



Centre de recherche et d'intervention  
sur le suicide et l'euthanasie  
Centre for Research and Intervention  
on Suicide and Euthanasia



## Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Projet financé par les IRSC - 325168

Cécile Bardon

Xénia Halmov

Diane Morin

Côté, Louis- Philippe

Brian Mishara

Daphné Morin

Julie Mélineau-Coté

Jonathan Weiss



## Remerciements

Directions DI-TSA-DP de CISSS et CIUSSS (anciens CRDITED) Participants	Personnes ressources
Bas-Saint-Laurent	Caroline Leblond, Roland Gingras
Chaudière- Appalaches	Marc Poirier
Côte-Nord	Alain Côté
Estrie	Caroline Hamel, Sébastien Bernard
Laurentides (Centre du Florès)	Sylvie Nadeau
Laval	Pierre-Luc Tremblay, Gabrielle Sabbagh
Mauricie-Centre du Québec	Cathy Bourgeois
Montréal-Est	Yannick Dion, Sophie Poirier
Montréal	Daphné Morin, Chantal Mongeau
Outaouais	Pascale Coggins
Québec	Angela Fragasso
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Suzie McKinnon
Centre hospitaliers (au sein des CISSS et CIUSSS) participants	Personnes ressources
Hôpital Rivière des Prairies	Pascale Grégoire, Pascale Abadi
IUSMM (institut Universitaire de santé mentale Mcgill)	Céline Pommier, Noémie Lescop, Jacques Bellavance
Hôpital de Montréal pour enfants	Brian Greenfield
Milieus de la prévention du suicide	Personnes ressources
Suicide Action Montréal	Fabienne Audet
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	Julie Lane
regroupement des CPS et CPS L'arc-en-ciel	Bertrand Gignac
Université du Québec en Outaouais	Bogdan Balan
CISSS Chaudière-Appalaches, Ministère de la famille	Rodrigue Gallagher (expert enfants et suicide)
Tel-Jeunes	Élise Huot
Direction du programme en santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux	Guylaine Sarrazin

RENTED

Mario Godin

Psychologue clinicienne, pratique privée

Johanne Mainville

## Citer ce rapport

Bardon, C., Halmov, X., Morin, D., Côté, LP, Mishara, BL, Morin, D., Méryneau-Côté, J., Weiss, J. (2016). Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Rapport du projet ». CRISE, UQAM, Montréal.

## Table des matières

Table des tableaux.....	viii
Table des figures.....	x
Introduction générale.....	1
Les connaissances issues de la recherche sur le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA .....	1
L'incidence des comportements suicidaires chez les personnes ayant une DI ou un TSA .....	1
Les facteurs de risque associés au suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA.....	2
Les facteurs de protection contre le suicide pour les personnes ayant une DI ou un TSA .....	3
Éléments déclencheurs ou situations critiques.....	3
Objectifs généraux du projet.....	3
Définition des concepts.....	4
Manifestations associées au suicide (MAAS) .....	4
Épisode de manifestations associées au suicide et désorganisation .....	5
L'urgence suicidaire.....	5
Le risque suicidaire .....	5
La dangerosité du passage à l'acte suicidaire .....	5
Dépister les personnes à risque .....	6
Le repérage des personnes suicidaires .....	6
L'estimation de l'urgence, du risque ou de la dangerosité suicidaire.....	6
Approche méthodologique générale du projet et structure générale du rapport .....	6
Considérations éthiques.....	7
Rapport de la phase 1 - Analyse des caractéristiques des comportements suicidaires et modélisation du suicide chez les personnes ayant une DI ou u TSA et utilisant les services spécialisés des CISSS et CIUSS..	8
1. Contextualisation .....	8
2. Objectifs .....	8
3. Méthode.....	8
4. Résultats – analyses statistiques .....	10
4.1. Échantillon.....	10
4.2. Les MAAS chez les adultes.....	11
4.2.1. Échantillon des adultes.....	11
4.2.2. Épisodes de MAAS.....	14
4.2.3. Comportements non suicidaires lors des désorganisations.....	16
Signes avant-coureurs des épisodes de MAAS.....	18
4.2.4. Moments critiques et déclencheurs.....	21
4.2.5. Pattern habituel de désorganisation de la personne (dans le fonctionnement habituel, en dehors de désorganisations majeures recensées ci-dessus).....	25
4.2.6. Facteurs distaux associés aux épisodes de MAAS.....	26
4.2.7. Éléments en lien avec la DI et le TSA.....	30
4.3. Les comportements suicidaires chez les mineurs .....	31
4.3.1. Échantillon .....	31
4.3.2. Épisodes de MAAS .....	32
4.3.3. Comportements non suicidaires lors des désorganisations chez les mineurs .....	34
4.3.4. Signes avant-coureurs des épisodes de MAAS chez les mineurs .....	37

4.3.5.	Déclencheurs et moments critiques des épisodes de MAAS et désorganisations sans MAAS	38
4.3.6.	Pattern habituel de désorganisation des mineurs .....	39
4.3.7.	Facteurs distaux associés aux épisodes de MAAS chez les mineurs .....	40
4.3.8.	Facteurs de risque associés aux caractéristiques de la DI et du TSA .....	41
4.4.	Comparaison des personnes adultes et mineures suicidaires .....	44
4.5.	Dans le groupe des personnes suicidaires, analyse des différences entre idéations et tentatives de suicide.....	46
4.5.1.	Sous échantillon : les personnes suicidaires (jeunes et adultes) .....	46
4.5.2.	Épisodes de MAAS.....	47
4.5.3.	Comportements lors des épisodes de MAAS (IS et TS) .....	47
4.5.4.	Contexte émotionnel lors de l'épisode de MAAS (IS et TS) .....	48
4.5.5.	Éléments déclencheurs de l'épisode de MAAS (IS et TS) .....	49
4.5.6.	Facteurs de risque distaux (IS et TS).....	50
4.5.7.	Facteurs de risque en lien avec la DI ou le TSA et les troubles de santé mentale comorbides.....	50
4.5.8.	Synthèse des différences entre IS et TS .....	52
4.6.	Identification de facteur associés à la récurrence des MAAS .....	53
4.6.1.	Sous-échantillon faisant l'objet de l'analyse .....	53
4.6.2.	Variables issues du fonctionnement général .....	53
5.	Résultats : Analyses qualitatives - les spécificités des personnes ayant fait une tentative de suicide	55
5.1.	Principaux facteurs pouvant indiquer une augmentation du danger d'un passage à l'acte suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA .....	55
5.1.1.	Facteurs de risque distaux.....	55
5.1.2.	Facteurs associés au contexte de la tentative de suicide .....	56
5.1.3.	Expériences et préoccupations entourant la mort.....	56
5.1.4.	Facteurs associés aux signes de détresse ou de décompensation avant-coureurs d'une tentative de suicide .....	57
5.2.	Synthèse .....	58
5.2.1.	Trajectoire 1 : Accumulation .....	58
5.2.2.	Trajectoire 2 : Profil classique de l'homme dans la cinquantaine.....	58
5.2.3.	Trajectoire 3 : Problématiques multiples rendant l'intégration sociale difficile.....	59
6.	Discussion .....	60
7.	Conclusion .....	63
7.1.	Forces et faiblesses de l'étude .....	63
7.2.	Utilisation des résultats.....	64
Rapport de la phase 2a - Analyse des perceptions, pratiques et besoins des intervenants œuvrant dans des CRDITED auprès de personnes ayant une DI ou un TSA présentant un risque suicidaire .....		
1.	Contextualisation .....	65
2.	Objectifs .....	66
3.	Méthode.....	66
3.1.	Recrutement.....	66
3.2.	Collecte de données .....	67
3.3.	Grille d'entrevue.....	67
3.4.	Analyses.....	67
4.	Résultats .....	68
4.1.	Échantillon.....	71

