explications claires. Par exemple, il est important de préciser que la personne est importante, qu'on est inquiet pour elle, qu'on ne veut pas qu'elle se fasse du mal, qu'on veut pouvoir prendre le temps qu'il faut pour parler, pour trouver des solutions aux problèmes et des façons qui lui permettraient de se sentir mieux. Un intervenant pourrait donc s'exprimer ainsi : « Mon travail est de faire tout ce que je peux pour assurer ta sécurité et retirer les objets dangereux en fait partie. » Ou encore : « Je te rendrai (l'objet en question) avec plaisir dès que ça ira mieux. Je veux juste être sûr que tu es en sécurité maintenant. »

Attention à ne pas retirer des objets dangereux ou potentiellement dangereux mais non reliés à une tentative de suicide en cours ou planifiée. Si ces objets n'ont pas été identifiés lors de l'estimation du danger ou de l'exploration des moyens envisagés par la personne, les retirer risque de lui donner l'idée d'un moyen plus dangereux pour se suicider. Par exemple, si une personne dit qu'elle pense à se tuer et qu'on lui enlève immédiatement ses lacets, la ceinture de son peignoir et sa ceinture de pantalon, elle peut identifier la strangulation comme un bon moyen de se tuer.

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

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

- **Validation** : elle consiste à accueillir la personne sans jugement. Il est nécessaire de refléter et de reconnaître que son comportement, ses sentiments et ses pensées sont parfaitement logiques et normales dans les circonstances.
- **Orientation** : elle consiste à décrire ce qu'on comprend de la situation de la personne, ce qu'on voudrait faire et pourquoi on pense que ça pourrait aider, dans des termes clairs et respectueux de son autonomie.

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

- **Engagement** : il consiste à s'engager avec la personne dans une action visant à améliorer la situation et faisant partie du plan développé à partir de la phase d'orientation.

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

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

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

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

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

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

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

Intervention physique pour bloquer un geste

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

Elles ne doivent pas non plus être banalisées. Une intervention pour assurer la sécurité dans

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

Transport à l'hôpital

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

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

Le danger varie très rapidement chez une personne, de sorte qu'il peut être réduit au minimum le temps que la personne arrive à l'urgence et soit vue par un médecin. C'est pourquoi il est important que l'intervention ne repose pas uniquement sur un transport à l'hôpital et l'intervention psychiatrique des urgences.

Si la personne appelle elle-même le 911, sans consultation auprès des proches ou des intervenants, il faudra effectuer une estimation du danger avant de la laisser partir en ambulance (à moins évidemment qu'elle ait déjà fait une tentative mettant sa vie en danger). Il peut cependant être difficile de concilier la perspective des intervenants qui travaillent régulièrement auprès de la personne et celle des intervenants des services d'urgence. En effet, les premiers ont une connaissance du fonctionnement et du mode habituel de désorganisation de la personne, alors que les intervenants des services d'urgence jugent la situation en fonction de ce qu'ils observent lors de leur arrivée sur les lieux. Par exemple, la personne peut avoir des propos (incluant une planification suicidaire) jugés inquiétants pour un intervenant qui ne la connaît pas, alors que ces propos s'inscrivent plutôt dans un mode connu d'évitement d'une contrainte.

Après sa visite à l'urgence et une fois que les sources de détresse sont connues et comprises, une intervention peut être planifiée avec la personne afin de minimiser les gains secondaires qui peuvent découler de l'hospitalisation, tout en démontrant à la personne qu'on prend l'épisode de MAAS au sérieux. S'il existe des gains secondaires liés à l'hospitalisation, il est également possible de travailler avec le personnel hospitalier pour identifier et comprendre la nature de ces bénéfices. L'implication des membres du personnel hospitalier dans cette analyse permet aussi de les sensibiliser à la dynamique entourant les visites à l'urgence et au

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

risque de développer un mode de fonctionnement dommageable à long terme pour la personne.

Il est important de valider la détresse vécue par la personne, en reconnaissant et en normalisant ses émotions. Ex. : « Je comprends que tu ne te sens pas bien. C'est correct. On va s'en occuper et on va prendre soin de toi ». Par contre, dans le cas où la personne utilise les MAAS pour obtenir un bénéfice, il est aussi très important d'analyser avec attention les raisons pour lesquelles la personne utilise les MAAS et non d'autres types de comportements. C'est de cette façon qu'on pourra aider la personne à utiliser les services d'urgence et d'hospitalisation de manière plus appropriée et non pour les bénéfices secondaires qu'elle pourrait en retirer.

Les outils de suivi post épisode suicidaire décrits dans le Processus AUDIS– Repérage ou les outils appliqués lors du retour au calme dans les situations rencontrées dans d'autres contextes peuvent être utiles pour planifier le retour au milieu de vie habituel, après une visite à l'urgence. Ce retour devrait inclure des discussions sur ce qui est arrivé. La personne doit être encouragée à parler de ses émotions et des pensées et comportements qu'elle a eus. Elle peut aussi avoir des questions sur ce qui s'est passé à l'hôpital. Enfin, il est important d'explorer les obstacles qui l'ont empêchée d'appliquer son plan de sécurité et de trouver des solutions pour arriver à l'appliquer si une crise survient à nouveau. Au besoin, la personne peut être encouragée à en reparler avec l'intervenant pivot.

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

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

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

Instructions générales concernant les interventions basées sur des histoires

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

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

Explication / justification de l'utilisation de cette approche

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

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

Processus d'intervention général avec les histoires

Il est important de lire l'histoire avec la personne lorsque cette dernière est calme. Cet outil ne doit pas être utilisé en situation de crise ou lorsque la personne est agitée. Il est aussi nécessaire de contextualiser l'utilisation de l'histoire (ex. : la personne a été témoin d'un geste suicidaire dans son milieu de vie) et l'objectif (ex. : c'est important qu'on explique ce qui s'est passé, je sens que tu te poses des questions), tout en indiquant le temps réservé à l'activité (environ 15 minutes, si la personne s'exprime beaucoup). L'histoire est un support à l'échange. Elle peut être adaptée à la situation, aux besoins de la personne et aux objectifs de l'intervention. On peut utiliser ce matériel de différentes façons.

L'intervenant peut choisir de raconter ce qui se passe et décrire les expressions et émotions des personnages, sans nécessairement lire les dialogues ou la narration. La personne peut aussi lire l'histoire seule, faire un exercice écrit de communication en lien avec les questions posées par l'intervenante dans l'histoire, dessiner ce qu'elle ressent, ou encore décrire à quel point elle se sent proche du personnage.

A chaque étape, en suivant les instructions spécifiques pour chaque histoire, il est important de saisir toutes les occasions de questionner la personne sur son expérience, par exemple en lui demandant dans quelle mesure elle est semblable ou différente de celle du personnage, ou en lui posant des questions sur ce que d'autres ont dit ou fait, en lien avec son expérience ou celle des autres. Enfin, il importe de construire l'intervention en fonction de la situation de la personne, que ce soit sous forme écrite, oralement ou à l'aide de dessins et de symboles. D'ailleurs, les histoires utilisent toutes les mêmes symboles et les mêmes images pour aborder les concepts liés au suicide.

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

Répondre à des questions directes sur le suicide, ce que ça veut dire se suicider et comment se suicider
Il est normal que les personnes soient curieuses et ne pas répondre aux questions peut nuire à la compréhension du processus, voire augmenter le danger.

Il est également important que les personnes connaissent les bons termes pour exprimer leurs idéations suicidaires. De cette façon, elles seront plus facilement comprises et aidées de manière adéquate.

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

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

Il peut être nécessaire de discuter du thème de l'ambivalence, particulièrement avec les personnes ayant des cognitions rigides. Ces personnes peuvent en effet avoir tendance à croire qu'une fois qu'on veut mourir, aucun changement n'est possible.

