



Autisme,
Déficience Intellectuelle,
Suicide

Processus clinique de prévention du suicide auprès des personnes autistes ou ayant une déficience intellectuelle

Un ensemble d'outils cliniques de soutien à l'intervention
auprès des personnes autistes ou ayant une DI et des
manifestations associées au suicide

2024



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

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

UQÀM

Chaire de déficience intellectuelle
et troubles du comportement

Université du Québec à Montréal

Les projets de recherche ayant mené à la construction du Processus AUDIS sont dirigés par :

Équipe de développement et projet de recherche associés

Cécile Bardon, PhD, - Directrice associée du CRISE, professeure au département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM)

Diane Morin, PhD, Directrice scientifique de l'Institut universitaire en déficience intellectuelle (DI) et en trouble du spectre de l'autisme (TSA), titulaire de la Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement (Chaire DI-TC), professeure au département de psychologie, UQAM

Les coordonnatrices du projet de recherche sont :

Xénia Halmov, MA, psychoéducatrice, (2015-2018)

Lorraine Milette, cand. Msc psychologie (2018-2023)

Les projets se sont déroulés avec le soutien scientifique de :

La chaire DITC, UQAM : <https://www.chaireditc.ca/>

Le Lanovaz Lab, École de psychoéducation, Université de Montréal : <https://lanovazlab.com/>

Le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), UQAM : <https://crise.ca/>

L'Institut universitaire en DI et en TSA : <http://institutditsa.ca/>

Assistants de recherche

Louis Philippe Coté, cand. PhD, psychologie, UQAM. Stagiaire de recherche (2015-2016)

Mélina Boulé, cand. PhD, psychologie, UQAM. Assistante de recherche (2018-2019)

Geneviève Lord, cand. PhD psychologie, UQAM. Assistante de recherche (2018-2019)

Sarrah Thomas Persechino, cand. PhD, psychologie, UQAM (2019-2023)

Nadia Moussa, cand. Phd, psychologie, UQAM (2020)

Projets de recherche et partenaires :

- 2013-2014 – « Consensus d'experts sur l'estimation du risque suicidaire chez les personnes ayant une Déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme » Bardon C., Morin D., Ouimet AM, Financement démarrage de projet CRISE.
- 2014-2017 - « Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) » Bardon C., Mishara B., Weiss J., Subvention IRSC
- Développer des stratégies d'intervention auprès des personnes suicidaires présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) », Projet de stage postdoctoral. Bardon C., Lanovaz M., Morin D., Bourse de stage postdoctoral CNRIS-OPHQ
- 2018-2020 - « Stratégie innovante de mobilisation des connaissances en prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA : Collaborer avec le réseau pour améliorer les services » Bardon C., Morin D. Subvention « Les déterminants à la participation sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme » Subvention de recherche CNRIS-OPHQ.
- 2018-2023 - « Valider empiriquement le concept opérationnel de « l'option suicide » pour

comprendre les comportements suicidaires chez les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme » Bardon C., Morin D., Saïas T., Subvention de recherche du CRSH Développement savoirs.

Les milieux de pratique suivants ont participé aux différents projets ayant mené au développement du Processus AUDIS :

Directions DI-TSA-DP de CISSS et CIUSSS	
Bas-Saint-Laurent	Montréal-Ouest
Chaudière-Appalaches	Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Côte-Nord	Outaouais
Estrie	Québec
Laurentides (Centre du Florès)	Saguenay—Lac-Saint-Jean
Laval	Est-de-l'Île-de-Montréal
Mauricie—Centre-du-Québec	
Centres hospitaliers	
Hôpital Rivière-des-Prairies	Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM)
Hôpital Louis-H.-Lafontaine	
Milieux de prévention du suicide et de crise	
Suicide Action Montréal	Tel-jeune
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec (RCPSQ)
Milieux en DITSA	
Réseau national d'expertise en troubles envahissants du développement	Société québécoise d'excellence en troubles graves du comportement (SQETGC)

Citer le Processus AUDIS : Bardon, C., Morin, D. (2015-2023) Processus AUDIS – Processus de soutien à la décision clinique en prévention du suicide chez les personnes autistes ou ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. CRISE, Chaire DITC, Montréal, QC, 136 p.



Version mise à jour – 2023

C. Bardon, CRISE, Chaire DITC

Table des matières

Section 1 - Fondements pratiques du Processus AUDIS et structure générale.....	1
Comprendre le risque suicidaire - Modèle dynamique du suicide chez les personnes autistes ou présentant une déficience intellectuelle	2
Manifestations associées au suicide	4
Considérations générales sur le Processus AUDIS.....	6
Approche générale	6
Clientèles ciblées	7
Utilisation collaborative du Processus AUDIS.....	7
Processus clinique de prévention du suicide chez les personnes autistes ou présentant une déficience intellectuelle	8
Intégration du processus AUDIS dans les protocoles d'intervention des établissements.....	11
Description générale des outils d'estimation et d'intervention proposé	11
Structure des documents de soutien à la décision clinique	12
Recueillir des informations sur le suicide et sa prévention.....	13
Attitude de l'intervenant face à l'utilisateur	14
Attitudes propices.....	14
Comportements à éviter	15
Validation de la demande d'aide.....	15
Collaboration de la personne	16
Retour sur la situation ou suivi.....	16
Poser des questions pour recueillir l'information auprès d'un usager sur la présence d'idées suicidaires	16
1er cas : L'utilisateur a présenté des communications suicidaires directes.....	17
2e cas : L'utilisateur n'a pas présenté de communications suicidaires évidentes ou directes...	17
Utilisation de vignettes	17
Utilisation de questions simples à choix de réponses	18
Intégration de l'exploration des MAAS dans une activité d'expression non verbale.....	19
Suggestions de questions directes et indirectes	19
Construction d'un scénario social du développement de sa détresse, la situation qui amène à la souffrance	25
Section 2 - Repérer la personne à risque – Processus AUDIS repérage.....	26

1.Structure générale du processus de repérage	27
2.Objectifs du repérage	27
Observer : Sources d'information et indicateur de MAAS	28
Décider : Décision issue du repérage.....	30
Agir : Intervention à mettre en place à la suite du repérage	30
Documenter.....	30
Section 3 - Gérer l'épisode suicidaire - Plan Prévention Suicide – Épisode : PPS-E-Processus AUDIS.....	31
1.Structure générale du processus de gestion de l'épisode suicidaire	32
2.Objectifs de la gestion de l'épisode suicidaire	33
Observer : Sources d'information et indicateur d'estimation du danger lors d'un épisode suicidaire	33
Décider : Décision issue de l'estimation	35
Agir : Intervention à mettre en place à la suite de l'estimation pour gérer l'épisode suicidaire.....	35
Conclure adéquatement le processus de gestion de l'épisode suicidaire	35
Documenter.....	36
3.Outils d'intervention pour la gestion de l'épisode suicidaire.....	37
3.1. Intervention pour assurer la sécurité et diminuer le danger de passage à l'acte suicidaire	37
A. Plan de sécurité pour une personne ayant des manifestations associées au suicide.....	37
Objectifs.....	37
Justifications / explications.....	37
Processus d'intervention	38
Illustration des outils d'intervention.....	39
B.Assurer la sécurité d'une personne en danger.....	43
Objectifs.....	43
Justifications / explications.....	43
Processus d'intervention	44
3.2. Interventions pour susciter l'espoir et trouver des solutions.....	49
Instructions générales concernant les interventions basées sur des histoires	49
A. Histoire : Daniel veut vivre et veut se tuer en même temps et retrouve l'espoir.....	50
B. Histoire : Raphaël reprend espoir et trouve des solutions.....	56

C. Histoire : Dominique a des pensées de suicide sans vraiment savoir pourquoi.....	62
D. Calendrier de l'espoir et ligne du temps	70
d.1. Le calendrier de l'espoir.....	70
Objectif.....	70
Justification / explication	70
Processus d'intervention	71
d.2. Ligne du temps de l'espoir.....	73
Objectif.....	73
Processus d'intervention	73
E. Le jardin de l'espoir : se concentrer sur ce qui va bien	73
Objectif.....	73
Justification / explication	74
Processus d'intervention	74
Section 4 - Faire un suivi post-épisode suicidaire – PPS Suivi Processus	
AUDIS.....	76
1. Structure générale du processus de suivi	78
2. Objectifs du suivi dans le cadre de la gestion de l'épisode suicidaire	78
Observer : Sources d'information et indicateur de suivi	79
Décider : Décision issue de l'analyse.....	79
Agir : Intervention à mettre en place pour adapter la gestion de l'épisode suicidaire	79
3. Suivi étroit suite à un épisode suicidaire : Vérification de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire dans les heures et les jours suivant l'épisode suicidaire initial	80
Objectifs.....	80
Justifications / explications	80
Processus d'intervention	80
Grille de suivi étroit.....	81
4. Former les proches au repérage des MAAS	82
Section 5 - Intervenir pour réduire le risque suicidaire - Plan Prévention Suicide – Risque : PPS-R-Processus	
AUDIS.....	83
1. Structure générale du Processus de réduction du risque suicidaire.....	84
2. Objectifs de la réduction du risque suicidaire	84
Observer : Sources d'information et indicateur d'évaluation du risque.....	86

Décider : Décision issue de l'analyse des facteurs associés au risque suicidaire	89
Agir : Intervention à mettre en place pour réduire le risque suicidaire	89
3.Outils d'intervention pour réduire le risque suicidaire	90
3.1. Interventions pour réduire le risque de récurrence des MAAS à court terme, défaire les patterns de MAAS et l'effet des éléments déclencheurs	90
A. Histoire : Daniel pense souvent au suicide – Il dit souvent qu'il veut se tuer.....	90
B. Prendre les MAAS au sérieux	97
Objectif.....	97
Explication / justification	97
Processus d'intervention	97
3.2. Interventions pour atténuer l'option suicide	98
A. Travailler les croyances des personnes et des intervenants.....	98
B. Vignettes : Ce que je pense du suicide	103
Objectif.....	103
Explication / justification	103
Processus d'intervention	103
C. Histoire : Raphaël et le suicide.....	110
D. Histoire : Marie apprend à dire qu'elle a des pensées de suicide en voyant les autres.....	116
E. Travailler les fixations sur la mort et sur le suicide	126
F. 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)	128
Objectif.....	128
Explication / Justification	128
Processus d'intervention	128
Exemple d'un exercice sur les raisons d'envisager le suicide ou de refuser de l'envisager	130
G. Comprendre et réduire les bénéfices secondaires des MAAS.....	132
3.3. Réduire les facteurs de risque et renforcer les facteurs de protection : Interventions cliniques utiles pour aider à prévenir le suicide à plus long terme	134
A. La thérapie par l'acceptation et l'engagement.....	134
B. La thérapie comportementale dialectique	135
C. L'amélioration générale de la qualité de vie	136

Liste des tableaux

Tableau 1 - Type de manifestations associées au suicide observables chez les personnes autistes ou présentant une DI.....	4
Tableau 2 - Structure type des étapes du processus AUDIS	13
Tableau 3 - Proposition de questions et formulations pour l'exploration du risque suicidaire : Recueillir l'information auprès d'un usager sur la présence d'idées suicidaires	20
Tableau 4 - Plan de prévention - Repérer la personne à risque	27
Tableau 5 - Plan de prévention - Gérer l'épisode suicidaire	32
Tableau 6 - Objectifs de la gestion de l'épisode suicidaire	33
Tableau 7 - Plan de sécurité de Raphaël	40
Tableau 8 - Plan de sécurité de Dominique	43
Tableau 9 - Le calendrier de l'espoir	72
Tableau 10 - Plan de prévention suicide PPS - Suivi post épisode suicidaire	78
Tableau 11 - Plan de prévention du suicide (PPS) - Intervenir pour réduire le risque suicidaire	84
Tableau 12 - Croyances courantes concernant le suicide.....	99
Tableau 13 - Les raisons pour se tuer et les raisons pour ne pas se tuer	129
Tableau 14 - Exemples de raisons pour envisager ou refuser d'envisager le suicide	130
Tableau 15 - Illustration des raisons pour se tuer et ne pas se tuer.....	131
Tableau 16 - Axes principaux de la thérapie par l'acceptation et l'engagement (ACT)	135

Liste des figures

Figure 1 - Processus Audis - vue d'ensemble	1
Figure 2 - Modèle dynamique du suicide chez les personnes autistes ou présentant une DI ..	3
Figure 3 - Fondement du processus clinique	9
Figure 4 - Modèle dynamique du suicide.....	10
Figure 5 - Figure du risque suicidaire - le repérage.....	26
Figure 6 - gestion du risque suicidaire - Gérer l'épisode suicidaire	31
Figure 7 - Gestion du risque suicidaire - Suivi	76
Figure 8 - fluctuation des MAAS.....	77
Figure 9 - Gestion du risque suicidaire - intervenir pour réduire le risque suicidaire	83

Section 1 - Fondements pratiques du Processus AUDIS et structure générale

Le Processus AUDIS vise à soutenir le jugement clinique des intervenants dans la prévention du suicide auprès de personnes Autistes ou présentant une déficience intellectuelle (DI) et ayant des manifestations associées au suicide (MAAS).

Il est destiné aux intervenants qui travaillent dans le domaine de la réadaptation, en milieu communautaire ou dans le domaine de la prévention du suicide.

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

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

Un modèle dynamique du suicide chez les personnes autistes ou présentant une DI

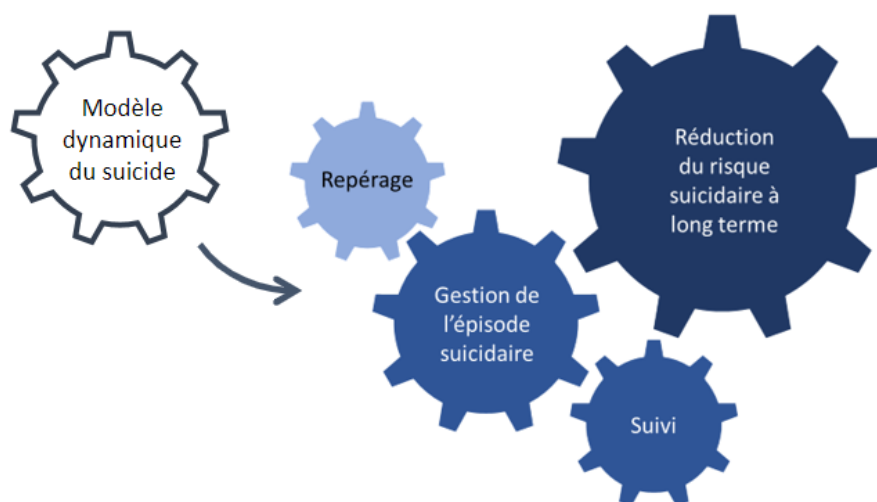


Figure 1 - Processus Audis - vue d'ensemble

Un processus de soutien à l'évaluation et à l'intervention à trois niveaux complémentaires de prévention du suicide. Ces niveaux ont été découpés afin que des acteurs différents puissent les appliquer selon les besoins des clientèles et les caractéristiques de leurs milieux :

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

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

Comprendre le risque suicidaire - Modèle dynamique du suicide chez les personnes autistes ou présentant une déficience intellectuelle

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

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

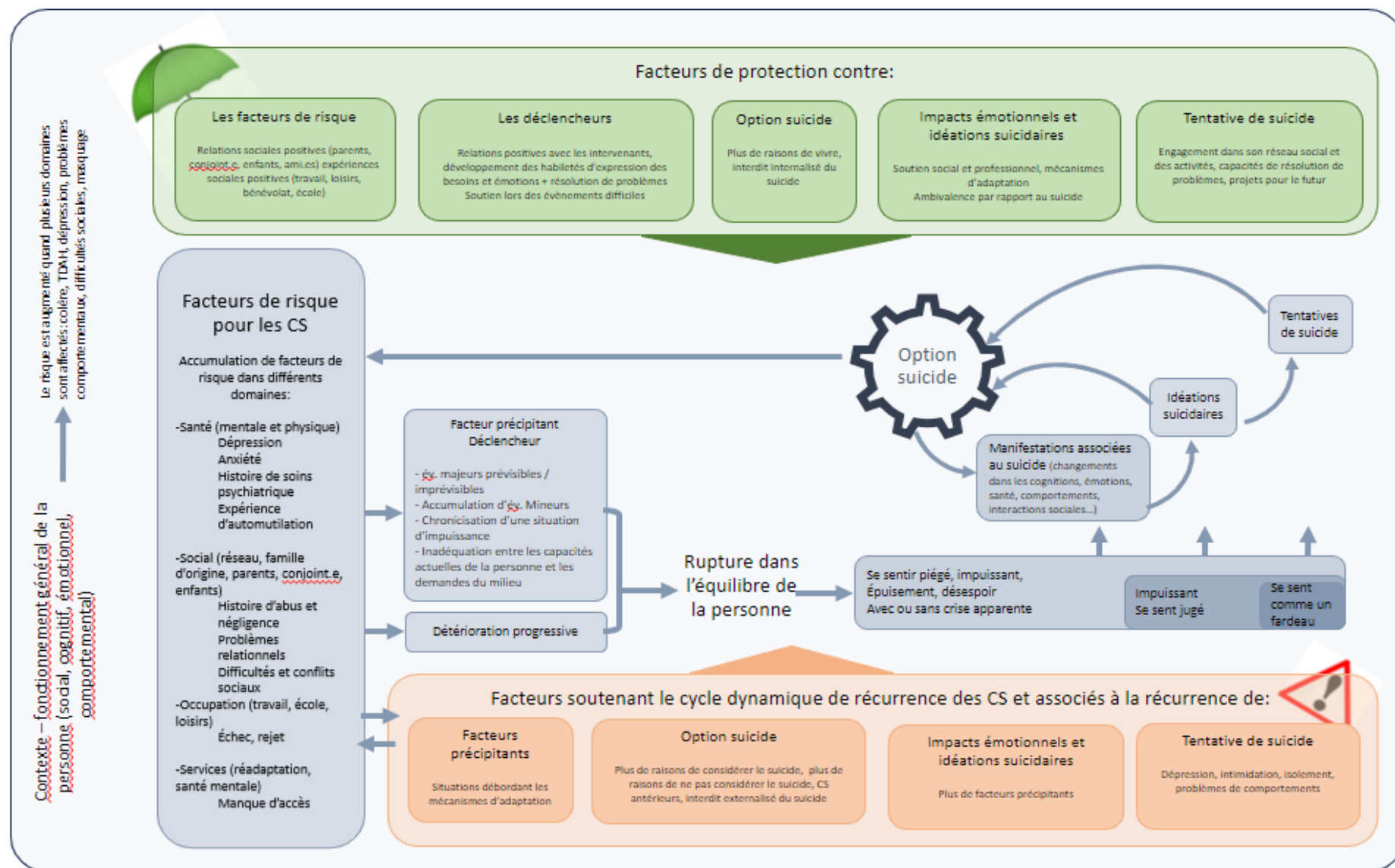


Figure 2 - Modèle dynamique du suicide chez les personnes autistes ou présentant une DI

Ce modèle sert de fondement aux indicateurs d'analyse du risque suicidaire proposés dans le Processus AUDIS. Ses composantes sont décrites dans les sections ci-dessous.