4.2.	Le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA tel que perçu par les intervenants en CRDITED .....	71
4.2.1.	Détresse et MAAS chez les usagers ayant une DI ou un TSA .....	71
4.2.2.	Indicateurs du risque suicidaire chez les usagers ayant une DI ou un TSA .....	74
4.2.3.	Facteurs de risque proximaux du suicide .....	76
4.2.4.	Facteurs de risque distaux favorisant l'émergence des MAAS chez les usagers ayant une DI ou un TSA.....	78
4.2.5.	Facteurs de protection diminuant le risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA	83
4.3.	Les pratiques d'estimation du risque suicidaire dans la population ayant une DI ou un TSA par les intervenants de CRDITED .....	85
4.3.1.	Façons d'aborder le suicide avec les usagers ayant une DI ou un TSA .....	85
4.3.2.	Stratégies de validation de la compréhension des usagers ayant une DI ou un TSA lors de l'estimation du risque suicidaire .....	86
4.3.3.	Enjeux liés à l'utilisation du COQ pour l'estimation du risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA .....	87
4.3.4.	Enjeux liés à l'utilisation de la grille d'estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire pour l'estimation du danger suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA .....	88
4.3.5.	Autres stratégies d'estimation du risque suicidaire d'usagers ayant une DI ou un TSA .....	90
4.3.6.	Stratégies de communication mobilisées lors de l'estimation du risque suicidaire d'usagers ayant une DI ou un TSA .....	90
4.4.	Croyances et attitudes des intervenants par rapport au risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA .....	92
4.4.1.	Croyances et attitudes par rapport aux comportements suicidaires.....	92
4.4.2.	Croyances des intervenants par rapport à la possibilité d'induire des pensées suicidaires chez les usagers ayant une DI ou un TSA. ....	93
4.5.	Besoins des intervenants pour améliorer la compréhension et l'estimation du risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA.....	94
5.	Discussion et Conclusions.....	99
5.1.	Comprendre les MAAS chez les personnes ayant une DI ou un TSA .....	99
5.2.	Estimer le risque / le danger suicidaire chez les personnes ayant une Di ou un TSA .....	100
5.3.	Perceptions et valeurs des intervenants .....	101
5.4.	Les besoins des intervenants pour améliorer les pratiques d'estimation du danger / risque suicidaire .....	102
5.5.	Forces et faiblesses de l'étude .....	102
5.6.	Utilisation des résultats de la phase 2a.....	102
Rapport de la phase 2b - Recommandations d'experts, développement d'un modèle du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA et d'un processus de soutien à la décision clinique sur le risque et le danger suicidaire chez ces personnes .....		
1.	Contextualisation .....	103
2.	Objectifs et contexte théorique .....	103
2.1.	Les modèles du suicide et leur application aux personnes ayant une DI ou un TSA .....	104
2.2.	Les outils cliniques d'estimation du risque, du danger et de l'urgence suicidaires .....	108
3.	Méthode.....	110
3.1.	Consultation d'experts .....	110
3.1.1.	Recrutement.....	110
3.1.2.	Procédure de consultation .....	111

3.2.	Triangulation des données .....	112
4.	Résultats .....	113
4.1.	Modèle dynamique du risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA : <i>Processus AUDIS-Modèle</i> .....	113
4.1.1.	Approche dynamique du risque suicidaire.....	113
4.1.2.	Modèle dynamique du risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA 123	
4.2.	Développement du processus de soutien à la décision clinique sur l'estimation du risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA – <i>Processus AUDIS-Estimation</i> .....	125
4.2.3.	Objectifs du <i>Processus AUDIS--Estimation</i> .....	126
4.2.4.	Structure générale du <i>Processus AUDIS--Estimation</i> .....	126
4.2.5.	Application du processus d'estimation du risque suicidaire .....	133
5.	Discussion et conclusion.....	134
5.1.	Modèle dynamique du risque suicidaire .....	134
5.2.	Processus AUDIS d'estimation du risque suicidaire .....	135
5.3.	Forces et faiblesses de la phase 2b du projet .....	137
5.4.	Utilisation des résultats de la phase 2b.....	137
Rapport de la phase 3 : Évaluation préliminaire du Processus AUDIS-Estimation du risque suicidaire ...		138
1.	Contextualisation .....	138
2.	Objectifs .....	138
3.	Méthode.....	139
3.1.	Intervenants participants .....	139
3.2.	Usagers présentant une DI ou un TSA participant .....	139
3.3.	Utilisation du <i>Processus AUDIS-Estimation</i> .....	139
3.4.	Questionnaire aux intervenants.....	140
3.5.	Analyses.....	140
4.	Résultats .....	141
4.1.	Échantillon.....	141
4.2.	Résultats de l'analyse inductive .....	142
4.2.1.	Processus d'utilisation des outils .....	143
4.2.2.	Capacité perçue des outils à soutenir le jugement clinique .....	147
4.2.3.	Recommandations des intervenants pour l'amélioration du processus AUDIS-Estimation 152	
5.	Discussion et conclusion.....	153
5.1.	Forces et faiblesses de la phase 3 .....	156
5.2.	Production de la version 2 du <i>Processus AUDIS-Estimation</i> suite à l'évaluation.....	156
5.3.	Utilisation des résultats de cette phase .....	156
Conclusion générale du projet .....		157
Références.....		159
Annexe 1 - Grille de recueil de données : fonctionnement général .....		163
Annexe 2 - Grille de recueil de données : ligne de temps.....		169
Annexe 3 - Grille d'entrevue pour les intervenants interrogés lors de la phase 2a.....		170
Annexe 4 – extrait du tableau de classement des contenus pour l'analyse des entrevues faites par les intervenants participant à la phase 2a .....		174
Annexe 5 - Processus de consultation d'experts – questionnaires des consultations 1, 2, 3 .....		176

