



CRDIED DE MONTRÉAL

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE EN CONTEXTE D'OFFRE DE SERVICES SPÉCIALISÉS :

PARTAGE DES CONNAISSANCES SUR DES ENJEUX CIBLÉS

Chantal Mongeau,	Co-chercheure
Anne-Marie Ouimet,	Co-chercheure
Sandrine Tastet,	Psychologue
Daphné Morin,	Chercheure principale



Colloque annuel du SQETGC
Montréal, le 25 novembre 2014

Remerciements



2

- Implantation du projet de recherche au CRDITED de Montréal:
 - Participation de toutes les équipes cliniques;
 - Soutien de l'ensemble des chefs et coordonnateurs.

- Avec la collaboration de:
 - Isabelle Jacques, technicienne en recherche psychosociale
 - Dominique Fortin, technicienne en recherche psychosociale
 - Olivier Corbin-Charland, professionnel de recherche

Objectifs de l'atelier



3

- Sensibiliser les participants à :
 - ▣ l'existence du phénomène suicidaire chez les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme
 - ▣ la complexité de l'intervention (repérage, estimation, évaluation, intervention, prévention).
- Prendre en compte les enjeux spécifiques à la problématique suicidaire dans le développement et l'adaptation de pratiques spécialisées d'intervention

Plan de la présentation



4

1. Mise en contexte
2. Prévalence du phénomène: données issues de la littérature
3. Profils des usagers ayant des manifestations suicidaires: données préliminaires du projet de recherche au CRDITED de Montréal
4. Enjeux
 1. Reconnaissance des manifestations suicidaires
 2. Interventions en prévention du suicide
5. Conclusions

Mise en contexte



5

- Réalité à laquelle les intervenants en CRDITED rapportent être de plus en plus confrontés dans leur pratique;
- Plaintes d'usagers insatisfaits et recommandation d'améliorer les pratiques;
- Réflexion sur les besoins spécifiques quant aux modalités de gestion et d'intervention associées à la problématique suicidaire des populations desservies en CRDITED.



Travaux réalisés par le CRDITED de Montréal portant sur la problématique suicidaire en DI et TSA

- ▣ Recension des écrits
- ▣ Table de travail sur la gestion de la dangerosité suicidaire (2011-2014)
- ▣ Forum de consensus d'experts - 20 juin 2013*
 - Compléter et approfondir les aspects moins documentés par la littérature;
 - Accéder à l'expertise issue des 3 domaines pertinents : la DI et le TSA, la problématique du suicide et l'évaluation;
 - Rapport disponible sur le site internet :
 - ▣ <http://internet.crditedmtl.ca/wp-content/uploads/2014/09/Risque-suicidaire-DITSA-Consultation-experts-20140902.pdf>
- ▣ Séance de travail sur l'applicabilité de la Grille (SAM)- 22 juillet 2013*
 - Documenter l'expérience de l'utilisation de la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire* par des intervenants des CRDITED et de son applicabilité



Travaux réalisés par le CRDITED de Montréal portant sur la problématique suicidaire en DI TSA (suite)

- Étude sur les manifestations suicidaires chez des personnes ayant une DI ou un TSA au CRDITED de Montréal: Exploration du phénomène dans un contexte d'offre de services spécialisés
- En cours: 2013-2015

Démarrage d'un projet de recherche d'envergure sur la problématique suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA

- Financement des IRSC et multiples collaborateurs
- Définir les meilleures pratiques d'estimation du risque suicidaire en DI-TSA
- Développer des outils cliniques adaptés DI-TSA

Écho dans votre pratique



8

- Comment estimez-vous l'importance de la problématique suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA dans votre milieu de pratique?

9

Prévalence du phénomène

Données issues de la littérature



Prévalence du phénomène



10

	Idéation suicidaire	Tentative suicidaire	Automutilation (non-stéréotypé)	Suicide complété
DI	DI général: 23%¹	DI général: 11%¹ Fonctionnement intellectuel limite: 8,7%² DI incarcérés: 13,5%*³	Fonctionnement intellectuel limite: 7,6%² DI incarcérés: 19,9%³	DI général: 16,2/100 000 personne-années ⁴

*: significativement supérieur à la population incarcérée sans DI ($p=0,02$)

1- Lunsky, 2004(Canada);

2- Hassiotis, Tanzarella, Bebbington, & Cooper, 2011 (Angleterre);

3- Hassiotis et al., 2011 (Angleterre) ;

4- Patja, 2001 (Finlande)

Prévalence du phénomène



11

	Idéation suicidaire	Tentative suicidaire	Suicide complété
TSA	TSA psychiatisé: 30,8%¹	TSA psychiatisé: 7,7%¹	TSA psychiatisé: 7,7%¹
	Asperger: 66%*²	Asperger: 35%²	

*: significativement supérieur à population générale ($p < 0,0001$)

1- Raja, Azzoni, & Frustaci, 2011 (Italie)

2- Cassidy et al., 2014 (Angleterre)

Écho dans votre pratique



12

- Êtes-vous surpris par les prévalences rapportées?
- Croyez-vous que ces résultats sont représentatifs de votre réalité terrain?

Enjeux méthodologiques associés à l'étude de la prévalence des manifestations suicidaires



13

- Différences quant à la nature des manifestations suicidaires étudiées: morts par suicide, tentatives, idéations, etc.
- Populations ciblées: les études ciblent parfois des groupes très spécifiques, la comparaison des résultats entre les études et leur généralisation à l'ensemble des personnes ayant une DI ou un TSA est limitée.
 - ▣ Ex.: suivis psychiatriques, syndrome d'asperger, incarcérés

Profils des usagers ayant des manifestations suicidaires

Données préliminaires issues du projet de recherche portant sur les manifestations suicidaires au CRDITED de Montréal

- Caractéristiques des usagers identifiés
- Profil des manifestations suicidaires



Étude des manifestations suicidaires au CRDITED de Montréal : démarche



15

- Identification systématique des MS de tous les usagers de l'organisation pour l'année 2013;
- Par les intervenants;
- Définition des MS :

