

PSYCHO

PAP



Les mini-guides

L'intervention de crise

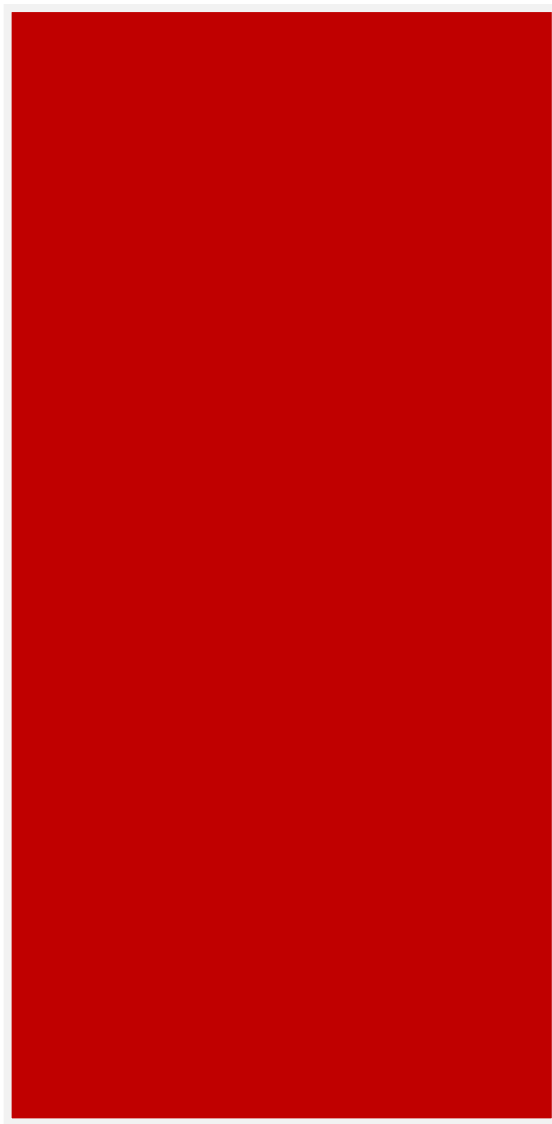
Un mini-guide de pratique

Première édition

2
0
2
6

Camille Brousseau-Paradis
Thanh-Lan Ngô

Éditeur: Thanh-Lan Ngô –



**Éditeur: Thanh-Lan Ngô –
psychopap
Montréal, QC, Canada
2026**

ISBN 978-2-925053-09-5
Dépôt légal 1er trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du
Québec 2026
Bibliothèque et Archives Canada 2026
1re édition

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITION DE LA CRISE.....	4
TYPES DE CRISE	4
RÉSOLUTION DE LA CRISE	5
DÉFINITION DE L'INTERVENTION DE CRISE	5
DONNÉES PROBANTES SUR L'INTERVENTION DE CRISE	6
MODÈLE D'INTERVENTION DE CRISE.....	6
1. ÉVALUER LA CRISE.....	7
1.1 Le contexte de la crise actuelle.....	7
1.2 La dangerosité.....	7
1.3 Les facteurs de risque et de protection	8
2. ÉTABLIR UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE	8
3. IDENTIFIER LE PROBLÈME PRINCIPAL	8
4. EXPLORER LES ÉMOTIONS	9
5. EXPLORER LES STRATÉGIES D'ADAPTATION.....	9
5.1 Formuler un objectif.....	9
5.2 Explorer les stratégies passées.....	10
5.3 Renforcer les stratégies d'adaptation adaptées	10
5.4 Développer de nouvelles stratégies d'adaptation.....	11
6. DÉVELOPPER UN PLAN D'ACTION	12
6.1 Développer un plan de sécurité en contexte de crise suicidaire.....	12
7. PLANIFIER UN SUIVI	14
CONCLUSION	14
REMERCIEMENTS	14
RÉFÉRENCES.....	15
ANNEXE A – L'INTERVENTION DE CRISE EN RÉSUMÉ	18
ANNEXE B – PLAN DE SÉCURITÉ	19
ANNEXE C – RECOMMANDATIONS CLINIQUES POUR AMÉLIORER LES SOINS AUX PERSONNES SUICIDAIRES DANS LES SERVICES D'URGENCE.....	20

DÉFINITION DE LA CRISE

La crise constitue un **déséquilibre psychologique** qui survient lorsqu'une personne, submergée par ses émotions, a épuisé ses stratégies d'adaptation et se trouve incapable de faire face aux difficultés (Séguin & Leblanc, 2021; Yeager & Roberts, 2015). La crise ne réside pas dans la situation elle-même mais plutôt dans la perception et la réaction de la personne face à celle-ci (Yeager & Roberts, 2015). Cet état peut se manifester de diverses manières, notamment par de l'anxiété, de la colère, de la confusion, de la somatisation ou du désespoir. La personne en crise peut être incohérente, désorganisée, agitée ou au contraire avoir l'air calme, apathique et repliée sur soi (Yeager & Roberts, 2015). L'événement qui amène l'état de crise peut s'inscrire dans une série de difficultés ayant contribué à fragiliser l'état d'équilibre. Il est donc important de s'intéresser au contexte dans lequel survient la situation afin de comprendre l'état de vulnérabilité de l'individu (Séguin & Leblanc, 2021).

TYPES DE CRISE

Les situations menant à un état de crise sont diverses et se regroupent en trois types selon leur origine.

La **crise psychosociale ou développementale** provient d'une situation problématique prévisible ou imprévisible pouvant être un événement extérieur à l'individu ou un désir interne de changement. Les ruptures et les deuils sont des événements fréquemment à l'origine de crises psychosociales. Les périodes de transition sont également des situations propices à déclencher ce type de crise, pensons notamment aux déménagements, aux changements d'école ou d'emploi, à la naissance d'un enfant ou à la retraite (Séguin & Leblanc, 2021). Ce type de crise peut aussi s'apparenter à une crise existentielle où la personne remet en question son cheminement de vie (Simard, 2017).