Consultation 1 .....	176
Consultation 2 .....	179
Consultation 3 .....	186
Annexe 6 - Questionnaire à remplir après chaque utilisation de l'outil par les intervenants impliqués .....	197
Annexe 7 - Version 2 du processus AUDIS-Estimation et guide d'utilisation.....	198

## Table des tableaux

Tableau 1- Éléments inclus dans les manifestations associées au suicide (MAAS) .....	4
Tableau 2- Synthèse des trois phases du projet « Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA » .....	6
Tableau 3- description de l'échantillon global .....	10
Tableau 4- Répartition du groupe adulte en fonction du type de DI et/ou TSA et du fait d'être suicidaire ou non suicidaire .....	12
Tableau 5- Âge du groupe adulte en fonction du diagnostic de DI et/ou TSA et du fait d'être suicidaire ou non suicidaire .....	12
Tableau 6 - Type d'épisode de MAAS chez les personnes adultes.....	13
Tableau 7- Récurrence des épisodes de MAAS .....	13
Tableau 8- Type de désorganisation selon que la personne soit DI, TSA ou DI+TSA .....	13
Tableau 9 - Désorganisations majeures (avec ou sans MAAS).....	13
Tableau 10- Désorganisations majeures (avec ou sans MAAS)s * DI, TSA ou DI+TSA .....	14
Tableau 11- Communication d'idéations suicidaires selon que la personne soit DI, TSA ou DI+TSA .....	14
Tableau 12 - Indices de planification suicidaire .....	15
Tableau 13 - Accessibilité du moyen envisagé dans la planification lors des épisodes de MAAS .....	15
Tableau 14 - Moyens utilisés lors des tentatives de suicide .....	16
Tableau 15 - Lieu ou la TS s'est produite.....	16
Tableau 16 - Comportements observés lors des désorganisations majeures (épisodes avec ou sans MAAS) .....	17
Tableau 17 - Comportements observés lors des désorganisations majeures selon que la personne soit suicidaire ou non et selon le type de désorganisation.....	17
Tableau 18 - Signes comportementaux avant-coureurs de la désorganisation.....	19
Tableau 19 -Signes avant-coureurs émotionnels de la désorganisation.....	19
Tableau 20 - Perceptions de la personne avant et pendant la désorganisation.....	20
Tableau 21 - Lien entre types de perception (avec ou sans MAAS) et la DI, TSA ou DI+TSA) (1).....	20
Tableau 22 - Éléments déclencheurs de la désorganisation .....	21
Tableau 23 - Éléments déclencheurs de la désorganisation (lien entre épisode de MAAS / désorganisation sans MAAS par des personnes DI, TSA ou DI+TSA) .....	22
Tableau 24 - Types d'échecs vécus par la personne avant la désorganisation .....	24
Tableau 25 - Qualité du lien avec la famille en fonction du type de désorganisation .....	24
Tableau 26 - Comportements recensés lors des désorganisations habituelles des personnes (incluant seulement les comportements apparaissant quatre fois et plus) .....	25
Tableau 27 - Sources recensées lors des désorganisations habituelles des personnes (incluant seulement les sources apparaissant quatre fois et plus) .....	26
Tableau 28 - Facteurs de risque potentiels pour le développement de MAAS .....	27
Tableau 29 - Humeur générale des personnes (dans le quotidien) – fonctionnement de base.....	29
Tableau 30 - Éléments associés à la DI ou au TSA qui peuvent avoir un lien avec le fait d'être suicidaire	30
Tableau 31 - Répartition du groupe jeunes en fonction du diagnostic et du fait d'être suicidaire ou non suicidaire .....	31
Tableau 32 - Type de désorganisations chez les jeunes.....	32
Tableau 33 - Fréquence des désorganisations chez les personnes mineures.....	32
Tableau 34 - Types de désorganisation selon que la personne soit DI, TSA ou DI+TSA.....	32
Tableau 35 - Communication d'idéations suicidaires selon que la personne soit DI, TSA ou DI+TSA .....	33
Tableau 36 - Identification d'un moyen lors des verbalisations suicidaires selon que la personne ait une DI, un TSA ou DI+TSA.....	33

Tableau 37 - Accessibilité du moyen envisagé lors de la planification lors des épisodes de MAAS en fonction du diagnostic (DI, TSA ou DI+TSA).....	33
Tableau 38 - Types de MAAS au suicide en fonction du diagnostic .....	34
Tableau 39 - Comportements observés lors des désorganisations majeures (facteurs présent 10 fois et plus dans l'échantillon).....	34
Tableau 40 - Comportements observés lors des désorganisations majeures selon que le jeune soit suicidaire ou non .....	36
Tableau 41 - Les comportements avant-coureurs des désorganisations.....	37
Tableau 42 - Contexte émotionnel lors des désorganisations (facteurs présent 10 fois ou plus) selon le type de désorganisation .....	37
Tableau 43 - Contexte émotionnel lors des désorganisations selon le type de désorganisation et le fait d'être une personne suicidaire ou non suicidaire.....	38
Tableau 44 - Éléments déclencheurs de la désorganisation (facteurs présent 10 fois ou plus) .....	38
Tableau 45 - Comportements recensés lors des désorganisations habituelles des mineurs (facteurs apparaissant au moins six fois dans l'échantillon) .....	40
Tableau 46 - Sources des désorganisations habituelles des mineurs (facteurs apparaissant au moins six fois dans l'échantillon) .....	40
Tableau 47 - Facteurs de risque distaux en fonction du fait que le mineur est suicidaire ou pas.....	41
Tableau 48 - Facteurs associés à la DI ou au TSA en fonction du fait que le mineur est suicidaire ou pas .....	42
Tableau 49 - Étude comparative des résultats issus de l'analyse des groupes mineurs et majeurs .....	44
Tableau 50 - Échantillon des personnes suicidaires (adultes et jeunes) selon le sexe .....	46
Tableau 51 - Échantillon des personnes suicidaires (adultes et jeunes) selon le diagnostic .....	46
Tableau 52 - Moyennes d'âge des personnes selon le type d'épisodes de MAAS .....	46
Tableau 53 - Échantillon des épisodes de MAAS selon le genre .....	47
Tableau 54 - Échantillon des épisodes de MAAS selon l'âge .....	47
Tableau 55 - Échantillon des épisodes de MAAS selon le diagnostic.....	47
Tableau 56 - Comportements lors d'un épisode de MAAS distinguant IS et TS .....	47
Tableau 57 - Contexte émotionnel lors de l'épisode de MAAS distinguant IS et TS.....	48
Tableau 58 - Déclencheurs distinguant IS et TS .....	49
Tableau 59 - Facteurs de risque distaux distinguant IS et TS.....	50
Tableau 60 - Facteurs en lien avec la DITSA distinguant IS et TS .....	51
Tableau 61 - Facteurs en lien avec les problèmes de santé mentale distinguant IS et TS.....	52
Tableau 62- Synthèse des comparaisons entre personnes avec communications suicidaires et personnes avec tentatives de suicide .....	53
Tableau 63 - Fonctionnement général des personnes suicidaires – comparaison entre les personnes ayant vécu un épisode unique et celles ayant vécu plusieurs épisodes de MAAS .....	54
Tableau 64 - Matrice thématique conceptuelle des catégories issues de l'analyse générale inductive ....	69
Tableau 65 - Analyse des principaux modèles théoriques du suicide en fonction des personnes présentant une DI ou un TSA .....	105
Tableau 66 - Les participants au groupe d'expert.....	110
Tableau 67 - MAAS observées chez les personnes présentant un TSA ou une DI .....	121
Tableau 68 - Recommandations pour la construction d'outils d'estimation et leur application dans le développement du Processus AUDIS-Estimation.....	136
Tableau 69 - Sources d'information incluses dans l'analyse qualitative d'utilisation du Processus AUDIS-Estimation.....	142

