

VIGNETTES CLINIQUES

Les 6 vignettes cliniques suivantes permettent d'aborder différents thèmes liés à l'intervention auprès des personnes à risque de suicide vivant avec un TNC.

Sans fournir de réponses exhaustives, les pistes d'action proposées visent à ouvrir la discussion entre les membres de l'équipe interprofessionnelle ainsi qu'à soutenir le jugement clinique et les réflexions face aux situations délicates et complexes qui peuvent être vécues dans l'intervention.

À noter que ces vignettes cliniques sont fictives, mais plusieurs éléments sont inspirés de situations réelles.

Prendre note que pour proposer des exemples concrets, les informations contenues dans les vignettes n°2 et 4 ont été transposées dans le document [FP-6732 Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez la personne vivant avec un TNC](#).

THÈME : Éviter de conclure trop rapidement à un risque suicidaire alors que la personne exprime plutôt une détresse émotionnelle sans désir de mourir.

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Madame Tremblay est âgée de 80 ans. Elle a reçu, il y a environ un an, un diagnostic de trouble neurocognitif non spécifié. Au cours de sa vie, elle a eu quelques épisodes dépressifs avec anxiété. Mme Tremblay habite seule en condo. Son fils unique demeure en Nouvelle-Écosse et Mme a peu de contacts avec lui. Elle qualifie sa relation de non significative, ce qui lui fait beaucoup de peine. Son seul aidant est son ancien voisin qui est très impliqué auprès d'elle, autant pour les soins que pour les accompagnements aux rendez-vous médicaux. Puisque Mme Tremblay a de plus en plus de pertes de mémoire et qu'elle est désorientée dans le temps, son fonctionnement au quotidien s'en trouve affecté. Elle ne sait plus quel moment de la journée nous sommes, elle oublie rapidement la tâche en cours, elle n'arrive plus à faire ses courses ni ses repas. Son moral est à la baisse et elle demeure couchée une bonne partie de la journée.

L'entourage de Mme Tremblay est de plus en plus préoccupé par sa perte d'autonomie (incapacité cognitive à faire ses démarches et à organiser les étapes pour mener à bien une tâche, oublie les démarches en cours, présente un manque du mot qui l'empêche de formuler et d'exprimer des demandes, etc.). Il y a quelques semaines, l'aidant a demandé de l'aide au soutien à domicile pour Mme Tremblay. Elle refuse les services la plupart du temps affirmant être tout à fait autonome. Pour sa part, le médecin de famille lui a recommandé de déménager en RPA constatant qu'elle ne pourrait dorénavant plus demeurer seule. Mme Tremblay en fut très affectée et refusa de déménager.

Quelques jours plus tard, la TS assignée au dossier de Mme Tremblay l'a rejointe par téléphone. Mme pleurait, affirmait vouloir être seule, vouloir mourir en paix et raccrocha l'appareil. La TS s'est donc déplacée au domicile afin de procéder à l'exploration des causes et facteurs de sa détresse où elle constata que le risque suicidaire était présent. La TS a donc fait l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire. La TS constata que Mme n'avait jamais fait de tentative de suicide, mais qu'elle exprimait n'avoir aucune raison de vivre et se sentir inutile. Mme verbalisait qu'elle pensait souvent à la mort, sans vouloir s'enlever la vie. Toutefois, son discours était parfois décousu et incohérent : quelquefois Mme mentionnait n'avoir identifié aucun moyen pour mettre fin à ses jours et soudain, dans la même discussion, mentionnait qu'elle pourrait sans doute sauter en bas du balcon, sachant très bien que sa chute ne serait pas fatale.