La **crise psychotraumatique** est provoquée par un événement subit et violent. Il peut s'agir d'une menace à l'intégrité physique (par exemple lors d'agressions physiques ou sexuelles) ou d'une confrontation avec la mort (par exemple lors d'un accident de la route ou d'une prise d'otage). Sans une intervention rapide et adéquate, la crise psychotraumatique est à risque d'évoluer en un trouble de stress post-traumatique (Séguin & Leblanc, 2021).

Finalement, la **crise psychopathologique** résulte d'un événement stressant survenant chez un individu déjà fragilisé par des problèmes de santé mentale. L'événement peut alors exacerber la symptomatologie psychiatrique déjà présente (Séguin & Leblanc, 2021). À titre d'exemples, il peut s'agir d'un conflit conjugal chez une personne présentant des troubles de l'humeur ou d'une perte d'emploi chez une personne présentant un trouble anxieux.

RÉSOLUTION DE LA CRISE

Il existe trois types de résolutions de la crise : favorable (positive), neutre et défavorable (négative). Une **résolution favorable** survient lorsque l'individu retrouve un état d'équilibre et acquiert de nouvelles stratégies d'adaptation le rendant mieux outillé à faire face à d'éventuelles situations stressantes. La crise peut alors être perçue comme un processus d'actualisation de soi et une opportunité de croissance (Simard, 2017). Une **résolution neutre** est caractérisée par la résolution des problèmes ayant engendré la crise, sans gain développemental. La personne retourne alors à son état antérieur (Séguin & Leblanc, 2021). Lorsqu'il y a une **résolution défavorable**, la personne fait face à la crise en utilisant des stratégies mésadaptées pouvant avoir des conséquences néfastes à long terme, telles que la consommation abusive de substances ou l'agressivité physique (Simard, 2017). En général, la personne demeure dans un état de vulnérabilité et est à risque de revenir à un état de crise lors d'un autre événement stressant (Séguin & Leblanc, 2021).

DÉFINITION DE L'INTERVENTION DE CRISE

L'intervention de crise est une approche psychothérapeutique visant à soutenir une personne en crise afin de l'aider à retrouver un état d'équilibre. Elle permet d'accompagner la personne dans l'exploration de sa détresse pour l'amener à mieux comprendre ses réactions (Simard, 2017). Elle favorise la mobilisation des ressources de l'individu et le développement de nouvelles stratégies d'adaptation dans le but de résoudre les problèmes et gérer les émotions (Yeager & Roberts, 2015). Elle vise à diminuer le niveau de tension émotionnelle et à éviter un passage à l'acte (Séguin & Leblanc, 2021). Elle comprend l'élaboration d'un plan d'action concret et peut servir de tremplin vers des services thérapeutiques à moyen ou long terme (Yeager & Roberts, 2015).

Il s'agit d'une thérapie **brève** et **ciblée** qui se concentre sur le problème à l'origine de la crise. L'accent est mis sur le **présent** et l'intervention porte sur le facteur déclencheur et ses conséquences pour l'individu et son entourage (Rapoport, 1967). La thérapie est **directive** et le thérapeute adopte une approche active. Il peut par exemple donner des conseils ou mettre en place des mesures de protection pour assurer la sécurité de l'individu (Rapoport, 1967; Séguin & Leblanc, 2021).

L'intervention de crise mise sur un principe essentiel qu'est le **synchronisme** (*timing*) (Simard, 2017). Ce type d'intervention est généralement mené peu de temps après l'événement ayant déclenché la crise car c'est durant cette période que la personne est souvent la plus disposée à demander de l'aide et que l'intervention de crise s'avère la plus efficace (Yeager & Roberts, 2015). Une citation célèbre de Lydia Rapoport énonce : « *Une aide modeste, mais rationnelle et ciblée à un moment stratégique, est plus efficace qu'un soutien plus important offert à une période de moindre réceptivité émotionnelle.* » (Rapoport, 1962) (traduction libre).

DONNÉES PROBANTES SUR L'INTERVENTION DE CRISE

Les interventions de crise bénéficient d'un soutien empirique à travers plusieurs types de populations et de contextes. Doupnik et al. (2020) ont réalisé une revue systématique et une méta-analyse portant sur l'efficacité des interventions brèves de prévention du suicide en contexte de soins aigus (Doupnik et al., 2020). Quatorze études, incluant 4 270 patients, ont été examinées. Ces interventions de crise étaient administrées lors d'une seule rencontre en personne ou par appels téléphoniques, et visaient à prévenir les comportements suicidaires futurs et à favoriser l'engagement dans le suivi en santé mentale. Le plan de sécurité était l'intervention la plus fréquemment utilisée (35,7 % des études), tandis que d'autres approches incluaient l'analyse fonctionnelle, l'évaluation thérapeutique, l'entretien motivationnel et la résolution de problèmes. Les résultats montrent que ces interventions brèves réduisent significativement les tentatives de suicide ultérieures (OR = 0.69 [IC à 95 %, 0.55-0.87]) et favorisent le lien avec les soins de suivi en santé mentale (OR = 2.74 [IC à 95 %, 1.80-4.17]), avec des effets similaires quelle que soit la modalité employée.