## Table des figures

Figure 1 - Trajectoire : accumulation .....	58
Figure 2 - Trajectoire : Profil classique de l'homme dans la cinquantaine.....	59
Figure 3 - Trajectoire : problématiques multiples rendant l'intégration sociale difficile.....	60
Figure 4 - processus de travail du groupe de consultation d'experts .....	112
Figure 5 - Description de l'option suicide.....	120
Figure 6 - Modèle du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA .....	124
Figure 7 - Structure générale du Processus AUDIS-Estimation .....	127
Figure 8 - Description des interactions entre les quatre sphères du Processus AUDIS-Estimation.....	128
Figure 9 - Intégrations des différentes sphères du Processus AUDIS-Estimation dans le processus décisionnel en cas d'épisode de MAAS.....	129
Figure 10 - Arbre décisionnel soutenant l'utilisation du Processus AUDIS-Estimation.....	133

## Introduction générale

Très peu d'études portent sur les comportements suicidaires des personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). En effet, même s'il est connu que les personnes ayant un TSA peuvent avoir des comportements suicidaires, la DI est encore considérée comme un facteur de protection dans le domaine de la prévention du suicide (de Leo, 2011).

Ce rapport présente les résultats d'un projet qui vise à améliorer les connaissances sur les comportements suicidaires et à proposer des recommandations pour l'estimation du risque ou danger suicidaire des personnes ayant une DI ou un TSA.

## Les connaissances issues de la recherche sur le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA

### L'incidence des comportements suicidaires chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Très peu d'études ont estimé l'incidence des comportements suicidaires chez les personnes ayant une DI ou un TSA.

En ce qui concerne la DI, la seule étude épidémiologique sur les décès est finlandaise (Patja, 2004; Patja, Iivanainen, Raitasuo, & Lonnqvist, 2001). Elle a montré que 0,4 % des personnes ayant une DI se sont suicidées sur une période de 35 ans, avec un taux de suicide de 13/100 000 pour les femmes (similaire à celui de la population générale finlandaise – 13,2 / 100 000) et de 19,3/100 000 pour les hommes (un tiers de celui de la population générale finlandaise – 52,9/100 000). Dans les populations DI adultes, les comportements suicidaires (idéations, menaces et tentatives de suicide) ont été étudiés chez les patients hospitalisés ou suivis en psychiatrie aux États-Unis avec des incidences observées très variables selon de niveau de DI, de 0 % pour des personnes ayant une DI sévère, à entre 0,06 % (Hurley, Folstein, & Lam, 2003) et 2,6 % (Menolascino, Lazer, & Stark, 1989) pour les personnes avec une DI légère. Dans un échantillon issu de la population canadienne ayant une DI et recevant des services spécialisés, Lunsky (2004) a observé une incidence de 11 % de tentatives de suicide et 23 % d'idéations suicidaires. Chez les jeunes ayant une DI hospitalisés en psychiatrie aux États Unis, 21 % l'ont été après des idéations suicidaires sérieuses, une planification d'un geste suicidaire ou une tentative de suicide (Walters, Barrett, Knapp, & Borden, 1995), alors que 60 % l'ont été suite à des idéations (Carlson, Asarnow, & Orbach, 1994).

Dans le groupe des personnes ayant un TSA, la mortalité est supérieure à celle de la population générale (Richa, Fahed, Khoury, & Mishara, 2014), sans que la part attribuable aux suicides ne soit suffisamment connue. Une étude sur un échantillon issu de la population des personnes ayant un TSA au Royaume-Uni (jeunes et adultes) a observé que 40 % de personnes interrogées ont des idéations suicidaires et 15 % ont fait une tentative de suicide (Balfe & Tantam, 2010). Des adultes ont été évalués dans le cadre d'une analyse de 11 patients psychiatriques et ayant un TSA en Italie (Raja, Azzoni, & Frustaci, 2011). L'étude a montré qu'une personne s'est suicidée, aucune n'a fait de tentative de suicide (contre 15 % des personnes hospitalisées sans TSA), mais que la moitié a eu des idéations suicidaires (contre 25 % de la population hospitalisée sans TSA). Dans une étude rétrospective japonaise, Kato et al. (2013) ont observé que 7 % des personnes hospitalisées pour une tentative de suicide ont un TSA. Deux études ont traité des populations de jeunes ayant un TSA vivant dans la communauté. Shtayermman (2007) rapporte un taux de 50 % d'idéations suicidaires tandis que Mayes, Gorman, Hillwig-Garcia, and Syed (2013) donnent plutôt un taux de 10,9 % d'idéations suicidaire et de 7,2 % de tentatives de suicide antérieures. Parmi les

jeunes avec TSA en traitement psychiatrique aux États Unis, 20 % présentent des idéations ou des tentatives de suicide (Hardan & Sahl, 1999; Storch et al., 2013). Une étude récente de personnes ayant un TSA avec un haut niveau fonctionnel vivant de manière indépendante dans la communauté en Ontario a montré que 35 % d'entre eux indiquaient avoir fait au moins une tentative de suicide (Paquette-Smith, Weiss, & Lunsky, 2014).

Les études identifiées montrent des variations importantes dans l'incidence des comportements suicidaires observés entre les différents niveaux de DI, ainsi qu'entre les populations présentant une DI et celles présentant un TSA. Malgré le nombre restreint d'études et la diversité des méthodes utilisées, les résultats tendent à montrer que les personnes ayant une DI ou un TSA présentent des comportements suicidaires importants. Toutefois, la grande variation dans les types d'échantillons étudiés (en milieu psychiatrique ou communautaire) rend particulièrement difficiles les comparaisons entre groupes et avec la population générale et soulève le besoin d'effectuer des études populationnelles et épidémiologiques plus approfondies afin de bien comprendre l'ampleur et les variations des comportements suicidaires chez les personnes ayant une DI ou un TSA (Richa et al., 2014). Les groupes DI et TSA n'ont jamais été étudiés ensemble dans les recherches antérieures en lien avec les comportements suicidaires. La présente étude associera ces deux groupes pour les raisons suivantes : premièrement, les services aux personnes ayant une DI ou un TSA sont combinés au Québec et il est pertinent de développer des pratiques d'estimation du risque suicidaire qui s'intègrent dans ces structures de services. Deuxièmement, les personnes ayant un TSA présentent souvent des troubles cognitifs et de développement intellectuel concomitants (Matson & Shoemaker, 2009), avec 70 % des personnes ayant un TSA présentant également une DI.