Finalement, l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire a permis à Mme Tremblay d'exprimer sa détresse et d'apaiser sa souffrance, se sentant comprise et non jugée. La cause de la souffrance était davantage reliée à la douleur de faire face à sa perte d'autonomie et à la relocalisation envisagée plutôt qu'à un désir de s'enlever la vie. La TS a pu explorer différentes pistes de solutions avec elle, lui permettant d'accepter l'aide et ainsi faciliter son maintien à domicile.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

- Aider Mme à diminuer son anxiété en lui permettant d'exprimer ce qu'elle ressent, dans ses propres mots.
- Valider le sens que Mme donne à ses propos, au désir de mourir.
- Aider Mme à retrouver un sentiment d'utilité et de plaisir dans son quotidien.
- Explorer les sources d'intérêts de Mme, de son histoire de vie afin d'identifier des activités quotidiennes qui pourraient stimuler son sentiment d'utilité et lui donner une raison de vivre.
- Mettre l'emphase sur les forces et capacités de Mme (empowerment).
- Impliquer Mme dans les services qui pourraient l'aider dans son quotidien, que ce soit à domicile ou dans les démarches pour choisir une ressource d'hébergement, en fonction de ses capacités.
- Impliquer le proche aidant (avec le consentement de Mme) afin d'aider l'équipe interprofessionnelle à mieux la connaître, ses goûts, ses intérêts et ce qui lui fait du bien pour que tous puissent en teinter leurs interventions.
- Impliquer le proche aidant afin de soutenir Mme et lui rappeler régulièrement les solutions qui ont été mises en place pour permettre le maintien à domicile et l'aider à se sentir plus utile.
- Être conscients, l'équipe interprofessionnelle et le proche aidant, que Mme a des pertes de mémoire avec une grande fluctuation dans son humeur. L'envie de mourir revient souvent dans son discours, donc les interventions seront probablement à faire régulièrement afin d'amener Mme dans un sentiment de bien-être autant que possible.



THÈME : Dans les dossiers complexes, l'importance de travailler avec l'équipe interprofessionnelle et les aidants, de favoriser une bonne communication entre les différents acteurs et d'adapter spécifiquement les interventions en contexte de prévention du suicide et de SCPD.

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Monsieur Valiquette est âgé de 77 ans et il est atteint d'un TNC mixte avec SCPD. Il souffre également de dépression depuis quelques années. M. Valiquette est marié depuis longtemps avec sa conjointe. Celle-ci ainsi que son beau-frère sont très impliqués auprès de lui. À domicile, Monsieur exprime parfois des propos relatifs à la mort sans idées suicidaires (je veux disparaître, je ne veux pas vivre avec une démence, etc.). La conjointe de M. nous informe qu'elle a remarqué un comportement étrange chez M. Valiquette. Il se jette parfois délibérément au sol. Mme se questionne sur cet étrange comportement. Serait-ce un SCPD?

Récemment, M. fut hospitalisé suite à des blessures causées par une chute volontaire; c'est-à-dire qu'il se lança délibérément au sol pour se blesser. Alors qu'il était à l'hôpital, M. Valiquette exprima à plusieurs reprises son désir de mourir. De plus, pendant son hospitalisation, M. s'est enfui en taxi à l'insu du personnel soignant dans le but de retourner chez lui. M. fut ramené au centre hospitalier par les policiers. Au congé de l'hôpital, il fut relocalisé en RI puisque son épouse ne se sentait plus en mesure de lui offrir les soins nécessaires à domicile.

Dans la ressource d'hébergement, monsieur continue à chuter régulièrement, parfois volontairement, parfois à cause de pertes d'équilibre. Ses chutes sont maintenant amplifiées depuis sa relocalisation. Il présente des comportements d'agitation et d'agressivité verbale et physique (agrippe les préposées par le bras, déplace rageusement des meubles sur l'unité, etc.). Les membres du personnel tentent de faire diversion afin de l'apaiser. Toutefois, la diversion semble faire de moins en moins effet et une escalade des SCPD est constatée. M. tient des propos incohérents à caractère sexuel et suicidaire et il refuse souvent de prendre sa médication. Un agent de sécurité a été mis en place pour le surveiller afin d'assurer sa sécurité et celle d'autrui. Toutefois, au moment où l'agent de sécurité fut distrait, monsieur Valiquette s'étendit sur le carrelage au sol et se frappa violemment la tête à plusieurs reprises en exprimant vouloir se tuer. M. fut rapidement dirigé par ambulance à l'hôpital. Après les examens médicaux de routine, monsieur fut retourné à la ressource. Le soir même, M. réintégrait le centre hospitalier à la suite d'une autre tentative de suicide.