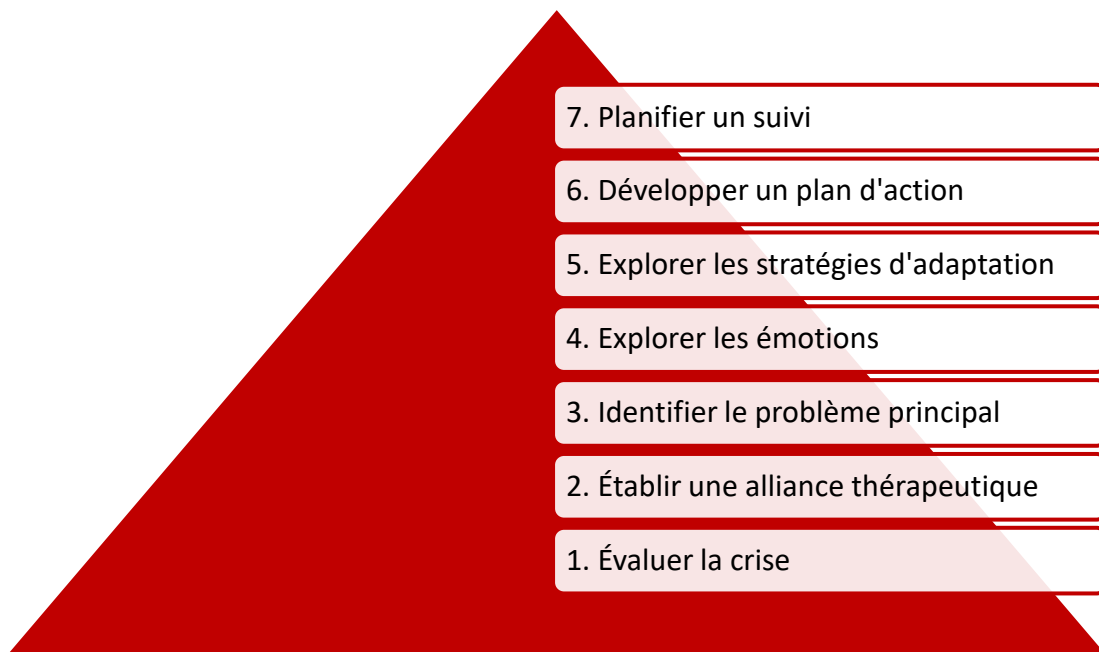
La méta-analyse de Stapleton et al. (2006) portant sur 11 études a révélé que les interventions de crise entraînaient une réduction significative des symptômes de stress post-traumatique et d'anxiété, confirmant leur impact sur la détresse psychologique aiguë (Stapleton et al., 2006).

Une autre méta-analyse, celle de Roberts et Everly (2006), a montré que les interventions de crise intensives à domicile auprès de familles en difficulté étaient hautement efficaces pour réduire la maltraitance et la négligence envers les enfants. D'autres modalités, telles que la gestion du stress liée à un incident critique et les interventions de crise comportant quatre à douze séances, ont également démontré leur efficacité pour réduire la morbidité psychiatrique (Roberts & Everly, 2006).

Dans l'ensemble, les données probantes confirment l'efficacité des interventions de crise pour prévenir les comportements suicidaires, réduire la détresse psychologique et favoriser l'engagement dans le suivi thérapeutique.

MODÈLE D'INTERVENTION DE CRISE

Albert R. Roberts a développé un modèle d'intervention de crise en 7 étapes (Yeager & Roberts, 2015) :



1. ÉVALUER LA CRISE

La première étape de l'intervention de crise consiste à évaluer la situation. Il n'est pas réaliste ni attendu dans un contexte de crise d'explorer toutes les sphères de la vie de l'individu. Le thérapeute devra cibler son questionnaire sur trois aspects essentiels : 1) le contexte de la crise actuelle, 2) la dangerosité, 3) les facteurs de risque et de protection (Séguin & Leblanc, 2021).

1.1 Le contexte de la crise actuelle

Lors de l'étape de l'évaluation de la crise, le thérapeute doit chercher à comprendre minimalement la nature des événements ayant précipité la crise et le contexte dans lequel se déroule cette crise. La nature de la crise sera ensuite explorée plus en détails ultérieurement (étape 3 : identifier le problème principal).

1.2 La dangerosité

Le thérapeute doit recueillir les informations de base pour déterminer s'il y a présence d'un danger imminent. Il doit évaluer si la personne a besoin d'une attention médicale urgente (par exemple, lors d'une tentative de suicide ou d'un abus physique). Il doit déterminer si l'individu pense à se suicider et si oui, s'il y a présence d'un plan suicidaire ainsi que l'imminence et la létalité du plan. Le thérapeute peut aussi se questionner quant au risque d'automutilation, de consommation abusive de substances, ou d'autres comportements pouvant être dangereux pour la personne. Lorsque l'individu a été victime d'un acte violent, le thérapeute doit demander si l'individu demeure en contact avec l'agresseur et déterminer s'il y a des risques de récurrence. Les idées hétéroagressives doivent également être questionnées et il est

crucial d'évaluer si des enfants sont en danger ou à risque de le devenir (Yeager & Roberts, 2015).

1.3 Les facteurs de risque et de protection

Il est souhaitable d'évaluer les facteurs de risque qui participent au développement de la vulnérabilité de l'individu, dont les problèmes de santé physique et mentale, la consommation de substances, les difficultés d'adaptation ou de régulation émotionnelle, les traits de personnalité, les dysfonctionnements familiaux et les événements de vie difficiles comme l'intimidation, les deuils et les séparations. Dans un contexte de crise, le thérapeute ne pourra pas explorer tous les événements de vie marquants de la personne. Il convient généralement de restreindre l'exploration aux événements de vie passés ayant un lien avec la crise en cours. Le thérapeute doit également évaluer les facteurs de protection de l'individu qui peuvent l'aider à faire face de manière constructive aux situations de stress. Il peut s'agir de facteurs internes tels que l'intelligence, l'humour, la capacité à générer des solutions, ou de facteurs externes comme un entourage soutenant (Séguin & Leblanc, 2021).