Manifestations associées au suicide

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

Tableau 1 - Type de manifestations associées au suicide observables chez les personnes autistes ou présentant une DI

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

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

Considérations générales sur le Processus AUDIS

Approche générale

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

Le Processus AUDIS ne remplace pas le jugement clinique, il le complète et le soutient. Il constitue un cadre pour identifier les informations pertinentes et orienter la décision clinique sur le niveau de danger, le type de risque, les besoins et pour identifier les interventions nécessaires. Il constitue un moyen de conserver les informations et connaissances acquises lors de la gestion d'épisodes suicidaires pour transférer l'information, travailler en équipe, mettre en place des Plans de prévention du suicide

- Repérage (PPS – Repérage) – Repérer la présence de détresse et suicidabilité
- Épisode (PPS-E, gestion de l'épisode suicidaire) – Évaluer les besoins et réduire la détresse
- Suivi (PPS-Suivi) – Surveiller l'évolution des MAAS et assurer l'adaptation du plan d'intervention aux changements.
- Risque (PPS-R, réduire le risque suicidaire, comprendre et réduire l'option suicide, comprendre et réduire la répétition des comportements suicidaires, réduire la détresse) – Contribuer à espacer les épisodes de MAAS et à en réduire la sévérité.

Le Processus AUDIS n'est pas une grille standardisée produisant un score de danger, un remplacement à l'expertise et au jugement clinique ni un formulaire à remplir après coup pour compiler une information inutile à l'intervention. Les outils d'estimation ne visent pas à établir un score ou une note de danger ou de risque. Ils constituent plutôt un *processus de soutien à la décision clinique quant au risque suicidaire chez les personnes autistes ou présentant une DI* et à l'identification des besoins d'intervention appropriée à chaque situation.

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

Les principes qui ont guidé le développement de ces outils sont les suivants :

- L'estimation du danger et du risque suicidaire doit se faire en équipe. Il doit se baser sur l'analyse de la situation actuelle et les besoins de la personne.
- La suicidalité fluctue rapidement dans le temps et l'évaluation de l'intentionnalité ne constitue pas toujours un indicateur efficace du risque suicidaire, particulièrement chez des personnes autistes ou présentant une DI.
- Une fois que la gestion de l'épisode suicidaire est complétée, il est important de comprendre les facteurs de risque plus distaux ainsi que les circonstances sous-jacentes à l'épisode suicidaire. Une évaluation du risque à moyen et long terme fait donc partie intégrante du processus de prévention du suicide et de la mise en place d'un plan d'intervention visant à réduire la détresse et à limiter le risque de récurrence.

Clientèles ciblées

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

Utilisation collaborative du Processus AUDIS

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

La prise de note dans les documents associés au Processus AUDIS peut être faite après l'intervention pour conserver une trace transmissible de ce qui s'est produit. Il est évident que la prise de note n'est pas faite durant un épisode suicidaire aigu, durant une intervention d'urgence ou de crise. Les outils proposés dans le Processus AUDIS sont avant tout un guide pour se souvenir des points pertinents à explorer avec la personne pour gérer un épisode de MAAS ou travailler à la réduction du risque.

Une grande partie des informations nécessaires sont disponibles dans le dossier clinique de la personne ou auprès d'intervenants ou proches. La triangulation des

informations est donc importante pour soutenir le processus clinique de la prévention du suicide.

Processus clinique de prévention du suicide chez les personnes autistes ou présentant une déficience intellectuelle

Le Processus AUDIS a comme objectifs :

- **Comprendre** : Les manifestations associées au suicide (MAAS) font partie d'un processus dynamique alimenté par l'histoire de la personne, ses vulnérabilités, sa situation actuelle et une construction cognitive et interactionnelle de la suicidalité. La suicidalité est un processus complexe qu'il est nécessaire de comprendre pour intervenir adéquatement (modèle AUDIS - figure 2).
- **Repérer une personne à risque** : cette première étape cruciale d'une gestion du risque suicidaire vise à identifier adéquatement une personne vivant de la détresse **et** des manifestations associées au suicide afin de les prendre au sérieux et développer une intervention adaptée à ses besoins.
- **Gérer un épisode suicidaire** : Cette étape consiste à analyser la situation, estimer le danger et identifier les besoins, puis intervenir pour réduire l'épisode de MAAS. Plus précisément l'estimation vise à qualifier le danger d'un passage à l'acte suicidaire, identifier la présence/nature/intensité des idéations suicidaire, identifier les facteurs de risque et de protection proximaux, identifier les déclencheurs, documenter l'historique individuel et familial de comportements suicidaires, décrire le niveau de désespoir, comprendre l'impulsivité de la personne, comprendre ce qui se passe pour la personne sans a priori, mais surtout **orienter l'intervention (allouer les bons services au bon moment avec la bonne intensité)**. L'intervention, quant à elle vise à assurer la sécurité, prévenir le passage à l'acte, renforcer l'espoir, diminuer le risque de passage à l'acte futur, renforcer les facteurs de protection, réduire les facteurs de risque actuels.
- **Faire des suivis** : Cette étape, souvent négligée, permet d'accompagner la récupération de la personne après l'épisode de MAAS. Elle vise à réévaluer les MAAS et les besoins afin de permettre un ajustement du PPS-E, selon son effet et l'évolution des besoins. Un PPS qui n'est pas adapté à la progression de la personne peut être plus dommageable qu'utile.
- **Réduire le risque suicidaire** : Cette dernière étape vise à comprendre la construction du processus suicidaire et intervenir à long terme. Plus précisément, elle vise à compléter l'information recueillie (identifier les facteurs de risques plus distaux, les facteurs de vulnérabilité et les facteurs

de protection agissant à long terme dans la construction du risque suicidaire), comprendre le processus suicidaire de la personne (cognitif, émotionnel et social), prendre des décisions sur le risque suicidaire, déterminer les interventions visant à réduire les facteurs de risque, renforcer les facteurs de protection et modifier le processus suicidaire (identifier et mettre en place des pistes d'intervention visant à améliorer le bien-être de la personne et réduire la détresse)

Les phases d'évaluation et d'intervention sont interdépendantes à tous les niveaux de la gestion du risque suicidaire. Le processus clinique AUDIS est, donc, basé sur la séquence observer – décider – agir (illustré à la Figure 3). Une action doit être fondée sur une décision éclairée. Elle doit s'appuyer sur une observation et une analyse rigoureuse de la situation.



Figure 3 - Fondement du processus clinique

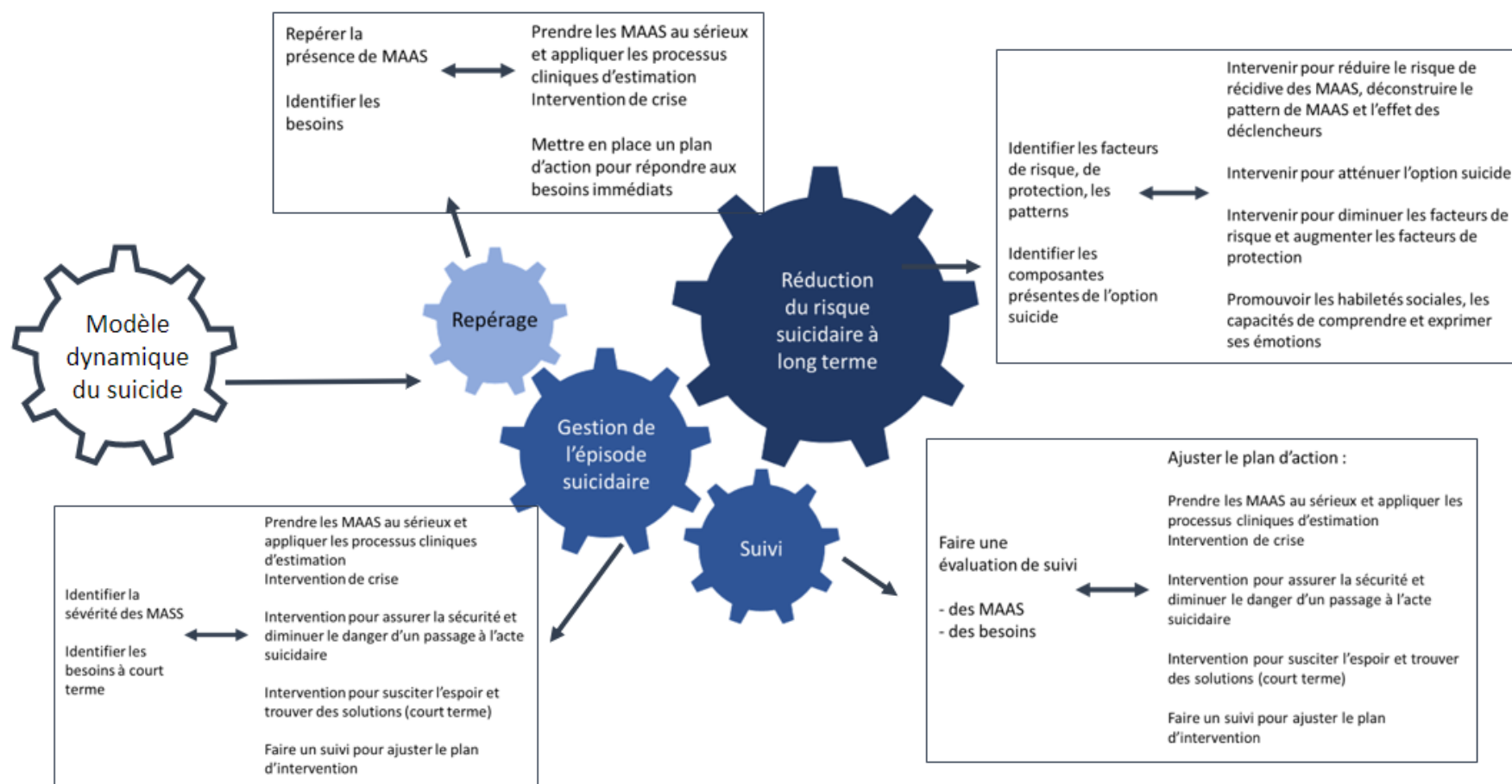


Figure 4 - Modèle dynamique du suicide

Intégration du processus AUDIS dans les protocoles d'intervention des établissements

La prévention du suicide ne peut être distincte des interventions générales réalisées auprès de la personne. C'est pourquoi le Processus AUDIS vise à s'intégrer aux processus cliniques habituels mis en place pour répondre aux besoins de la personne. Dans le cadre de l'approche décrite ici, l'accent est mis sur la nécessité de comprendre la suicidalité à l'intérieur du système global de vie et de fonctionnement de la personne. Par exemple, si l'essentiel de la détresse d'une personne vient du peu de contrôle qu'elle a sur sa vie quotidienne, il peut être inutile de travailler sur ses capacités d'expression des émotions.

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

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

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

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

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

Les interventions proposées dans le cadre du Processus AUDIS sont des suggestions. Elles peuvent être modifiées et adaptées aux besoins des clients et des intervenants. Par exemple, une histoire peut être transformée, accompagnée d'images ou sommairement mise en scène à l'aide d'un jeu de rôles. Des objets peuvent aussi être utilisés pour illustrer un concept (par exemple, se servir d'une balance à plateau pour faciliter la compréhension du concept d'ambivalence). L'option de l'activité individuelle ou de groupe peut toujours être envisagée. De nombreuses interventions ont également déjà été développées et peuvent être adaptées pour travailler différents aspects de la suicidalité. Il est important de partager les interventions existantes dans le milieu. Cependant, **avant de les utiliser, il faut**

clairement identifier l'objectif clinique de l'intervention et discuter en équipe de l'adéquation entre cette intervention et les besoins de la personne de même que ses capacités de compréhension.

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

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

Structure des documents de soutien à la décision clinique

Chaque étape du processus clinique se présente dans un tableau tel que le Tableau 2. Les zones colorées présentent des informations pour guider le processus de décision clinique. Les zones en blanc sont destinées à prendre des notes sur les observations, décisions et interventions mises en place.

Tableau 2 - Structure type des étapes du processus AUDIS

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

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

Recueillir des informations sur le suicide et sa prévention

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

Dans ce contexte, la question de la validité des propos tenus par la personne se pose souvent. Quand une personne dit qu'elle veut se tuer, qu'est-ce qui constitue des propos valides ? Le Processus AUDIS tente de répondre à ces préoccupations à travers différentes méthodes. La triangulation des sources d'information aide à valider l'information (proche, intervenant, personne). De plus, combiner les stratégies de recueil d'information peut renforcer la qualité des informations (observer et questionner). Questionner un tiers par rapport aux comportements de la personne et aux changements rapides observés dans son fonctionnement est une bonne stratégie, mais elle ne doit pas être utilisée seule, puisque les proches ont souvent une perception biaisée des émotions de la personne. Bien connaître les styles

de fonctionnement habituels de la personne est un atout important puisque les MAAS représentent souvent des changements dans ce fonctionnement. Enfin, le Processus AUDIS indique les éléments à explorer afin d'établir la nature et l'ampleur du danger et du risque suicidaire, ainsi que pour définir des cibles d'intervention. L'exploration peut se faire par différents moyens (questions directes, ouvertes ou fermées, observation, utilisation de pictogrammes, questionnaire de l'entourage, etc.). Diverses stratégies d'exploration sont présentées dans la section ci-dessous.

Attitude de l'intervenant face à l'utilisateur

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

Attitudes propices

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

mieux l'aider

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

Comportements à éviter

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

Validation de la demande d'aide

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

Collaboration de la personne

Il est important d'avoir la collaboration de la personne ayant eu des MAAS pour bien comprendre ce qui s'est passé, clarifier les MAAS et leurs déclencheurs. Par contre, dans certains cas, une fois le calme revenu et la crise dissipée, la personne refuse de revenir sur ce qui s'est passé et ne collabore pas facilement à l'évaluation du danger et du risque à long terme.

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

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

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

Retour sur la situation ou suivi

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

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

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

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

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

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

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

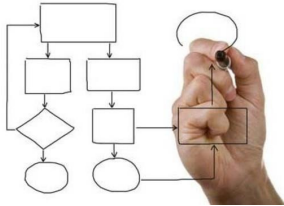
Dans ce cas, il s'agit d'explorer la détresse et les pensées afin de trouver des pistes pour aborder la question du suicide. Quand les questions sur le suicide sont posées, mentionner que des questions de ce genre sont posées à toutes les personnes qui vivent des situations difficiles, pour bien s'assurer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

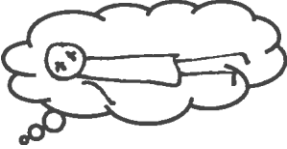
Rassurer l'utilisateur : quand on pense à quelque chose, ça ne veut pas dire qu'on va le faire. L'exploration de la présence des MAAS se fait dans un dialogue continu.

Utilisation de vignettes

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

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

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

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

Utilisation de questions simples à choix de réponses

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

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

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

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

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

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

Exemples :

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

Suggestions de questions directes et indirectes

Le processus AUDIS ne comporte pas d'items ni de questions précises à poser aux usagers puisque les questions doivent toutes être adaptées au niveau de communication de la personne. Cependant, nous vous proposons quelques exemples dans le Tableau 3.

Tableau 3 - Proposition de questions et formulations pour l'exploration du risque suicidaire : Recueillir l'information auprès d'un usager sur la présence d'idées suicidaires

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Repérer la personne à risque – Processus AUDIS repérage

La première étape pour la gestion du risque suicidaire consiste à repérer les personnes à risque. Ce repérage se fait dans le cadre des interactions avec des adultes qui peuvent aider à identifier la détresse.

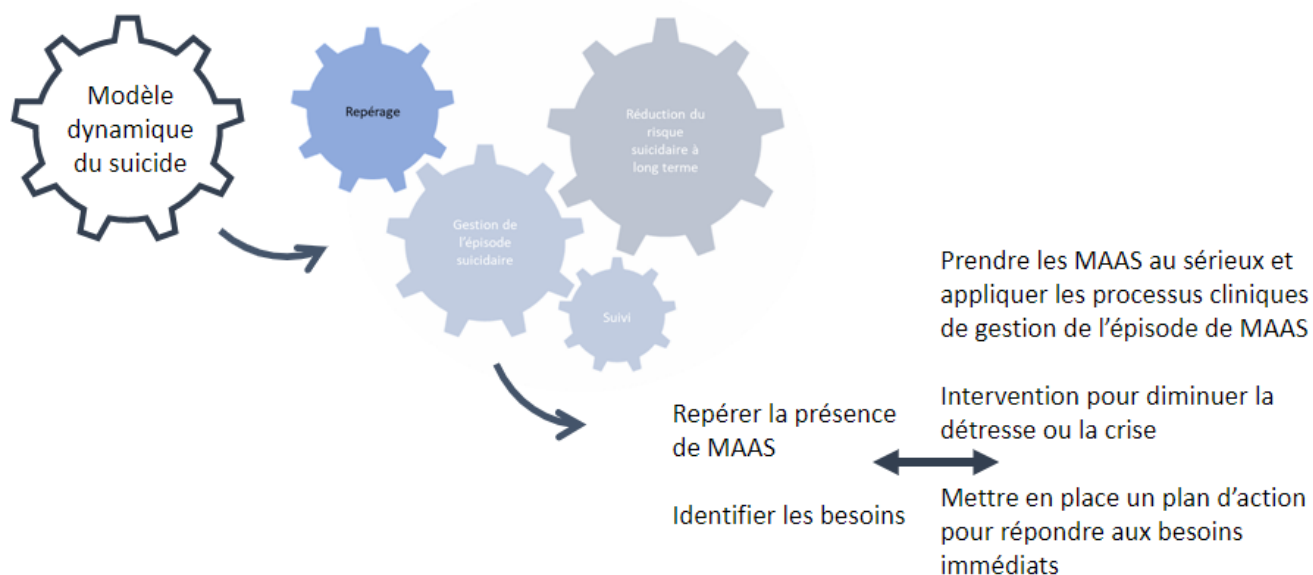


Figure 5 - Figure du risque suicidaire - le repérage

1. Structure générale du processus de repérage

L'étape de repérage s'actualise de la façon suivante dans le Processus de soutien à la décision clinique :

Tableau 4-Plan de prévention - Repérer la personne à risque¹



Plan prévention suicide (PPS) – Repérer la personne à risque

Quand? Lorsqu'une personne inquiète et qu'elle n'est pas clairement en train de vivre un épisode suicidaire. Si les propos ou les comportements sont clairs, le repérage est fait.

