

COMPRENDRE ET PRÉVENIR LE SUICIDE CHEZ LES PERSONNES AUTISTES OU AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Cécile Bardon, PhD
UQAM - CRISE



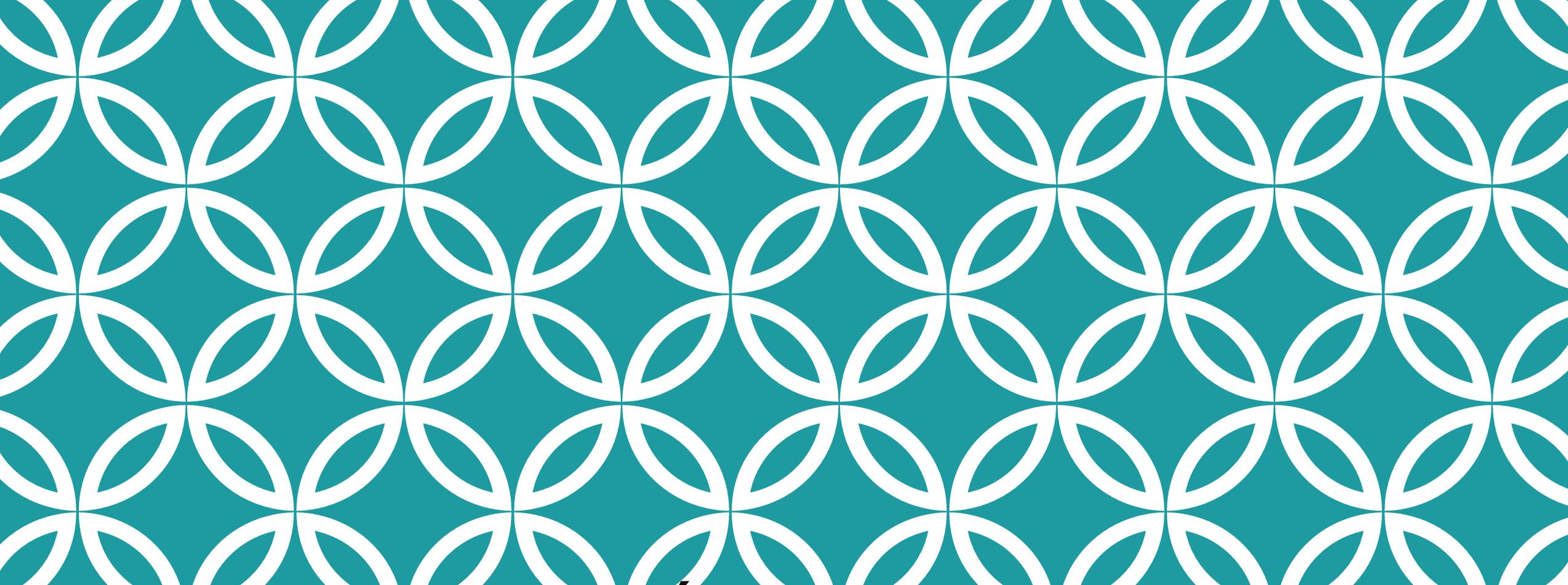
Centre de recherche et d'intervention
sur le suicide, enjeux éthiques et
pratiques de fin de vie

INTRODUCTION

Travaux collaboratifs financés par :

- IRSC
- CRSH
- FRIS

Pas de conflits d'intérêts connus



**INCIDENCE ET CARACTÉRISTIQUES DES
MANIFESTATIONS ASSOCIÉES AU SUICIDE
CHEZ LES PERSONNES AUTISTES OU
AYANT UNE DI**



DONNÉES SUR LE SUICIDE DES PERSONNES AUTISTES OU PRÉSENTANT UNE DI DANS LE MONDE

Autistes

- Décès par suicide
 - + de 10 % décès par suicide ont Dx d'autisme, alors que représentent 1,1 % de la population (Cassidy et al., 2022)
 - 2-4x plus élevé (Jokiranta-Olkonieni et al., 2021 ; Kølves et al., 2021)
 - Surtout femmes : 3x plus
- Tentatives de suicide
 - 19 % (Dow et al., 2021)
 - 1-35 % (Hedley et al., 2018)
- Idéations suicidaires
 - 40 % (Balfe et al., 2010)
 - 11-66 % (Hedley et al., 2018)