Au moment où M. fut plus calme, la TS a pu procéder à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire afin de mieux comprendre, entre autres, la cause de sa détresse psychologique. Dans ses mots, M. a pu exprimer son sentiment d'être trahi par son épouse suite à son hébergement et son incompréhension face à la nécessité d'être hébergé dans cette ressource. Sa compréhension et sa capacité à communiquer étant fluctuant et limitées en raison des atteintes cognitives, la TS éprouve, encore à ce jour, beaucoup de difficulté à accompagner M. pour diminuer son sentiment de détresse qui l'habite constamment.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

- Comprendre le concept relié aux SCPD comme étant l'expression de la détresse émotionnelle vécue par la personne.
- Travailler en équipe interprofessionnelle vers un objectif commun, qu'il s'agisse des membres du personnel du centre hospitalier, de la RI, de la préposée aux bénéficiaires, l'agent de sécurité, la TS, des intervenants de l'équipe en santé mentale, et ce, en assurant une bonne communication fluide et bidirectionnelle, élément essentiel. Ne jamais oublier de toujours bien clarifier les rôles de chacun des membres de l'équipe, qui ont tous une importance à divers niveaux.
- Travailler de concert avec les différentes ressources spécialisées pour être guidé ou dirigé (service de téléconsultation de l'unité régionale SCPD, etc.)
- Outiller et sensibiliser les professionnels à la détresse exprimée par monsieur à travers un contexte de délirium et d'agitation comportementale.
- Encourager la présence ou l'implication de l'épouse et du beau-frère, afin de favoriser une présence chaleureuse et rassurante.
- Adapter l'environnement pour le rendre sécuritaire, offrir une surveillance accrue.
- Tenter de diminuer le sentiment de détresse en personnalisant la chambre de monsieur afin de lui donner le sentiment d'être chez lui, lui offrir collations ou repas maison préparés par les proches, etc.
- Bien connaître l'histoire de vie de M. et tenter de l'impliquer ou de le faire participer à différentes tâches, etc.



THÈME : L'importance de déterminer l'élément déclencheur ou la cause réelle de la détresse exprimée ainsi que la manière dont elle peut être soulagée.

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Madame Leduc est âgée de 76 ans et elle a reçu récemment un diagnostic de TNC léger. Elle se situe dans les premiers stades de la maladie. Elle a également un diagnostic de dépression chronique et elle prend des antidépresseurs depuis de nombreuses années. Madame Leduc est veuve depuis 15 ans et elle habite seule en appartement, dans une résidence privée pour aînés autonomes. Elle a de légères pertes de mémoire à court terme, elle répète régulièrement les mêmes choses. Sa capacité de rétention de l'information est faible et il lui est difficile de faire de nouveaux apprentissages. Toutefois, elle est fonctionnelle dans son milieu de vie et ne reçoit aucun service. Mme a un fils unique avec qui elle n'a plus de contacts, car celui-ci a des problèmes de consommation et il est sans domicile fixe. Mme en est très attristée. La nièce de Mme est son unique proche. Elle est peu disponible, mais adéquate lorsque présente auprès de sa tante.

Récemment, Mme a dû être hospitalisée à cause d'un problème cardiaque. Son état médical s'est stabilisé avec le temps, mais le personnel soignant a constaté qu'elle présentait un affect dépressif important. Mme est apathique, pleure beaucoup, mentionne que sa vie est inutile, ne comprend pas pourquoi elle est encore sur Terre et exprime à quelques reprises son souhait de disparaître et de mourir. Avant de signer le congé, l'équipe soignante fait une requête en service social afin d'évaluer la cause de la détresse, le risque suicidaire et s'il est sécuritaire que Mme Leduc retourne chez elle. L'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire de la TS démontre que Mme Leduc est consciente de ses pertes cognitives et qu'elle n'arrive pas à accepter sa perte d'autonomie ni les pertes fonctionnelles à venir. Mme Leduc a le sentiment de n'être plus bonne à rien, mais ne souhaite pas mourir.