#### [Les facteurs de risque associés au suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA](#)

Il semble que les personnes ayant une DI ou un TSA présentent quelques facteurs de risque similaires à la population générale (Mikami et al., 2009; Raja et al., 2011), mais aussi des combinaisons plus spécifiques de facteurs de risque.

Chez les personnes ayant une DI, les événements stressants (Hardan & Sahl, 1999; Hurley & Sovner, 1998; Lunsky & Canrimus, 2005), l'isolement social (Lunsky, 2004; Lunsky & Canrimus, 2005; Patja, 2004), les deuils et pertes de personnes significatives, de milieux de vie ou d'objets (Hurley & Sovner, 1998; Lunsky, 2004; Patja et al., 2001; Walters et al., 1995), les abus vécus (Lunsky, 2004; Lunsky & Canrimus, 2005; Walters et al., 1995), la présence de troubles associés (Benson & Laman, 1988; Lunsky, 2004; Menolascino et al., 1989), les problèmes de communication (Patja, 2004; Walters et al., 1995) et une DI plus légère (Benson & Laman, 1988; Patja, 2004) sont plus souvent associés à des comportements suicidaires que dans la population en général.

Chez les personnes ayant un TSA, les études sont moins nombreuses (Richa et al., 2014), et les facteurs de risque les plus cités sont la présence d'abus et d'intimidation (Mayes et al., 2013; Mikami et al., 2009; Shtayermman, 2007), l'hospitalisation en psychiatrie (Paquette-Smith et al., 2014) et la présence de troubles de santé mentale associés (Mayes et al., 2013; Mikami et al., 2009; Raja et al., 2011; Storch et al., 2013).

L'incidence des comportements suicidaires chez les personnes ayant une DI ou un TSA varie selon la sévérité de leurs problèmes et la présence de la dépression ou d'autres troubles de santé mentale. Cette hétérogénéité sera prise en compte tout au long du présent projet.

## Les facteurs de protection contre le suicide pour les personnes ayant une DI ou un TSA

Peu de facteurs de protection ont été décrits dans les études sur la suicidalité des personnes ayant une DI ou un TSA. Dans le cas de personnes ayant une DI, une seule série d'études aborde les facteurs de protection en lien avec la problématique suicidaire et indique que la présence d'une DI modérée ou sévère serait associée à une probabilité moins élevée de décès par suicide (Patja, 2004; Patja et al., 2001). Dans le cas des personnes ayant un TSA, aucune des études recensées ne rapportent de facteurs de protections associés à la problématique suicidaire pour les personnes adultes ayant un TSA.

## Éléments déclencheurs ou situations critiques

Ces éléments déclencheurs sont des évènements ou des situations apparaissant dans les jours ou les heures précédant un épisode suicidaire et qui peuvent être associés à l'émergence de la désorganisation. Même s'ils ne les ont pas identifiés comme des éléments déclencheurs, certains auteurs ont identifié des évènements pouvant augmenter le risque d'un passage à l'acte, comme le retrait d'une activité attendue (Mikami et al., 2009; Raja, 2014; Raja et al., 2011), les évènements stressants (Hardan & Sahl, 1999; Hurley & Sovner, 1998; Lunsky & Canrimus, 2005), un deuil ou une perte (Hurley & Sovner, 1998; Lunsky, 2004; Patja, 2004; Walters et al., 1995). Ces évènements sont inclus dans les facteurs de risque, mais leur rôle proximal est mal connu. Par exemple, le fait d'avoir vécu des abus est un facteur de risque pour des MAAS (Mayes et al., 2013; Mikami et al., 2009; Shtayermman, 2007), mais les connaissances actuelles ne permettent pas de savoir si les personnes ayant un TSA tendent à avoir des MAAS juste après une situation d'abus ou si un historique d'abus constitue le facteur de risque.

## Objectifs généraux du projet

Le projet « Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA » vise trois objectifs répondant à trois grandes questions de recherche :

- Déterminer les caractéristiques et déterminants des comportements suicidaires des personnes ayant une DI ou un TSA. Cette première phase vise à analyser les types de comportements suicidaires, ainsi que les facteurs de risque et de protection des personnes ayant une DI ou un TSA. Elle vise également à produire une modélisation des différentes trajectoires suicidaires spécifiques et/ou similaires entre personnes ayant une DI et celles ayant un TSA, de même qu'entre ces deux populations et la population générale.
- Définir les meilleures pratiques d'estimation du risque suicidaire et de prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Cette phase vise à identifier les pratiques actuelles et les besoins des intervenants travaillant avec des personnes ayant une DI ou un TSA en matière de compréhension du suicide et d'estimation du risque suicidaire, à construire un ensemble de recommandations pour les meilleures pratiques d'estimation du risque / danger suicidaire (en fonction des pratiques actuelles, des connaissances scientifiques et cliniques et des besoins des milieux) et à développer des outils cliniques d'estimation du risque / danger suicidaire adaptés aux besoins des personnes ayant une DI ou un TSA et des intervenants.
- Faire une évaluation préliminaire du fonctionnement et de l'utilité d'un outil fondé sur les meilleures connaissances pour estimer le risque suicidaire des personnes ayant une DI ou un TSA. Cette dernière phase vise à soutenir le développement d'un outil adapté aux besoins et caractéristiques des personnes ayant une DI ou un TSA et des intervenants dans les milieux communautaires et institutionnels.

## Définition des concepts

### Manifestations associées au suicide (MAAS)

Nous utilisons dans ce projet l'expression « manifestations associées au suicide ». Ces manifestations sont basées sur la classification produite par Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, and Joiner (2007) et sur le concept de Deliberate Self Harm, que nous traduisons par « blessure auto-infligée ».

Les manifestations associées au suicide (MAAS) sont des communications et comportements qui prennent la forme de verbalisations, de communications non verbales, de comportements auto agressifs, de blessures auto-infligées. Elles peuvent inclure des comportements liés à une planification suicidaire, mais pas nécessairement. Elles comportent :

- **Les pensées associées au suicide** : idées suicidaires, flashes, idéations (non observables), planification suicidaire (dont certains aspects peuvent être observables). Cette catégorie de manifestations peut être particulièrement pertinente à considérer dans le cas de personnes ayant une DI ou un TSA.
- **Les communications associées au suicide** : impliquent une relation interpersonnelle. Il s'agit de verbalisations, d'écrits, de dessins ou de gestes (ex. : mimer de se pendre).
- **Les comportements associés au suicide** : auto agression, blessures auto-infligées (self-harm), tentatives de suicide, suicide.