Autistes (faible besoin de soutien)

- Décès par suicide (?)
- Tentatives de suicide
 - 35 % (Paquette-Smith et al., 2014; Cassidy et al., 2014)
- Idéations suicidaires
 - 66 % (Cassidy et al., 2014)

DI

- Décès par suicide (?)
- Tentatives de suicide
 - 11 % (Lunsky, 2004)
- Idéations suicidaires
 - 23 % (Lunsky, 2004)

DONNÉES SUR LE SUICIDE DES JEUNES AUTISTES OU PRÉSENTANT UNE DI

Autistes

- Décès par suicide
 - QC : 2x plus élevé que population générale (Diallo et al., 2017)
- Tentatives de suicide
 - 3,9 % (Chen et al., 2017)
 - 6x plus que population générale du même âge (Moses, 2018)
- Idéations suicidaires
 - Hospitalisés : 22 % (Horowitz et al., 2018)
 - Entre 2 % et 9,6 % ont visité les urgences pour cette raison (Cervantes et al., 2022 ; Hunsche et al., 2020).

Autistes (faible besoin de soutien)

- Décès par suicide (?)
- Tentatives de suicide
 - < 12 mois : 18 %, 6x population générale (Moses, 2018)
- Idéations suicidaires (?)

DI

- Décès par suicide (?)
- Tentatives de suicide
 - 17-48 % (Ludi et al., 2012)
- Idéations suicidaires
 - 22-60 % (Ludi et al., 2012; Weinheimer, 2019)
 - 1,3 % ont déjà visité les urgences pour des idées suicidaires (Cervantes ket al., 2022).

TYPES DE MANIFESTATIONS ASSOCIÉES AU SUICIDE (MAAS) CHEZ LES PERSONNES AUTISTES OU PRÉSENTANT UNE DI

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 flashes 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 »

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) »

Directes ou indirectes par textos ou médias sociaux



AUTISTES OU PRÉSENTANT UNE DI

Communications non verbales

Dessins représentant :

- acte violent ou geste suicidaire, tombes, souffrance, objets pour se suicider

Mimes :

- s'étrangler, se couper

PERSONNES

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



TYPES DE MANIFESTATIONS ASSOCIÉES AU SUICIDE (MAAS) CHEZ LES PERSONNES AUTISTES OU PRÉSENTANT UNE DI

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



COMPRENDRE LE DANGER CHEZ LES PERSONNES AUTISTES OU PRÉSENTANT UNE DI

Distinguer la planification suicidaire de la tentative de suicide :

- N'est pas si nécessaire,
 - tant que les moyens envisagés ne sont pas létaux et qu'on a le temps d'interagir avec la personne
 - tant qu'on comprend que la personne souffre et qu'on s'occupe de sa détresse avec elle

Précision - quand on parle de danger :

- Danger du comportement pour la sécurité de la personne
- Compréhension du niveau de danger peut affecter l'estimation (ex. : la personne qui mange de l'herbe en pensant que c'est dangereux)
- Estimer le danger : référence au terme utilisé dans la grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire utilisé auprès de la population générale (arrimage des concepts et termes)

INDICES COMPLÉMENTAIRES À OBSERVER POUR REPÉRER DES PERSONNES À RISQUE

Lorsqu'une personne n'exprime pas clairement des idéations suicidaires ou lorsque les indices verbaux sont compliqués à comprendre