La TS a constaté que Mme Leduc aimait par moments sortir de sa chambre pour aller aider les autres personnes hospitalisées. Elle a constaté qu'à ce moment, Mme Leduc semblait heureuse, elle riait et semblait oublier qu'elle avait des atteintes cognitives.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

- **Concerter et collaborer en équipe (ergothérapeute, infirmière, TS, médecin, psychiatre) afin de trouver des pistes d'intervention pour soulager la détresse de madame et l'aider à diminuer ses symptômes dépressifs.**
- **Maintenir madame au centre hospitalier le temps de stabiliser son état, dans un plan d'intervention concerté.**
- **Pendant son hospitalisation, offrir à Mme de s'impliquer, selon ses capacités, auprès des autres usagers hospitalisés afin de leur offrir son aide (sentiment d'utilité)**
- **Explorer de quelle façon la proche aidante souhaite s'impliquer.**
- **Favoriser la réflexion et la prise de décision de Mme concernant une éventuelle relocalisation en RPA de type familial, où madame pourrait s'impliquer, maintenir son sentiment d'utilité et briser l'isolement. Référer Mme vers des organismes communautaires ou autres.**
- **Mettre l'emphase sur ses capacités et ses forces, malgré les atteintes cognitives, comme son altruisme et son désir d'aider les autres dans leurs activités de la vie quotidienne.**
- **Être conscient de la fragilité de l'état émotionnel de Mme Leduc ainsi que de son état de conscience et d'inquiétude face à son TNC et réévaluer le risque suicidaire au besoin.**
- **Au congé du centre hospitalier, transmettre, si pertinent et nécessaire, les informations pertinentes (RPA, proche aidant, CLSC) pour le suivi du dossier (avec le consentement de Mme).**



THÈME : L'importance des interventions pouvant être réalisées afin de combler les besoins de façon à diminuer la détresse et l'anxiété de la personne.

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Madame Laberge est âgée de 78 ans. Elle souffre d'un trouble neurocognitif diagnostiqué depuis plus de 5 ans et les pertes cognitives sont en progression constante. Mme est veuve et elle demeure en RPA suite au décès de son mari il y a 9 mois. Elle a une fille unique qui est sa seule proche aidante. Celle-ci est très impliquée auprès de sa mère. Madame Laberge présente d'importantes difficultés d'orientation dans l'espace et le temps, causant une perte de repères et provoquant, par le fait même, un fort sentiment d'angoisse et d'incompréhension chez elle. Elle a des épisodes d'incontinence de plus en plus fréquents, ne sachant plus utiliser seule les toilettes. Lorsque cela arrive, Mme devient anxieuse et elle cache ses vêtements souillés dans ses tiroirs.

La fille de Mme Laberge l'appelle tous les jours et Mme la supplie de venir la chercher à chaque fois. Étant donné qu'elle ne participe à aucune activité et n'a aucun loisir, Mme exprime un sentiment envahissant d'ennui. Elle verbalise ses sentiments ainsi : « Je ne sers plus à rien, il n'y a rien à faire ici, je n'ai pas d'amis, je ne connais personne, que le bon Dieu vienne me chercher, je ne veux plus vivre comme ça ». Une estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire a été faite auprès de Mme (voir histoire de cas transposée dans le formulaire d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire). Cette estimation a permis à l'intervenante de s'assurer d'évaluer tous les éléments pertinents et avoir une meilleure compréhension de la situation à risque.