Nom, Prénom :	Date du repérage :	Date des MAAS :
Nom de la personne faisant le repérage :	Lien avec l'utilisateur :	
Information à recueillir : Indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant à la présence de MAAS Manifestations associées au suicide (MAAS) actuelles - Communications verbales/non verbales (inscrire les propos exacts) - Comportements - Pensées Éléments de planification suicidaire - Moyen, moment, lieu, préparatifs de départ Danger - Accès au moyen, létalité du moyen (réelle et perçue par la personne), capacité de planification Changements récents dans le fonctionnement habituel de la personne amenant une inquiétude sur la possibilité de MAAS (incluant la période sur laquelle s'est observé le changement) - Cognition, Comportements, Émotions, Indices neurovégétatifs, Indices somatiques, Indices psychiatriques, Pertes d'acquis et difficultés d'adaptation dans la situation actuelle Signes de désespoir et de détresse actuels Motif et facteurs déclencheurs des MAAS actuelles - Motif apparent des MAAS ou des changements observés	Observer Observer : information recueillie Sources : Questions à l'utilisateur, observations, questions à des intervenants ou des proches, dossier de l'utilisateur Décider Décider : Décision issue du processus de repérage La personne présente des manifestations associées au suicide - Oui - Passer à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte et à l'analyse de l'épisode suicidaire - Non - Mettre en place des interventions pour réduire la détresse de la personne Agir Agir : intervenir pour gérer l'épisode suicidaire en fonction des besoins de la personne Estimation du danger, analyse complète et gestion de l'épisode suicidaire Même en l'absence de MAAS, il est important d'intervenir : - Explorer les sources du changement dans le fonctionnement habituel - Identifier la détresse et ses sources - Intervenir pour réduire la détresse	

2. Objectifs du repérage

Le repérage vise à répondre aux questions suivantes :

- Est-ce que la personne présente des MAAS ?
- Que dois-je faire pour aller plus loin dans mon analyse du risque suicidaire et des actions à mettre en place ?

Le repérage peut être fait indépendamment ou en combinaison avec la gestion de l'épisode suicidaire. Des personnes différentes peuvent être en charge du repérage et de l'estimation selon les contextes et milieux de travail. Par exemple, les milieux de vie, de travail ou de loisir peuvent être formés au repérage afin de pouvoir

¹ Pour consulter et imprimer la version à jour, veuillez-vous référer aux Plans de prévention suicide (PPS) accessible sur le site ditsasuicide.ca

référer les usagers en détresse aux professionnels avec lesquels ils collaborent. Parallèlement, les personnes formées à faire la gestion de l'épisode suicidaire peuvent effectuer un repérage dans le contexte d'une intervention complète de prévention du suicide.

Cette étape permet d'identifier la présence d'idées suicidaires et le danger à très court terme et ne peut être utilisée pour catégoriser une personne comme suicidaire ou non suicidaire à moyen ou long terme.

Un repérage détaillé est inutile dans le cas où la personne dit clairement et directement qu'elle veut se tuer, lorsqu'elle fait une tentative de suicide ou qu'elle a accès à un moyen immédiatement et indique vouloir l'utiliser.

Par ailleurs, un repérage est aussi inutile lorsque la personne va bien en ce moment. En effet, le repérage ne vise pas à identifier des MAAS passées, mais seulement des MAAS actuelles. Le repérage est très utile dans les situations moins claires, lorsque la personne a des propos ambigus, fait des gestes ambigus ou vit un changement rapide dans son fonctionnement habituel. Il sert à clarifier la présence de MAAS avant d'effectuer un processus plus complet de gestion de l'épisode suicidaire.

Une personne qui, suite à un repérage, ne présente pas de MAAS peut tout de même être en difficulté ou en détresse. Cette détresse doit être explorée, comprise, reconnue et une intervention appropriée doit être faite.

Observer : Sources d'information et indicateur de MAAS

Plusieurs sources d'informations peuvent être utilisées pour effectuer un repérage. Les comportements et propos de la personne sont la source principale d'information pertinente, mais cette information peut être complétée par des observations, des questions à des intervenants ou des proches, une lecture du dossier de l'utilisateur, etc. Le tableau qui suit propose des indices à observer chez la personne afin de compléter le repérage.

formation à recueillir	Description et instructions
Manifestations associées au suicide	
Types de MAAS	Verbalisations directes et indirectes, communications par des moyens divers, changements de comportements observés, préparatifs de départ, lettres, obtention ou recherche de moyen, etc. (voir détails dans le Tableau 1) Tout type de MAAS doit être d'emblée considéré comme relevant d'un risque suicidaire. Lors de propos ambigus ou indirects, il est important de clarifier avec la personne. Décrire les propos et comportements de façon précise afin de pouvoir réutiliser les mots que la personne a utilisés lors des interventions subséquentes.
Planification suicidaire	Une planification qui n'est pas complète peut rester dangereuse. Contrairement à ce qui est généralement observé dans la population générale, ce n'est pas un indice de danger moins grand chez les personnes autistes ou présentant une DI. La planification est le fait d'avoir pensé à un moyen (peu importe sa létalité) et à une façon de l'utiliser ou de le mettre en œuvre.
Danger	Accès au moyen, létalité du moyen, létalité perçue du moyen. L'incapacité de planifier un suicide ou d'identifier un moyen légal n'enlève en rien la souffrance de la personne autiste ou présentant une DI. Une intervention reste nécessaire. De plus, il y a toujours un risque de sous-estimer la capacité de se tuer ou de subir des blessures graves.
Changements récents dans les indices suivants	
Cognitions	Confusion, difficultés de concentration, indécision, état d'intoxication, perception d'une dépendance subie, insatisfactions / frustration, incapacité de s'adapter à une situation, pensées catastrophistes, perte d'intérêts restreints, rigidité ou fixations accrues sur objet, personne ou idée.
Comportements	Changements de comportement (pire ou mieux), agitation ou prostration, amplification des comportements habituels, augmentation de la consommation de substances ou des comportements compulsifs, isolement, absentéisme, demande d'aide accrue ou nouvelle, recherche d'attention, comportements agressifs envers les autres ou les objets
Émotions	Humeur changeante, sautes d'humeur, manifestations de tristesse, de colère, d'irritabilité, inquiétude accrue face à des événements à venir, anxiété, agressivité accrue, insatisfaction, déception, peurs ou insécurité face à une situation, atteinte à l'estime de soi, sentiment d'abandon, sentiment d'incompétence, d'impasse, deuil par rapport à une vie normale, etc.
Indices neurovégétatifs	Dégradation du sommeil, appétit, niveau d'énergie, douleurs, fatigue, aggravation des symptômes psychiatriques, perte d'intérêt pour l'intérêt restreint
Indices somatiques	Apparition ou aggravation de troubles physiques, digestifs, maux de dos, maux de tête, etc.
Indices psychiatriques	Aggravation des symptômes
Contexte associé	
Pertes d'acquis	Stagnation ou régression, difficultés d'adaptation dans la situation actuelle
Désespoir	Discours négatif face à l'avenir, découragement, démission, dévalorisation de soi, arrêt de traitement, refus du suivi ou absences, refus de l'aide offerte
Motif apparent de MAAS ou des changements observés	Le motif identifié peut différer selon la source d'information. Il s'agit de l'un des outils d'évaluation de la fonction du comportement. Le motif réel peut ne pas être celui qui apparaît en premier lieu. Le motif peut aider à comprendre la fonction du comportement mais ne suffit pas. Il se complète dans l'exploration de la situation et apporte des pistes de solutions pour désamorcer la crise et pour le plan d'action.

Ces informations ne sont pas exhaustives. Veuillez noter tout ce qui semble pertinent dans la situation de la personne en détresse.

Décider : Décision issue du repérage

La personne présente des manifestations associées au suicide :

- **Oui** - Passer à l'estimation de la dangerosité et l'analyse de l'épisode suicidaire
- **Non** - Mettre en place des interventions pour réduire la détresse de la personne

Agir : Intervention à mettre en place à la suite du repérage

Si la personne présente des MAAS, il est important de poursuivre l'estimation et la gestion de l'épisode suicidaire. Cependant, même en absence de MAAS, il est important d'intervenir puisque la personne présente des signes de détresse. Dans ce cas, les interventions visent alors à :

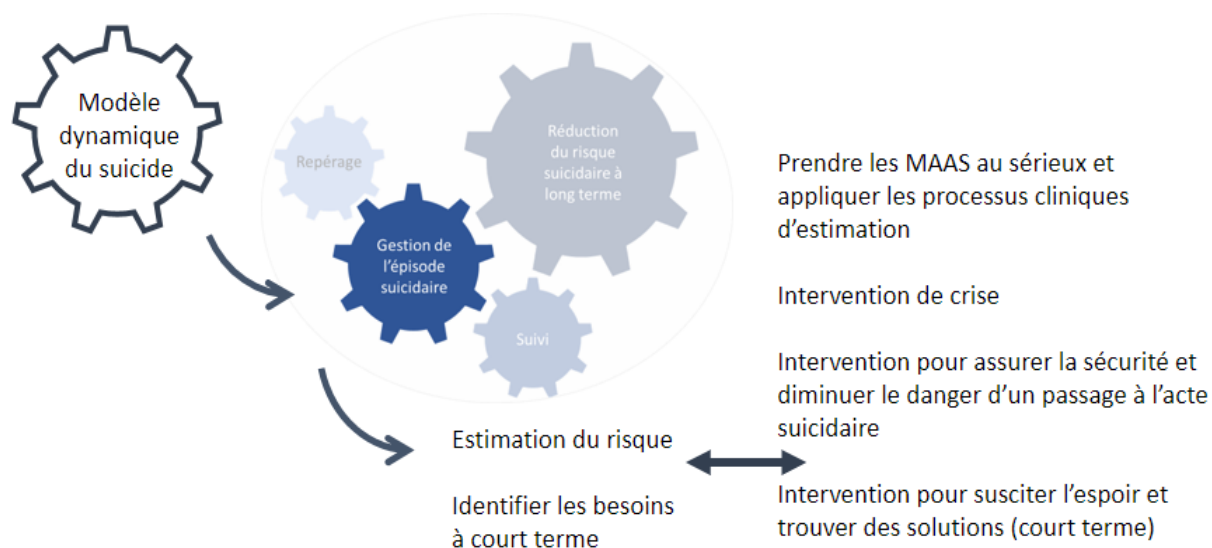
- Explorer des sources de changement dans le fonctionnement habituel
- Identifier la détresse et ses sources
- Intervenir pour réduire la détresse

Documenter

Il est important de noter les observations faites, les décisions et les actions entreprises pour soutenir la gestion de l'épisode suicidaire, si nécessaire. Il est également important de noter rigoureusement les propos et comportements exacts de la personne afin de pouvoir s'y référer et les analyser dans un contexte plus large.

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 suicidaire²



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 <u>dans la situation actuelle</u> 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 événements prévisibles ou stressants, Raisons de vivre, Ambivalence par rapport au suicide, Soutien social Moments critiques liés aux MAAS actuelles : - Chronification d'une situation d'impuissance, Accumulation d'événements (même mineurs en apparence) Événements majeurs prévisibles, Événements 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 <u>seule?</u> - Y-a-t-il un danger de passage à l'acte prévisible dans les prochains <u>jours?</u> - La personne a-t-elle des idées suicidaires <u>sérieuses?</u> - La situation peut-elle changer rapidement pour la <u>personne?</u> 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 <u>quoi?</u> <u>Quand?</u>). 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 Pour consulter et imprimer la version à jour, veuillez-vous référer aux Plans de prévention suicide (PPS) accessible sur le site ditsasuicide.ca

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 (engénéral 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 événements prévisibles ou entraînant 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'événements (même mineurs en apparence) : échecs de socialisation, entraves à la liberté, deuil ou perte d'objets.	
Événements majeurs prévisibles : Changements, événements 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

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 ? »
---	---	---

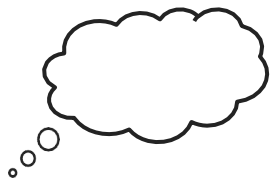
Une carte du même type peut être utilisée pour l'action *Demander l'aide des services d'urgence* :

 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 récurrence et de bénéfices secondaires et pour réduire l'option suicide.

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

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.

- **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

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.

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 idées 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 idées 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.

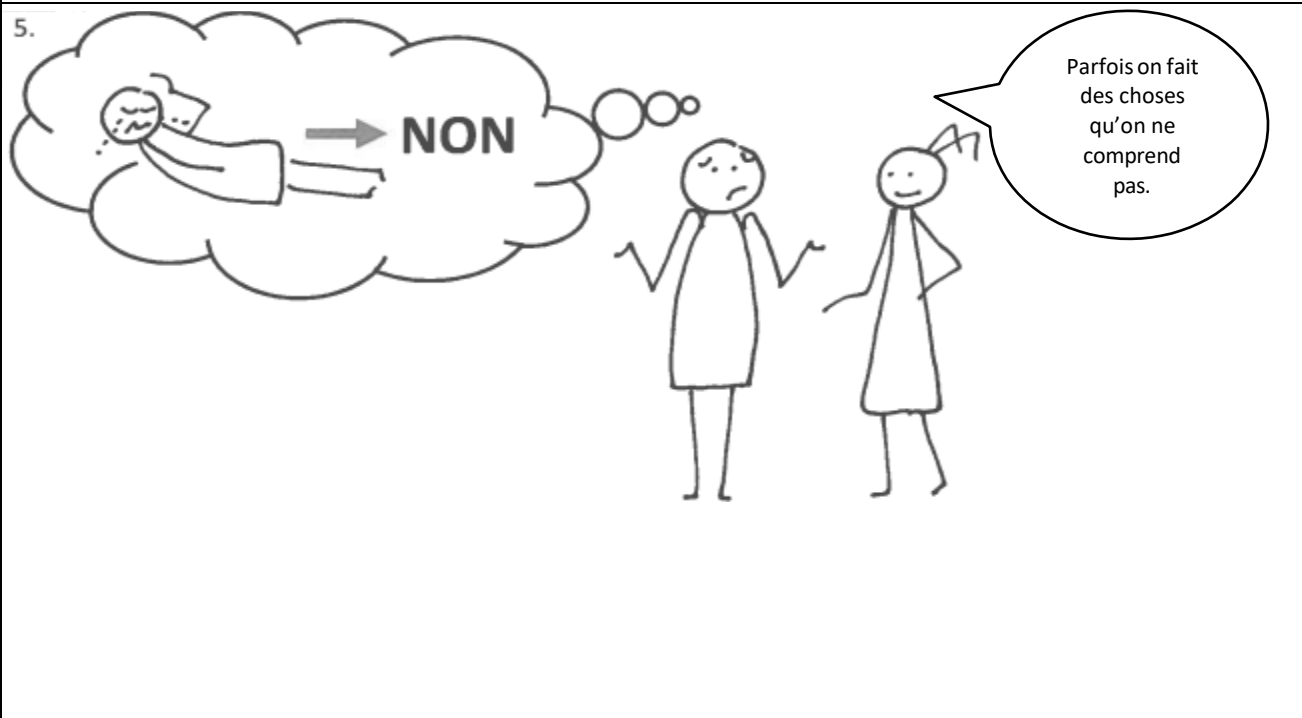
La case 3 illustre le processus de validation de la communication et de l'importance de poser des questions quand on se sent mélangé ou perturbé par des événements ou par nos pensées.

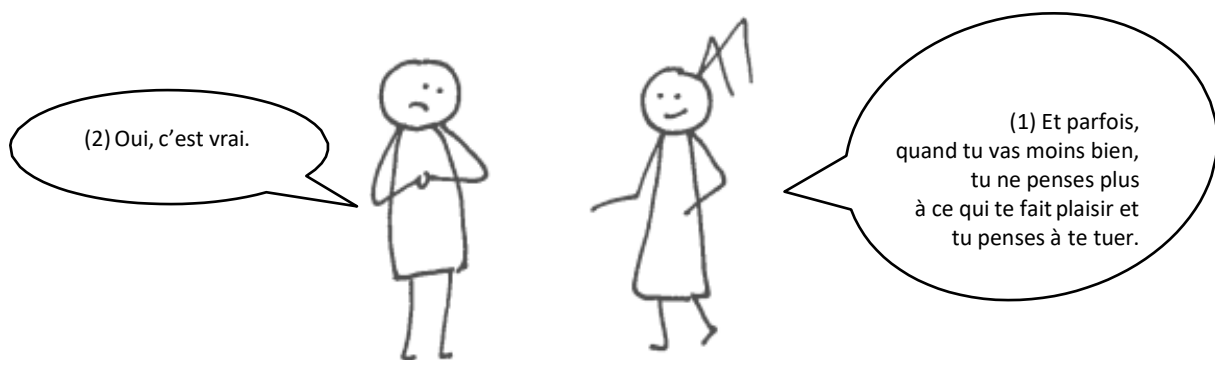
Les cases 4 à 9 fournissent des explications quant aux différentes formes que peuvent prendre l'ambivalence. L'intervention vise à identifier avec la personne les manières dont elle se sent mélangée face à ses MAAS. Elle vise aussi à faire reconnaître les envies de vivre et de mourir, leur alternance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

Les cases 10 et 11 illustrent 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.

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

1 Ma Blonde m'a quitté.	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 C'est correct. Ça arrive. On peut en parler pour comprendre ce qui se passe.	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.

4 	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.
5. 	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.

6	 (1) La plupart des jours, tu te sens bien et tu es content d'être en vie. (2) Oui, c'est vrai.	L'intervenante rappelle à Daniel qu'il y a des jours où on a envie de vivre et où tout va bien.
7	 (1) Et parfois, quand tu vas moins bien, tu ne penses plus à ce qui te fait plaisir et tu penses à te tuer. (2) Oui, c'est vrai.	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.

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	Les raisons de vivre de Daniel! 	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.

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 côté de celles du personnage de Raphaël.