Lorsque des facteurs associés au suicide sont présents

- Peuvent devenir des indicateurs de risque suicidaire en l'absence de comportements/propos clairement identifiables

Lorsqu'on peut **observer des changements** dans le comportement habituel de la personne



INDICES ASSOCIÉS AUX MAAS :

Cognitifs : confusion, difficultés de concentration, indécision

Émotionnels : humeur changeante, sauts 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 : *stagnation ou régression*

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, appétit, 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



AMBIVALENCE ET INTENTION SUICIDAIRE

Il est très difficile de déterminer s'il y a intention ou non

La recherche d'une intention clairement articulée teinte le jugement clinique, incite à minimiser le risque suicidaire et à ne pas intervenir adéquatement

Même dans la population générale, l'intention peut ne pas être claire, même pour la personne suicidaire elle-même

L'ambivalence entre vivre et mourir est toujours présente et module l'intention

Une grande impulsivité peut provoquer un passage à l'acte, sans intention et sans planification perceptible



ESPOIR ET DÉSESPOIR

Trois triades du désespoir

La souffrance est :

Interminable, inacceptable, insoutenable
(Shneidman, 1976)

Interminable, inévitable, intolérable (Chiles
& Strohsahl, 1995)

Perception négative de la personne
suicidaire (Beck et al., 1975) :

- D'elle-même
- De son entourage
- De son avenir

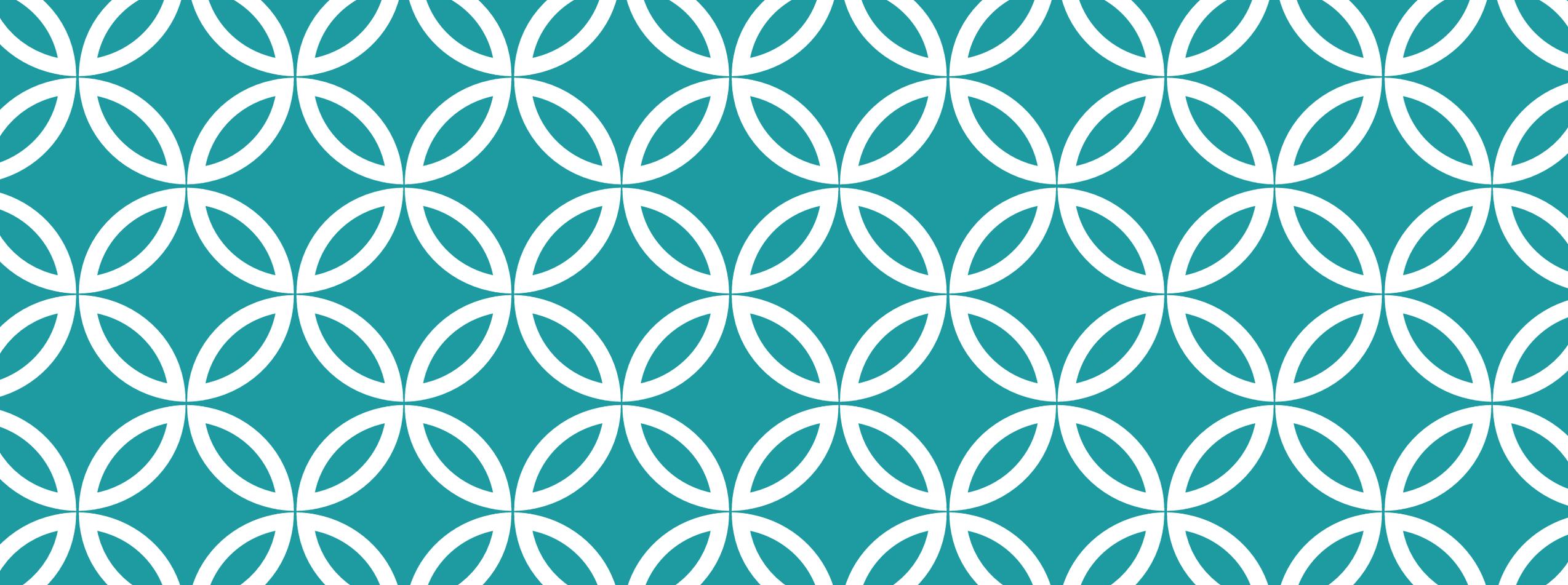
Se souvenir que :