Pour renforcer la partie qui veut vivre chez une personne qui a des idéations suicidaires, on peut donc aborder la question de l'ambivalence et explorer les raisons de vivre.

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

Les cases 1 et 2 exposent la situation qui a amené Daniel à avoir des idéations suicidaires et de l'ambivalence. L'intervention vise ici à identifier les facteurs déclencheurs des MAAS et les raisons de vivre proximales – en d'autres termes, elle cherche à identifier l'ambivalence.

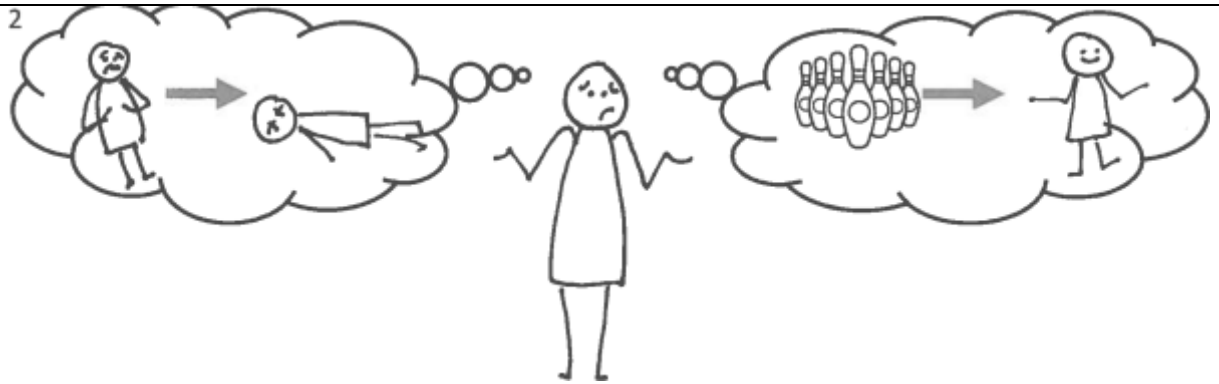
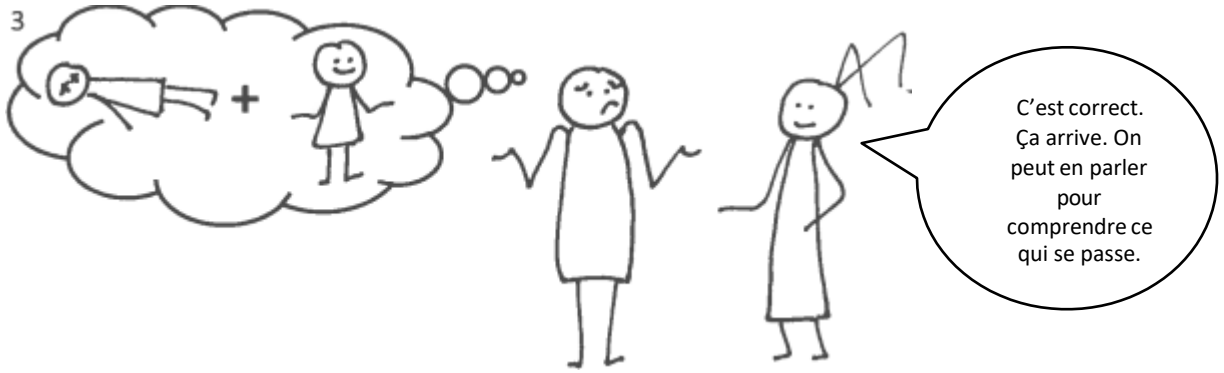
La case 3 illustre le processus de validation de la communication et de l'importance de poser des questions quand on se sent mélangé ou perturbé par des évènements ou par nos pensées.

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

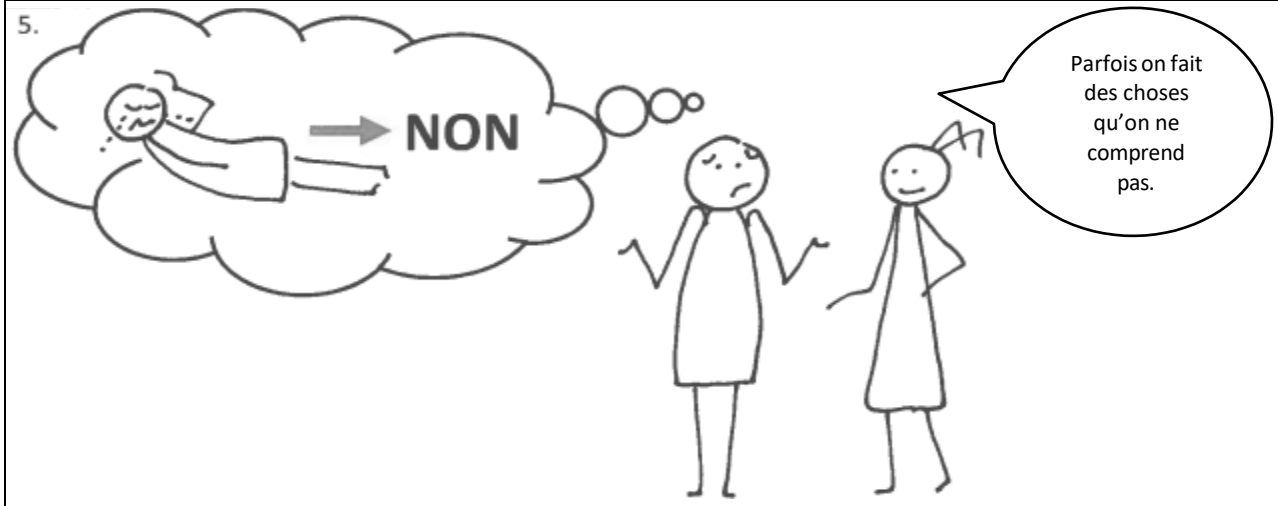
Les cases 10 et 11 illustrent une façon d'explorer les raisons de vivre et la manière dont on peut s'en servir pour renforcer l'espoir. Les raisons de vivre sont utilisées pour contrebalancer les idéations suicidaires. L'intervention permet de discuter avec la personne de ses propres raisons de vivre,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

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

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

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

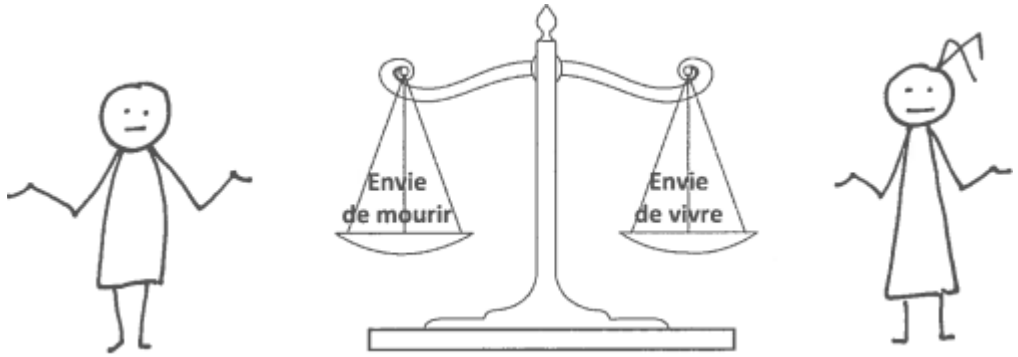
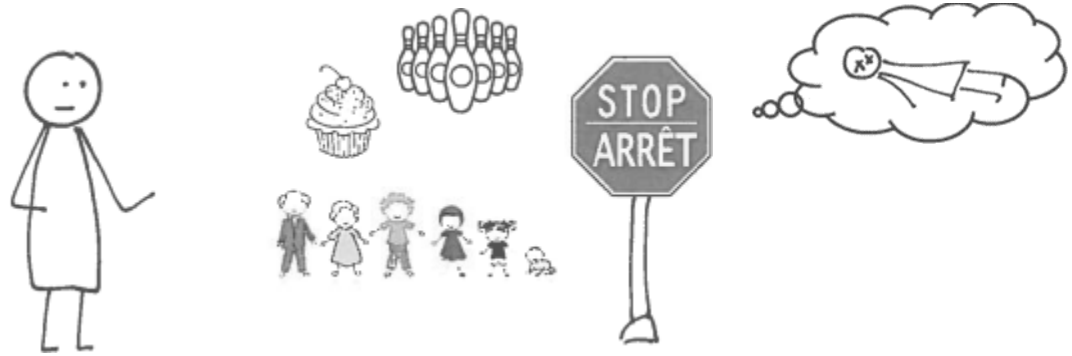
Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