Nous partons du principe que les MAAS sont accompagnées d'une détresse émotionnelle significative. Dans le cas des personnes ayant une DI ou un TSA, nous définissons la détresse comme une détresse psychologique, un malaise important dû à une situation ou une pathologie, une situation de crise, une situation qui excède les capacités de la personne à la gérer, la présence de désorganisation.

Le tableau 1 synthétise les concepts en lien avec le suicide qui servent de fondement à ce travail. L'avantage de cette classification est qu'elle ne met pas l'accent sur l'intention de mourir comme critère de définition du geste suicidaire. Sont alors inclus dans les gestes associés au suicide les comportements ayant pu mettre la vie en danger qui ne sont pas clairement accidentels, même si la personne nie par la suite avoir tenté de se suicider. Sont aussi inclus les gestes d'auto agression qui accompagnent des verbalisations ou une planification suicidaires, même si le moyen employé n'était pas léthal.

Tableau 1- Éléments inclus dans les manifestations associées au suicide (MAAS)

		Types de manifestations
Manifestations associées au suicide (MAAS)	<b>Pensées</b>	Idées suicidaires, flashes, idéations (non observables), planification suicidaire (dont certains aspects peuvent être observables)
	<b>Communications</b>	Verbalisations, écrits, dessins, gestes
	<b>Comportements auto agressifs (Self-harm)</b>	Sans blessure Automutilation / gestes auto agressifs ponctuels - Zone grise - Tentative de suicide Avec blessure Automutilation / gestes auto agressifs ponctuels - Zone grise - Tentative de suicide

### Épisode de manifestations associées au suicide et désorganisation

Le terme de « crise » est général et très discuté dans les milieux cliniques. Il peut recouvrir plusieurs sens selon les utilisateurs. C'est pourquoi son utilisation sera évitée dans ce rapport.

Nous définissons l'épisode de MAAS comme la période ou le moment durant lequel la personne a des manifestations associées au suicide, pouvant être liée ou pas à un événement particulier. Un épisode peut inclure un seul ou plusieurs comportements ou communications suicidaires sur un ou plusieurs jours. L'épisode s'achève lorsque la personne retrouve son fonctionnement habituel.

Nous définissons la désorganisation sans MAAS comme un moment ou une période de désorganisation ou de décompensation ayant nécessité une intervention et qui est consignée dans les notes évolutives, sans MAAS.

### L'urgence suicidaire

- Définition : « Probabilité de passage à l'acte dans les 48 heures en fonction de la précision du plan suicidaire » (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010). Le plan suicidaire inclut le moyen, le lieu et le moment envisagés, ainsi que l'accessibilité du moyen.
- Objectif de l'évaluation de l'urgence : Savoir si la personne a un plan suicidaire, et si oui, en connaître les composantes afin d'orienter l'intervention visant à assurer la sécurité de la personne à court terme.

### Le risque suicidaire

- Notre définition dans le contexte de cette étude : « Le risque suicidaire est la probabilité qu'une personne puisse être suicidaire un jour en fonction de son histoire de vie et de ses vulnérabilités personnelles, en d'autres mots, les facteurs associés au suicide ».
- Objectif de l'évaluation du risque : Le risque suicidaire, (ou facteurs associés au suicide,) permet de cibler les vulnérabilités de la personne qui peuvent la mettre en danger de suicide même si la planification suicidaire (urgence) ne semble pas indiquer de danger à court terme. Il permet de cibler les zones vulnérables et d'orienter les interventions à effectuer pour assurer la sécurité de la personne. Il permet de cibler les aspects à travailler dans la post-crise et le suivi ainsi que les facteurs de protection à développer pour prévenir un nouvel épisode de MAAS.

### La dangerosité du passage à l'acte suicidaire

- Définition : la dangerosité du passage à l'acte suicidaire est défini dans « La grille d'estimation de la dangerosité formalise en un outil l'urgence suicidaire, les facteurs associés au suicide et les facteurs de protection » comme incluant l'urgence suicidaire et les principaux facteurs de risque et de protection associés au suicide, soient : la planification suicidaire, les tentatives de suicide antérieures, la capacité à espérer un changement, l'usage de substances, la capacité à se contrôler, la présence de proches et la capacité à prendre soin de soi (Lavoie, Lecavalier, Angers, & Houle, 2012)
- Objectifs de l'estimation de la dangerosité : estimer la dangerosité de passage à l'acte suicidaire dans la population générale

## Dépister les personnes à risque

Le **dépistage** vise à identifier les personnes à risque au sein d'une large population ne présentant pas nécessairement de symptômes évidents. Le dépistage utilise des outils standardisés et permet de référer les personnes identifiées aux services appropriés afin que soit effectuée une estimation approfondie du risque suicidaire (exemple : tous les élèves d'une école remplissent une grille de dépistage des idéations suicidaires).

## Le repérage des personnes suicidaires

Le **repérage** vise à identifier les personnes potentiellement suicidaires parmi un groupe qui présente des facteurs de risque et permet ensuite de leur proposer un soutien spécifique (exemple : identification de signes de détresse et de MAAS chez certains usagers où plusieurs ont un diagnostic de dépression).

## L'estimation de l'urgence, du risque ou de la dangerosité suicidaire

L'**estimation** de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire se fait auprès de personnes repérées présentant un risque suicidaire. Elle vise à déterminer quelles actions doivent être posées pour assurer la sécurité de la personne et pour intervenir à court terme pour réduire la détresse. Cette estimation se fait généralement à l'aide d'outils standardisés qui doivent être adaptés aux particularités des clientèles.

## Approche méthodologique générale du projet et structure générale du rapport

Le projet a été construit à partir d'une approche de méthode mixte, telle que décrite par (Teddlie & Tashakkori, 2009). Cette approche permet de développer et tester des concepts et idées novatrices, dans un domaine où peu de données empiriques et de connaissances théoriques sont disponibles. Elle permet également de soutenir la compréhension de phénomènes complexes comme le suicide chez les personnes présentant une DI ou un TSA et de proposer et valider des explications causales.

Les différentes étapes du projet visent à répondre aux objectifs énoncés en appliquant alternativement des phases quantitatives et qualitatives de type de recueil et d'analyse des données de recherche (voir tableau2).