2. ÉTABLIR UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

La deuxième étape survient souvent en même temps que la première et consiste à établir un lien thérapeutique entre l'intervenant et la personne en crise (Yeager & Roberts, 2015). Dès les premières minutes de l'entretien, le thérapeute doit établir un climat de sécurité et créer un lien de confiance afin de construire rapidement une alliance positive. Pour ce faire, le thérapeute doit faire preuve d'empathie, de bienveillance et de validation. Il doit chercher à comprendre la réalité de la personne en crise et se projeter avec sensibilité dans son expérience singulière. En faisant preuve d'écoute et en aidant l'autre à mettre des mots sur son expérience, le thérapeute permet à la personne en crise de se sentir comprise, accueillie et acceptée dans sa souffrance (Séguin & Leblanc, 2021). Le thérapeute se doit d'être à la fois réaliste et optimiste, en portant l'espoir que la personne peut surmonter la crise et en ressortir mieux outillée à affronter les défis futurs (Yeager & Roberts, 2015). Par ailleurs, la compétence du thérapeute et sa capacité à mettre en place un cadre thérapeutique clair, comprenant la clarification des objectifs, des attentes et des limites, favorise le sentiment de sécurité, la confiance et l'engagement du patient, et constitue un facteur central de l'alliance thérapeutique (Wampold & Flückiger, 2023).

3. IDENTIFIER LE PROBLÈME PRINCIPAL

Dans cette troisième étape, le thérapeute tente, via des questions ouvertes et ciblées, d'identifier l'événement précipitant ayant conduit la personne à demander de l'aide. L'accent doit être mis sur la situation actuelle. L'intervenant doit aussi s'intéresser à la perception qu'a l'individu de l'événement ayant précipité la crise et amener la personne à comprendre la signification spécifique de l'événement et la façon dont celui-ci entre en conflit avec ses attentes, ses objectifs de vie ou son système de valeurs

(Yeager & Roberts, 2015). En écoutant le récit de la personne, le thérapeute doit faire la distinction entre la description factuelle de la situation et l'interprétation que la personne fait de cette situation. Prendre en considération l'expérience subjective de la crise, permet d'ailleurs de consolider l'alliance thérapeutique. Le thérapeute doit aussi explorer les réactions de la personne face à la crise et son sentiment de pouvoir ou non y faire face (Séguin & Leblanc, 2021).

4. EXPLORER LES ÉMOTIONS

Cette étape vise à favoriser l'exploration et l'expression du vécu émotionnel, et se déroule en continuité avec l'identification du problème principal. L'intervenant utilise l'écoute active pour aider la personne à reconnaître et à nommer ses émotions, dans un cadre confidentiel, soutenant et exempt de jugement (Yeager & Roberts, 2015). L'intervenant veille à respecter le rythme de la personne, à poser des questions ouvertes plutôt que des « pourquoi » et à demeurer attentif aux indices verbaux et non verbaux révélant l'état affectif de la personne (Séguin & Leblanc, 2021). L'expression émotionnelle, lorsqu'elle est accueillie avec empathie et validation, a une valeur thérapeutique importante (Yeager & Roberts, 2015).

5. EXPLORER LES STRATÉGIES D'ADAPTATION

La cinquième étape est centrale à l'intervention de crise puisqu'elle vise à identifier et à modifier les stratégies d'adaptation de la personne lorsque celles-ci ne suffisent plus à maintenir son équilibre psychologique. Le thérapeute aide à rendre ces mécanismes conscients, à distinguer ceux qui sont inadéquats et à développer des moyens plus adaptés pour faire face aux situations difficiles. En s'inspirant de l'approche centrée sur les solutions, l'intervention met l'accent sur les forces, la résilience et les ressources de la personne, tout en l'accompagnant dans l'exploration et l'expérimentation de nouvelles stratégies d'adaptation (Yeager & Roberts, 2015). Cette étape, de nature plus réflexive, requiert un niveau minimal de régulation émotionnelle afin de permettre une exploration constructive des stratégies d'adaptation. En présence d'une crise émotionnelle aiguë, il peut être indiqué de prioriser les interventions de contenance et de soutien pour que la personne retrouve un état de calme relatif avant d'aborder ce volet de l'intervention.

5.1 Formuler un objectif

Le thérapeute doit d'abord amener la personne à définir son objectif. Un objectif représente l'état futur désiré par l'individu, c'est-à-dire la manière dont il souhaite se sentir, penser et agir différemment. Les objectifs doivent être formulés par l'individu lui-même, de façon précise, car il s'engagera davantage dans le processus lorsque le travail porte sur ses propres buts plutôt que sur ceux fixés par le thérapeute (Yeager & Roberts, 2015).

Pour faciliter la formulation d'un objectif concret et observable, le thérapeute peut inviter la personne à se projeter dans l'avenir en lui demandant où elle se voit dans 6 mois ou 1 an, par exemple. (Yeager & Roberts, 2015). Il peut demander des questions ouvertes telles que : « Où vous voyez vous dans x nombre de temps? Vous faites quoi? Comment est votre vie? ». Il peut aussi utiliser la **question miracle** qui vise à clarifier ce à quoi ressemblerait la situation si le problème était résolu. Le thérapeute peut par exemple demander : « *Si un miracle survenait et que votre problème disparaissait, comment sauriez-vous au réveil qu'un changement s'est produit? Quels seraient les premiers signes concrets de cette amélioration?* ». Le thérapeute poursuit ensuite avec des questions complémentaires pour aider le client à décrire précisément cette situation idéale

À cette étape, il peut également être utile d'utiliser les **questions d'échelle** qui en plus de permettre de quantifier la perception du problème et des progrès de la personne, constituent une intervention en soi. Le thérapeute invite l'individu à situer son état sur une échelle de 0 à 10, où 0 représente la pire situation possible et 10 le résultat souhaité. Cette démarche facilite l'évaluation de l'évolution et met en lumière les efforts ou changements positifs de la personne. Lorsqu'une amélioration est observée, même minime, le clinicien explore ce qui a contribué à ce progrès, renforçant ainsi la prise de conscience des stratégies efficaces (Yeager & Roberts, 2015).