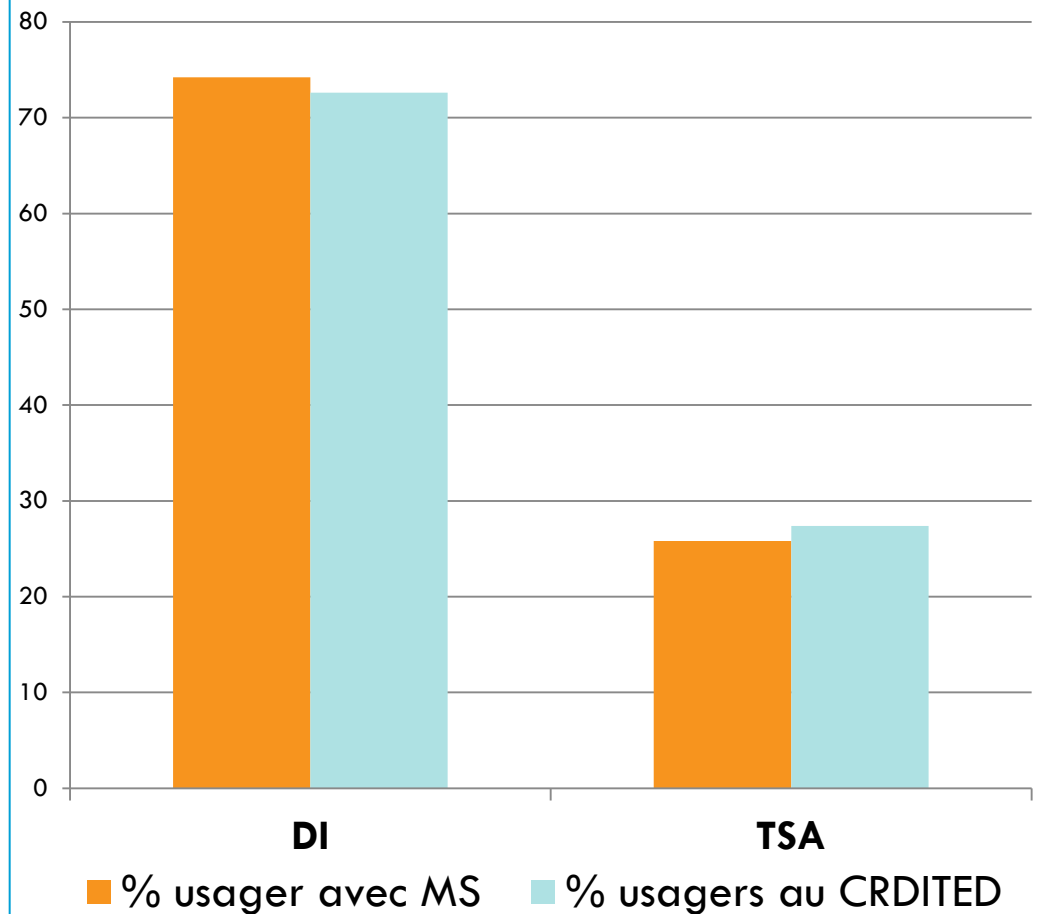
Changements d'états (humeur, émotivité, agressivité, etc.), pensées (idéations verbalisées ou présumée) ou comportements (actions directes ou indirectes) en lien avec la volonté de mettre fin à sa vie

Diagnostic principal des usagers



16

- 124 personnes identifiées dans la démarche
- Comparable à la distribution des usagers dans l'organisation
 - ▣ 74,2% avec DI
 - ▣ 26,8% avec TSA
- Prévalence MS
 - ▣ DI : 2,91%
 - ▣ TSA: 2,68%



Résultats préliminaires: Caractéristiques

Services des usagers



17

Services	% d'usagers avec MS	% d'usagers au CRDITED
Résidentiels	48,8%	48,4 %
Intégration au travail	29,8%	29,0%
Intégration communautaire	9,9%	17,2 %