	Parfois Daniel a envie de vivre et après il a envie de mourir, et après il a envie de vivre. L'intervenante explique que ça peut arriver, c'est correct.
	Une fois, Daniel a tenté de se tuer. Mais tout de suite après, il a dit qu'il ne voulait pas mourir. Il ne savait pas pourquoi il avait essayé de se tuer. L'intervenante explique ça arrive. Parfois on fait quelque chose sans y penser parce qu'on se sent mal. Après, quand on se sent mieux, on n'est plus d'accord avec ce qu'on a fait.

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

6 	L'intervenante rappelle à Daniel qu'il y a des jours où on a envie de vivre et où tout va bien.
7 	Il peut y avoir des jours où ça va mal. On ne pense plus à ceux qu'on aime, ni à ce qui nous fait plaisir. Dans ces jours là, des fois, certaines personnes comme Daniel peuvent avoir envie de mourir.
8 	Daniel ressent une tempête dans ses émotions, qui brouille tout et change sa façon de voir la situation. Il se sent vraiment très mélangé.

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

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

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

B. Histoire : Raphaël reprend espoir et trouve des solutions

Dans le contexte DI-Autisme, l'intervention orientée vers les solutions est utilisée pour aborder une situation problématique que vit la personne dans le moment présent. Elle est aussi utilisée pour désamorcer la crise, renforcer l'espoir et renforcer l'empowerment de la personne par rapport à cette situation et aux solutions qu'elle peut envisager pour sortir de l'impasse et améliorer la situation. Cette intervention ne peut évidemment garantir la résolution de tous les problèmes. Les objectifs doivent être réalistes par rapport à la situation et aux compétences de la personne dans le contexte de la crise actuelle.

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

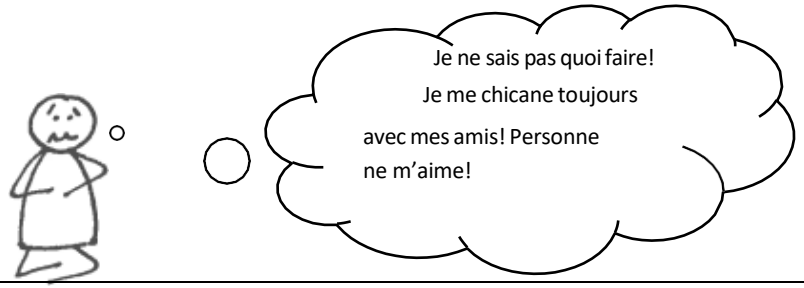
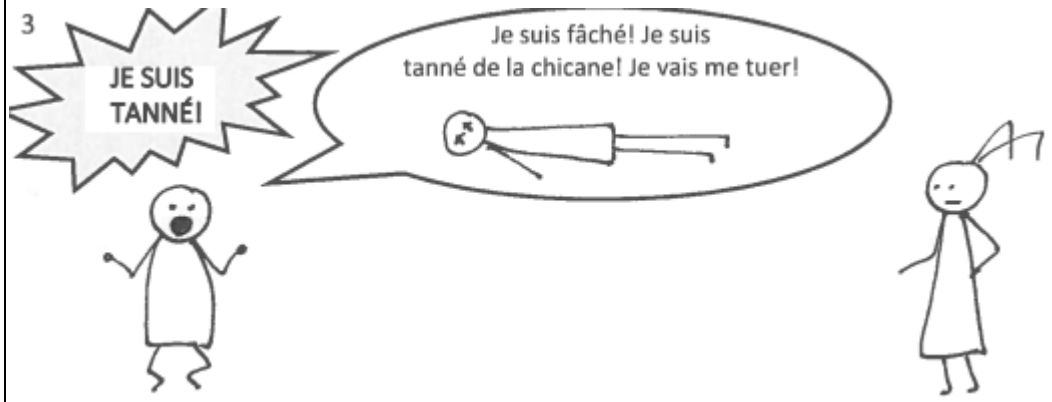
Les cases 4 à 6 explorent la situation problématique actuelle. L'objectif est d'identifier et nommer les déclencheurs de l'épisode suicidaire avec la personne et de valider les émotions ressenties. À titre d'exemple, l'intervenant pourrait s'exprimer ainsi : « Raphael ne va pas bien parce qu'il s'est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

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

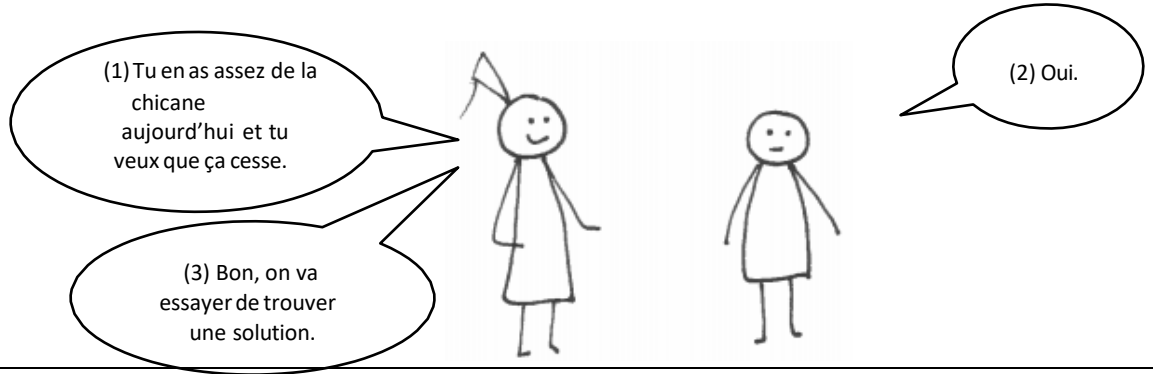
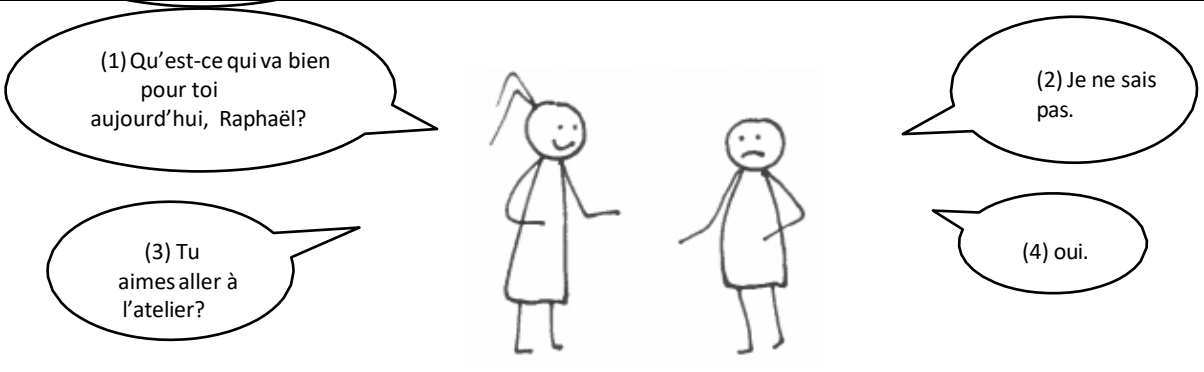
Les cases 11 à 14 illustrent la recherche de solutions pour améliorer la situation. Les solutions envisagées doivent utiliser les forces et les compétences de la personne, qu'il convient de lui rappeler. L'intervenant peut aussi faire des suggestions et accompagner la personne dans l'application des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

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

Raphaël reprend espoir et trouve des solutions

1 	Raphaël est frustré. Trop de choses ne vont pas bien en ce moment pour lui.
2 	Raphaël est malheureux. Il ne sait pas quoi faire pour aller mieux. Il pense que ça sera toujours comme ça.
3 	Raphaël parle avec l'intervenante. Il lui dit qu'il est fâché, malheureux, et qu'il veut se tuer.