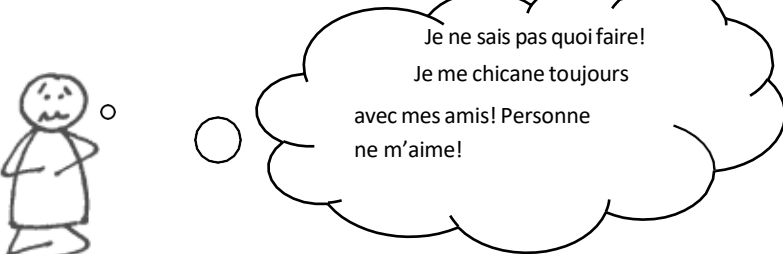
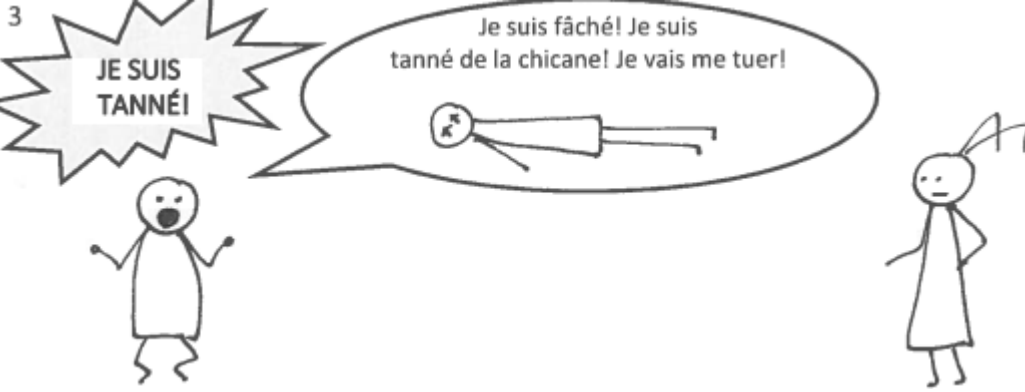
Les cases 4 à 6 explorent la situation problématique actuelle. L'objectif est d'identifier et nommer les déclencheurs de l'épisode suicidaire avec la personne et de valider les émotions ressenties. À titre d'exemple, l'intervenant pourrait s'exprimer ainsi : « Raphael ne va pas bien parce qu'il s'est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

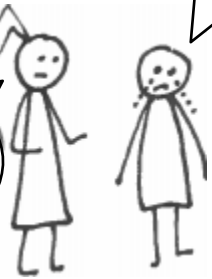
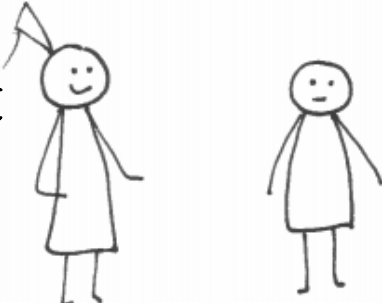
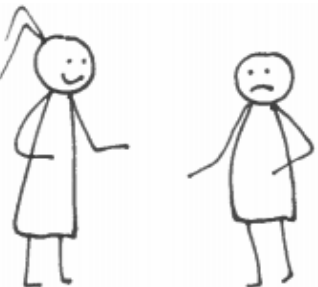
Les cases 7 à 10 font ressortir les raisons de vivre de Raphaël, lui permettant ainsi de renouer avec l'espoir et de réduire sa détresse. Cet exercice rappelle aussi à Raphaël comment il se sent quand il va mieux, ce qui l'aide à se projeter dans une situation future où il pourra effectivement se sentir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

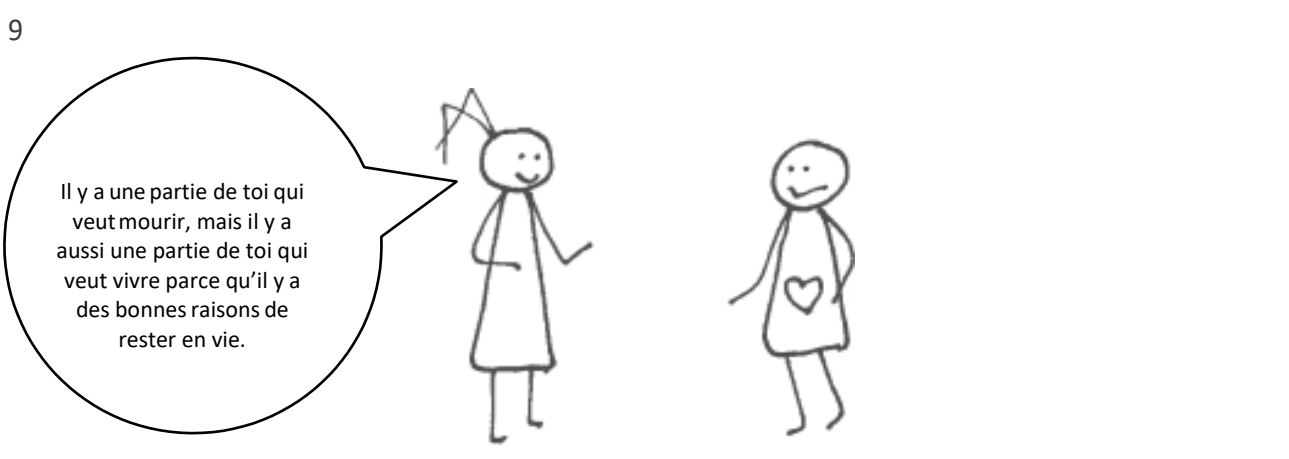
Les cases 11 à 14 illustrent la recherche de solutions pour améliorer la situation. Les solutions envisagées doivent utiliser les forces et les compétences de la personne, qu'il convient de lui rappeler. L'intervenant peut aussi faire des suggestions et accompagner la personne dans l'application des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

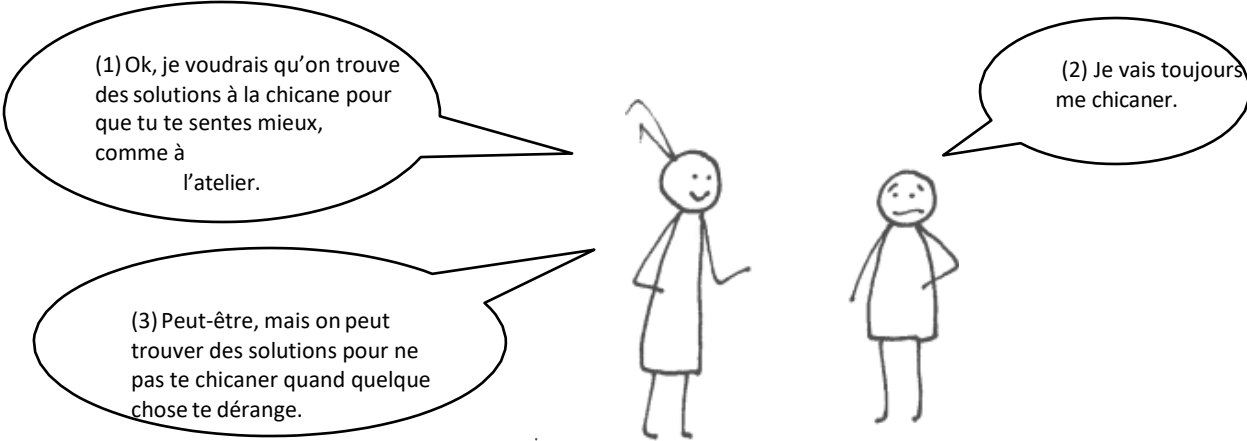
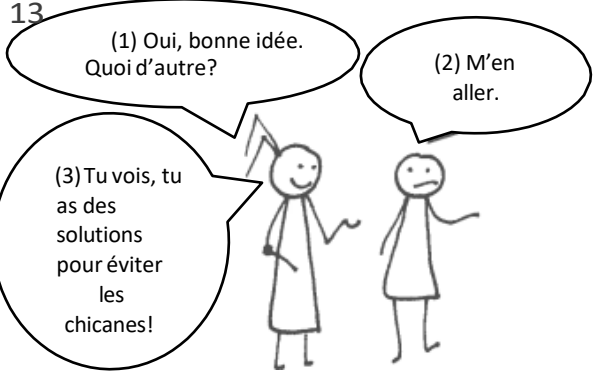
Les cases 15 à 17 démontrent l'importance de faire un retour sur les émotions et de reconnaître l'amélioration observée, lorsque des changements positifs se produisent. Elles rappellent l'importance d'encourager la personne à utiliser les stratégies développées. La réévaluation du risque fait aussi partie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

Raphaël reprend espoir et trouve des solutions

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

4	(1) Qu'est ce qui te fait souffrir en ce moment, Raphaël? (2) Personne ne m'aime! Je me chicane tout le temps! 	5	(1) Est-ce que tu t'es chicané aujourd'hui? (2) Oui. Avec mon ami! (3) Je comprends que tu aies de la peine! 	L'intervenante est contente que Raphaël lui parle. Elle lui pose des questions pour comprendre ce qui ne va pas.
6	(1) Tu en as assez de la chicane aujourd'hui et tu veux que ça cesse. (3) Bon, on va essayer de trouver une solution.  (2) Oui.		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	(1) Qu'est-ce qui va bien pour toi aujourd'hui, Raphaël? (3) Tu aimes aller à l'atelier?  (2) Je ne sais pas. (4) oui.		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.	

8  (1) Parles moi de ta journée à l'atelier. (2) Pourquoi? (3) Pour qu'on se rappelle comment tu es quand tu vas bien. (4) D'accord. Mon chef était content, j'ai bien travaillé.	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  Il y a une partie de toi qui veut mourir, mais il y a aussi une partie de toi qui veut vivre parce qu'il y a des bonnes raisons de rester en vie.	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.

11  (1) Ok, je voudrais qu'on trouve des solutions à la chicane pour que tu te sentes mieux, comme à l'atelier. (2) Je vais toujours me chicaner. (3) Peut-être, mais on peut trouver des solutions pour ne pas te chicaner quand quelque chose te dérange.	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.	
12  (1) Qu'est-ce que tu sais faire pour moins te chicaner? (2) Ne pas crier.	13  (1) Oui, bonne idée. Quoi d'autre? (2) M'en aller. (3) Tu vois, tu as des solutions pour éviter les chicanes!	Raphaël connaît 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.

14 (1) Que peut-on faire pour régler le conflit avec ton ami? (3) si on allait voir ton ami, tu lui dirais quoi? (5) Bonne idée! On y va! (2) Je ne sais pas. (4) Je peux m'excuser d'avoir crié.	Avec l'intervenante, Raphaël trouve de nouvelles solutions pour le problème.
15 (1) comment tu te sens, Raphaël? (2) Mieux. (3) Es-tu encore un peu triste? (4) Oui. 16 C'est correct. Tu vas voir, ça va aller mieux en pratiquant les solutions qu'on a trouvés.	Raphaël va un peu mieux. Il sait qu'il y aura parfois des moments difficiles, mais qu'il ira mieux après.
17 Tu dois être fier de toi! EN tout cas, moi, je suis fière de toi!	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.

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 événement, 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.

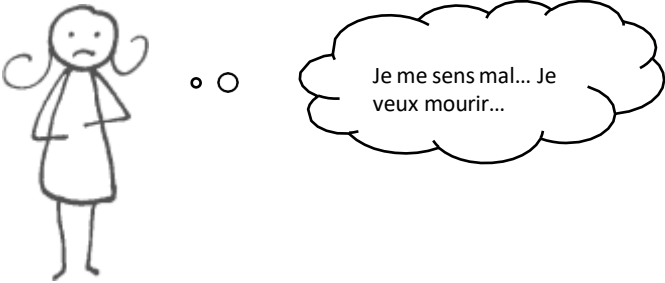
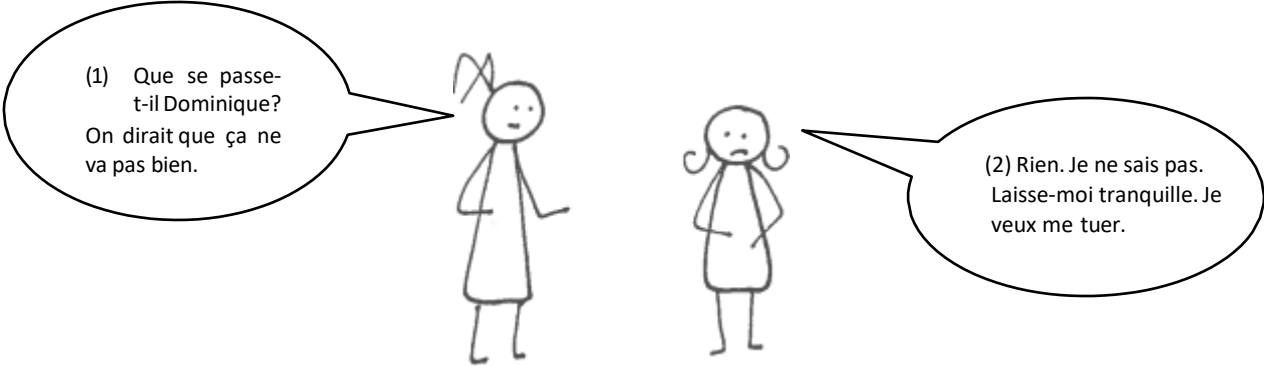
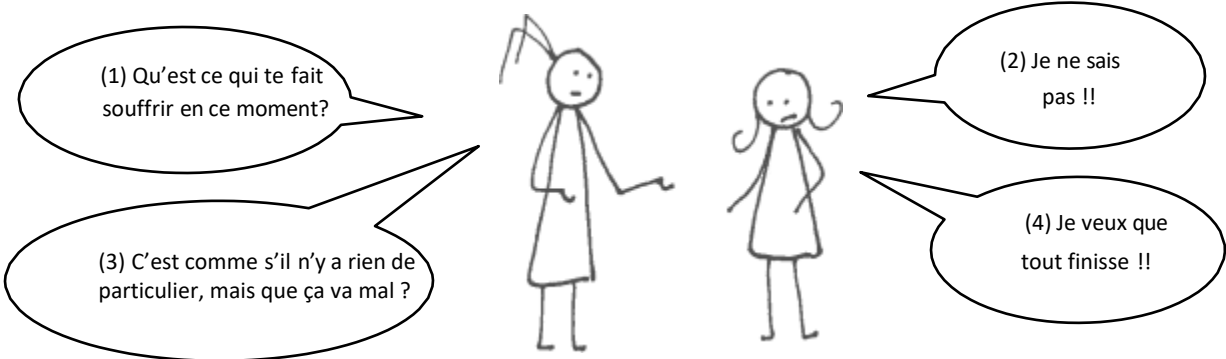
Aux cases 9 à 12, l'intervenante explore les choses qui vont bien dans la vie de Dominique et ses raisons de vivre. L'objectif est de rappeler à la personne que quand on se sent mal, il peut être aidant de penser à ce qui va bien. Attention à ne pas minimiser le mal-être ou tenter de remplacer les émotions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

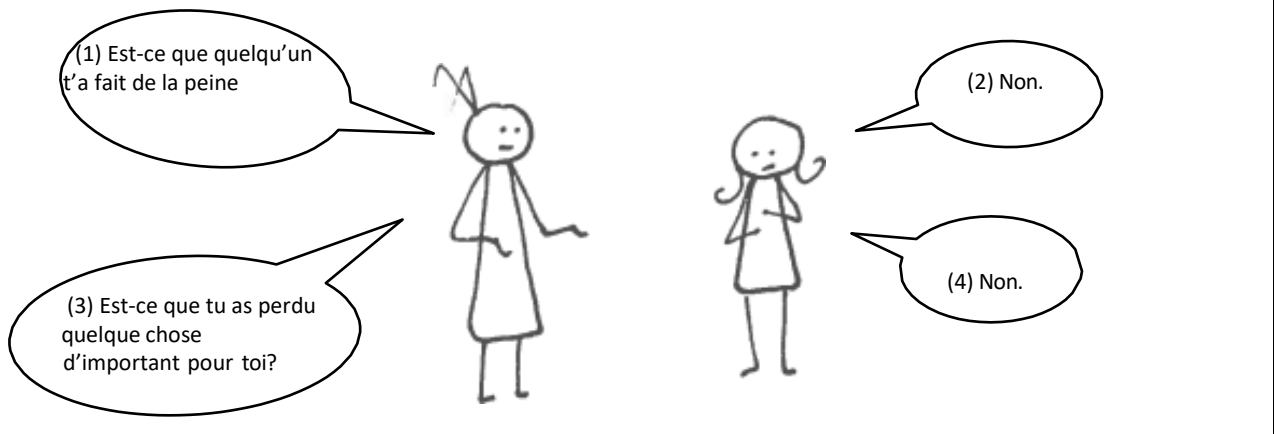
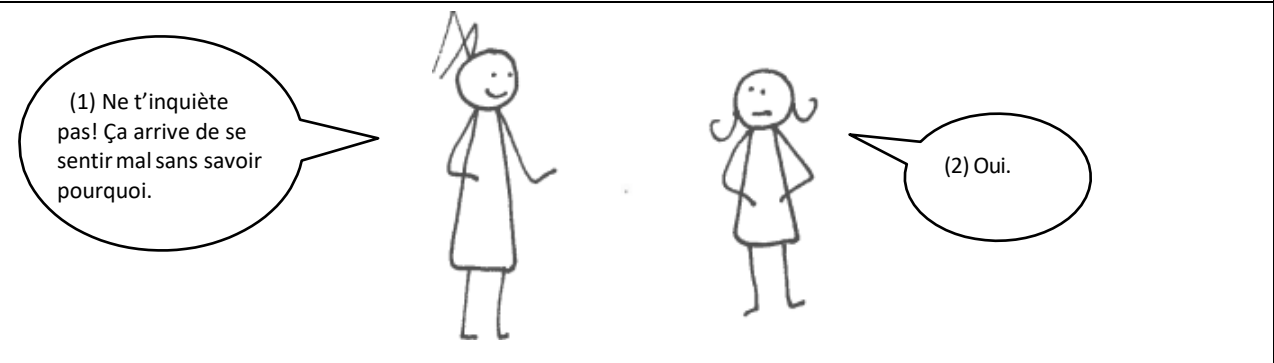
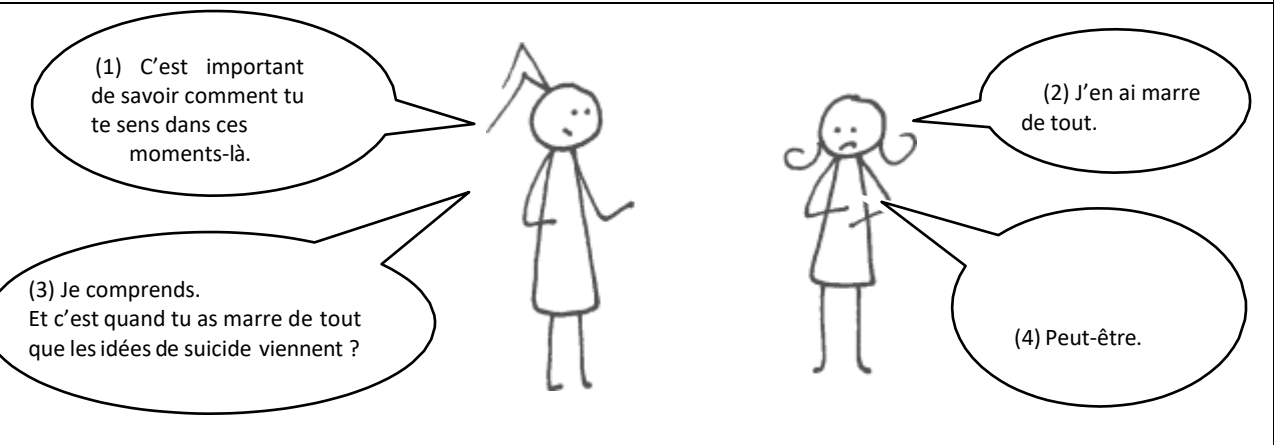
Aux cases 13 à 15, l'intervenante propose à Dominique de faire l'exercice du jardin de l'espoir