Résultats préliminaires: caractéristiques

Sexe des usagers

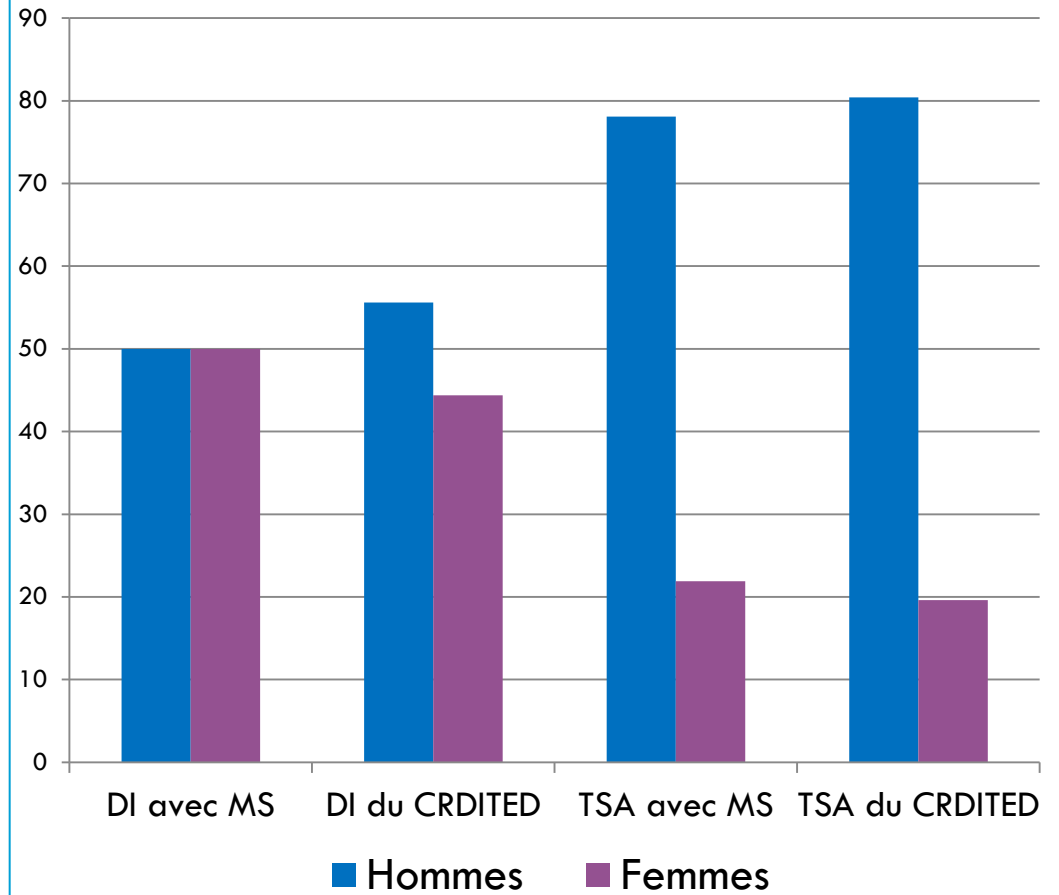


18

Comparable à
distribution des sexes
dans la population du
CRDITED

DI: autant hommes que
femmes ont des MS

TSA: + hommes que femmes
avec des MS



Résultats préliminaires: Caractéristiques

Âge des usagers



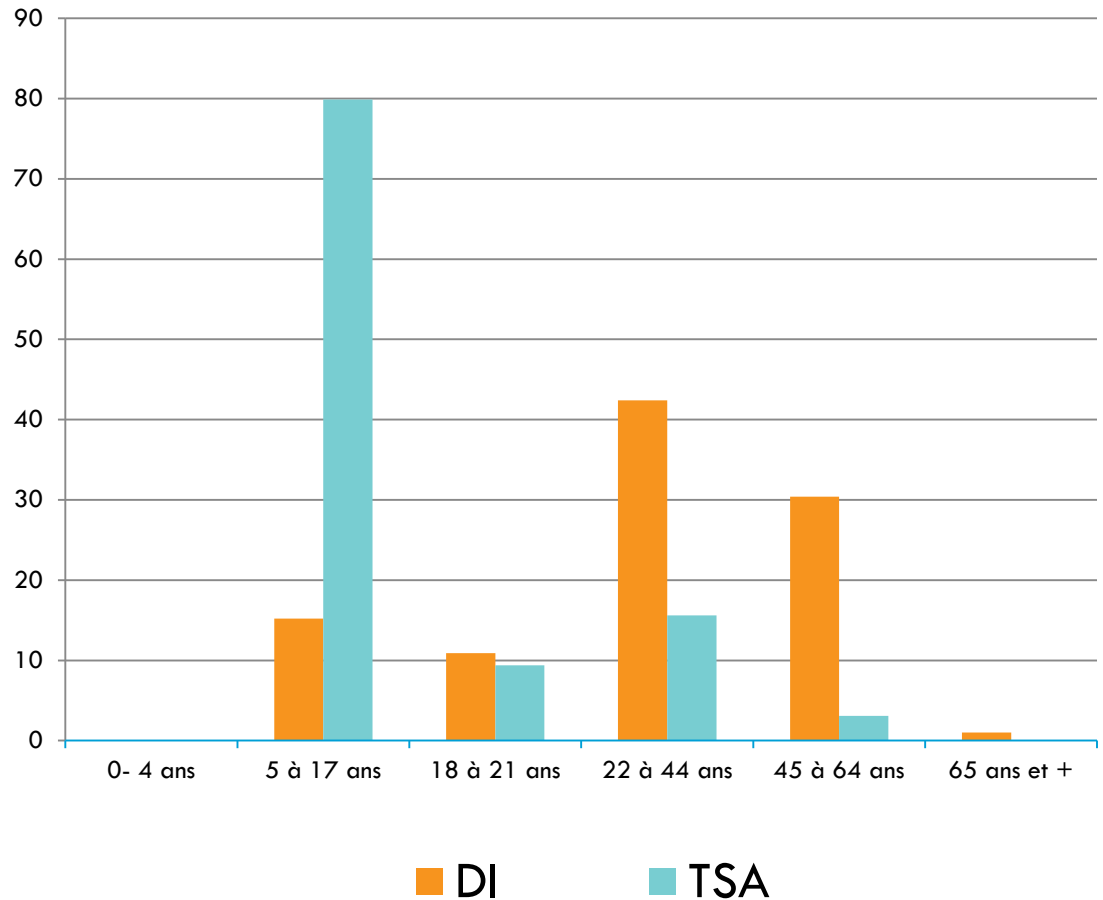
19

DI:

- De 6 à 66 ans
- moyenne de 34,3 ans (é.t. 14,8)
- + adultes de 22 à 64 ans

TSA:

- De 8 à 45 ans
- moyenne de 16,9 ans (é.t. 9,1)
- + adolescents de 5 à 17 ans

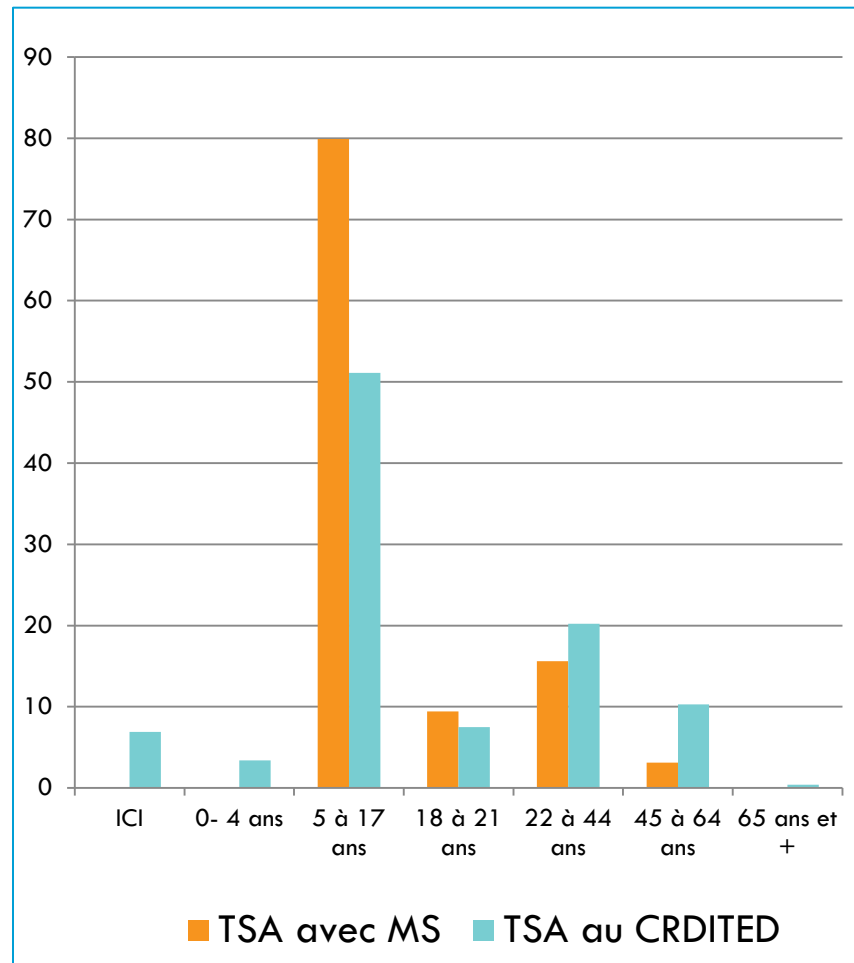
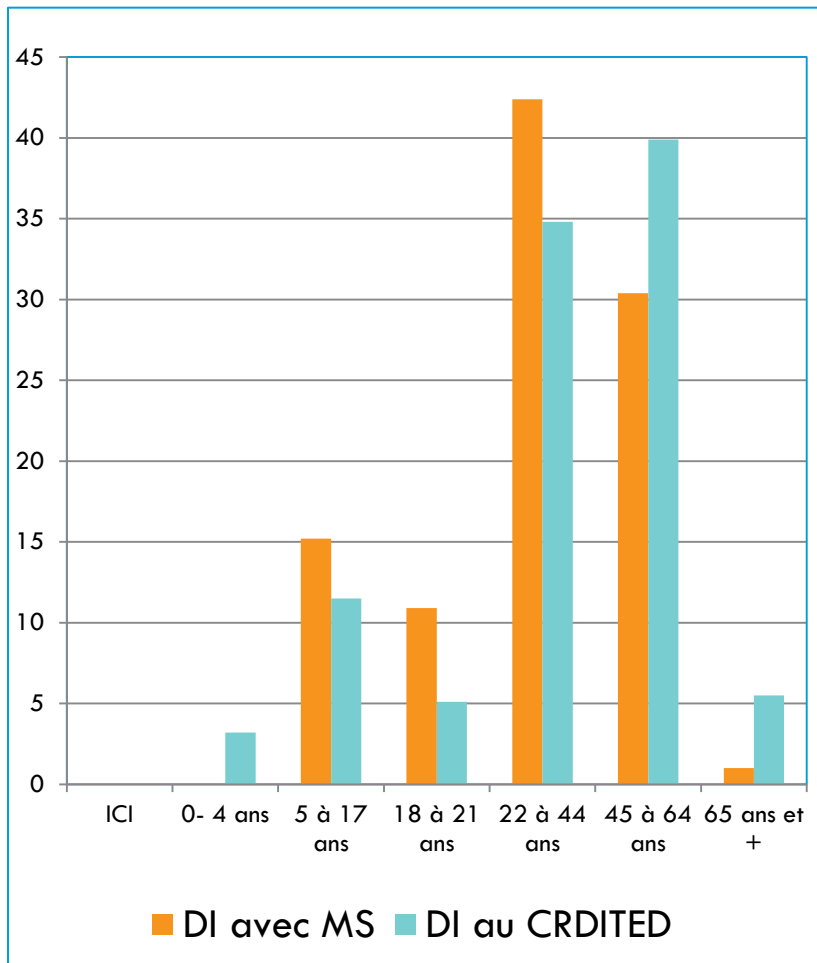