5.2 Explorer les stratégies passées

Il est ensuite recommandé d'explorer les tentatives passées qui se sont avérées infructueuses. Recueillir ces informations permet à l'intervenant de savoir quelles approches éviter et d'aider la personne à sortir de son cadre de pensée habituel pour envisager de nouvelles solutions (Yeager & Roberts, 2015).

5.3 Renforcer les stratégies d'adaptation adaptées

Le thérapeute peut ensuite poser des questions pour aider l'individu à identifier et à renforcer ses stratégies d'adaptation susceptibles de concrétiser l'objectif identifié à l'étape 5.1. Différentes techniques peuvent être utilisées par le thérapeute pour explorer les stratégies adaptées (Yeager & Roberts, 2015).

Le thérapeute peut explorer les moments où le problème est absent ou moins intense, en partant du principe que la personne fait alors quelque chose qui améliore la situation. L'objectif est d'identifier ces actions efficaces pour les renforcer et les généraliser (Yeager & Roberts, 2015).

Le thérapeute peut aussi explorer les situations passées où la personne a réussi à gérer des problèmes similaires, afin d'identifier les stratégies efficaces déjà utilisées et de les appliquer au problème actuel (Yeager & Roberts, 2015).

Pour les personnes ayant du mal à percevoir l'espoir ou le positif, le thérapeute peut poser des questions visant à identifier leurs efforts pour limiter l'aggravation de la

situation, par exemple : « *Je me demande ce que vous faites pour que la situation n'empire pas?* » (Yeager & Roberts, 2015).

Le thérapeute peut aussi utiliser des compliments ou des encouragements pour souligner ce que la personne fait de positif, ses forces et ses réussites. Les encouragements favorisent la motivation de la personne à repérer et à renforcer ses stratégies d'adaptation efficaces (Yeager & Roberts, 2015).

5.4 Développer de nouvelles stratégies d'adaptation

Cette étape comprend aussi la recherche de nouvelles stratégies d'adaptation qui pourraient aider la personne à retrouver l'état d'équilibre. Le thérapeute peut encourager la personne à trouver de nouvelles stratégies ou lui en suggérer quelques-unes susceptibles de l'aider à retrouver un état d'équilibre (Yeager & Roberts, 2015).

Les stratégies d'adaptation sont généralement classées en 4 catégories :

- Les **stratégies d'adaptation centrées sur le problème** consistent à mobiliser des actions concrètes visant à résoudre la situation à l'origine de la crise (Algorani & Gupta, 2025). Par exemple, une personne ayant perdu son emploi peut entreprendre des démarches pour en trouver un nouveau, tandis qu'une autre confrontée à des difficultés financières peut établir un budget ou consulter un spécialiste en redressement financier. La résolution de problèmes est une des compétences de la thérapie comportementale dialectique pouvant être enseignée en intervention de crise (Pour une description de la compétence de résolution de problèmes, voir tcdmontreal.com/?page_id=3822) (TCD Montréal, 2021a).
- Les **stratégies d'adaptation centrées sur les émotions** ont pour objectif de réguler les affects négatifs associés à la situation problématique. Elles visent à atténuer la détresse émotionnelle plutôt qu'à modifier directement la source du stress. Parmi ces stratégies, on retrouve la pratique de la pleine conscience, l'utilisation de l'humour ou encore le recours à des activités spirituelles ou religieuses (Algorani & Gupta, 2025). (Pour une liste de vidéos présentant des stratégies à prioriser en contexte de crise émotive, voir www.youtube.com/playlist?list=PLeIDRTx5WCkqgFkiH7KqKAYNDPljupczr) (TCD Montréal, 2021b).
- Les **stratégies d'adaptation axées sur le sens** consistent à utiliser des stratégies cognitives pour donner un sens à la situation de crise (Algorani & Gupta, 2025). Elles permettent à la personne de transformer l'épreuve en une occasion de croissance et d'apprentissage ou de réévaluation de ses priorités et de ses valeurs (Folkman & Moskowitz, 2007). Par exemple, l'intervenant peut accompagner une personne en crise suicidaire après une rupture à comprendre cette crise non seulement comme une perte douloureuse, mais comme un signal mettant en lumière des besoins relationnels ou des valeurs importantes. Cela peut favoriser une réévaluation de ses priorités et ouvrir la voie à un apprentissage ou un changement.
- Les **stratégies d'adaptation sociales** reposent sur la mobilisation du réseau interpersonnel et des ressources externes afin de faire face à une situation

difficile. Elles consistent à solliciter du soutien auprès de l'entourage, de professionnels ou de la communauté. Ce soutien social peut contribuer à favoriser une mise en perspective de la situation, à trouver de nouvelles solutions au problème et à réduire la détresse émotionnelle associée à la crise (Séguin & Leblanc, 2021).

6. DÉVELOPPER UN PLAN D'ACTION

Le plan d'action vise en premier lieu à assurer la sécurité de la personne. Selon la nature de la crise, il peut s'agir, par exemple, de protéger une personne victime de violence, de prévenir un passage à l'acte suicidaire ou encore d'orienter vers des soins d'urgence. Dans le contexte d'une crise suicidaire, le plan a pour objectif d'éloigner les moyens létaux et de favoriser le recours à des stratégies alternatives au suicide (Simard, 2017).

Au-delà de la sécurité, le plan d'action a pour finalité de rétablir un état d'équilibre psychologique et fonctionnel. Le thérapeute et la personne en crise collaborent à déterminer des actions concrètes et réalistes, à entreprendre dans un délai défini, en cohérence avec les objectifs établis lors de l'intervention. Ces actions doivent être significatives pour la personne et favoriser sa progression vers un mieux-être (Yeager & Roberts, 2015). Des techniques issues de la thérapie cognitivo-comportementale, telles que la restructuration cognitive ou la résolution de problèmes, peuvent être intégrées à cette étape (Simard, 2017).

Enfin, le plan d'intervention comprend également l'identification des signes précurseurs d'une rechute ou d'un nouvel épisode de crise, afin de mettre en place des stratégies préventives et de renforcer la capacité d'autogestion de la personne (Simard, 2017).