**Tableau 2- Synthèse des trois phases du projet « Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA »**

Phases	Phase 1	Phase 2	Phase 3
<b>Objectif</b>	Identifier les caractéristiques et déterminants des comportements suicidaires des personnes ayant une DI ou un TSA	Définir les meilleures pratiques d'estimation du risque suicidaire et de prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA	Évaluer le fonctionnement de l'outil développé et ses capacités à soutenir le jugement clinique
<b>Devis</b>	Quantitatif QUANT > qual	2a : Qualitatif QUAL  2b : Qualitatif QUAL	Qualitatif QUAL > quant

<b>Méthode</b>	Analyse de dossiers SIPAD de personnes suicidaires et non suicidaires dans les CRDITED	Phase 2a : Entrevues avec des intervenants  Phase 2b : Groupe de travail d'experts (recherche et clinique)	Utilisation de l'outil en contexte clinique et questionnaire aux intervenants utilisateurs
<b>Rapports</b>	Rapport phase 1 : Analyse des caractéristiques des comportements suicidaires et modélisation du suicide chez les personnes ayant une DI ou u TSA et utilisant les services des CISSS ou CIUSSS	Rapport Phase 2a : Analyse des perceptions, pratiques et besoins des intervenants œuvrant dans des CRDITED auprès de personnes ayant une DI ou un TSA présentant un risque suicidaire  Rapport de la phase 2b : Recommandations d'experts et développement d'un processus de soutien à la décision clinique sur le risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA	Rapport Phase 3 : Évaluation préliminaire du processus de soutien à la décision clinique sur le risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA

Le rapport final du projet « Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA est composé de :

- Introduction générale
- Rapport phase 1 : Analyse des caractéristiques des manifestations associées au suicide et modélisation du suicide chez les personnes ayant une DI ou u TSA et utilisant les services des CISSS ou CIUSSS
- Rapport Phase 2a : Analyse des perceptions, pratiques et besoins des intervenants œuvrant dans des CRDITED auprès de personnes ayant une DI ou un TSA présentant un risque suicidaire
- Rapport de la phase 2b : Recommandations d'experts et développement d'un modèle du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA et d'un processus de soutien à la décision clinique sur le risque suicidaire chez ces personnes
- Rapport Phase 3 : Évaluation préliminaire du Processus AUDIS-Estimation du risque suicidaire
- Conclusion générale

Ces quatre sous-rapports correspondent aux résultats des phases du projet, telles que décrites dans le tableau 2.

## Considérations éthiques

Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CÉRC-CRDITED). Les consentements requis ont été obtenus des personnes concernées ou de leurs représentants légaux lorsqu'approprié pour chaque phase du projet.

# Rapport de la phase 1 - Analyse des caractéristiques des comportements suicidaires et modélisation du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA et utilisant les services spécialisés des CISSS et CIUSSS

## 1. Contextualisation

La phase 1 du projet constitue le premier recueil de données du projet sur lequel s'appuient les phases suivantes. Elle est illustrée dans une reprise du tableau 2 ci-dessous.

Reprise du tableau 2 pour illustration

Synthèse des trois phases du projet « Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA » et identification de la phase faisant l'objet du présent rapport

Phases	Phase 1	Phase 2	Phase 3
<b>Objectif</b>	Identifier les caractéristiques et déterminants des comportements suicidaires des personnes ayant une DI ou un TSA	Définir les meilleures pratiques d'estimation du risque suicidaire et de prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA	Évaluer le fonctionnement de l'outil développé et ses capacités à soutenir le jugement clinique
<b>Méthode</b>	Analyse de dossiers SIPAD de personnes suicidaires et non suicidaires dans les CRDITED	Phase 2a : Entrevues avec des intervenants  Phase 2b : Groupe de travail d'experts (recherche et clinique)	Utilisation de l'outil en contexte clinique et questionnaire aux intervenants utilisateurs

## 2. Objectifs

Cette phase vise à décrire et analyser l'ampleur et les caractéristiques des MAAS chez les personnes ayant une DI ou un TSA et bénéficiant des services du réseau de la santé et des services sociaux au Québec (les deux clientèles y sont desservies au sein du même programme de services sur une base provinciale).

Elle se fonde sur l'hypothèse que les personnes ayant une DI ou un TSA présentent des caractéristiques différentes de la population générale en ce qui a trait aux comportements suicidaires et que les personnes ayant une DI et celles ayant un TSA présentent des différences sur le plan des facteurs de risque et de protection associés.

## 3. Méthode

Afin de remplir les objectifs de la phase 1 du projet, nous avons travaillé en collaboration étroite avec les CRDITED participants à partir de la méthodologie suivante.

Nous avons effectué une analyse des dossiers clinico-administratifs (dossiers électroniques SIPAD) d'usagers de CRDITED suicidaires et non suicidaires. Avec l'aide de psychologues des CRDITED participants, nous avons constitué un groupe d'usagers ayant eu des comportements suicidaires, puis un groupe d'usagers appareillés n'ayant pas eu de comportements suicidaires. Nous avons ensuite recueilli des données dans les dossiers, codé les informations et effectué des analyses quantitatives et qualitatives.

Le processus méthodologique complet s'est déroulé comme suit :

- Avec nos partenaires des différents milieux d'intervention, nous avons d'abord fait les démarches pour satisfaire aux exigences des différents comités d'éthique de la recherche concernés. Nous avons consulté le Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CÉRC-CRDITED) et obtenu, le 14 janvier 2015, l'approbation scientifique et éthique pour mener à bien le projet (approbation MP-CRDITED-14-01).
- Nous avons développé une grille de variables à recueillir dans les dossiers, basée sur la littérature scientifique concernant le suicide en général (comportements, déclencheurs, facteurs de risque et de protection, processus cognitifs, détresse, santé mentale) et sur la littérature scientifique concernant les personnes ayant une DI ou un TSA (historique de vie, fonctionnement cognitif et émotionnel, autonomie, santé). Les données ont été recueillies dans deux grilles complémentaires.
  - La ligne de temps (Annexe 1) – cette grille permet de recenser les événements importants, les changements de comportements, les désorganisations (suicidaires et non suicidaires) de l'utilisateur sur une période de deux ans et de reconstituer autant que possible la chronologie des événements afin d'identifier les facteurs de risque proximaux et les déclencheurs des épisodes de MAAS. Notre recension des désorganisations non suicidaires permet également de vérifier s'il peut y avoir chez une même personne des éléments proximaux spécifiques des épisodes de MAAS comparées aux crises non suicidaires. Cette grille a été principalement remplie à partir des notes évolutives des dossiers SIPAD.
  - Le fonctionnement général (Annexe 2) – cette grille vise à recueillir de l'information sur la personne, son histoire, son fonctionnement cognitif, affectif, social, sa santé, ses schémas habituels de désorganisation, ses problèmes de santé mentale. Ces données servent à décrire le fonctionnement habituel de la personne et les facteurs de risque et de protection distaux. Les informations sont principalement issues du dossier SIPAD et complétées par le dossier papier.
- Nous avons validé cette grille lors de prétests avec cinq dossiers d'usagers au CRDITED de Montréal et formé quatre assistants de recherche à la saisie d'information.
- Nous avons demandé à chaque CRDITED participant d'identifier une dizaine d'usagers ayant eu des comportements suicidaires (verbalisations directes ou indirectes, planification suicidaire, tentative de suicide plus ou moins sérieuse, comportements soulevant une inquiétude quant au risque suicidaire).
- Le recueil des données s'est déroulé dans sept CRDITED participant à cette phase du projet entre mars et septembre 2015. Les données sont issues des dossiers SIPAD informatisés et des dossiers papier des usagers. Aucune information permettant d'identifier les usagers ou les intervenants n'a été recueillie et le traitement des données garantit la confidentialité des participants et des milieux.
- Une fois les dossiers de personnes suicidaires identifiées, nous avons appareillé les usagers à des personnes non suicidaires selon les variables suivantes : âge, sexe, type et niveau de DITSA,

présence / absence de TDAH, présence / absence de troubles de l'humeur. Les intervenants impliqués ont identifié pour nous des personnes non suicidaires partageant ces caractéristiques avec les personnes suicidaires retenues pour l'étude.