Résultats préliminaires: Caractéristiques

Âge des usagers selon la distribution dans l'organisation



20



Résultats préliminaires: Caractéristiques

Milieu de vie des usagers



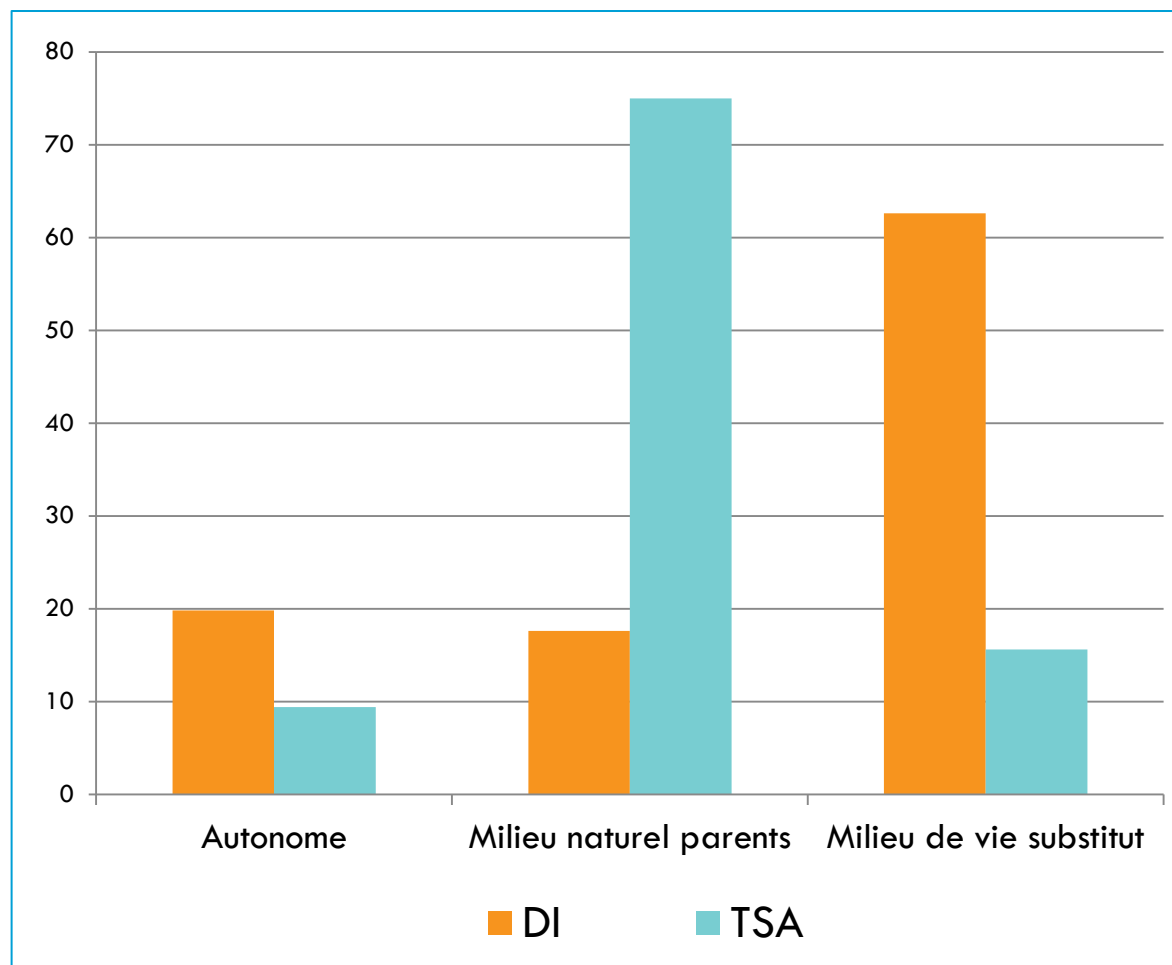
21

DI: + milieu de vie substitut

- ▣ 62,6% de personnes identifiées
- ▣ Vs 56,1% dans l'organisation

TSA: + milieu de vie naturel

- ▣ 75% des personnes identifiées
- ▣ Dans l'organisation, 71,7% = autonome + M.V. naturel



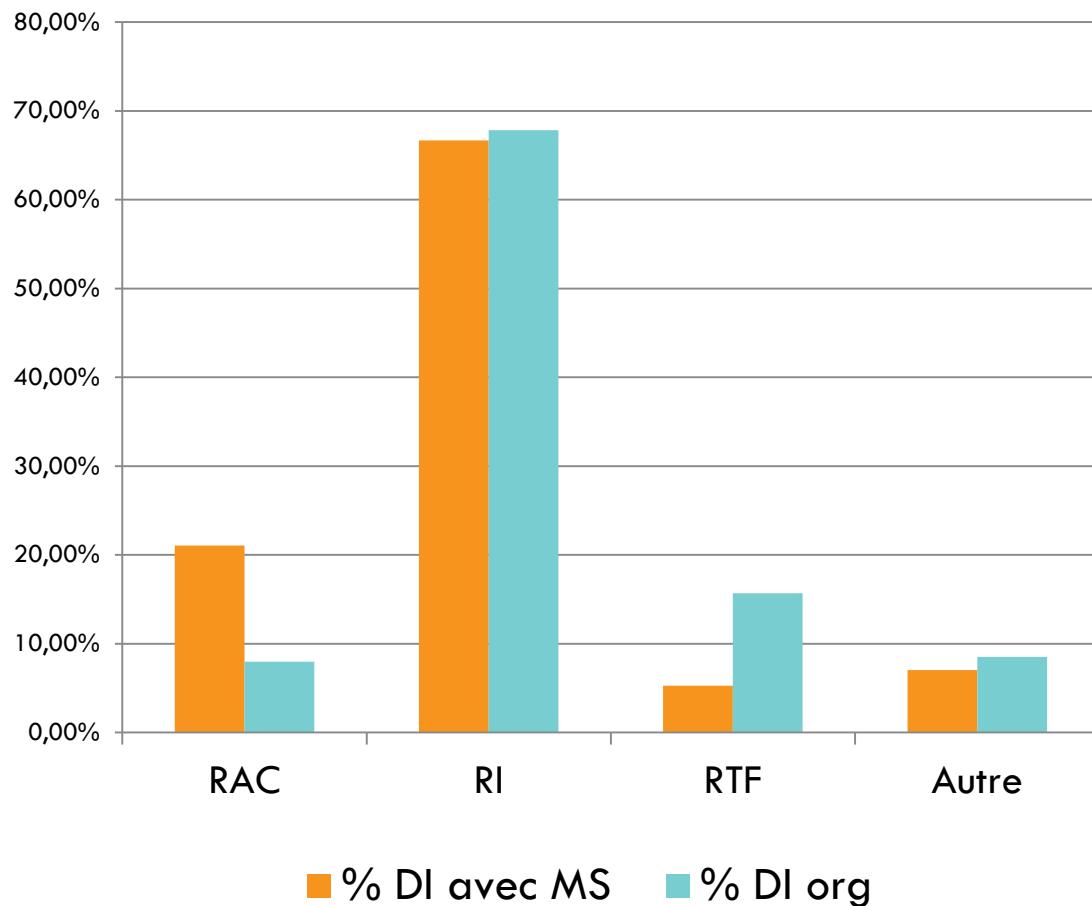
Milieu de vie des usagers vs distribution dans l'organisation



22

DI seulement:

- % comparable à distribution dans organisation pour RI et autre;
- % plus élevé de MS en RAC
- % moins élevé en RTF



Synthèse des profils



23

- Prévalence comparable entre populations DI et TSA
- Présence d'usagers avec MS proportionnelle à distribution dans les services

DI

- Autant hommes que femmes
- Principalement jeunes adultes
- Majoritairement en milieu de vie substitut, dont les RAC

TSA*

- Fréquence plus élevée chez les hommes
- Principalement adolescents
- Majoritairement en milieu de vie naturel

*(correspondant à la proportion hommes/femmes dans la population desservie)

Résultats préliminaires: Caractéristiques des usagers

Interprétation des résultats



24

- Prévalence du phénomène:
 - ▣ Plus élevée que celle rapportée dans population générale
 - ▣ Plus faible que celle rapportée dans les études auprès des populations DI et TSA
 - ▣ Limitations associées à la méthode d'identification des MS
- Profils des usagers ayant des MS:
 - ▣ Répartition dans les différents services, groupe âge et groupe diagnostic: suggère besoin d'une vigilance généralisée plutôt que ciblée;
 - ▣ Profils âge et milieux de vie: pistes de réflexion
 - DI: soutien accru en période de transition à vie adulte; impacts positifs et négatifs des milieux de vie RAC et RTF;
 - TSA: Importance du milieu de vie naturel pour le repérage et l'intervention (sensibilisation, partenariat).