6.1 Développer un plan de sécurité en contexte de crise suicidaire

Le plan de sécurité constitue un outil d'intervention structuré élaboré en 2012 par Barbara Stanley et Gregory K. Brown dans le but de réduire le risque suicidaire (Stanley & Brown, 2012). S'appuyant sur les principes issus des thérapies cognitive, cognitivo-comportementale et comportementale dialectique (Ferguson et al., 2022), cette intervention vise à doter la personne de stratégies d'adaptation personnalisées et de sources de soutien concrètes à mobiliser en cas d'émergence d'idées suicidaires.

Les données probantes suggèrent que le plan de sécurité est efficace pour diminuer les comportements suicidaires. Une méta-analyse conduite en 2021 par Nuij et al. sur l'efficacité du plan de sécurité a démontré que le risque de comportement suicidaire était significativement réduit de 43 % dans le groupe recevant l'intervention par rapport au groupe contrôle (Nuij et al., 2021). Des revues systématiques ont également démontré que le plan de sécurité pouvait réduire la fréquence des idées suicidaires et

des hospitalisations, tout en favorisant l'engagement thérapeutique (Ferguson et al., 2022; Marshall et al., 2023). En raison de cette efficacité démontrée, plusieurs experts recommandent son intégration systématique dans les soins cliniques de routine auprès des personnes présentant un risque suicidaire (Lengvenyte et al., 2023; Rassy et al., 2022).

Pour optimiser son efficacité, le plan de sécurité doit être élaboré de manière collaborative entre le thérapeute et la personne, en privilégiant l'utilisation des mots de la personne dans un format écrit. Le rôle du thérapeute consiste à accompagner le processus de formulation par des questions ouvertes, bienveillantes et orientées vers la recherche de solutions, tout en soutenant l'autonomie et la responsabilisation de la personne (Stanley & Brown, 2012).

Les six étapes du plan de sécurité visent à identifier :

- 1) les signes avant-coureurs (les pensées, les images, les émotions, les situations, les comportements) indiquant qu'une crise est en train de se développer,
- 2) les stratégies d'adaptation internes (ce que le patient peut faire pour oublier ses problèmes sans contacter une autre personne, par exemple des techniques de relaxation ou de l'activité physique),
- 3) les personnes et les contextes sociaux qui offrent des distractions,
- 4) les personnes à qui le patient peut demander de l'aide,
- 5) les professionnels ou les ressources pouvant être contactés en cas de crise,
- 6) les méthodes pour limiter l'accès aux moyens létaux.

Des interventions apparentées au plan de sécurité, telles que le *Crisis Response Planning*, reprennent les mêmes composantes fondamentales tout en y intégrant l'identification des raisons de vivre (Asarnow et al., 2011; Bryan et al., 2017). Une revue systématique de la littérature a mis en évidence le rôle protecteur de ces raisons de vivre face aux idées et aux comportements suicidaires (Bakhiyi et al., 2016). Étant donné que les personnes en situation de crise présentent souvent un besoin accru d'espoir et de sens (O'Keeffe et al., 2025), il peut être cliniquement pertinent d'ajouter une septième étape au plan de sécurité de Stanley et Brown, visant à inclure l'exploration et la formulation des raisons de vivre.

Le thérapeute doit également discuter avec le patient des modalités d'accès au plan de sécurité en situation de crise, notamment de l'endroit où celui-ci sera conservé afin d'en assurer la disponibilité au moment opportun. Le document original est remis au patient, tandis qu'il est recommandé d'en conserver une copie au dossier médical à des fins de continuité et de coordination des soins (Stanley & Brown, 2012). Le plan de sécurité peut aussi être rempli en version électronique via une application mobile ou un site Internet tel que mesoutils.ca (Association québécoise de prévention du suicide, 2025). Voir l'annexe B pour une version imprimable du plan de sécurité.

7. PLANIFIER UN SUIVI

Le suivi post-crise constitue une étape essentielle de l'intervention, car la période qui suit immédiatement la résolution d'une crise demeure particulièrement à risque de récurrence. Lorsque possible, il est souhaitable d'assurer une continuité des soins et de faciliter l'accès rapide au service le plus approprié aux besoins du patient (Séguin & Leblanc, 2021). Ce suivi vise à prévenir la réapparition d'un état de crise en maintenant une évaluation continue de la situation, incluant une réévaluation périodique du niveau de dangerosité et un rappel des stratégies de régulation et de prévention élaborées durant l'intervention (Simard, 2017).

Lors de la terminaison, le thérapeute accompagne la personne dans la révision de ses objectifs, l'évaluation de sa préparation à la fin du suivi et l'anticipation des difficultés susceptibles de survenir ultérieurement. L'objectif est de favoriser l'autonomie de la personne en l'aidant à reconnaître les signes précurseurs d'une détérioration et à recourir de manière proactive à ses stratégies d'adaptation ou aux ressources d'aide disponibles. Le thérapeute précise également que la porte demeure ouverte pour un retour éventuel en cas de besoin. Un contact de suivi, idéalement dans le mois suivant la fin de l'intervention, permet de soutenir la consolidation des acquis, de renforcer le sentiment de compétence et, au besoin, de faciliter la transition vers un suivi clinique à plus long terme (Yeager & Roberts, 2015).

CONCLUSION

L'intervention de crise constitue un levier clinique important pour soutenir les personnes confrontées à une détresse psychologique aiguë et prévenir des issues défavorables, dont les comportements suicidaires. Fondée sur des données probantes et sur une compréhension fine des mécanismes de la crise, elle repose sur une évaluation rigoureuse, une alliance thérapeutique solide et des interventions brèves et ciblées. En misant sur les forces, les ressources et l'autonomie de la personne, tout en assurant sa sécurité et la continuité des soins, l'intervention de crise permet non seulement de rétablir un équilibre, mais aussi d'ouvrir la voie à une trajectoire de soins plus stable et adaptée aux besoins du patient.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance à Dre Christiane Bertelli et à Dr Alexis Thibault pour leur relecture attentive du présent guide ainsi que pour la pertinence de leurs commentaires, lesquels ont contribué à renforcer la qualité et la cohérence de ce travail.