L'ambivalence est toujours présente

La personne a des raisons de vivre :
explorer les raisons de vivre plus que les
raisons de mourir

Il s'agit d'ouvrir une brèche dans le
désespoir par une intervention
adéquate!

Espoir ≠ distraction

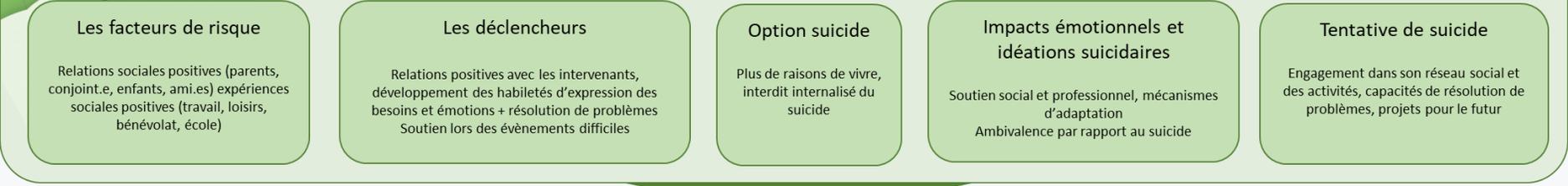


COMPRENDRE LE SUICIDE CHEZ LES PERSONNES AUTISTES OU AYANT UNE DI

Modèle AUDIS révisé

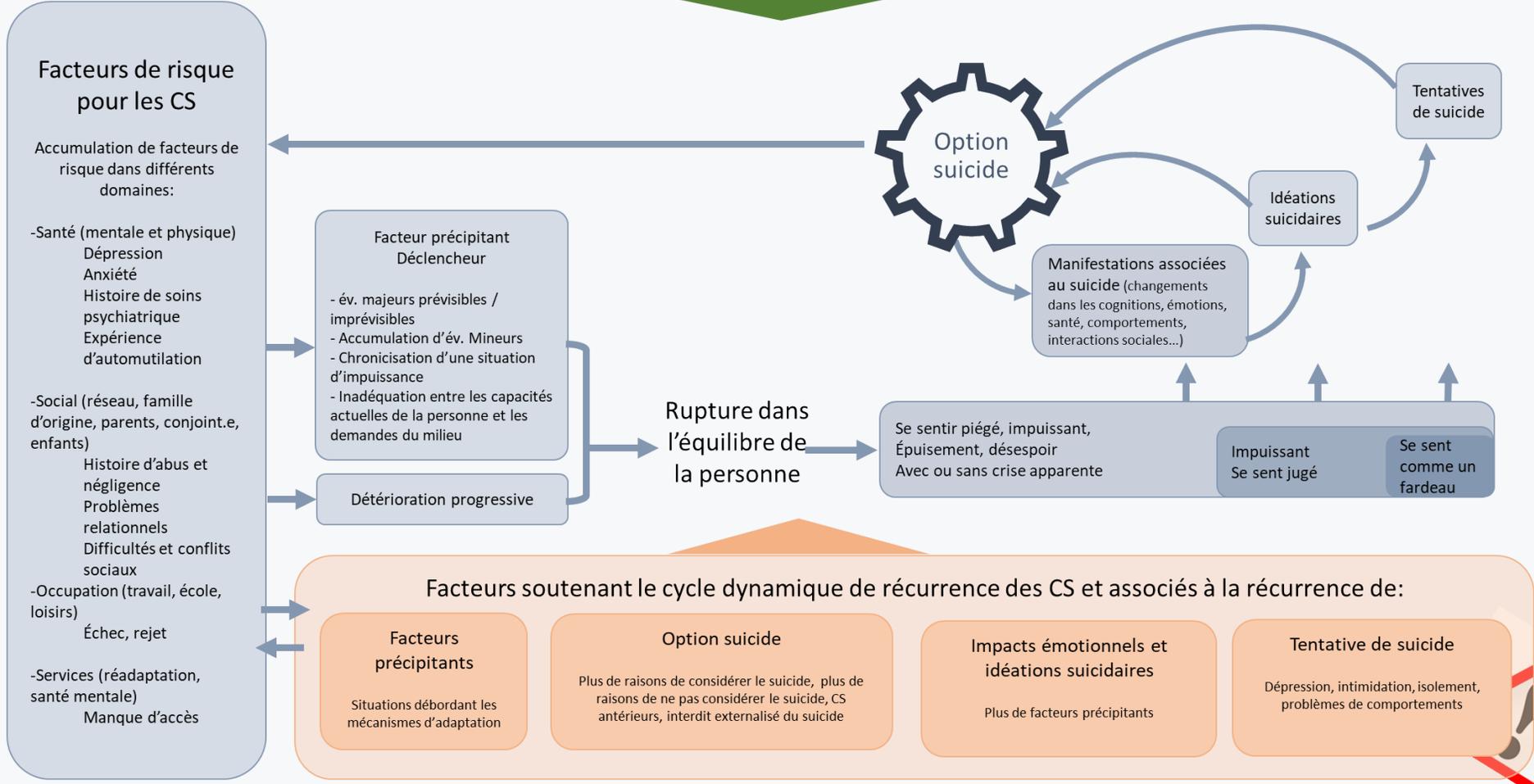


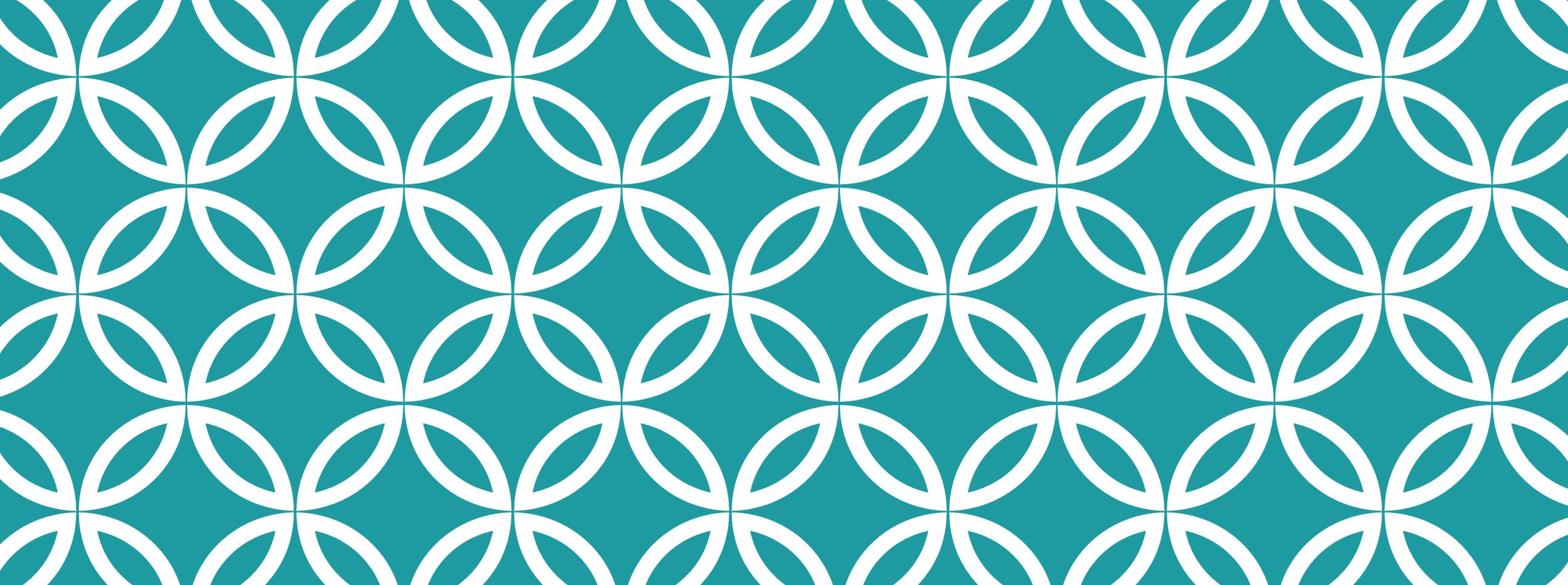
Facteurs de protection contre:



Le risque est augmenté quand plusieurs domaines sont affectés: colère, TDAH, dépression, problèmes comportementaux, difficultés sociales, masquage

Contexte – fonctionnement général de la personne (social, cognitif, émotionnel, comportemental)





**POSTURE À ADOPTER EN PRÉVENTION DU
SUICIDE CHEZ LES PERSONNES AUTISTES
OU AYANT UNE DI**





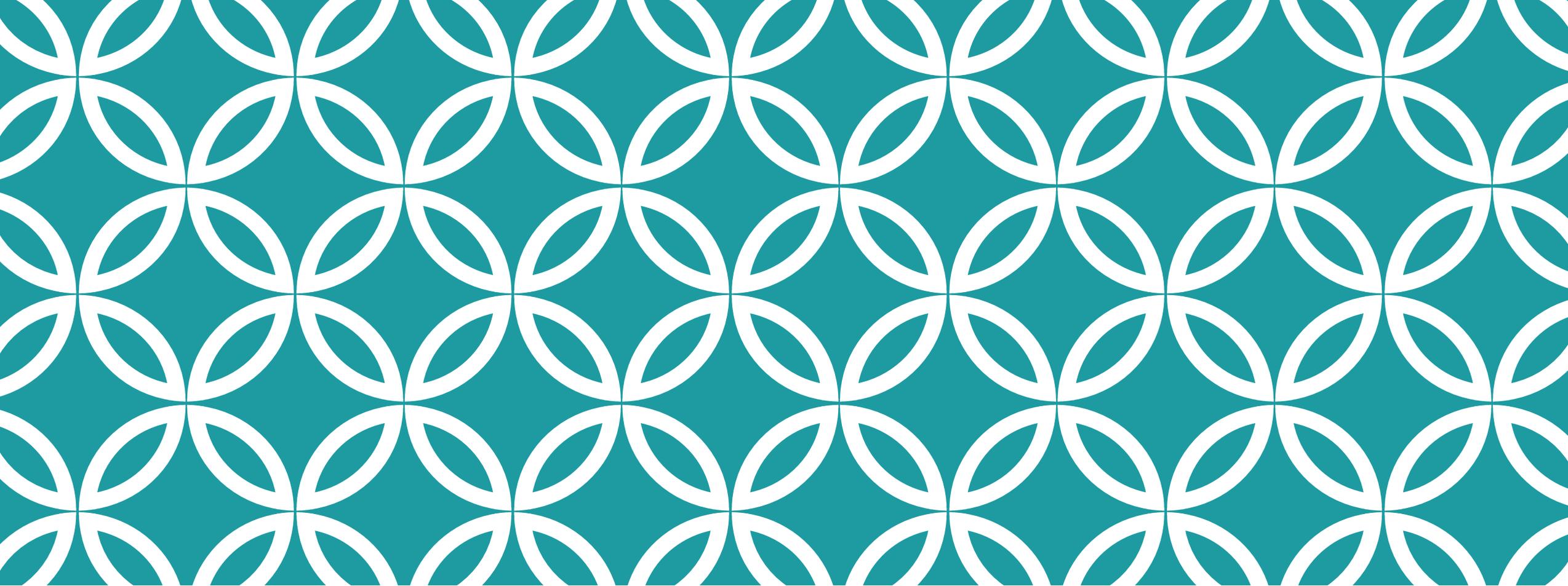
IMPACTS DES MANIFESTATIONS SUICIDAIRES (EXERCICE)

Qu'est-ce que ça nous fait quand quelqu'un d'autre veut mourir?