Écho dans votre pratique



25

- Êtes-vous surpris par ces résultats?

Nombre de MS par usager pour 2013

26

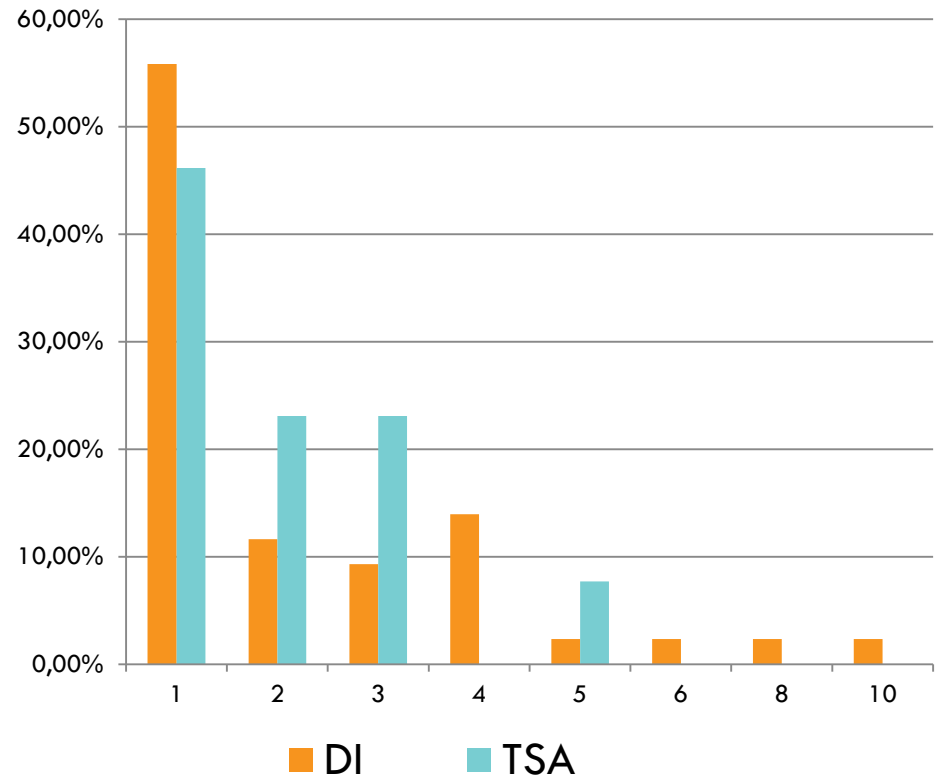
DI:

- Entre 1 et 10
- Moyenne 2,3

TSA:

- Entre 1 et 5
- Moyenne 2,0

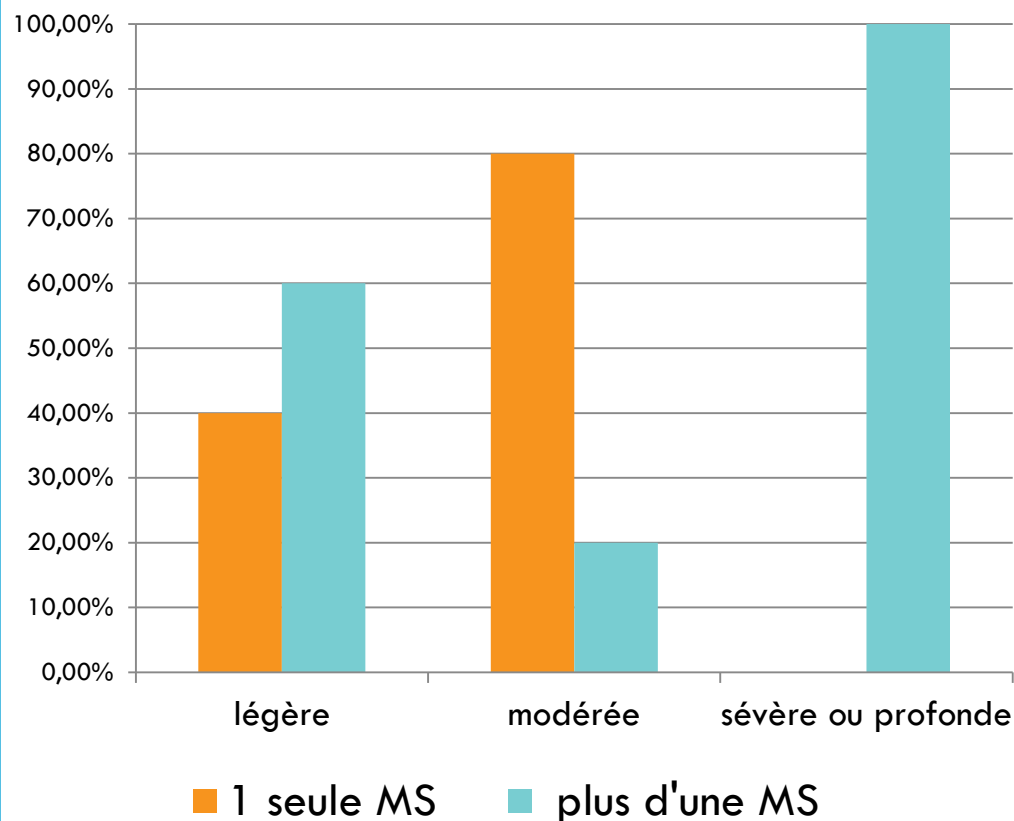
% d'usagers selon le diagnostic principal et la récurrence des MS



DI seulement

- DI légère + récurrence que DI modérée
- Données sur DI profonde à titre indicatif (n=2)