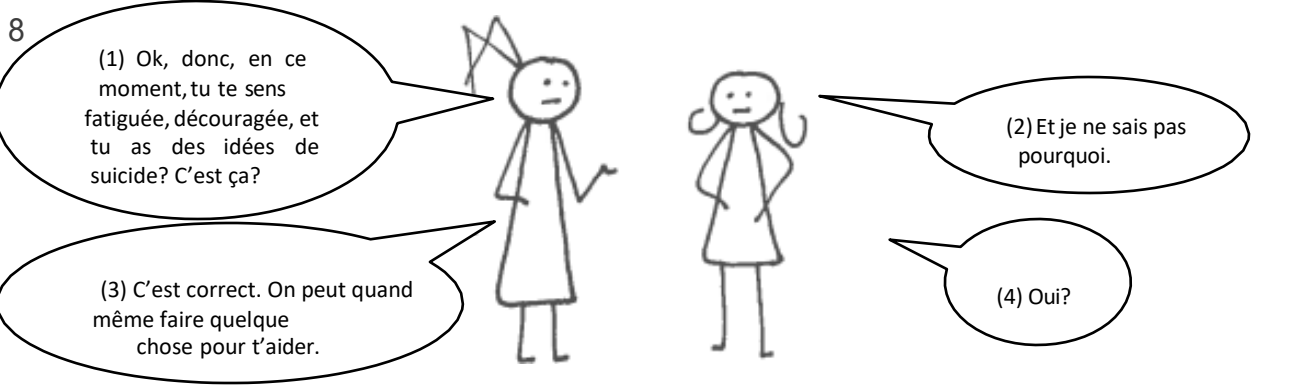
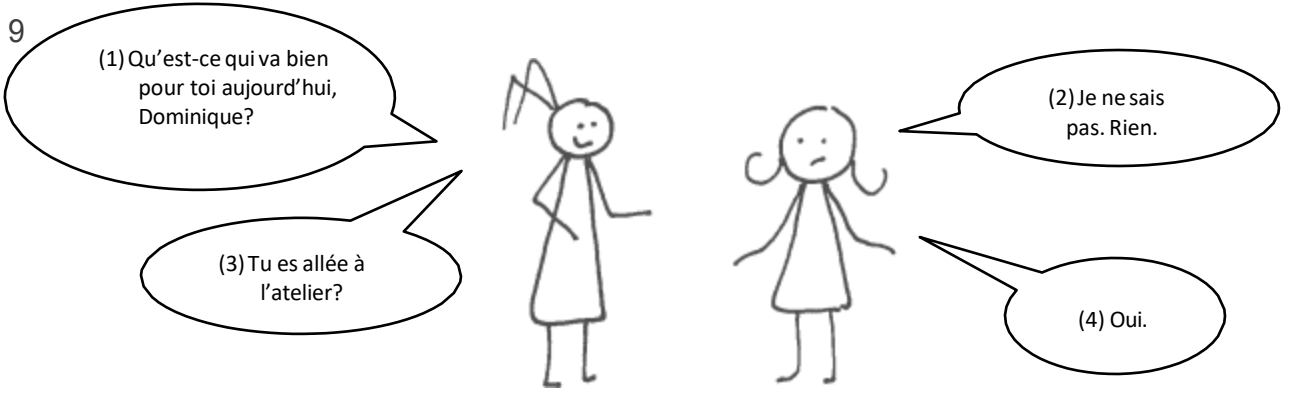
décrit dans le cahier d'intervention. Ensemble, elles mettent en place une stratégie adaptée à Dominique pour identifier les moments où elle se sent mal et où elle a des idéations suicidaires sans motif apparent, d'une part, et pour intervenir afin de l'aider à modifier positivement son humeur, d'autre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

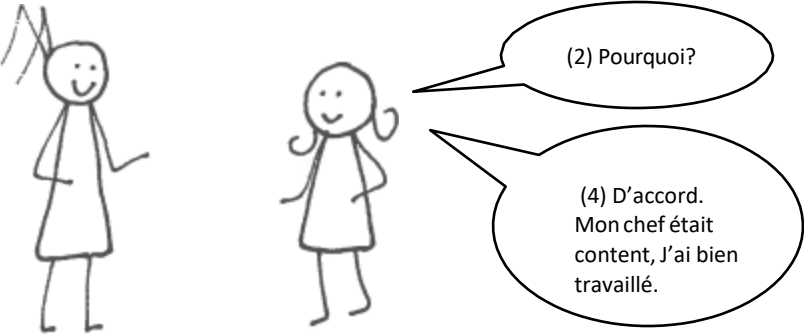
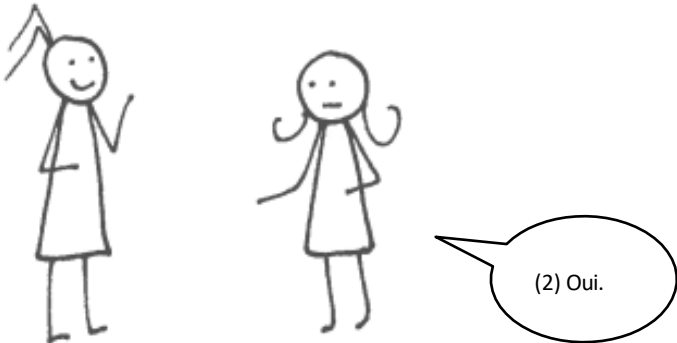
La case 16 clôt l'histoire avec une validation de la personne.

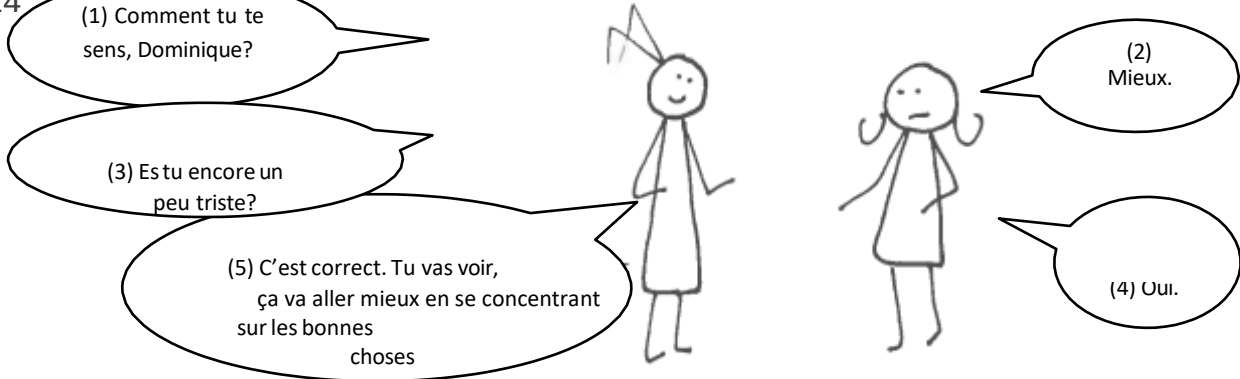
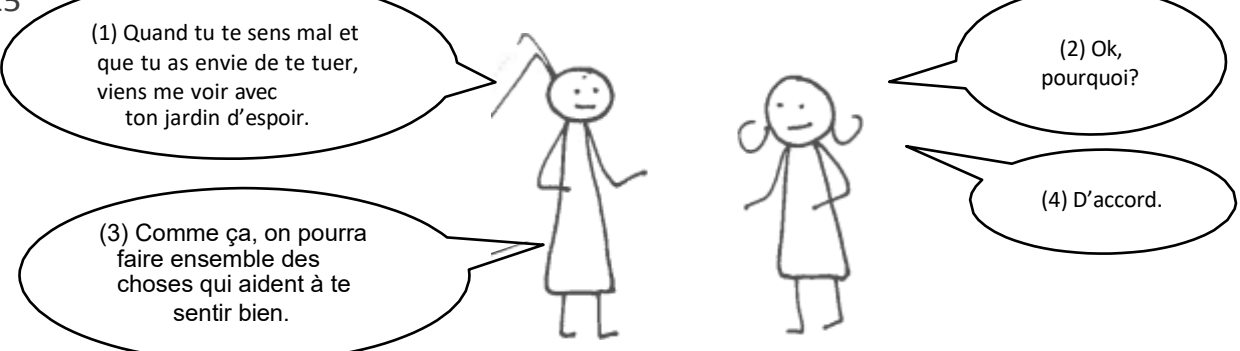
Dominique a des pensées de suicide sans vraiment savoir pourquoi

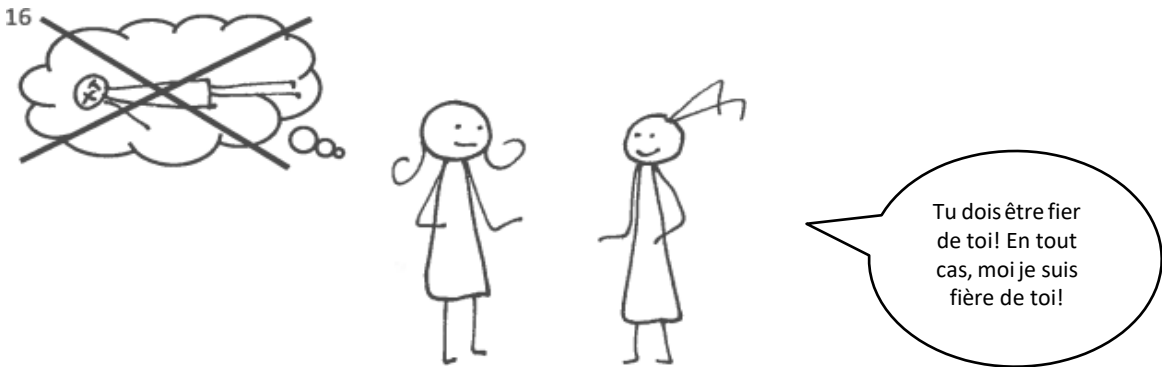
1 	Dominique se sent mal. Elle a des idées de suicide.
2 	Dominique ne sait pas pourquoi elle se sent mal comme ça. Lorsque l'intervenante lui demande ce qui se passe, elle ne sait pas quoi dire.
3 	Dominique pense juste qu'elle veut se tuer pour que tout ça finisse...

4	 (1) Est-ce que quelqu'un t'a fait de la peine (2) Non. (3) Est-ce que tu as perdu quelque chose d'important pour toi? (4) Non.	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	 (1) Ne t'inquiète pas! Ça arrive de se sentir mal sans savoir pourquoi. (2) Oui.	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	 (1) C'est important de savoir comment tu te sens dans ces moments-là. (2) J'en ai marre de tout. (3) Je comprends. Et c'est quand tu as marre de tout que les idées de suicide viennent ? (4) Peut-être.	L'intervenante explique aussi que c'est important d'en parler pour apprendre à reconnaître les moments où l'on se sent mal sans trop savoir pourquoi

7 (1) Est-ce que tu te sens triste? (3) Fatiguée? (5) Découragée? (2) Je ne sais pas. (4) Oui...un peu (6) Oui. 	
8 (1) Ok, donc, en ce moment, tu te sens fatiguée, découragée, et tu as des idées de suicide? C'est ça? (3) C'est correct. On peut quand même faire quelque chose pour t'aider. (2) Et je ne sais pas pourquoi. (4) Oui? 	Comme ça, dans ces cas-là, Dominique peut faire quelque chose pour se sentir mieux quand même.
9 (1) Qu'est-ce qui va bien pour toi aujourd'hui, Dominique? (3) Tu es allée à l'atelier? (2) Je ne sais pas. Rien. (4) Oui. 	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.

10 (1) Parle-moi de ta journée à l'atelier. (2) Pourquoi? (3) Pour qu'on se rappelle comment tu es quand tu sens bien (4) D'accord. Mon chef était content, J'ai bien travaillé. 	C'est important de se concentrer aussi sur les choses qui vont bien en ce moment
11 (1) Même si tu te sens découragée, il y a aussi des choses qui vont bien en ce moment pour toi. (2) Oui. 	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.

13		Dominique et l'intervenante fabriquent un jardin de l'espoir pour Dominique. Il contient tout ce que Dominique aime et qui fait qu'elle se sent bien.
14	 (1) Comment tu te sens, Dominique? (3) Es-tu encore un peu triste? (5) C'est correct. Tu vas voir, ça va aller mieux en se concentrant sur les bonnes choses (2) Mieux. (4) Oui.	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	 (1) Quand tu te sens mal et que tu as envie de te tuer, viens me voir avec ton jardin d'espoir. (3) Comme ça, on pourra faire ensemble des choses qui aident à te sentir bien. (2) Ok, pourquoi? (4) D'accord.	Dominique et l'intervenante font une stratégie pour aider Dominique lorsqu'elle a des idées de suicide et qu'elle ne sait pas pourquoi.

16 	Dominique est capable de voir comment elle se sent grâce aux outils qu'elle a appris à utiliser avec l'intervenante. Elle s'entraîne à penser à ce qui va bien et 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 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 événement 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.

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			

d.2. Ligne du temps de l'espoir

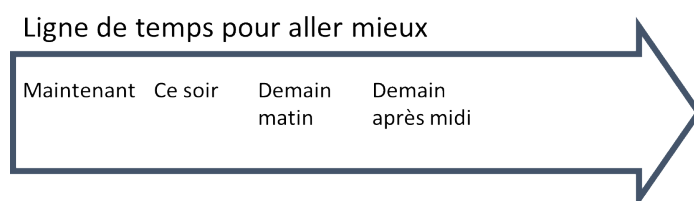
La ligne du temps est une option plus simple que le calendrier et mieux adaptée aux personnes ayant une moins bonne compréhension de leurs émotions. Elle remplit les mêmes objectifs et s'appuie sur les mêmes principes.

Objectif

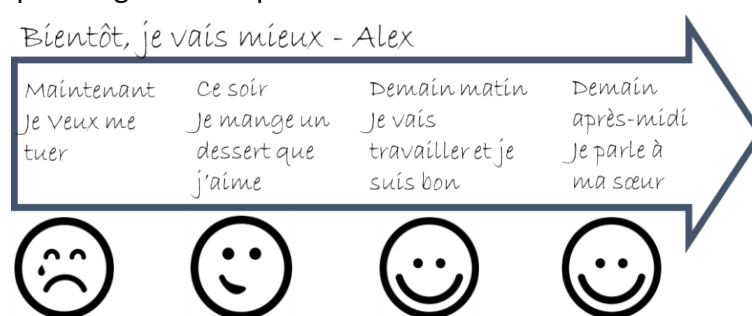
La ligne de temps se construit à partir des actions. Elle permet de planifier des événements et des actions qui aideront la personne à se sentir mieux. Le repérage visuel de ces événements et de ces actions sur une ligne de temps permet plus facilement à la personne de retrouver l'espoir et de constater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

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.

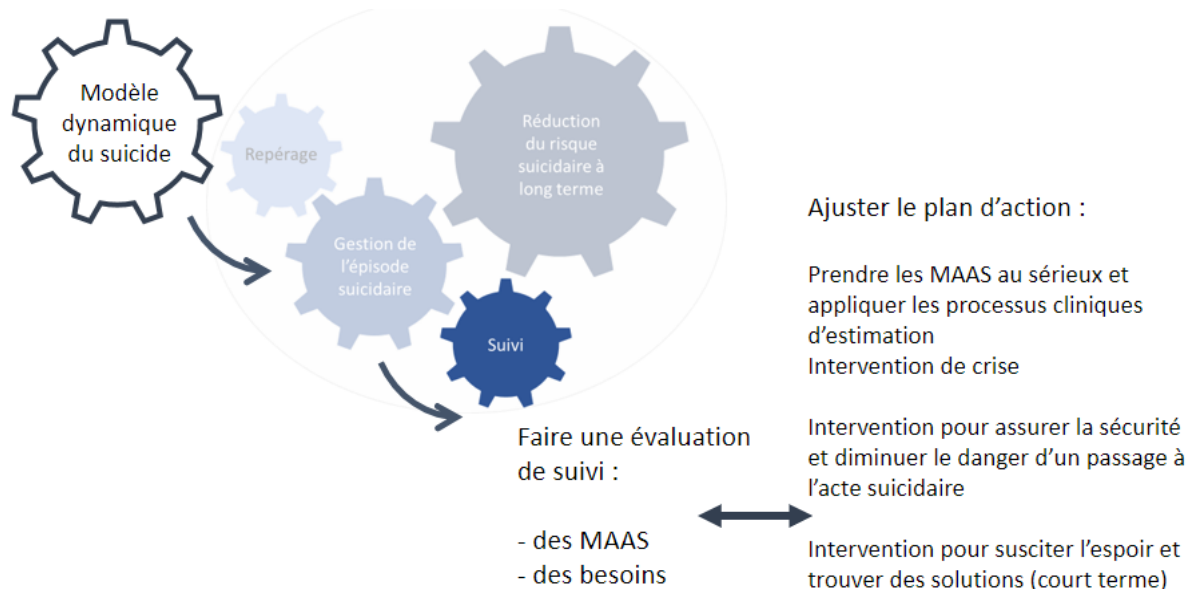
Les résultats escomptés sont les suivants : 1) les perceptions négatives de la personne sont recadrées ; 2) la personne visualise le positif pour contrebalancer la perception du négatif ; 3) son humeur est améliorée ; 4) une base est établie pour développer d'autres choses qui vont bien.

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
	

Section 4 - Faire un suivi post-épisode suicidaire – PPS Suivi Processus AUDIS

Cette étape est souvent négligée et bien souvent, les personnes autistes ou présentant une DI ne souhaitent pas reparler d'un épisode de MAAS après qu'il soit fini. De leur côté, les intervenants éprouvent souvent une réticence à aborder de nouveau la question, de crainte de provoquer une résurgence des idéations suicidaires.



Quand ?

Dans les jours suivant l'épisode de MAAS, selon le plan établi

Qui ?

Un intervenant formé à l'utilisation du processus AUDIS et à la construction d'un PPS, intervenant en prévention du suicide

Figure 7 - Gestion du risque suicidaire - Suivi

Or, il est important d'effectuer un suivi dans un délai adéquat selon la situation, pour plusieurs raisons :

- Un épisode de MAAS peut durer plus longtemps qu'il n'y paraît en surface après l'expression initiale de propos suicidaires.
- Il y a une fluctuation naturelle à la suicidalité et au danger. Il est important de bien vérifier que l'épisode de MAAS s'est résorbé et qu'il ne s'agit pas plutôt d'une fluctuation passagère.

- Un suivi permet d'enrichir la compréhension des conséquences de l'épisode de MAAS et son déroulement dans le temps.
- Il permet d'ajuster le plan d'action en fonction de l'évolution de la personne et de vérifier l'efficacité des interventions effectuées dans la prise en charge de l'épisode suicidaire.
- Faire un suivi fait partie de la démarche de « prendre au sérieux » les MAAS, en montrant à la personne qu'on tient compte de ce qui s'est passé et que c'est important.

Le suivi se base sur les résultats de l'estimation initiale. Il peut se faire dans le cadre de discussions informelles ou d'interventions formelles avec la personne, selon les situations et besoins.

Ce suivi est important après un épisode suicidaire observable. En effet, le fait que les MAAS semblent avoir disparu n'est pas un indice fiable que la personne ne pense plus au suicide. De plus, comme dans d'autres situations de détresse et de désorganisation, et tel que l'illustre le graphique ci-dessous, les idéations peuvent fluctuer dans le temps sur une période plus ou moins longue et ce, en fonction des capacités à résoudre les problèmes ou à utiliser des ressources d'aide. La figure 8 illustre une situation où les MAAS sont persistantes, mais non perceptibles parce qu'elles n'ont pas été explorées.

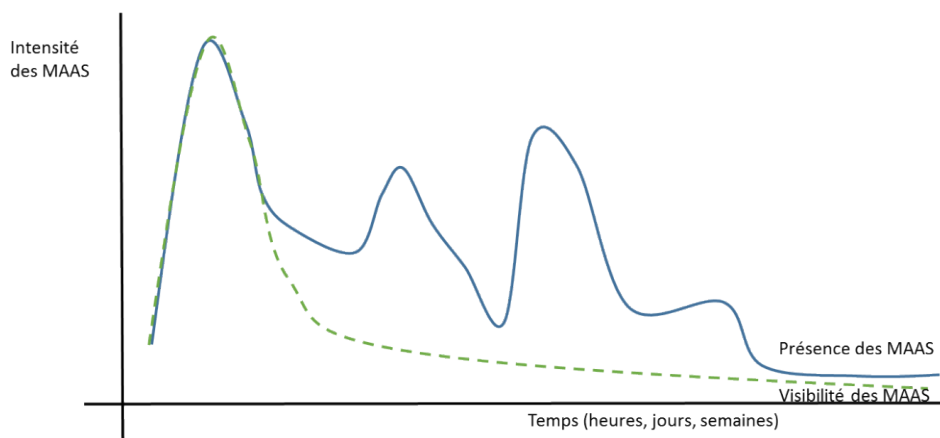


Figure 8 - fluctuation des MAAS

1. Structure générale du processus de suivi

L'étape de suivi est basée sur la structure ci-dessous :

Tableau 10 - Plan de prévention suicide PPS - Suivi post épisode suicidaire³



Plan prévention suicide (PPS) – Suivi post épisode suicidaire

Quand? Dans les heures ou les jours suivant l'épisode suicidaire initial, selon le niveau de danger et les besoins de la personne.