- Quelles sont nos émotions, nos réactions?

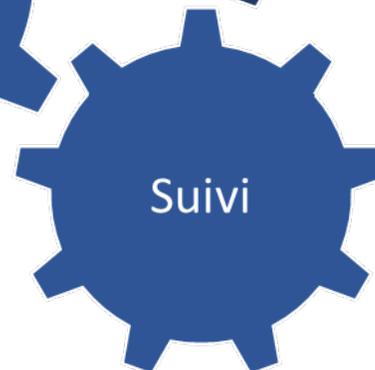
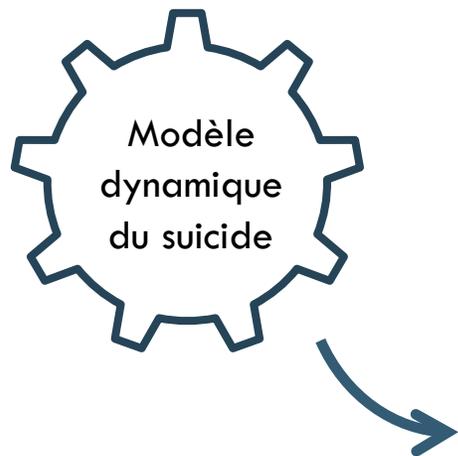
Comment reconnait-on notre malaise et son impact sur notre intervention et celles de nos collègues?

- Comment ça influence nos interventions?



LE PROCESSUS AUDIS







Un processus clinique en 3 phases complémentaires

- Repérer (identifier – référer)
- Gérer l'épisode suicidaire (estimer – plan d'action) + suivi
- Réduire le risque suicidaire (évaluer les besoins – plan d'intervention)

REPÉRER UNE PERSONNE À RISQUE

Le repérage vise à répondre aux questions suivantes :

- Est-ce que la personne présente des manifestations suicidaires?
- Que dois-je faire pour aller plus loin dans mon analyse du risque suicidaire et des actions à mettre en place?
 - Ou que dois-je dire à la personne à qui je réfère pour l'aider à amorcer le processus de gestion de l'épisode suicidaire?

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 :	
Nom de la personne faisant le repérage :		Lien avec l'utilisateur :	
<p>Information à recueillir : Indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant à la présence de MAAS</p> <p>Manifestations associées au suicide (MAAS) actuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communications verbales/non verbales (inscrire les propos exacts) - Comportements - Pensées <p>Éléments de planification suicidaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moyen, moment, lieu, préparatifs de départ <p>Danger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accès au moyen, létalité du moyen (réelle et perçue par la personne), capacité de planification <p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cognitions, Comportements, Émotions, Indices neurovégétatifs, Indices somatiques, Indices psychiatriques, Pertes d'acquis et difficultés d'adaptation dans la situation actuelle <p>Signes de désespoir et de détresse actuels</p> <p>Motif et facteurs déclencheurs des MAAS actuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motif apparent des MAAS ou des changements observés 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Observer</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Décider</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Agir</p>	<p>Observer : information recueillie</p> <p>Sources : Questions à l'utilisateur, l'utilisateur</p>	<p>Observer</p>
		<p>Décider : Décision issue du processus de repérage</p> <p>La personne présente des manifestations associées au suicide</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>Décider</p>
		<p>Agir : intervenir pour gérer l'épisode suicidaire en fonction des besoins de la personne</p> <p>Estimation du danger, analyse complète et gestion de l'épisode suicidaire</p> <p>Même en l'absence de MAAS, il est important d'intervenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorer les sources du changement dans le fonctionnement habituel - Identifier la détresse et ses sources - Intervenir pour réduire la détresse 	<p>Agir</p>