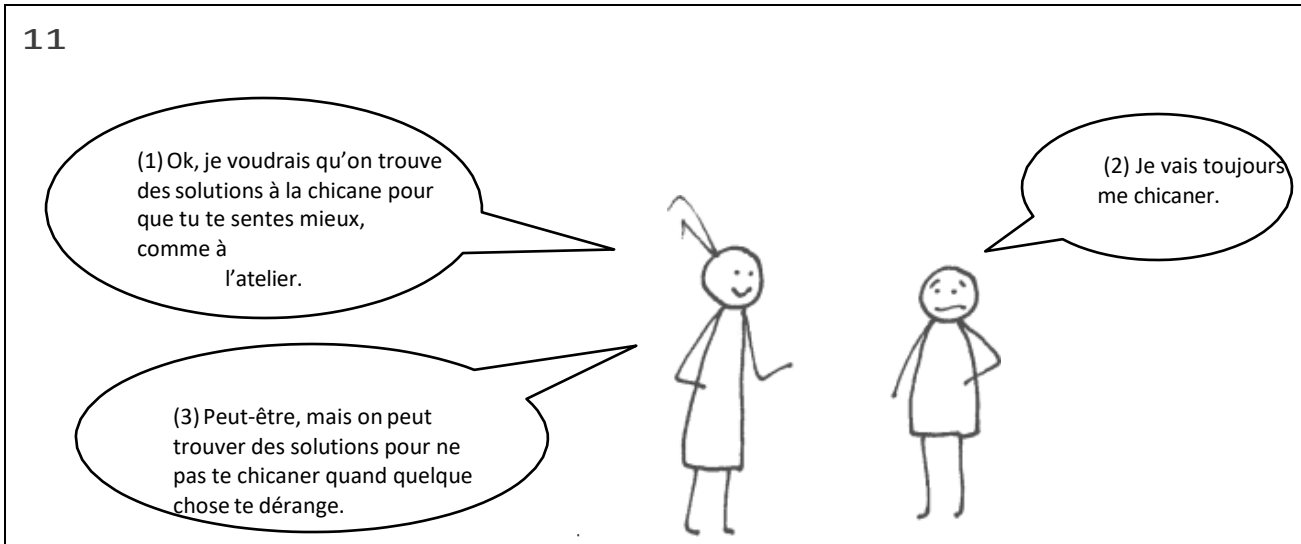
Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

4 5 	L'intervenante est contente que Raphaël lui parle. Elle lui pose des questions pour comprendre ce qui ne va pas.
6  	L'intervenante veut aider Raphaël à aller mieux. Ils trouvent ce qui rend Raphaël malheureux aujourd'hui, ce qui lui fait penser à mourir. C'est important pour aller mieux.
7  	Il y a des choses qui vont bien dans la vie de Raphaël aussi. Alors, ça vaut la peine de vivre. L'intervenante pose des questions à Raphaël pour comprendre ce qui va bien.

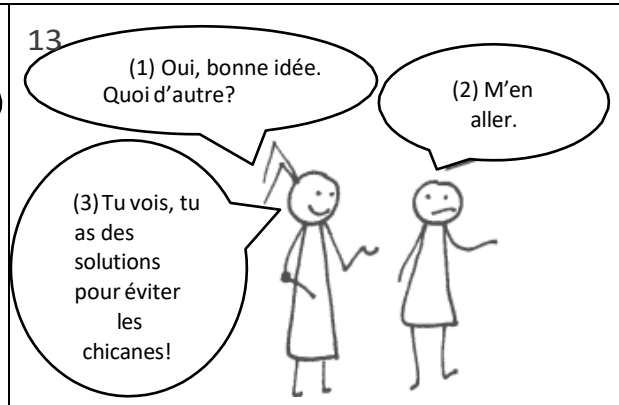
Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

8 	C'est important de se concentrer aussi sur les choses qui vont bien en ce moment. Elles aident à aller mieux et à vivre.
9 	Aussi, quand on pense à ce qui va bien en général, ça donne envie de trouver des solutions pour ramener le sourire dans le cœur.
10 	Raphaël et l'intervenante se rappellent des raisons qui donnent envie de vivre à Raphaël. Raphaël retrouve l'envie de vivre. Il reprend espoir.

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

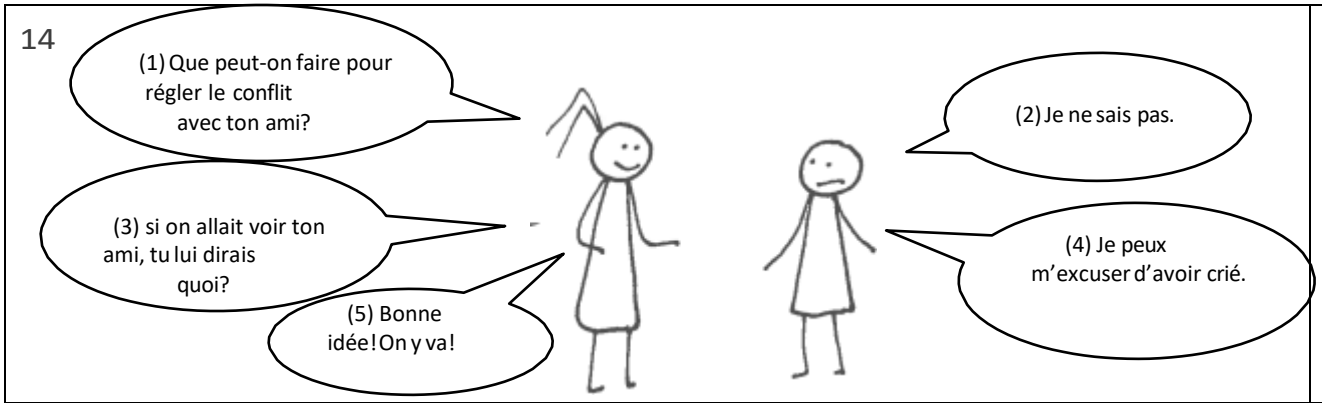
<table>
<tr>
<td colspan="2"> 
</td>
<td>Il faut aussi trouver des solutions au problème de Raphaël pour qu'il n'ait plus envie de mourir.

Certains problèmes sont là pour longtemps, mais on peut trouver des solutions pour être malheureux moins souvent.

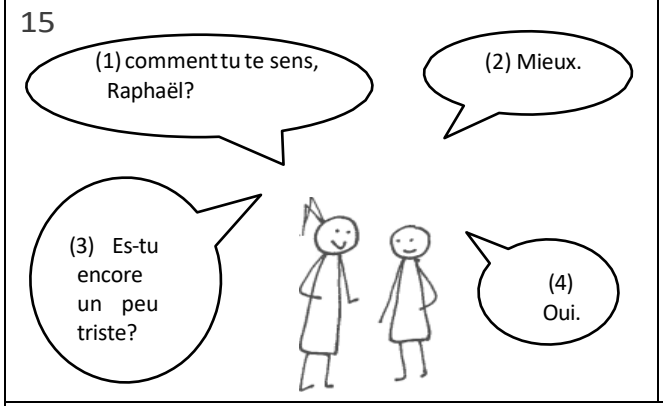
Il y a toujours quelque chose à faire pour se sentir bien.</td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td> 
</td>
<td>Raphaël connait déjà des bonnes solutions, mais il n'y pensait plus.