Nom, Prénom :		Date du suivi :	
Nom de la personne faisant le suivi :		Lien avec l'usager :	
Information à recueillir : Indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant à l'évolution du danger suicidaire et de l'épisode. Changement dans les MAAS - Types de MAAS présents lors du suivi : communications verbales/non-verbales, comportements, pensées - Éléments de planification suicidaire présents lors du suivi : moyen, moment, lieu, préparatifs de départ, danger lors du suivi, accès au moyen, létalité du moyen (réelle et perçue par la personne), capacité de planification Changements dans les déclencheurs Moments critiques identifiés lors du suivi En cours ou anticipés, bons moments et moments plus difficiles (ces derniers jours et depuis l'épisode suicidaire initial). Changement dans les facteurs de risque et de protection actuels Facteurs de risques proximaux pouvant augmenter le danger lors du suivi. Facteurs de protection présents lors du suivi		Observer Observer : Information recueillie Sources : Questions à l'usager, observations, questions à des intervenants ou des proches, dossier de l'usager Décider Décider : Décision quant aux changements dans l'épisode et le danger suicidaire Changement dans le danger à court terme pour la personne Agir Agir : Intervenir pour ajuster le plan d'action en fonction de l'évolution des besoins de la personne - Augmenter ou réduire les mesures de sécurité mises en place - Ajuster le plan d'action - Planifier le prochain suivi	

2. Objectifs du suivi dans le cadre de la gestion de l'épisode suicidaire

Les objectifs du suivi post-épisode suicidaire sont les suivants :

- Vérifier que l'épisode de MAAS s'est résorbé et qu'il ne s'agit pas d'une fluctuation passagère (fluctuation naturelle à la suicidalité et au danger).
- Enrichir la compréhension des conséquences de l'épisode de MAAS et son déroulement dans le temps (un épisode de MAAS peut durer plus longtemps qu'il n'y paraît en surface après l'expression initiale de propos suicidaires)
- Ajuster le plan d'action en fonction de l'évolution de la personne
- Vérifier l'efficacité des interventions effectuées dans la prise en charge de l'épisode suicidaire
- Montrer à la personne qu'on tient compte de ce qui s'est passé et que c'est important (partie de la démarche de « prendre au sérieux » les MAAS)

³ Pour consulter et imprimer la version à jour, veuillez-vous référer aux Plans de prévention suicide (PPS) accessible sur le site ditsasuicide.ca

Observer : Sources d'information et indicateur de suivi

Le suivi permet, quelques jours après la mise en place du PPS-E (voir Section 2), de refaire une estimation sommaire afin de vérifier :

- Les changements dans les MAAS : **Types de MAAS présentes lors du suivi** (Communications verbales/non verbales, comportements, pensées) Éléments de planification suicidaire présents lors du suivi : Moyen, moment, lieu, préparatifs de départ. Danger lors du suivi. Accès au moyen, létalité du moyen (réelle et perçue par la personne), capacité de planification.
- Les changements dans les déclencheurs : **Moments critiques identifiés lors du suivi**, en cours ou anticipés, bons moments et moments plus difficiles ces derniers jours. Depuis l'épisode initial de MAAS
- Les changements dans les facteurs de risque et de protection actuels Facteurs de risques proximaux pouvant augmenter le danger lors du suivi. **Facteurs de protection présents lors du suivi**

Décider : Décision issue de l'analyse

Les questions centrales au suivi sont les suivantes :

- Changement dans le danger à court terme pour la personne ? Oui / non
- Adaptation du PPS-E nécessaire ? Oui / non

Agir : Intervention à mettre en place pour adapter la gestion de l'épisode suicidaire

Si une adaptation du PPS-E est nécessaire, elle doit être basée sur les changements observés lors du recueil de données de suivi. Les adaptations visent à augmenter ou réduire le suivi étroit, ajuster les interventions et l'intensité des mesures mises en place. Si nécessaire, on planifie aussi le suivi subséquent.

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

Objectifs

Le principal objectif de cette intervention est de vérifier la persistance ou la disparition des MAAS après un épisode suicidaire initial. Ce suivi étroit se distingue des suivis post-épisode visant à ajuster le plan d'action

Justifications / explications

Une personne ayant eu des comportements suicidaires peut présenter un niveau élevé de danger de passage à l'acte. Un suivi étroit permet de vérifier l'évolution des MAAS sur quelques heures / jours afin d'ajuster l'intensité des mesures de protection. On ne fait un suivi étroit qu'avec des personnes présentant un danger élevé et auprès de qui des mesures de sécurité ont été mises en place.

Processus d'intervention

L'intervenant peut utiliser la Grille de suivi étroit ci-dessous pour suivre les MAAS et estimer le danger durant les quelques heures, jours ou semaines suivant l'épisode initial de MAAS. Cette grille est utilisée pour déterminer la persistance ou la disparition des MAAS, après la gestion de l'épisode suicidaire.

La dangerosité peut varier rapidement dans le temps et le niveau et l'intensité de l'intervention visant à assurer la sécurité doit être ajustée au niveau de danger. Ces estimations régulières cessent lorsque l'équipe multidisciplinaire conclut que la personne ne présente plus un danger élevé de passage à l'acte. Des proches ou des intervenants de proximité peuvent être formés à repérer certains signes spécifiques à la personne afin de monitorer les variations dans le danger durant le suivi étroit après un épisode de MAAS avec danger élevé.

Grille de suivi étroit

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

Rythme des observations : _____

Éléments d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire lors du suivi	Période 1	Période 2	...
Types de MAAS présents et changement			
Éléments de planification suicidaire présents et changements : moyen, moment, lieu			
Danger : accès au moyen, létalité du moyen, capacité de planification			
Facteurs de risque proximaux pouvant augmenter le danger			
Humeur (type) Ex. : triste, agité, anxieux, content, reste en retrait...			
Humeur stabilité Amélioration ↗, stable →, aggravation ↘ Les variations de l'humeur notées ici sont globales. Il est impossible de savoir si elles sont directement liées aux MAAS ou pas. Le but est ici de savoir dans quelle mesure la personne retrouve un niveau d'humeur habituel, quel que soit son niveau habituel			
Bons moments et moments plus difficiles durant la période d'observation			
Moments critiques identifiés			
Facteurs de protection			
Ajustement du plan de sécurité			

4. Former les proches au repérage des MAAS

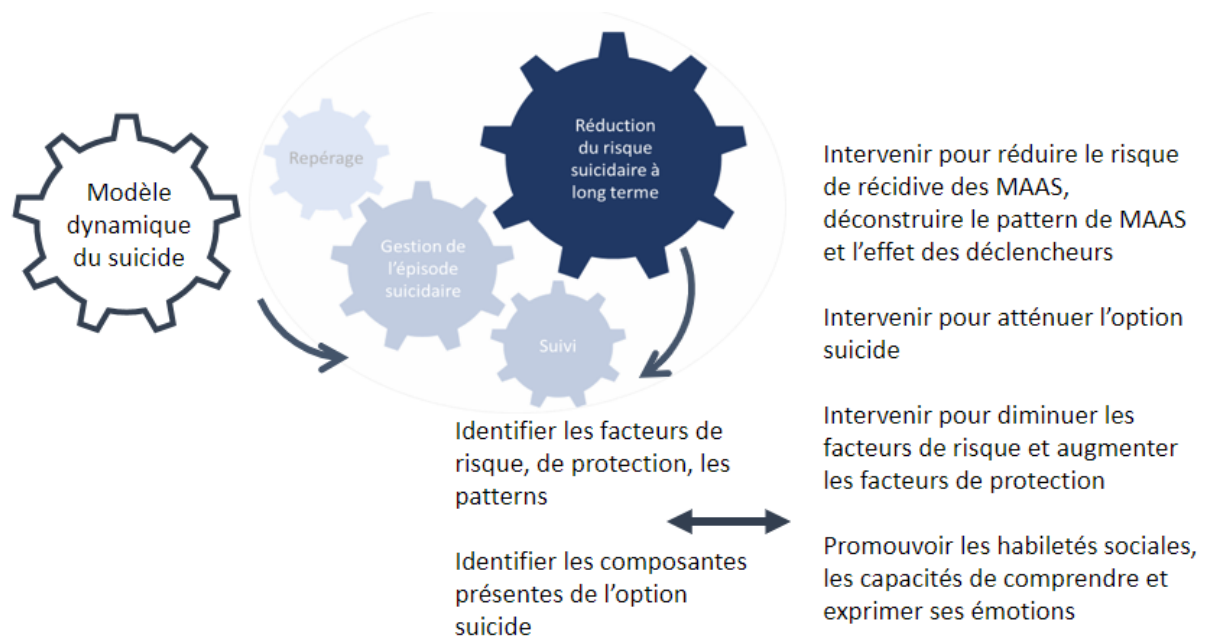
La formation de personnes au repérage des comportements suicidaires dans l'entourage des personnes autistes ou présentant une DI est une stratégie intéressante. En effet, les comportements suicidaires et associés au suicide se produisent dans les milieux de vie habituels des personnes et ces milieux se sentent souvent très démunis pour y faire face.

La formation peut se faire à partir des outils de l'étape de repérage. Elle permet aux proches de se sentir outillés pour observer, identifier et intervenir en cas d'expressions suicidaires.

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

Section 5 - Intervenir pour réduire le risque suicidaire - Plan Prévention Suicide – Risque : PPS-R-Processus AUDIS

Cette dernière étape du processus clinique de prévention du suicide est cruciale et ne doit pas être négligée. Elle se batit à long terme à partir d’une analyse du fonctionnement de la personne, des facteurs de risque et de protection présents dans sa vie.



Quand ?

Lors des suivis cliniques, des rencontres d'équipe, en dehors des épisodes de MAAS

Qui ?

Un intervenant habituel, une équipe multidisciplinaire

Figure 9 - Gestion du risque suicidaire - intervenir pour réduire le risque suicidaire

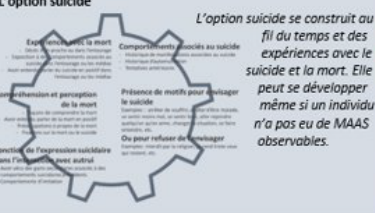
1. Structure générale du Processus de réduction du risque suicidaire

Cette étape est basée sur la structure décrite ci-dessous :

Tableau 11 - Plan de prévention du suicide (PPS) - Intervenir pour réduire le risque suicidaire⁴

 Autisme, Déficience Intellectuelle, Suicide

Plan prévention suicide (PPS) - Intervenir pour réduire le risque suicidaire
Quand? En dehors de toute période de désorganisation ou d'épisode suicidaire

Nom, Prénom :		Période couverte par le PPS :
Nom de la personne faisant la gestion du risque suicidaire :		Lien avec l'usager :
Information à recueillir : Indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant aux facteurs de risque et de protection associés au risque suicidaire (individuels et environnementaux) Les facteurs de risque et protection sont présents même en l'absence de MAAS. La compréhension de ces facteurs s'enrichit au fil des épisodes suicidaires ou MAAS. Cette partie de l'évaluation ne doit pas être remplie à chaque épisode avec l'individu, mais elle s'enrichit à chaque épisode et intervention.		Observer : Information recueillie Sources : Questions à l'usager, observations, questions à des intervenants ou proches, dossier de l'usager
L'option suicide  L'option suicide se construit au fil du temps et des expériences avec le suicide et la mort. Elle peut se développer même si un individu n'a pas eu de MAAS observables.		Décider : décisions quant aux facteurs de risque, à l'option suicide et aux patterns de MAAS Facteurs de risque 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 Option suicide La personne présente des éléments associés à l'option suicide Patterns de MAAS La personne présente des patterns de MAAS pouvant faire l'objet d'intervention
Les patterns de MAAS : Comprendre les patterns et fonctions, risque de répétition et chronicisation en cas d'épisodes multiples de MAAS. - Moments critiques et conséquences recensés lors des différents épisodes de MAAS, présence de MAAS antérieures, comprendre la fonction des MAAS en examinant un ou plusieurs épisodes (évaluation fonctionnelle), déclencheurs, types de MAAS, éléments de détresse / désespoirs associés, conséquences. Hypothèses sur les liens entre facteurs de risque et protection, déclencheurs, MAAS et conséquences (en particulier, répondre à la question : pourquoi des MAAS plutôt qu'un autre comportement joue ce rôle pour la personne?)		Agir : Intervenir pour réduire les facteurs de risque, l'option suicide et les patterns de MAAS Facteurs de risque - Augmenter les facteurs de protection, diminuer les facteurs de risque, augmenter les habiletés sociales et les capacités d'expression des émotions et des besoins, adapter les structures environnantes, traiter les problèmes de santé (physique et mentale), travailler l'estime de soi. Option suicide - Réduire les fixations, psychoéducation sur la mort et le suicide, travailler sur les perceptions positives ou les idées reçues sur la mort et le suicide, comprendre et réduire les bénéfices secondaires (dans l'interaction avec autrui) des MAAS, diminuer l'utilisation des MAAS dans l'interaction, recadrer par rapport au suicide et la souffrance en lien avec la recherche d'aide et de solutions, comprendre l'impact des MAAS sur l'environnement (conséquences). Patterns de MAAS - Réduire le risque de récurrence : définir les circonstances

2. 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

⁴ Pour consulter et imprimer la version à jour, veuillez-vous référer aux Plans de prévention suicide (PPS) accessible sur le site ditsasuicide.ca

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 autiste ou présentant une DI, 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 d'autisme, troubles associés (TDAH, TGC, etc.).
	Historique de vécu ou d'évènements marquants ou traumatiques incluant négligence, abandon, abus, agression, intimidation, dysfonctions familiales, difficultés dans le cheminement scolaire.
Facteurs contributifs	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. Où pour refuser de l'envisager Exemples : interdit par la religion, 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
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 8 et décrits en détails à partir de la page 90 peuvent être abordés en intervention.

3. Outils d'intervention pour réduire le risque suicidaire

3.1. 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 autistes ou présentant une DI 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.

A. 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 DI-Autisme. 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.

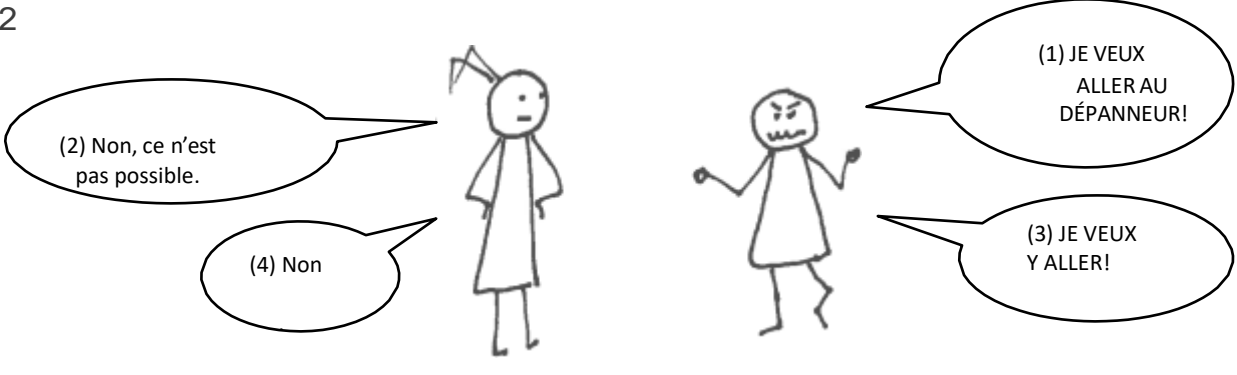
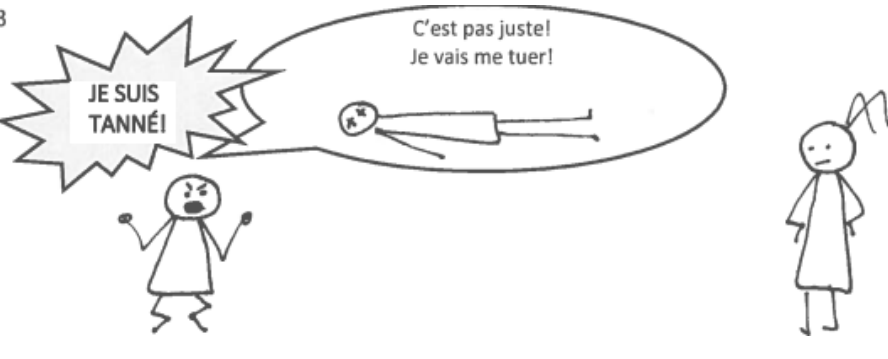
Les cases 6 et 7 décrivent le retour de l'intervenant par rapport à la résistance de Daniel et la nécessité de parler de l'épisode suicidaire. L'objectif de l'intervention est de montrer que les MAAS sont prises au sérieux et qu'elles commandent l'attention de l'intervenant, sans nécessairement mener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

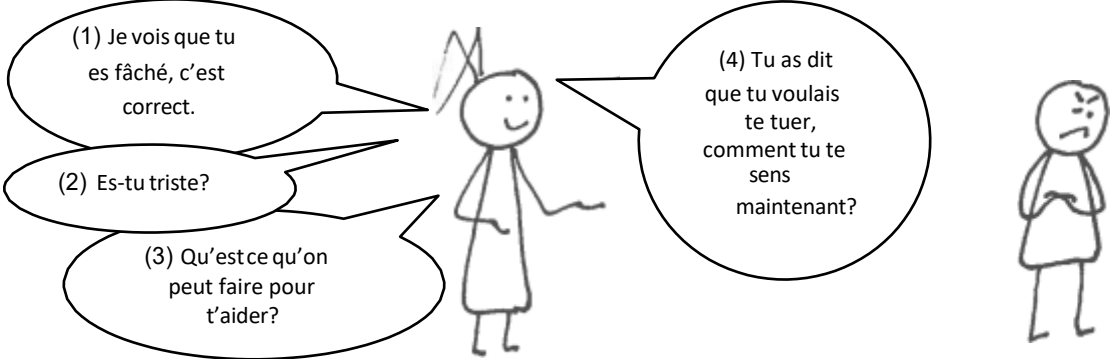
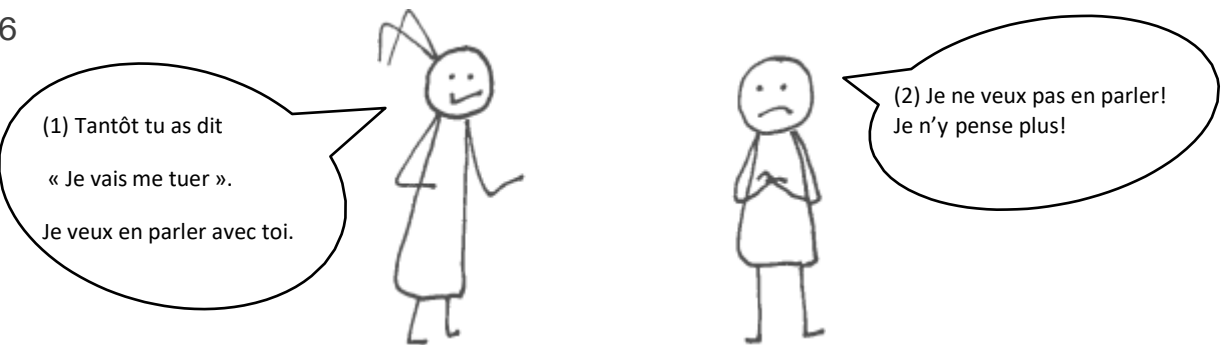
Les cases 8 à 10 décrivent le pattern des MAAS de Daniel. L'intervention vise ici à décrire le pattern des MAAS de la personne, si elle en a un.