Récurrence des MS selon le niveau de DI



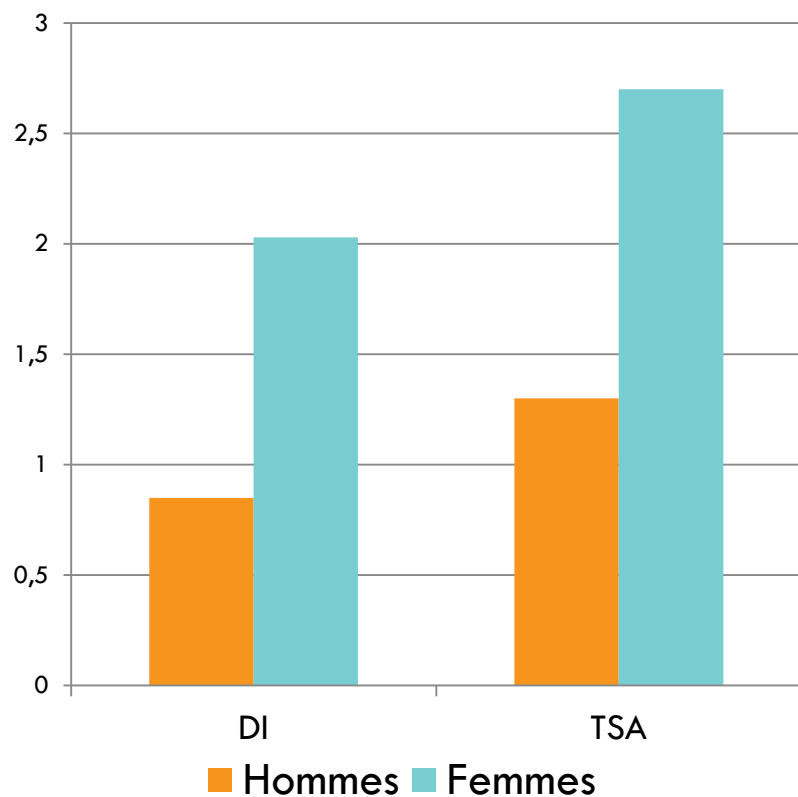
Résultats préliminaires: profils des MS

Nombre de MS par usager pour 2013

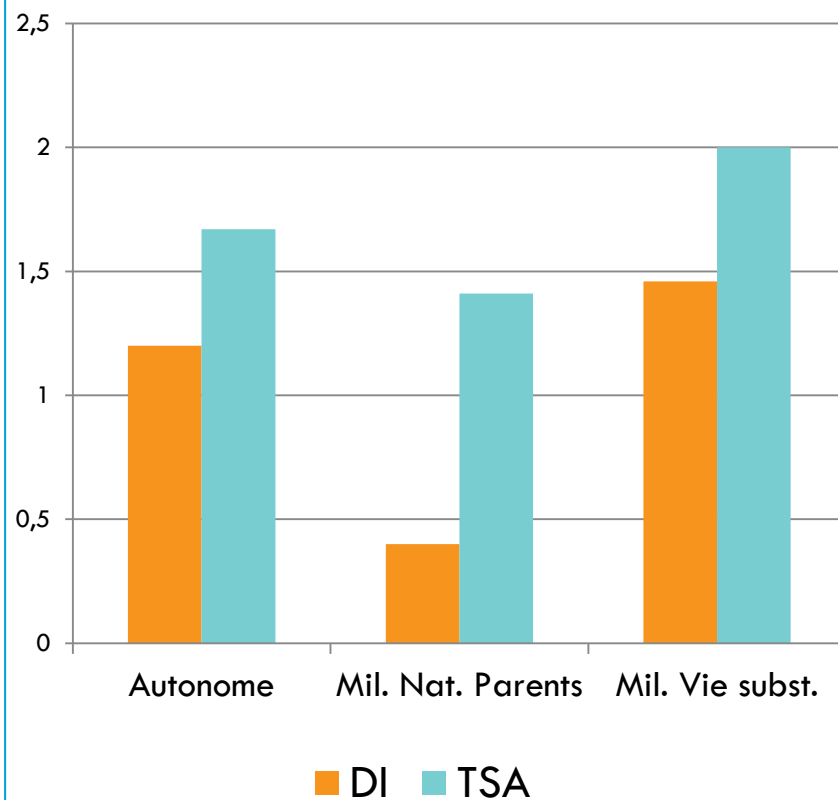
28



Nb moyen de MS: Différences entre les sexes



Nb moyen de MS: Différences entre les milieux de vie



Résultats préliminaires: profils des MS

Type principal de MS



29

Types de MS

Changement d'état:

- Comparativement au niveau de base;
- perdue dans le temps;
- niveaux personnels, corporels, social.

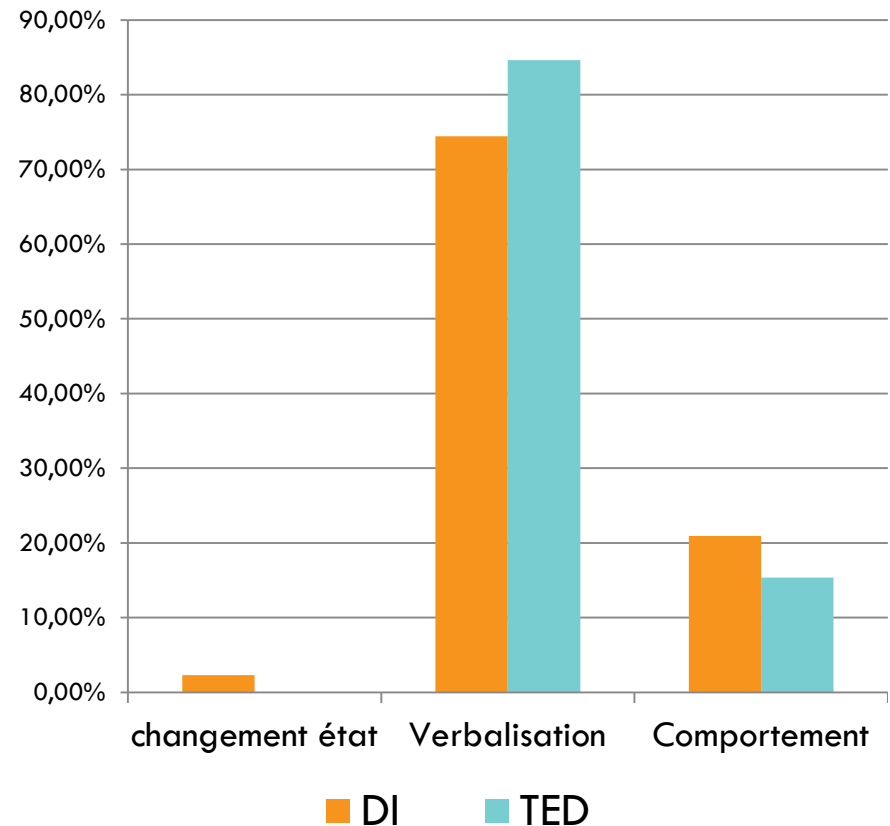
Verbalisation:

- Expression orale ou écrite;
- Référence directe ou indirecte au désir que sa vie se termine.

Comportement:

- Actions directes ou indirectes;
- Liés à objectif de mort et non pas au potentiel réel de l'atteindre.