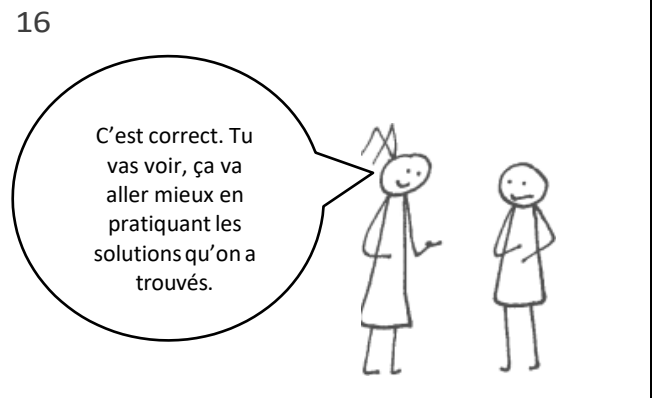
Avec l'intervenante, ils parlent de ce que Raphaël sait faire pour éviter les chicanes.</td>
</tr>
</table>

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés



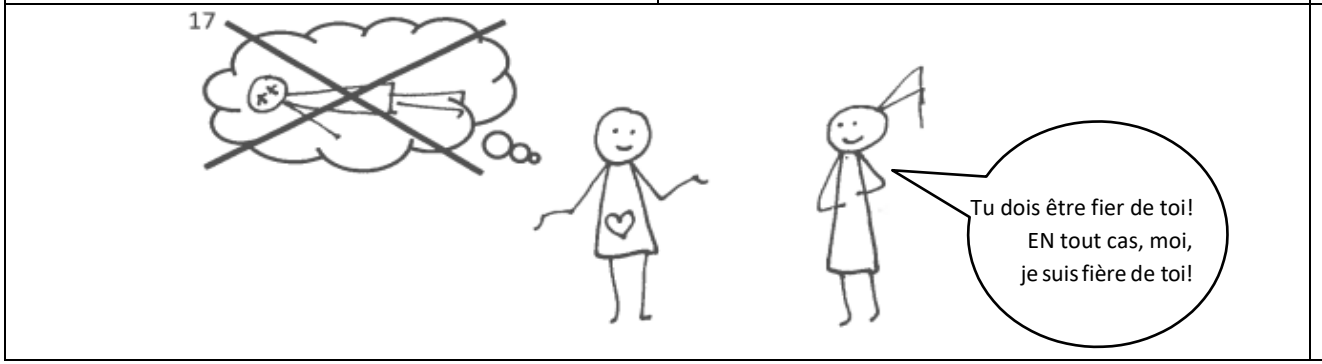
Avec l'intervenante, Raphaël trouve de nouvelles solutions pour le problème.





Raphaël va un peu mieux.

Il sait qu'il y aura parfois des moments difficiles, mais qu'il ira mieux après.



Raphaël continue d'utiliser les solutions jusqu'à ce qu'il se sente bien.

Il ne veut plus mourir.

Il sourit de nouveau. Il se sent fier.

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

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

Cette histoire vise à développer une stratégie d'intervention avec une personne lorsqu'on ne parvient pas à identifier un déclencheur. Parfois, les idéations suicidaires proviennent d'un sentiment diffus de malaise difficile à nommer clairement. Dans ce cas, l'approche orientée vers les solutions ne vise pas à trouver des manières de gérer un problème ou un évènement, mais plutôt à identifier le sentiment diffus de malaise et l'atténuer en améliorant l'humeur générale de la personne.

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

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

À la case 4, l'intervenante explore tout de même différents déclencheurs possibles dans la vie de Dominique. Dans l'intervention, il est important d'explorer avec la personne ce qui peut avoir déclenché les idéations dans la situation présente ou récente. Attention toutefois à ne pas donner d'exemples trop précis de déclencheurs potentiels. En effet, cela pourrait inquiéter la personne ou lui suggérer qu'elle devrait avoir des idéations suicidaires lorsqu'elle vit le déclencheur nommé. En se référant à la case 4, l'intervenant pourrait dire : « Et toi, s'est-il passé quelque chose qui te fait de la peine, qui te dérange ou qui te fâche, aujourd'hui ? » **La case 5** est un exemple de validation du vécu de la personne.

Aux cases 6 à 8, l'intervenante explore les émotions de Dominique afin d'identifier les états affectifs accompagnant les idéations suicidaires. Cette exploration peut aider à repérer, avec la personne, les moments où elle va moins bien et où les idéations surviennent. Même si le malaise est diffus, sans déclencheur apparent, il est important d'utiliser des mots qui représentent les idées et les émotions de la personne lorsqu'elle a des idéations suicidaires. L'intervenant pourrait dire : « Tu te sens comment, toi, quand tu as des idées de te tuer ? Est-ce que tu te sens découragé comme Dominique ? Différent ? » La case 8 inclut également une validation de la personne.

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

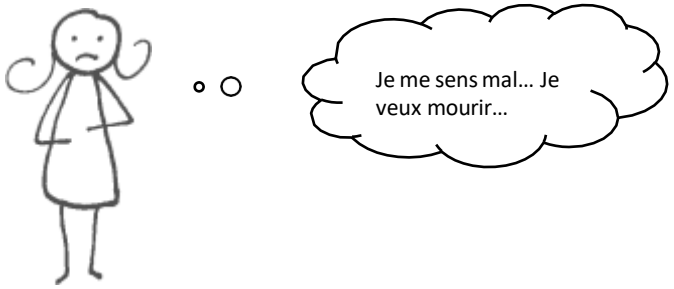
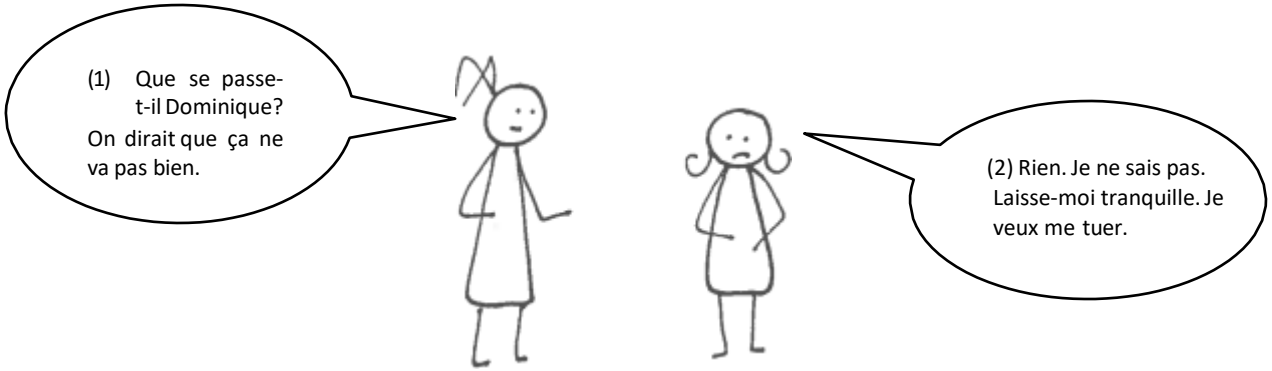
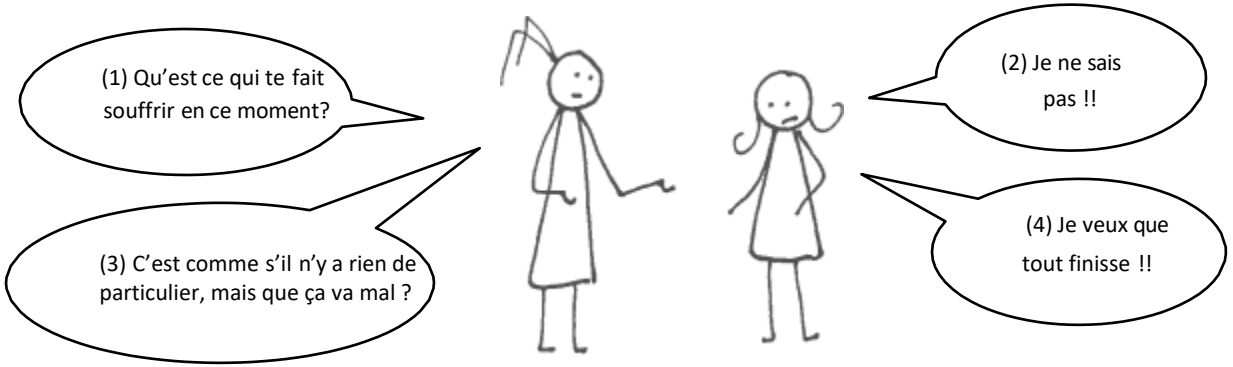
Aux cases 13 à15, l'intervenante propose à Dominique de faire l'exercice du jardin de l'espoir