RÉFÉRENCES

- Algorani, E., & Gupta, V. (2025). *Coping Mechanisms*. StatPearls Publishing. Retrieved Oct 17 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031/>
- Asarnow, J. R., Baraff, L. J., Berk, M., Grob, C. S., Devich-Navarro, M., Suddath, R., Piacentini, J. C., Rotheram-Borus, M. J., Cohen, D., & Tang, L. (2011, Nov). An emergency department intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment. *Psychiatr Serv*, 62(11), 1303-1309. https://doi.org/10.1176/ps.62.11.pss6211_1303
- Association québécoise de prévention du suicide. (2025). Mes outils - Mon plan de sécurité. <https://mesoutils.ca/fr/plan-securite>
- Bakhiyi, C. L., Calati, R., Guillaume, S., & Courtet, P. (2016, 2016/06/01/). Do reasons for living protect against suicidal thoughts and behaviors? A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 92-108. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.019>
- Brousseau-Paradis, C. (2025). *Améliorer les soins aux personnes à risque suicidaire dans les services d'urgence : une analyse qualitative pour éclairer la pratique clinique* Université de Montréal]. Papyrus.
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., Maney, E., & Rudd, M. D. (2017, Apr 1). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial. *J Affect Disord*, 212, 64-72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.028>
- Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggan, E., Bridge, J. A., & Marcus, S. C. (2020). Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(10), 1021-1030. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586>
- Ferguson, M., Rhodes, K., Loughhead, M., McIntyre, H., & Procter, N. (2022, Jul-Sep). The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. *Arch Suicide Res*, 26(3), 1022-1045. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1915217>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2007). Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. In M. Hewstone, H. A. W. Schut, J. B. F. D. Wit, K. V. d. Bos, & M. S. Stroebe (Eds.), *The scope of social psychology: Theory and applications* (pp. 193-208).

- Lengvenyte, A., Giner, L., Jardon, V., Olié, E., Perez, V., Saiz, P., Gonzalez Pinto, A., & Courtet, P. (2023, Dec 27). Assessment and management of individuals consulting for a suicidal crisis: A European Delphi method-based consensus guidelines. *Span J Psychiatry Ment Health*.
<https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2023.12.001>
- Marshall, C. A., Crowley, P., Carmichael, D., Goldszmidt, R., Aryobi, S., Holmes, J., Easton, C., Isard, R., & Murphy, S. (2023, Jun). Effectiveness of Suicide Safety Planning Interventions: A Systematic Review Informing Occupational Therapy. *Can J Occup Ther*, 90(2), 208-236.
<https://doi.org/10.1177/00084174221132097>
- Nuij, C., van Ballegooijen, W., de Beurs, D., Juniar, D., Erlangsen, A., Portzky, G., O'Connor, R. C., Smit, J. H., Kerkhof, A., & Riper, H. (2021, Aug). Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 219(2), 419-426. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.50>
- O'Keeffe, S., Suzuki, M., Ryan, M., Priebe, S., Byng, R., Simpson, A., Araújo-Soares, V., Albert, R., Fialho, R., Walker, N., Bakou, A. E., & McCabe, R. (2025, Feb 20). Enhanced psychosocial assessment and rapid follow-up care for people presenting to emergency departments with self-harm and/or suicidal ideation: the Assured feasibility study and internal pilot trial. *Pilot Feasibility Stud*, 11(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s40814-025-01602-y>
- Rapoport, L. (1962). The State of Crisis: Some Theoretical Considerations. *Social Service Review*, 36(2), 211-217. <https://doi.org/10.1086/641243>
- Rapoport, L. (1967). Crisis-Oriented Short-Term Casework. *Social Service Review*, 41(1), 31-43. <http://www.jstor.org/stable/30020306>
- Rassy, J., Lesage, A., Larue, C., Labelle, R., & Consortium. (2022). *Protocole SécUrgence : Un protocole d'évaluation et d'accompagnement des personnes à risque de suicide dans les urgences du Québec* (Dépôt légal – Bibliothèque Nationale du Québec, 2022, ISBN 978-2-9809373-2-3).
- Roberts, A., & Everly, G. (2006, 02/01). A Meta-Analysis of 36 Crisis Intervention Studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 10-21.
<https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhj006>
- Séguin, M., & Leblanc, L. (2021). *Intervention en situation de crise - 3e édition* (Chenelière Éducation, Ed.).
- Simard, S. (2017). L'intervention en situation de crise. In Presses de l'Université Laval (Ed.), *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle - 2e édition revue et augmentée* (pp. 209-228).

- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012, 2012/05/01/). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 256-264. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Stapleton, A. B., Lating, J., Kirkhart, M., & Everly, G. S., Jr. (2006, Fall). Effects of medical crisis intervention on anxiety, depression, and posttraumatic stress symptoms: a meta-analysis. *Psychiatr Q*, 77(3), 231-238. <https://doi.org/10.1007/s11126-006-9010-2>
- TCD Montréal. (2021a). 6.1 Résolution de problèmes. tcdmontreal.com/?page_id=3822
- TCD Montréal. (2021b). Compétences TCD à l'urgence. <https://www.youtube.com/playlist?list=PLelDRTx5WCkqgFkiH7KqKAYNDPljupczr>
- Wampold, B. E., & Flückiger, C. (2023, Feb). The alliance in mental health care: conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry*, 22(1), 25-41. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>
- Yeager, K., & Roberts, A. R. (2015). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research - Fourth Edition* (Oxford University Press, Ed.).

ANNEXE A – L'intervention de crise en résumé

Qu'est-ce qu'une crise?