Distribution selon les types de MS



Résultats préliminaires: profils des MS

Intensité maximale des MS



30

Intensité des MS

Idéation présumée:

- Inquiétude de l'intervenant;
- aucune référence directe de l'utilisateur

Idéation verbalisée:

- Propos suicidaires
- Aucune référence au où, quand et comment

Menace:

- Référence explicite à l'un des éléments suivants: où, quand et comment

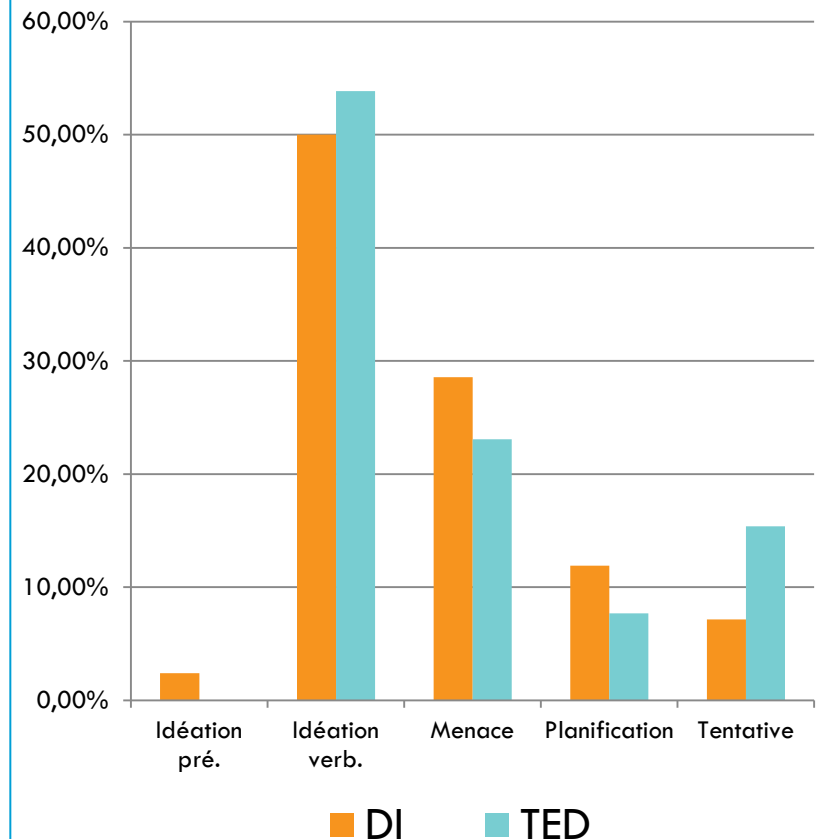
Planification:

- Requiert des références explicites aux 3 éléments suivants: où, quand et comment

Tentative:

- Engagement dans un geste visant à porter atteinte à son intégrité physique

Intensité maximale des MS



Résultats préliminaires: profils des MS

Synthèse des manifestations



31

- L'expression des MS (réurrence, types et intensité) est comparable entre DI et TSA
- Les verbalisations représentent le type principal de MS rapportées: possiblement parce qu'elles sont plus discriminable que les autres types de MS
- De façon générale, l'intensité maximale de la MS correspond à des verbalisations
- Nos données actuelles ne nous permettent de statuer sur des différences d'intensité entre profils particuliers d'utilisateurs (Dx, sexe, âge, milieu de vie, etc.). La poursuite des travaux de cueillette et d'analyse pourraient changer le portrait.

Écho dans votre pratique



32

- Est-ce que ces résultats sur les profils de MS reflètent ce que vous observez dans votre pratique?

1. Défis cliniques de la reconnaissance des MS
2. Identification et analyse des MS
3. Interventions en prévention du suicide



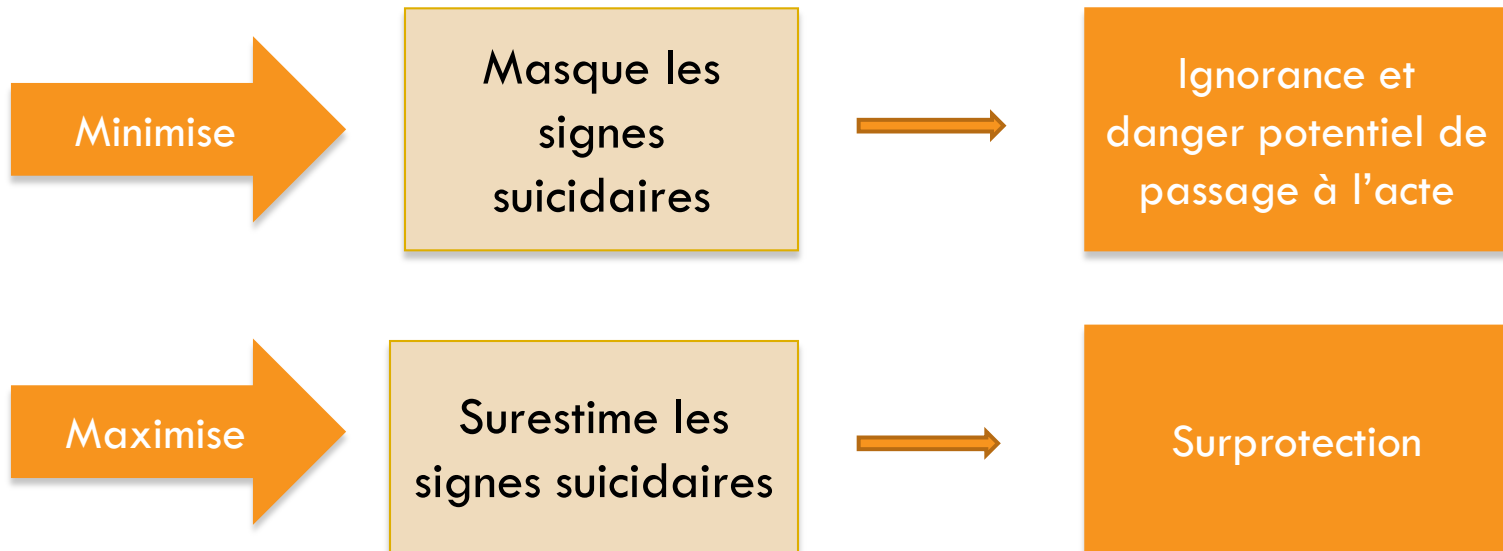


Quatre défis:

1. Double diagnostic
2. Limites/particularités des capacités de communication
3. Caractéristiques particulières sur le plan cognitif/fonctions exécutives
4. Repérages de l'expression des MS