décrit dans le cahier d'intervention. Ensemble, elles mettent en place une stratégie adaptée à Dominique pour identifier les moments où elle se sent mal et où elle a des idéations suicidaires sans motif apparent, d'une part, et pour intervenir afin de l'aider à modifier positivement son humeur, d'autre part. En contexte d'intervention, il est possible de travailler une telle stratégie avec l'usager, en tenant compte de ses capacités d'auto-observation et de communication.

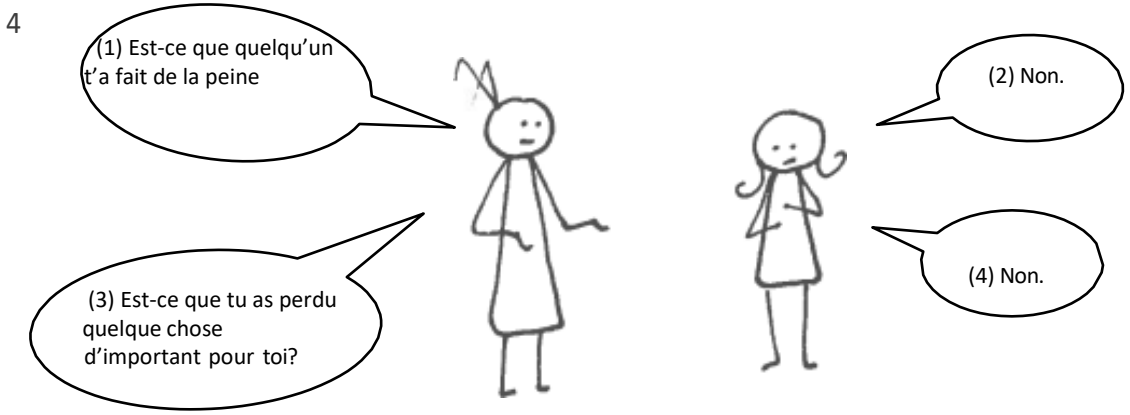
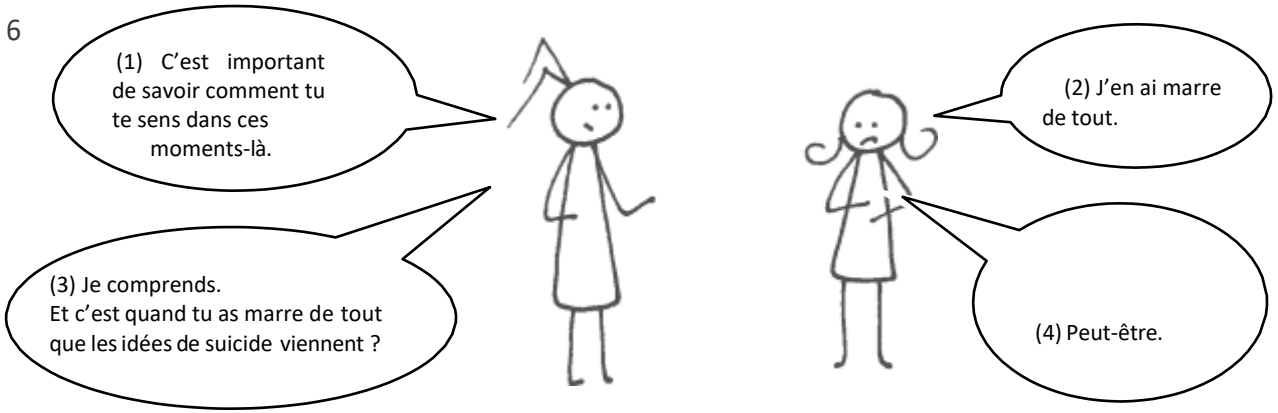
La case 16 clôt l'histoire avec une validation de la personne.

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

Dominique a des pensées de suicide sans vraiment savoir pourquoi

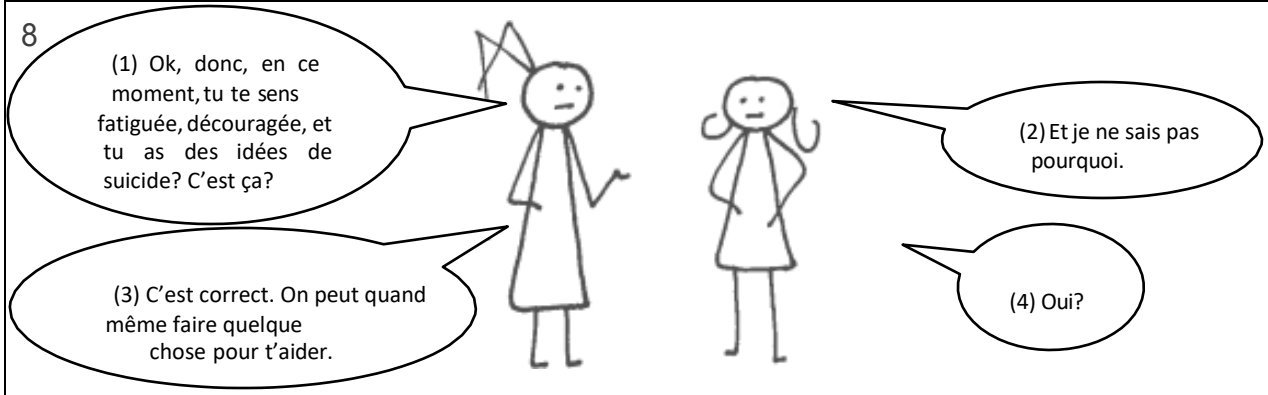
1 	Dominique se sent mal. Elle a des idées de suicide.
2 	Dominique ne sait pas pourquoi elle se sent mal comme ça. Lorsque l'intervenante lui demande ce qui se passe, elle ne sait pas quoi dire.
3 	Dominique pense juste qu'elle veut se tuer pour que tout ça finisse...