Quelques mois plus tard, la fille de Madame prit la décision de déménager sa mère dans une autre RPA offrant plus de services et ayant une approche centrée sur les besoins de la personne. La fille constata que madame s'adapta rapidement à son nouveau milieu de vie et qu'elle participait à plusieurs activités (aide à la préparation des repas et à la vie de la maison, etc.). De plus, Mme acceptant l'aide discrète des intervenantes (aller à la toilette, etc.), l'anxiété reliée aux épisodes d'incontinence et à l'utilisation des toilettes fut moins apparente. Maintenant, lorsque la fille appelle sa mère, Mme Laberge est de belle humeur et n'exprime plus l'envie de mourir. Les conversations sont courtes, car Mme est souvent attendue pour participer aux activités.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

- Évaluer quels sont les besoins non comblés (besoin d'aller à la toilette, incompréhension de l'environnement, ennui, isolement, etc.).
- Explorer quelles sont les émotions ressenties face à certains comportements qui pourraient causer de la détresse (ex. : sentiment de honte et anxiété en lien avec les incontinences, etc.).
- Se questionner si le milieu de vie est le meilleur endroit pour répondre aux besoins de la personne vivant avec un TNC.
- Impliquer le proche aidant afin de mieux identifier les goûts, intérêts et préférences des gens vivant avec un TNC, en vue de mieux cibler les activités et loisirs pouvant répondre aux besoins.
- Offrir du soutien au personnel des ressources afin de les outiller face à leurs interventions auprès des gens vivant avec un TNC.



THÈME : **Susciter l'espoir en invitant la personne à se tourner vers ses forces et les aspects positifs de sa vie.**
Accompagner la personne pour lui permettre de trouver ses solutions en mobilisant ses ressources et compétences.

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Monsieur Bérubé est âgé de 60 ans et il a reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer précoce il y a 8 mois. Il est un ancien professionnel de la santé à la retraite. Lors de l'annonce du diagnostic, le médecin de monsieur Bérubé lui a également retiré son permis de conduire. Celui-ci a été fortement ébranlé par ces deux événements et pour tenter de gérer les émotions qui en découlaient, il a commencé à consommer de l'alcool de façon régulière. Les conflits de couple ont débuté et son épouse, n'en pouvant plus, a exigé à monsieur qu'il soit hébergé en RPA.

Suite à sa relocalisation, monsieur Bérubé continuait à entretenir un fort sentiment d'injustice, de manque de respect ainsi qu'une impression de manque de considération envers son jugement et ses capacités. Il exprimait avec colère se sentir privé de ses droits et libertés. Il verbalisait ces propos : « Pourquoi moi? Pourquoi dois-je quitter ma maison? C'est trop difficile, ce n'est pas une vie. Si je suis pour vivre de cette façon, je souhaite plutôt mourir ». Le personnel de la résidence, inquiet, a avisé la travailleuse sociale du CLSC des propos suicidaires de monsieur Bérubé. La TS rencontra M. afin de procéder à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.

La TS a rapidement constaté que monsieur avait un grand besoin de parler, verbaliser ses émotions et de se sentir compris. Le besoin d'être autonome et de ne pas être pris en charge ressortait de ses propos. Monsieur a également exprimé le besoin d'expérimenter des relations égalitaires, le droit de pouvoir continuer à fumer et consommer de l'alcool régulièrement de façon sécuritaire. Les rencontres régulières avec la TS, ainsi que la mise en place de stratégies visant à adapter le milieu de vie aux besoins de monsieur ont fait diminuer les idées suicidaires puisque celui-ci s'est senti compris et respecté. Être consulté pour trouver des solutions lui a permis de se sentir considéré et concerné.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES