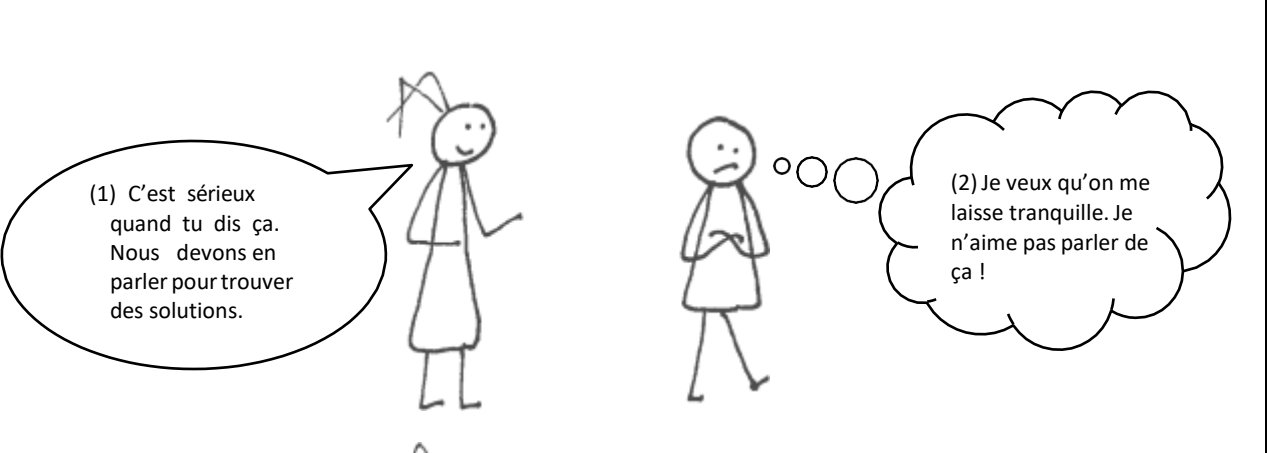
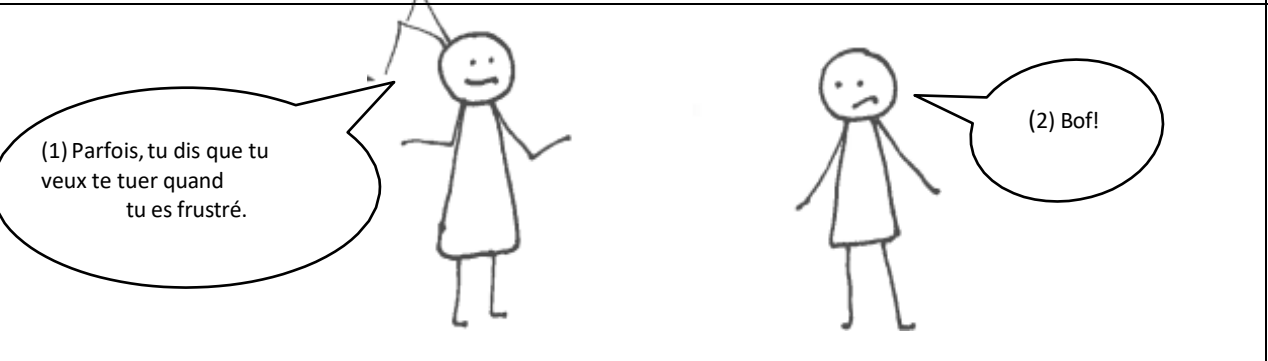
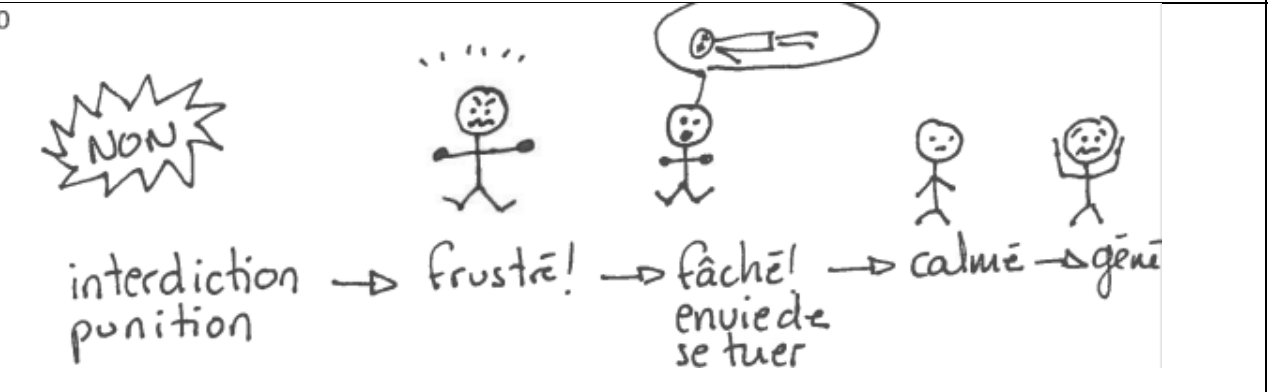
Les cases 11 et 12 permettent de valider et de normaliser le vécu de Daniel pour qu'il soit plus réceptif à l'intervention. L'objectif est de montrer à la personne qu'elle peut avoir un avantage à accepter de travailler sur des moyens alternatifs pour exprimer ses besoins lorsque ça ne va pas bien. Une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

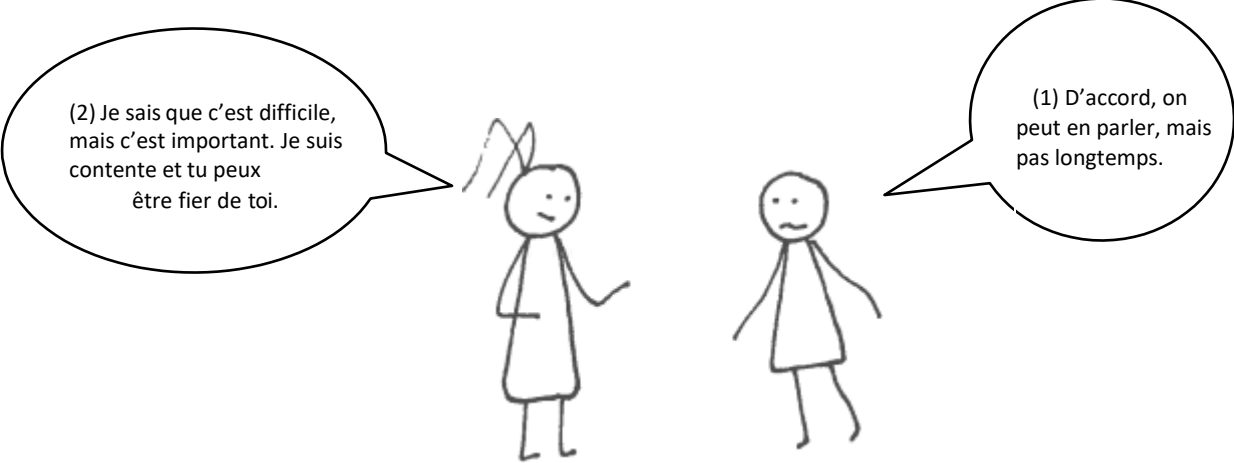
l'intervention vise à mettre en place ces autres moyens pour que la personne exprime ce qu'elle veut, sans plus parler des MAAS. L'intervenant peut récompenser l'utilisation de ces nouveaux moyens et faire des interventions de prévention du suicide lorsque les MAAS réapparaissent.

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. 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 → gêné	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 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.

B. 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 liés 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 les 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.

3.2 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.

A. 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 autistes ou présentant une DI. 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 12 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 autistes ou présentant une DI. 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 12 qui ne sont pas en rouge concernent plus

souvent les intervenants et ont été observées dans les discours et les actions d'intervenants.

Tableau 12 - 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</i>	Faux

<i>et banaliser les comportements suicidaires, ce qui rend plus facile pour elle de faire un geste suicidaire lors d'une période de détresse. L'utilisation des comportements suicidaires dans une dynamique de manipulation se fait dans l'interaction et résulte d'un apprentissage</i>	
Le suicide arrive précipitamment chez les jeunes. <i>Il peut être difficile de décoder les signaux envoyés par une personne suicidaire, ce qui donne l'impression qu'il n'y a pas eu d'avertissement. Souvent, on comprend ces signaux a posteriori. 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. <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. 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>	Faux
Lorsque quelqu'un se suicide, les membres de sa famille ou de son entourage deviennent plus à risque.	Vrai
Les personnes suicidaires sont toutes atteintes de maladie mentale. <i>On estime qu'environ 80% des personnes suicidaires ont des problèmes de santé mentale. Cependant, la plupart des personnes ayant des problèmes de santé mentale ne sont pas suicidaires. La présence de problèmes mentaux n'est pas une cause directe suffisante pour expliquer les comportements suicidaires.</i>	Faux

<i>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. <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>	Faux
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. <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 autistes ou présentant une DI. 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>	Faux
Lorsqu'une personne est suicidaire, ça se voit, elle a l'air déprimée. <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>	Faux
Les personnes suicidaires sont faibles	Faux
La déficience intellectuelle est un facteur de protection contre le suicide. <i>La DI est souvent perçue comme un facteur de protection contre le suicide, parce</i>	Vrai et Faux

<i>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. <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>	Faux
Les gens malheureux, déprimés ou tristes se suicident. Quand on est malheureux, on doit se suicider.	Faux

B. 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 autiste ou présentant une DI 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.

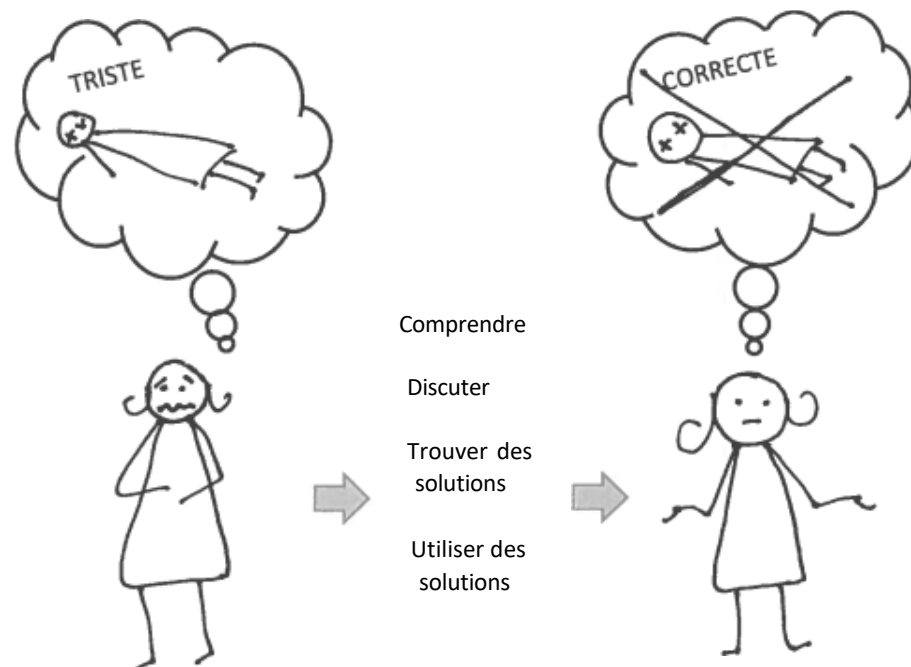
Les personnes qui pensent à se tuer changent souvent d'avis. Elles trouvent d'autres solutions et après elles se sentent mieux.

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.

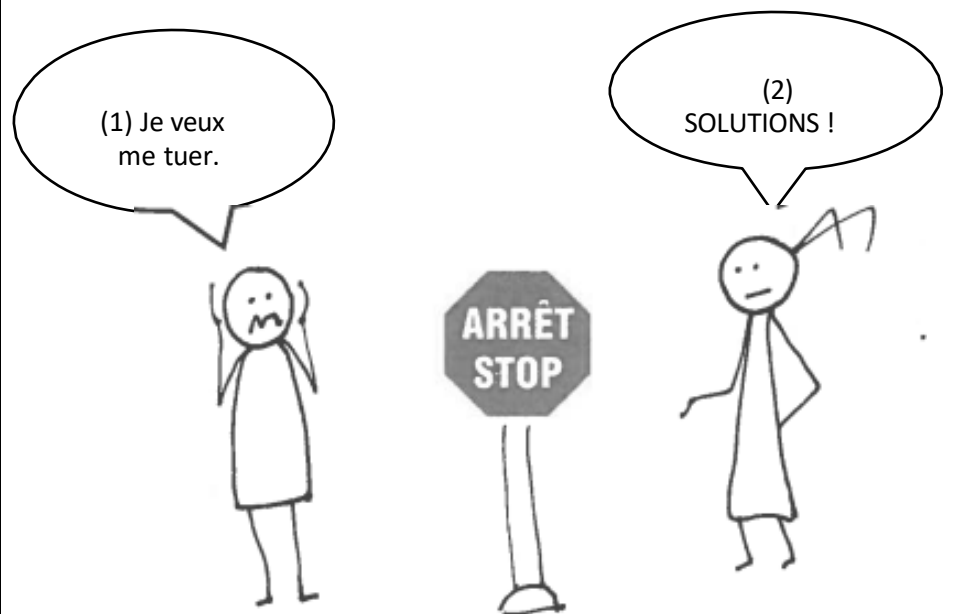
Et toi, as-tu déjà pensé à te tuer et quelqu'un t'en a empêché ?

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.



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 ?

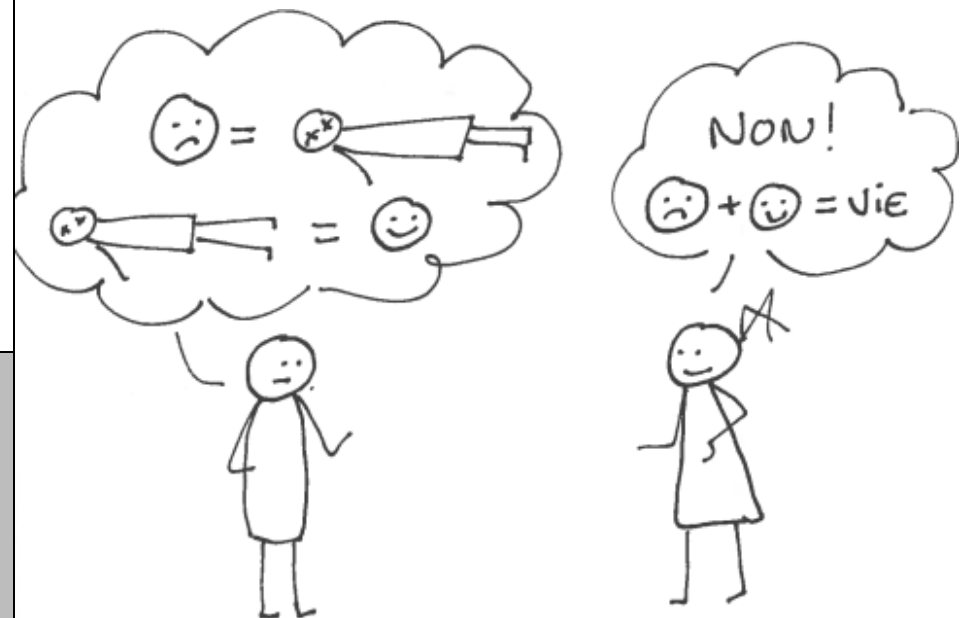
La plupart des gens ne se suicident pas quand ils sont tristes ou malheureux. Ils font des choses pour se sentir mieux et restent en vie. Même s'ils sont parfois tristes, la plupart des gens sont contents d'être en vie.

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

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.
Et toi, connais-tu quelqu'un qui croit que penser au suicide c'est mal ? Pourquoi cette personne pense ça à 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 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.
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.	

C. 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 ? »

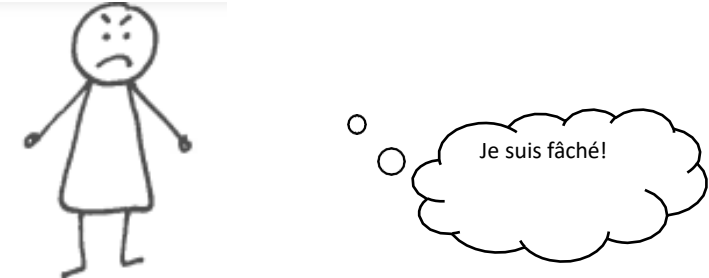
Les cases 5 à 7 présentent la séquence des événements entourant la tentative de suicide de Raphaël et de ses effets, sur lui-même et sur les autres. L'objectif ici est de montrer les conséquences de la tentative. Attention : il ne faut jamais décrire de moyen utilisé pour se suicider. L'intervention 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 Raphaël 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.

D. 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 à 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 autistes ou présentant une DI, 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).