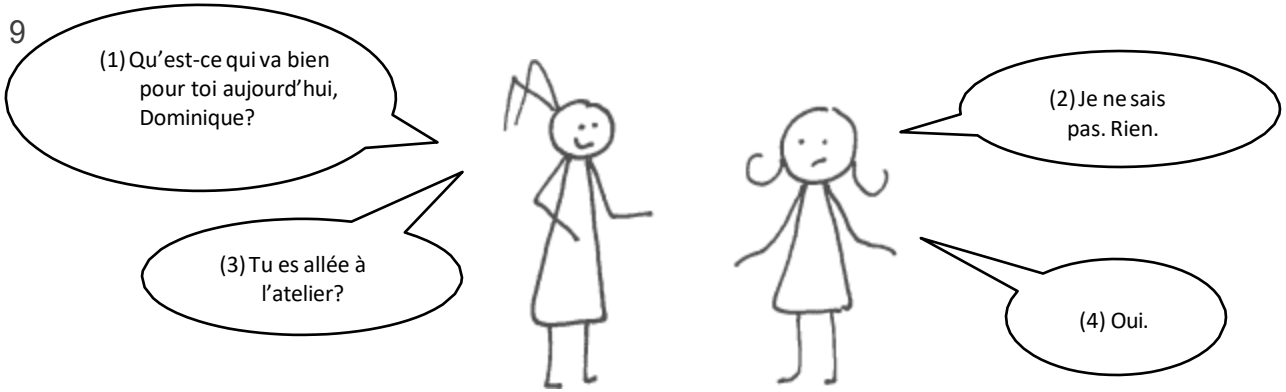
Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

4  	L'intervenante pose des questions à Dominique pour voir s'il y a quelque chose qui fait que Dominique se sent mal et qu'elle pense à se tuer aujourd'hui. Elles ne trouvent rien !
5 	L'intervenante explique à Dominique que c'est correct de ne pas savoir pourquoi on se sent mal des fois. Ça peut arriver à tout le monde.
6  	L'intervenante explique aussi que c'est important d'en parler pour apprendre à reconnaitre les moments où l'on se sent mal sans trop savoir pourquoi

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

<table>
<tr>
<td>7

8
 

</td>
<td rowspan="2">Comme ça, dans ces cas-là, Dominique peut faire quelque chose pour se sentir mieux quand même.</td>
</tr>
<tr>
<td>9
 

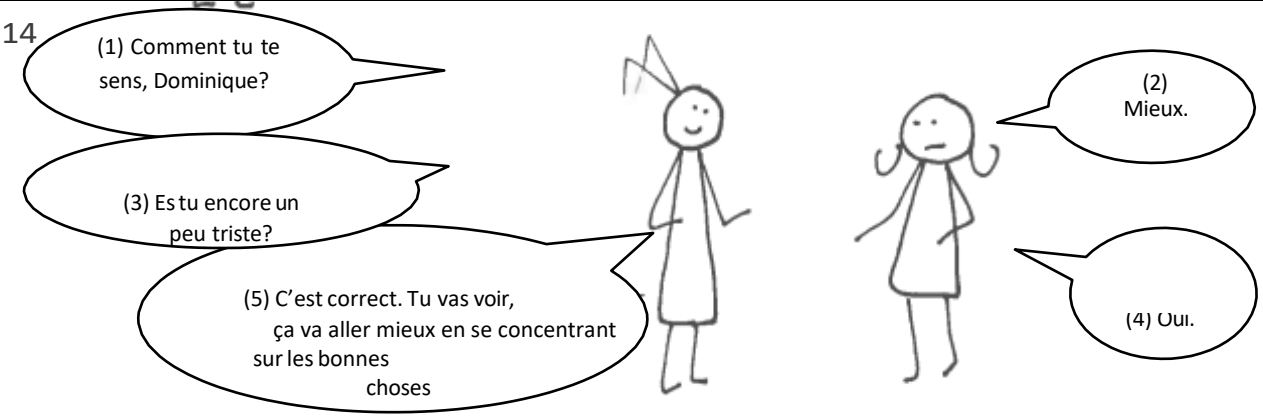
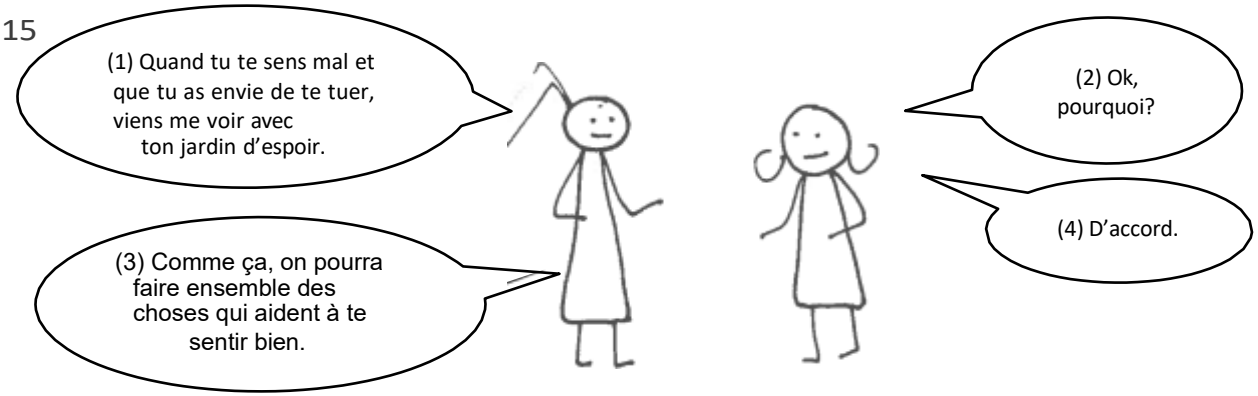
</td>
<td>Il y a des choses qui vont bien dans la vie de Dominique aussi.

Alors, ça vaut la peine de vivre.

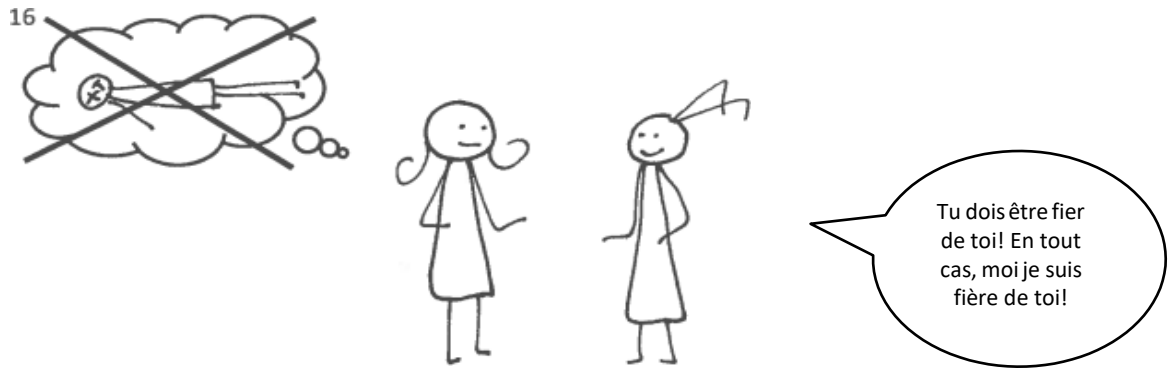
L'intervenante pose des questions à Dominique pour comprendre ce qui va bien.</td>
</tr>
</table>

10 	C'est important de se concentrer aussi sur les choses qui vont bien en ce moment
11 	Elles aident à aller mieux et à vivre dans les moments où l'on se sent mal sans savoir pourquoi.
12 	Dominique et l'intervenante se rappellent des raisons qui donnent envie de vivre à Dominique. Dominique retrouve l'envie de vivre. Elle se sent moins triste et découragée.

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

13 	Dominique et l'intervenante fabrique un jardin de l'espoir pour Dominique. Il contient tout ce que Dominique aime et qui fait qu'elle se sent bien.
14 	Dominique se sent un peu mieux Elle sait qu'il y aura parfois des moments difficiles ou elle se sentira mal, mais qu'elle ira mieux après.
15 	Dominique et l'intervenante font une stratégie pour aider Dominique lorsqu'elle a des idées de suicide et qu'elle ne sait pas pourquoi.

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

	Dominique est capable de voir comment elle se sent grâce aux outils qu'elle a appris à utiliser avec l'intervenante. Elle s'entraine à penser à ce qui va bien et a ses raisons de vivre quand elle se sent mal. Et puis, son sourire revient. Elle se sent fière.