GÉRER UN ÉPISODE SUICIDAIRE

□ Estimer le danger de passage à l'acte

Qualifier le danger d'un passage à l'acte suicidaire

Identifier la présence/nature/intensité des idées 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)

□ Intervenir lors de l'épisode suicidaire

Assurer la sécurité

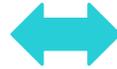
Prévenir le passage à l'acte

Renforcer l'espoir

Diminuer le risque de passage à l'acte futur

Renforcer les facteurs de protection

Réduire les facteurs de risque



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 :		
<p>Information à recueillir : Indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant à l'épisode suicidaire et au danger de passage à l'acte.</p> <p>Facteurs proximaux pouvant augmenter le danger ou protéger <u>dans la situation actuelle</u></p> <p>Facteurs de risque de l'épisode :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>Facteurs de protection de l'épisode :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Moments critiques liés aux MAAS actuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chronicisation d'une situation d'impuissance, Accumulation d'évènements (même mineurs en apparence) Évènements majeurs prévisibles, Évènements affectifs majeurs imprévus, <p>Exigences du milieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inadéquation entre les capacités actuelles de la personne et les demandes du milieu. <p>Conséquences de l'épisode de MAAS sur les relations, les activités, les émotions, les cognitions, l'entourage, etc.</p>	<p>Observer : Information recueillie</p> <p>Sources : Questions à l'usager, de l'usager</p>		
<p>Observer</p>		<p>Décider</p>	
<p>Décider</p>	<p>Décider : Décision issue du processus d'estimation</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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> 	<p>Décider</p>	
<p>Agir</p>	<p>Agir : Intervenir pour gérer l'épisode suicidaire en fonction des besoins de la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<p>Agir</p>	
<p>Conclure le processus de gestion de l'épisode suicidaire :</p> <p>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</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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? Quand?</u>). <p>Moments critiques à surveiller dans les heures, jours, semaines qui suivent, État des idées suicidaires, État du plan suicidaire.</p> <p>Vérifier les effets potentiels d'avoir abordé les questions concernant les MAAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 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. 			

RÉDUIRE LE RISQUE SUICIDAIRE

□ Objectifs de l'évaluation

Compléter l'information recueillie

- Identifier les facteurs de risque 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



□ Objectifs de l'intervention

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

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 :
Nom de la personne faisant la gestion du risque suicidaire :		Lien :
<p>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)</p> <p><i>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.</i></p>		<p>Observer</p> <p>Décider</p> <p>Agir</p>
<p>L'option suicide</p> <p><i>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.</i></p>	<p>Observer : Information recueillie</p> <p>Sources : Questions à l'usager, observation</p>	
	<p>Décider : décisions quant aux facteurs de risque, à l'option suicide et aux patterns de MAAS</p> <p>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</p> <p>Option suicide La personne présente des éléments associés à l'option suicide</p> <p>Patterns de MAAS La personne présente des patterns de MAAS pouvant faire l'objet d'intervention</p>	
<p>Les patterns de MAAS : Comprendre les patterns et fonctions, risque de répétition et chronicisation en cas d'épisodes multiples de MAAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 / désespoir associés, conséquences. <p>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?)</p>	<p>Agir : Intervenir pour réduire les facteurs de risque, l'option suicide et les patterns de MAAS</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Patterns de MAAS - Réduire le risque de récurrence, défaire les patterns et fonctions des MAAS, diminuer l'impact des déclencheurs.</p>	



Merci!

Nous contacter :

- Cécile Bardon
 - Bardon.cecile@uqam.ca
 - Ditsasuicide.ca