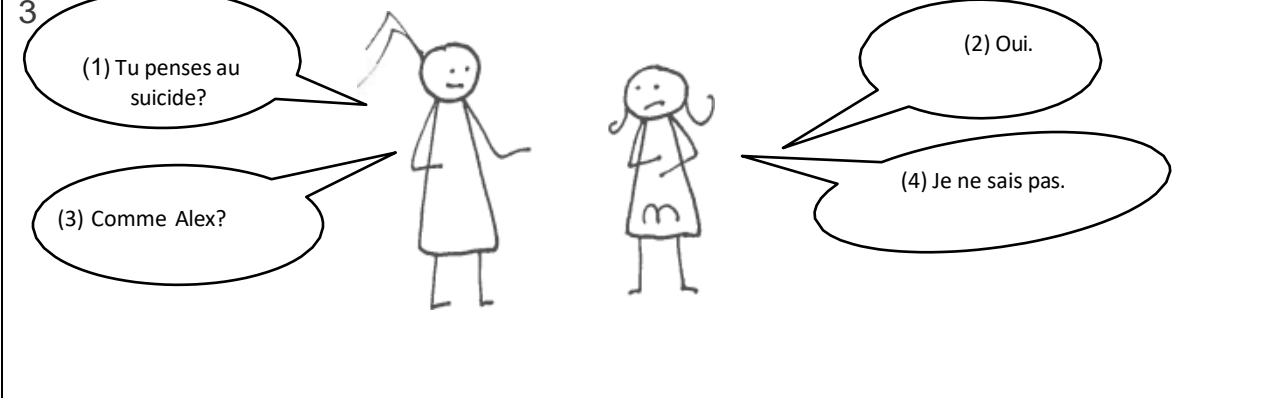
Les cases 15 et 16 permettent d'identifier et de renommer les moyens habituellement utilisés par Marie (autres que les MAAS) pour exprimer ses besoins et émotions. L'objectif est de recentrer la personne sur les moyens d'expression qu'elle utilise habituellement de manière à les renforcer, sans juger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

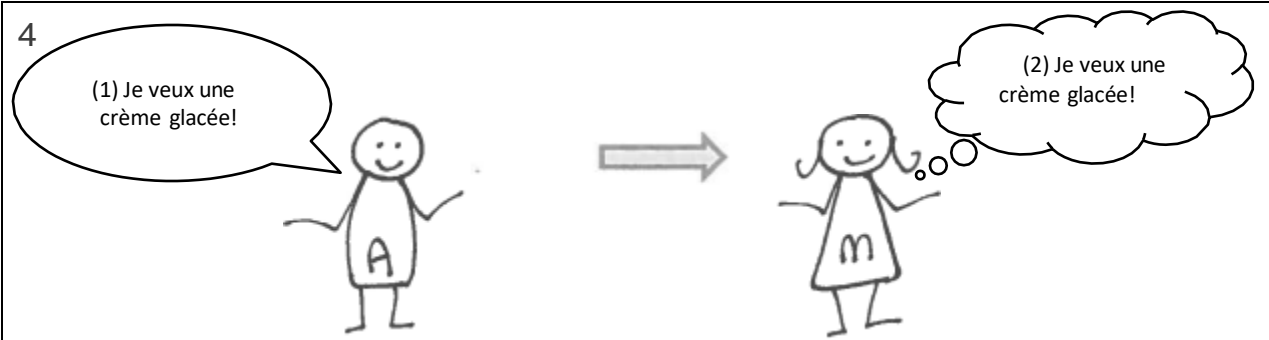
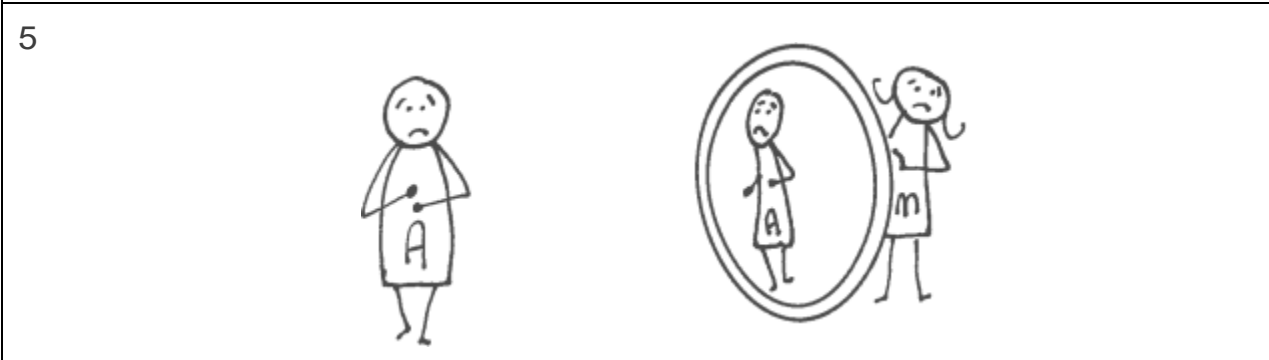
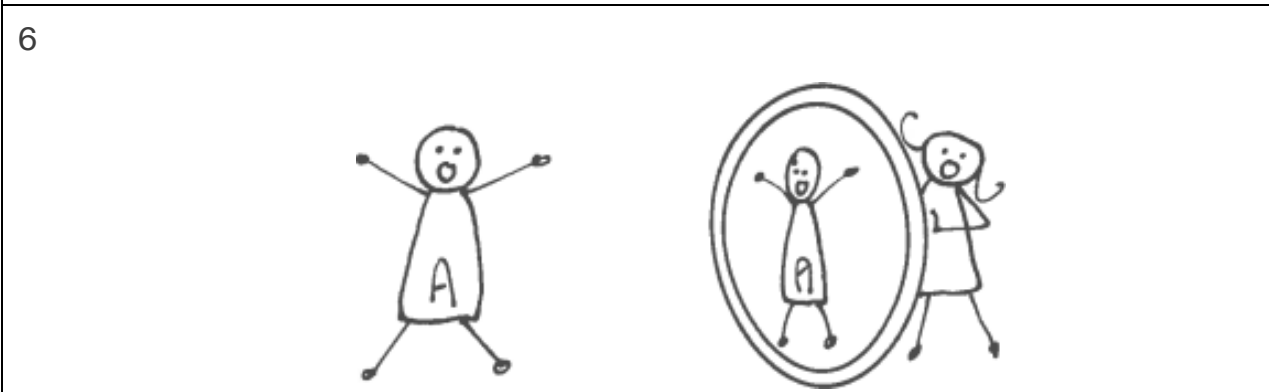
La case 17 montre comment l'intervenante a rassuré Marie quant à ce qui s'est passé avec son ami qui a eu des MAAS. L'objectif de l'intervention est d'expliquer que la personne imitée s'en est sortie et qu'elle va mieux, le cas échéant. Si la personne imitée est décédée, il est important d'expliquer 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.

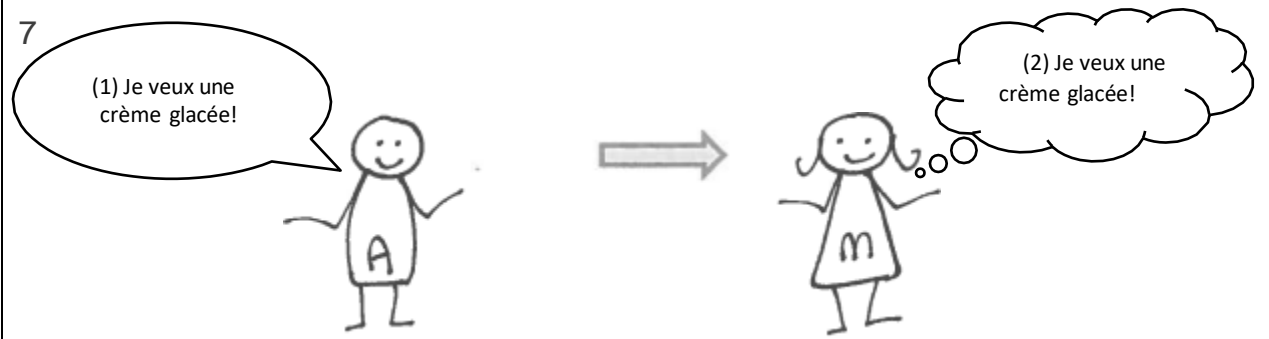
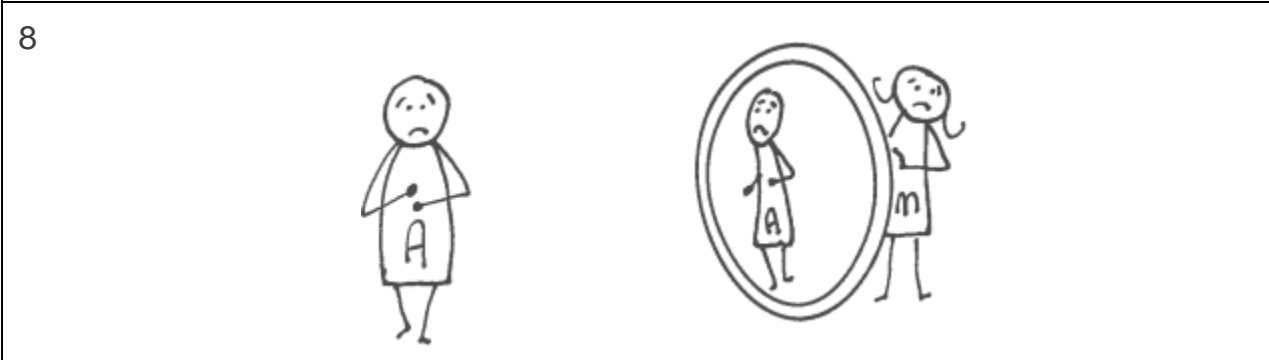
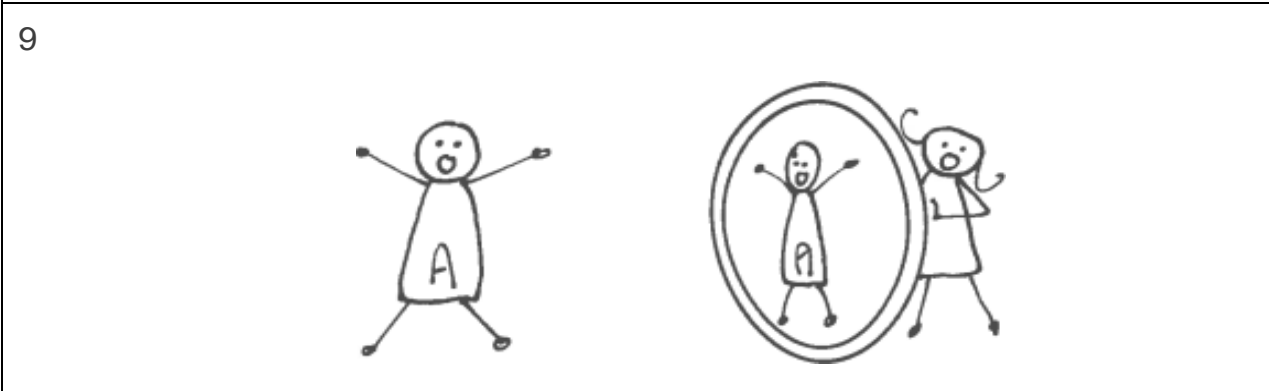
La case 18 illustre la recherche de solutions à la situation de la personne, pour réduire la détresse. Cette étape s'inscrit dans l'approche orientée vers les solutions utilisées en prévention du suicide. Il est alors important de valider et de souligner les forces de la personne. C'est en s'appuyant 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.

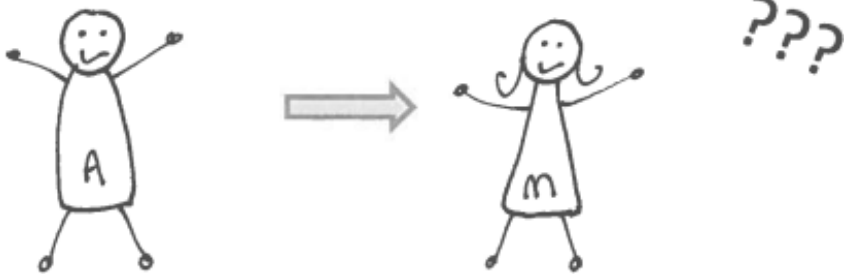
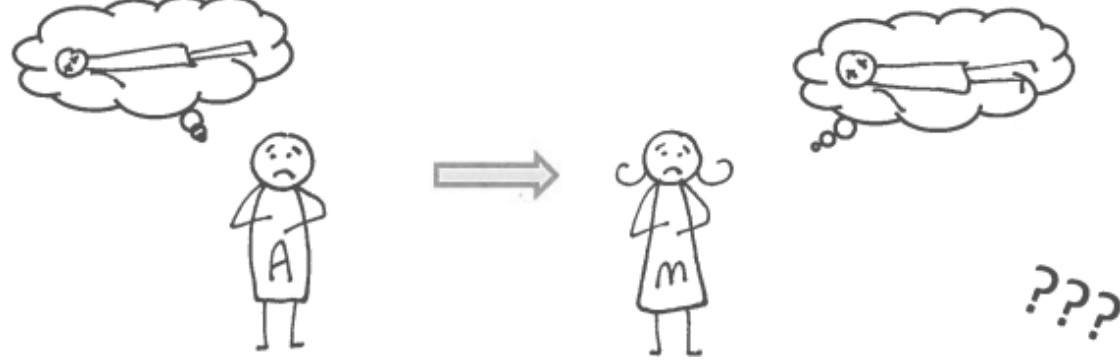
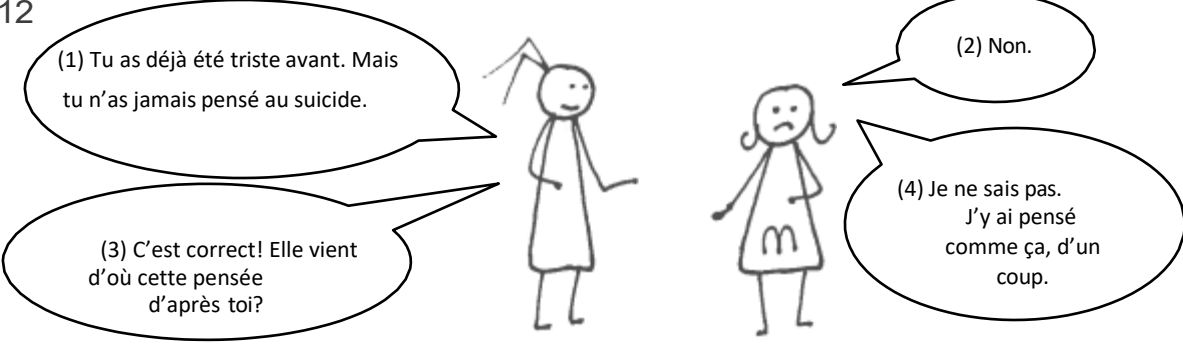
La case 19 montre comment on peut tenter de briser consciemment le cercle vicieux de l'imitation des MAAS. Par exemple, la personne peut tenter d'éliminer cette pensée qui ne lui appartient pas en effaçant ou en raturant un dessin qui représente l'idée du suicide. On peut aussi choisir d'utiliser des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

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

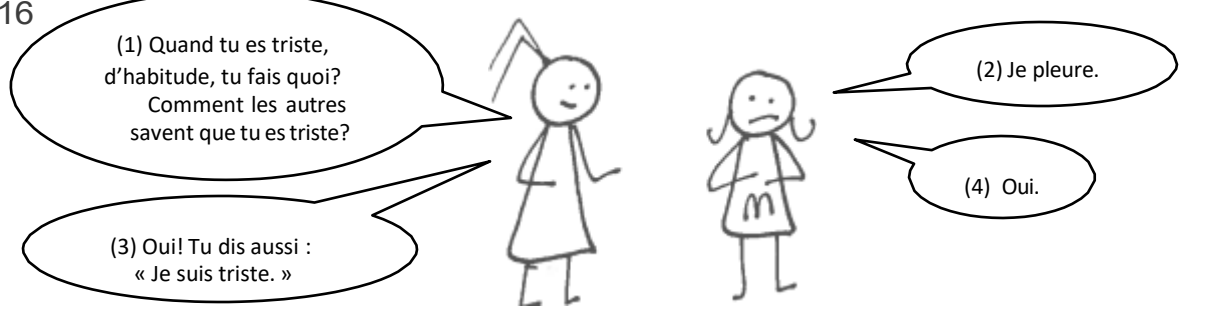
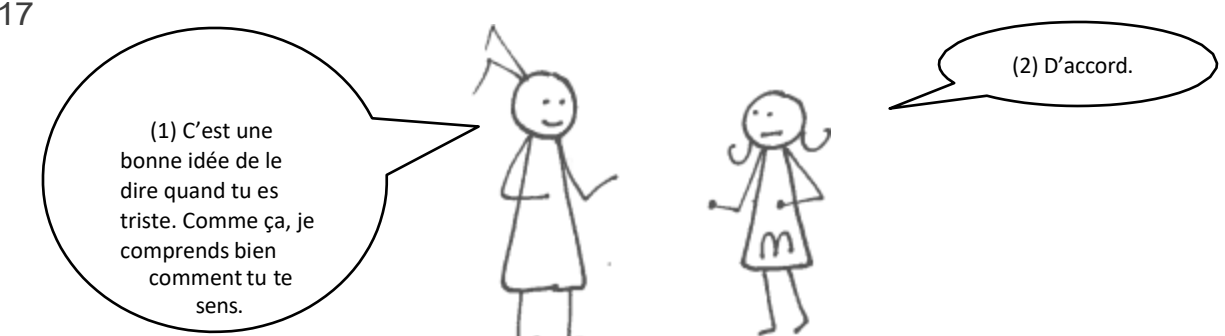
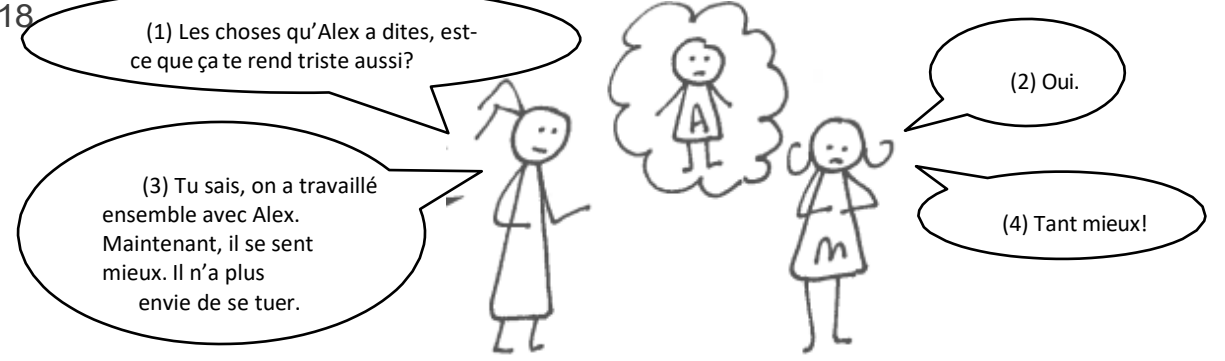
1  Je suis malheureux! Je vais me tuer!	Marie a un ami : Alex. Alex a dit qu'il voulait se tuer et Marie l'a entendu.
2  J'ai des pensées de suicide.	Marie est triste. Elle se sent mal. Elle se met à penser qu'elle aussi pourrait se tuer.
3  (1) Tu penses au suicide? (3) Comme Alex? (2) Oui. (4) Je ne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

13 (1) Avant ce matin, avais-tu déjà pensé au suicide? (3) Tu y a pensé après avoir entendu Alex?  (2) Non. (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? (3) Qu'est-ce qui te rend triste aujourd'hui?  (2) Oui. (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.

E. 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 autistes ou présentant une DI. 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.

F. 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 12). 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 13 - Les raisons pour se tuer et les raisons pour ne pas se tuer

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

Le Tableau 14 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 14 - 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

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

L'utilisateur 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 15).

Tableau 15 - 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. • Pourquoi 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 plate. 	<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. 

G. 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 autistes et/ou présentant une DI 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 DI-Autisme 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 DI- Autisme 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 autistes ou présentant une DI 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.

3.3 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 autistes ou présentant une DI certains outils d'intervention auprès des personnes suicidaires ayant fait leurs preuves auprès de la population générale.

A. 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 16.

Tableau 16 - 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 présentant 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 autistes, 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 autistes ou présentant une DI.

B. 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 présentant 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 autistes.

Même lorsqu'elle n'est pas utilisée dans son intégralité, la TCD comprend des éléments pertinents pour l'intervention auprès des personnes suicidaires autistes ou présentant une DI. 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.

C. 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 autistes ou présentant une DI. 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.