- Encourager la personne à trouver ses propres solutions en mobilisant ses ressources et compétences, tout en lui permettant de reprendre du pouvoir sur sa vie.
- Outiller le personnel soignant face aux interventions à préconiser afin d'adapter le milieu de vie pour qu'il réponde aux besoins de la personne vivant avec un TNC.
- Se rappeler que la consommation d'alcool peut être considérée comme un facteur aggravant (si cela amène une dangerosité ou des risques). Toutefois, dans ce contexte, la consommation de M. n'amène pas de dangerosité puisqu'elle est encadrée et lui redonne le pouvoir sur ses choix personnels et ses habitudes de vie importantes pour lui. (N. B. les effets de la consommation de M. pourraient toutefois devenir un facteur aggravant. À réévaluer au besoin).
- Permettre à la personne d'exprimer ses émotions quant à sa réalité, ses peurs, ses préoccupations et lui offrir une écoute accueillante et bienveillante.
- Travailler en concertation avec le personnel du milieu de vie vers un objectif commun.

THÈME : L'importance de valider et d'éliminer toutes les causes possibles (physiques, environnementales, émotionnelles, etc.) pouvant expliquer la détresse.

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Madame Venne est âgée de 86 ans et elle est atteinte d'un trouble neurocognitif de type vasculaire qui est à un stade modéré à sévère. Elle demeure en ressource intermédiaire depuis 5 ans. Elle est veuve et a trois enfants qui sont très présents et bienveillants. Madame a un manque du mot important, ce qui fait que son entourage doit deviner ce qu'elle tente d'exprimer. Il faut guider en tout temps Mme lors de ses activités de la vie quotidienne, puisque sa mémoire et sa compréhension sont très diminuées.

Depuis environ un mois, le personnel de la RI et les enfants constatent que Mme Venne ne s'alimente presque plus. Elle rejette sa nourriture et grimace au moment de s'alimenter. Elle repousse les plats et se fâche en levant le poing en direction des intervenants lorsqu'ils insistent pour qu'elle mange. Elle ne mange plus que des desserts, et ce, avec ses mains, car elle ne sait plus comment utiliser des ustensiles. Les enfants sont très préoccupés, car ils constatent que leur mère perd du poids. Des signes de dénutrition commencent à se manifester. La famille se questionne donc si Madame Venne exprime le désir de se laisser mourir en refusant de s'alimenter. L'équipe planifie donc une rencontre de concertation où la famille est également présente, afin de mieux comprendre la situation de Mme Venne. Différentes hypothèses sont alors soulevées :

- Elle ne souhaite plus vivre et il faut respecter son choix;
- Elle a déjà exprimé son désir qu'on ne s'acharne pas lorsque la maladie aurait trop évolué et qu'elle deviendrait agressive;
- Mme a une douleur qui l'empêche de manger;
- Il y a trop de bruit dans la salle à manger et Mme n'arrive pas à se concentrer;
- Mme a toujours aimé les desserts, il faut lui laisser ce plaisir;
- Il s'agit de SCPD développés en raison de besoins compromis : sa culotte d'incontinence n'a pas été changée récemment et cela la rend irritable;
- En sa présence, les intervenantes discutent de leur vie privée et cela la dérange.

Toutes ces hypothèses auraient pu être bonnes, toutefois, considérant que Mme réagissait surtout pendant les repas, un examen buccodentaire a révélé la présence d'une gingivite, de deux caries et d'une dent brisée, occasionnant pour Mme Venne de la douleur et une hypersensibilité au chaud et au froid.

PISTES D'ACTION PROPOSÉES



- **Importance de privilégier les rencontres interprofessionnelles en incluant les proches afin d'avoir accès à l'expertise de tous.**
- **Valider et éliminer toutes les causes possibles pouvant expliquer la détresse avant de statuer à un risque suicidaire ou à des SCPD.**
- **Tout compte fait, même si dans le cas de cette dame les causes expliquant sa détresse étaient d'ordre physique, il était très adéquat de faire quand même le processus d'estimation de la dangerosité du risque suicidaire pour une personne vivant avec un TNC. Cette évaluation, faite en équipe, permet d'entendre et de valider les préoccupations de la famille et les encourage à signaler à l'équipe interprofessionnelle toute forme de détresse vécue par leur proche dans le futur.**