D. Calendrier de l'espoir et ligne du temps

Ces deux interventions sont des versions plus ou moins complexes du même exercice visant à aider la personne à se projeter dans l'avenir de façon positive.

d.1. Le calendrier de l'espoir

Objectif

Dans une situation où la personne a des difficultés à s'orienter dans le temps, et qu'elle vit une situation difficile ponctuelle (même si cette situation peut se présenter plusieurs fois), le calendrier de l'espoir peut l'aider à se projeter dans le futur pour anticiper une amélioration. Le calendrier aide aussi à identifier des actions possibles pour reprendre le contrôle sur sa situation et aller mieux plus rapidement. Cet exercice est particulièrement adapté aux personnes qui utilisent déjà un calendrier pour gérer leur vie quotidienne et à celles qui ont une bonne capacité à identifier leurs propres émotions.

Justification / explication

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

La souffrance est :

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

Se souvenir que :

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

Intervenir pour créer une brèche dans ces triades est une stratégie essentielle de prévention du suicide. Cette intervention se base aussi sur l'impuissance et le sentiment de ne pas avoir de contrôle sur soi et sur ce qu'on vit. Cette composante est un élément portant du modèle du suicide chez les personnes autistes ou présentant une DI. Travailler à ramener l'espoir, donc à identifier des choses qui vont bien et que la personne peut faire dans un avenir proche, l'aide à reprendre du contrôle sur sa situation. Mieux comprendre ce qu'elle est en train de vivre contribue à redonner à la personne du contrôle sur le processus suicidaire et sur les actions à poser pour le changer.

Au final, cette intervention aide à réduire le désespoir. Le calendrier peut enfin aider la personne à visualiser le déroulement de son épisode suicidaire et les émotions associées. Cela peut l'aider à se projeter dans le futur, à un moment où elle se sentira mieux, ainsi qu'à identifier les étapes à accomplir pour y parvenir.

Processus d'intervention

La première étape consiste à valider la réalité et la légitimité des émotions ressenties par la personne à travers le temps. Plusieurs émotions peuvent être identifiées en lien avec la situation au fil de son déroulement. Par exemple, après s'être sentie triste, la personne pourrait être fatiguée ou ressentir le besoin d'être seule. Il est important de de faire comprendre à la personne que la fatigue ou le besoin d'être seul peut être présent un certain temps avant de retrouver le goût de rencontrer d'autres personnes. Il s'agit donc ici de valider que la séquence des émotions est normale et légitime (voir Tableau 8).

En second lieu, l'intervenant identifie avec la personne le moment qui devrait correspondre au retour au calme ou à l'apaisement, dans la séquence des émotions. Par exemple, l'intervenant pourrait lui dire : « Demain, tu te sentiras bien ». Il s'agit de renforcer le fait que la personne se sentira bien par rapport à ce qu'elle ressent actuellement, tout en lui faisant comprendre que ce processus prend un certain temps. Ce temps est illustré grâce au calendrier, à la colonne 2 du Tableau 8.

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

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

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

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

Tableau 9 - Le calendrier de l'espoir

Échelle de temps similaire à celle utilisée habituellement avec la personne	Ce qui se passe	Comment on se sent – en se servant des signes habituellement utilisés avec la personne	Ce qu'on va faire pour se sentir mieux
Questions et thèmes à aborder pour construire le calendrier :	▪ J'ai l'impression que ce qui te rend (émotion perceptible) est … ▪ Toi, qu'en penses-tu ?	▪ Comment tu te sens ? Te sens-tu triste ou fâché ? ▪ C'est correct et normal de se sentir comme… ▪ Au bout d'un moment, les émotions comme … passent et après on se sent comme … ▪ Comment tu penses que tu te sentiras dans (durée adaptée à la situation et à la personne) ▪ Au bout d'un moment on se sent bien. ▪ Comment c'est pour toi se sentir bien ? ▪ Comment tu vas te sentir quand tu te sentiras mieux ?	▪ Comment on peut faire pour que tu te sentes mieux plus vite ? ▪ Quelles sont les choses qu'on sait déjà faire qui nous font du bien et qu'on peut réutiliser ?
Maintenant			
Dans quelques minutes			
Dans une heure			
Demain			

rocessus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

d.2. Ligne du temps de l'espoir

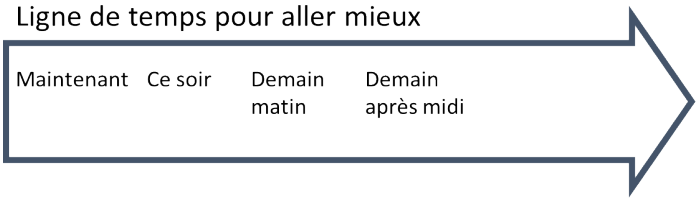
La ligne du temps est une option plus simple que le calendrier et mieux adaptée aux personnes ayant une moins bonne compréhension de leurs émotions. Elle remplit les mêmes objectifs et s'appuie sur les mêmes principes.

Objectif

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

Processus d'intervention

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



Ci-dessous, voici un exemple de ligne du temps :

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

Objectif

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

Justification / explication

Le désespoir est une composante clé dans le développement des MAAS (voir 2.4.1 plus haut pour plus de détails). En contrepartie, l'espoir est un élément important sur lequel on peut bâtir une intervention de prévention du suicide. Renforcer l'espoir peut se faire autant à très court terme qu'à long terme.

Processus d'intervention

La liste des choses qui vont bien doit se faire avec la personne. Les éléments retenus dans cette liste doivent être atteignables par la personne et pouvoir se reproduire dans un avenir rapproché. Par exemple, si on identifie les bonnes relations avec un membre de la famille, il faut inclure aussi la perspective d'un contact prochain qui renforcera le sentiment positif.

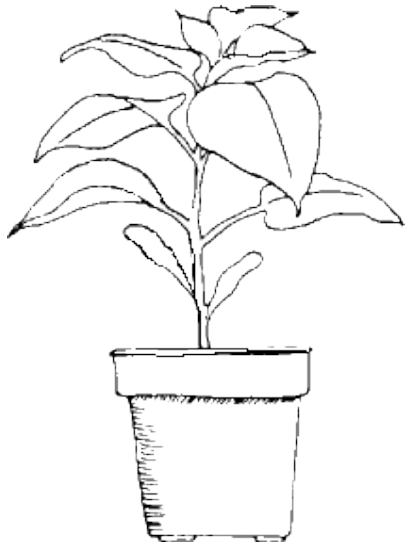
La première étape de l'intervention consiste à écrire ou à dessiner les choses qui vont bien dans la case de gauche (voir le tableau plus loin). On peut aussi coller des photos des personnes, des animaux ou des objets aimés. Toutes ces choses constituent le jardin. C'est à la deuxième étape que se concrétise la métaphore du jardin de l'espoir : on *cultive* et on *arrose* les bonnes choses. À chaque fois qu'une chose identifiée dans la liste se produit, on le signifie dans la case de droite pour illustrer la croissance du jardin de l'espoir. Par exemple, on peut coller des collants sur la plante, colorier une des feuilles de la plante, coller des choses tactiles ou utiliser tout autre moyen qui permette à la personne de comprendre qu'elle aide son jardin à pousser.

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

Les résultats escomptés sont les suivants : 1) les perceptions négatives de la personne sont recadrées ; 2) la personne visualise le positif pour contrebalancer la perception du négatif; 3) son humeur est améliorée; 4) une base est établie pour développer d'autres choses qui vont bien.

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés

Le jardin de l'espoir de : _____, Fait le_____

La liste des choses qui sont agréables, qui vont bien, qu'on veut qui recommencent, qui rendent fier	L'arrosage
	

Processus AUDIS, © C. Bardon, CRISE, Chaire DI-TC, 2023 – tous droits réservés