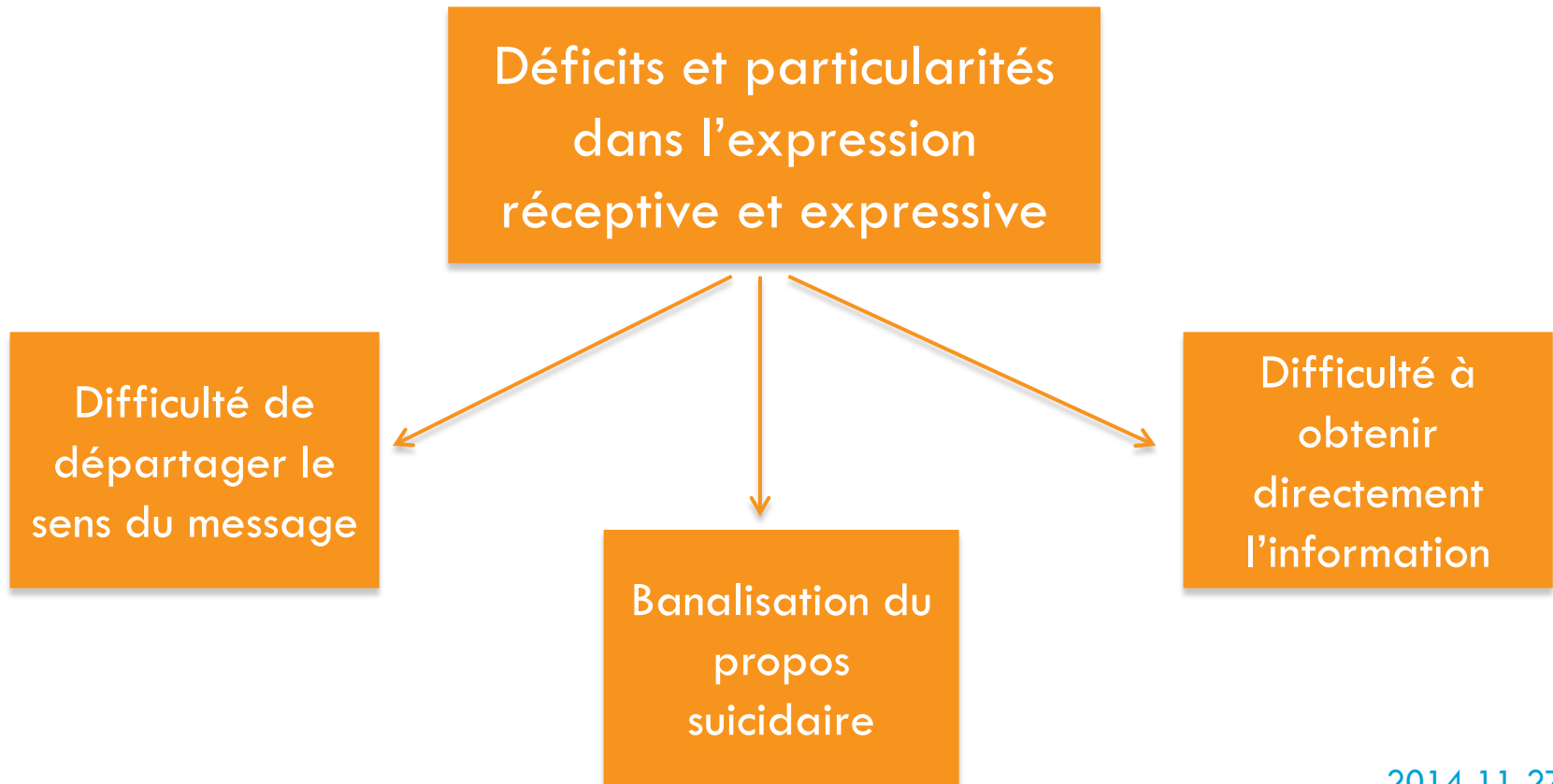


1. Signes maximisés ou minimisés inhérents à la complexité d'un double Dx





2. Capacités de communication limitées et spécifiques DI/TSA





3. Capacités limitées et caractéristiques particulières sur le plan cognitif et des fonctions exécutives

- ❑ Aspects cognitifs :
 - ❑ Rigidité de la pensée, persévération
 - ❑ Déficit dans la capacité d'abstraction : concept de la mort et de son aspect définitif
 - ❑ Intentionnalité de mourir
- ❑ Aspects des fonctions exécutives :
 - ❑ Impulsivité : un grand défi permanent



4. **Repérages de l'expression des MS : changements significatifs dans les habitudes /attitudes /comportements attribués à d'autres problématique**
- ❑ Augmentation des TGC
 - ❑ Augmentation de l'anxiété, changement d'humeur
 - ❑ Retrait, isolement
 - ❑ Difficulté de concentration
 - ❑ Idées obsédantes récurrentes
 - ❑ Situations critiques : deuil non résolu pouvant se manifester longtemps après la perte
 - ❑ Etc.

Enjeu 2: Identification et analyse de MS



39

1. Dans les dossiers cliniques

- 1/5 des dossiers de personnes ayant des idées suicidaires ne contiennent aucune information à cet effet (Lunsky, 2004)
- 1/3 des signalements d'intervenant de MS chez des usagers: aucune trace claire dans le dossier clinique (CRDITED de Montréal)
- MS masquées par d'autres types de comportements problématiques (Automutilation, TGC)

Pistes d'explication:

- Enjeu de formulation d'hypothèses ou de doutes dans le dossier clinique
- Intention suicidaire difficile à identifier
- Éviter la stigmatisation

Enjeu 2: Identification et analyse de MS



40

2. Par les proches et les intervenants

- 1/4 des proches ou intervenants de personnes ayant un DI n'ont pas connaissance de la problématique chez la personne (Lunsky, 2004)
- Enjeux de partage d'information des intervenants avec des équipes de recherche (CRDITED de Montréal)

Pistes d'explication:

- *Directives issues des différents ordres professionnels en lien avec la divulgation*
- *Doute quant à la reconnaissance de MS*

3. Dans le certificats de décès

- Décès où l'on soupçonne un suicide semble souvent identifié comme de cause « indéterminée », « accidentelle », « de cause externe » (Patja et al. 2001)



Défis à l'intervention et l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte:

- Évaluation de « l'imminence » d'un danger suicidaire
- Consentement de l'usager pour le recours à un estimateur de la dangerosité d'un passage à l'acte
- Respect du secret professionnel

Enjeu 3: Interventions en prévention du suicide



42

Complexité (pour définition d'une procédure; entre l'intention et son application)

- ❑ Cadres légaux (chartres, Code civil, Loi P-38.001; LSSSS, Code des professions, etc.)
- ❑ Procédures (cheminement de la démarche d'estimation et de suivi auprès d'équipes clinique et administrative)
- ❑ Processus décisionnel de l'estimation par des cliniciens de formations différentes (ceux avec ordre professionnel soumis à plus d'obligations légales que les autres cliniciens);
- ❑ Contexte d'intervention spécialisée
- ❑ Contexte de crise
- ❑ Notion de dangerosité suicidaire
- ❑ Consentement

Conclusions:

Sensibilisation à la problématique



43

- Reconnaissance de l'existence de la problématique suicidaire auprès des populations DI et TSA;
 - ▣ Dans tous les programmes-services
 - ▣ Pour tous les profils d'utilisateurs
- Importance du message exprimé même en cas de doute sur l'intention ou la capacité d'actualiser un passage à l'acte;
- Légitimité de se questionner sur la présence d'un risque suicidaire
 - ▣ Valoriser les démarches de validation des doutes
 - ▣ Importance de ne pas banaliser.

Conclusions:

Enjeux spécifiques



44

- Enjeu de repérage:
 - ▣ Besoins déterminés par les caractéristiques spécifiques des populations (cognition, communication, etc.);
 - ▣ Sensibilisation des intervenants et des partenaires (milieux de vie, proches, équipes, milieu scolaire, etc.).
- Enjeu d'intervention: Cadre vs contrôle
 - ▣ Population objectivement sous plus haute surveillance;
 - ▣ Le retrait des moyens d'un passage à l'acte ne limite pas la présence de détresse suicidaire.
- Enjeu éthique: autodétermination, droits fondamentaux
Vs protection, contrôle, surveillance

Références



- Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 142-147.
- Hassiotis, A., Gazizova, D., Akinlonu, L., Bebbington, P., Meltzer, H., & Strydom, A. (2011). Psychiatric morbidity in prisoners with intellectual disabilities: analysis of prison survey data for England and Wales. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(2), 156.
- Hassiotis, A., Tanzarella, M., Bebbington, P., & Cooper, C. (2011). Prevalence and predictors of suicidal behaviour in a sample of adults with estimated borderline intellectual functioning: Results from a population survey. *Journal of Affective Disorders*, 129(1), 380-384.
- Lunsky, Y., Raina, P., & Burge, P. (2012). Suicidality among adults with intellectual disability. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 292-295.
- Patja, K., Iivainen, M., Raitasuo, S., & Lonnqvist, J. (2001). Suicide mortality in mental retardation: a 35-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(4), 307-311.
- Raja, M., Azzoni, A., & Frustaci, A. (2011). AUTISM Spectrum Disorders and Suicidality. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 7, 97-105.