- **Déséquilibre psychologique aigu** survenant lorsque les stratégies d'adaptation habituelles sont dépassées
- La crise dépend de la **perception et de la réaction** de la personne, non seulement de l'événement.

Objectifs de l'intervention de crise

- Réduire la détresse émotionnelle aiguë
- Prévenir le passage à l'acte (suicidaire ou autre)
- Rétablir un état d'équilibre psychologique et fonctionnel
- Mobiliser les ressources et stratégies d'adaptation
- Faciliter l'engagement dans un suivi ultérieur si nécessaire

Principes clés

- **Approche brève, ciblée et directive**, centrée sur le présent
- **Synchronisme** : intervenir au moment de plus grande réceptivité
- **Alliance thérapeutique rapide**, fondée sur l'empathie, la bienveillance et un cadre clair
- Accent mis sur les **forces, la résilience et les solutions**

Modèle en 7 étapes (Roberts)

1. Évaluer la crise

Contexte, dangerosité, facteurs de risque et de protection

2. Établir l'alliance thérapeutique

Sécurité, empathie, espoir réaliste, cadre clair

3. Identifier le problème principal

Événement précipitant et signification pour la personne

4. Explorer les émotions

Validation et expression émotionnelle

5. Explorer les stratégies d'adaptation

Objectifs, stratégies passées, forces, nouvelles stratégies

6. Développer un plan d'action

Sécurité, actions concrètes, prévention des rechutes

En contexte suicidaire : **plan de sécurité** collaboratif

7. Planifier un suivi

Continuité des soins, prévention des récurrences, renforcement de l'autonomie

ANNEXE B – Plan de sécurité

1. Mes signes avant-coureurs d'une crise potentielle (situations, pensées, émotions, comportements, sensations physiques) :

- _____
- _____
- _____
- _____

2. Ce que je peux faire par moi-même pour me changer les idées :

- _____
- _____
- _____
- _____

3. Les personnes et les situations sociales (lieux) qui m'aident à me changer les idées :

- _____
- _____
- _____
- _____

4. Les personnes à qui je peux demander de l'aide :

- Nom : _____ # tél : _____
- Nom : _____ # tél : _____
- Nom : _____ # tél : _____

5. Les professionnels ou les organismes avec lesquels je peux communiquer si je suis en situation de crise :

- Nom : _____ # tél : _____
- Nom : _____ # tél : _____
- Nom : _____ # tél : _____

6. Les moyens que je peux prendre pour rendre mon environnement sécuritaire :

- _____
- _____
- _____
- _____

7. Mes raisons de vivre (ce qui est important pour moi) :

- _____
- _____
- _____
- _____

Inspiré du plan de sécurité de Stanley et Brown (Stanley & Brown, 2012)

ANNEXE C – Recommandations cliniques pour améliorer les soins aux personnes suicidaires dans les services d’urgence

À la lumière d’une revue exhaustive de la littérature (Brousseau-Paradis, 2025), voici des recommandations intégratives relatives à la pratique clinique visant à améliorer les soins aux personnes consultant aux urgences pour des idées ou des comportements suicidaires.

Adopter une approche centrée sur le patient

Face aux patients présentant des enjeux suicidaires, il est recommandé que les professionnels adoptent une approche empathique, non stigmatisante et centrée sur le patient, en prenant le temps d’écouter activement. Cette attitude favorise l’alliance thérapeutique, l’engagement du patient et la pertinence des interventions de crise, notamment le plan de sécurité. Même en contexte d’urgence, des gestes simples d’humanisation des soins contribuent à instaurer un climat de confiance et d’espoir.

Fournir des informations et des explications claires

Le personnel des urgences devrait fournir aux patients à risque suicidaire et à leurs proches des informations claires et accessibles sur le déroulement du séjour à l’urgence, les impressions cliniques, le diagnostic, le plan de traitement et les ressources disponibles. Une communication transparente, incluant si c’est possible une estimation réaliste des délais, les signes d’aggravation et les situations nécessitant une nouvelle consultation, favorise la compréhension, réduit l’anxiété et soutient l’alliance thérapeutique. Les informations devraient être adaptées au patient et leur compréhension activement vérifiée. Idéalement, des informations écrites sont remises au patient.

Adapter l’implication des proches aux besoins du patient

Les soignants tentent de favoriser l’implication des proches dans les soins des personnes à risque suicidaire avec l’accord du patient. Les proches peuvent jouer un rôle clé dans la prévention du suicide, en contribuant au soutien émotionnel, à l’élaboration du plan de sécurité et à l’adhérence au suivi. Toutefois, cette implication doit être individualisée et adaptée au contexte relationnel et aux préférences du patient, afin d’éviter toute pression ou atteinte au sentiment de sécurité thérapeutique.

Proposer des interventions thérapeutiques brèves

Il est souhaitable que des interventions thérapeutiques brèves en prévention du suicide soient être offertes aux personnes à risque de suicide à l’urgence. Ces interventions incluent notamment le plan de sécurité, la restriction de l’accès aux moyens létaux, la psychoéducation, l’entretien motivationnel et l’enseignement de compétences ciblées (telles que la résolution de problèmes, l’analyse en chaîne et la tolérance à la détresse), afin de renforcer l’engagement et de prévenir les récives suicidaires.

Planifier un suivi et faire le lien avec les services externes

Lorsque cela est possible, les équipes d’urgence essaient de favoriser la mise en place d’un suivi structuré pour les personnes à risque suicidaire, idéalement en facilitant le lien avec les services externes, les centres de crise ou les équipes psychosociales et médicales de première ligne. Lorsque c’est possible, on essaie de céder un rendez-vous de suivi avant le départ de l’urgence. Les données suggèrent que le suivi post-urgence est associé à une réduction des idées et des comportements suicidaires. En l’absence de dispositifs formels ou de disponibilité rapide des services, il est souhaitable de réfléchir à des mesures de relance adaptées au contexte local afin de soutenir la continuité des soins.