- Nous avons recueilli des données concernant ces personnes en appliquant la même procédure que pour les personnes suicidaires.
- Les données recueillies ont ensuite été codées pour analyse
- Une série d'analyses a été conduite sur les données, afin de décrire les schémas de comportements suicidaires et identifier les facteurs déclencheurs, les facteurs de risque et de protection. Nous avons systématiquement analysé les données en fonction de la présence et du type de DI, de TSA ou de DI et TSA (noté DI+TSA dans la suite du rapport), du fait d'être suicidaire ou non suicidaire, du sexe et du groupe d'âge.
  - o Comparaison des personnes suicidaires et non suicidaires
  - o Comparaison des épisodes de MAAS et non suicidaires chez les personnes suicidaires
  - o Analyses par grappes (clusters) pour identifier des types de crises
  - o Analyses en composantes principales pour identifier les facteurs de risque discriminants
- Une analyse qualitative approfondie des cas de personnes ayant une DI ou un TSA ayant fait une tentative de suicide a été réalisée afin d'identifier des trajectoires de risque spécifiques.

## 4. Résultats – analyses statistiques

Cette section présente les résultats issus des analyses décrites ci-dessus. Après des analyses préliminaires, l'échantillon a été séparé entre mineurs / majeurs pour les analyses subséquentes puisque ces deux groupes présentaient des caractéristiques différentes.

### 4.1. Échantillon

De façon générale :

- L'échantillon comprenait trop peu de personnes ayant une DI modérée / sévère pour effectuer des analyses comparant les niveaux de DI.
- Les différences entre hommes et femmes sont relativement rares.
- Les différences en fonction de la présence de DI, de TSA ou de DI+TSA sont également rares.

Les données sont présentées en fonction de la présence ou l'absence de MAAS et les informations concernant les spécificités de la DI et du TSA et du genre sont indiquées où elles apparaissent.

L'échantillon global comprend 100 personnes ayant une DI, un TSA ou les deux (tableau 3). L'objectif était d'avoir 50 personnes suicidaires et 50 personnes non suicidaires. Cependant, certains usagers identifiés comme non suicidaires lors de la sélection se sont avérés, durant la collecte de données, avoir eu des comportements suicidaires. Ils ont donc été inclus dans l'échantillon (groupe suicidaire). De plus, nous avons décidé d'inclure dans l'échantillon final les données issues des dossiers de personnes suicidaires codés lors de la formation des assistants de recherche (accords inter juges très satisfaisants) afin de compléter nos données. Il y a donc plus de personnes suicidaires que non suicidaires dans l'échantillon.

*Tableau 3- description de l'échantillon global*

Personnes suicidaires	Personnes non suicidaires	Femmes	Hommes	Âge moyen
-----------------------	---------------------------	--------	--------	-----------

DI	28	14	20	22	32,93 (ET: 14,318)
TSA	21	18	8	31	15,49 (ET: 7,152)
DI+TSA(1)	9	10	4	15	24,00 (ET: 4,690)
Total	58	42	32	68	24,43 (ET: 13,066)

(1) Certaines personnes ont à la fois un diagnostic de DI et de TSA. Elles sont identifiées dans la section résultats par le sigle DI+TSA

La présentation des résultats suit toujours le même ordre, quel que soit le groupe étudié :

- Données issues de l'analyse des désorganisations :
  - o Manifestations associées au suicide (MAAS)
  - o Comportements non suicidaires
  - o Signes avant-coureurs
  - o Facteurs proximaux – déclencheurs
- Données issues de l'analyse du fonctionnement général de la personne :
  - o Sources et schémas habituels de désorganisation
  - o Facteurs distaux (histoire de vie, santé mentale, caractéristiques de la DI et du TSA)

## 4.2. Les MAAS chez les adultes

Cette première section concerne les MAAS et leurs déterminants chez les adultes de notre échantillon.

### 4.2.1. Échantillon des adultes

L'échantillon est composé de personnes (individus de 18 ans et plus) et d'épisodes de MAAS et désorganisations sans MAAS vécues par des personnes de 18 ans et plus.

#### a. Individus

Dans notre échantillon, nous avons N=65 adultes, sur lesquels portent les analyses ci-dessous.

- Ces personnes sont
  - o suicidaires (N=40, 61,5 %) et non suicidaires (N=25, 38,5 %)
  - o des hommes (N=36, 55,4 %) et des femmes (N=29, 44,6 %)
  - o âge moyen = 30,82 (ET : 11.852)

Les groupes de personnes suicidaires et non suicidaires sont comparables. En effet, il n'y a pas de différences dans :

- La présence de comportements suicidaires selon le diagnostic (DI, TSA ou les deux) (voir le tableau 4)
- Le genre
- La présence de troubles de santé mentale
- La présence de TDAH

Tableau 4- Répartition du groupe adulte en fonction du type de DI et/ou TSA et du fait d'être suicidaire ou non suicidaire

	Suicidaire	Non suicidaire	Total
DI	24 (36,9%)	12 (18,5%)	36 (55,4%)
TSA	7 (10,8%)	4 (6,2%)	11 (16,9%)
DI+TSA	9 (13,8%)	9 (13,8%)	18 (27,7%)
Total	40 (61,5%)	25 (38,5%)	65 (100%)
Non sign. <sup>1</sup>			

Par contre, nous trouvons une différence dans l'âge entre les personnes suicidaires et non suicidaires (tableau 5) :

Tableau 5- Âge du groupe adulte en fonction du diagnostic de DI et/ou TSA et du fait d'être suicidaire ou non suicidaire

	Suicidaire M(ET)	Non suicidaire M(ET)	Total M(ET)
DI	36,79 (14,632) (1)	33,50 (11,540)	35,69 (13,602) (2)
TSA	24,14 (4,140)	27,25 (6,652)	25,27 (5,101)
DI+TSA	24,22 (4,522)	24,67 (4,528)	24,44 (4,395)
Total	31,75 (13,122)	29,32 (9,538)	30,82 (11,852)
(1). F : 3,459, ddl : 5, p : .008, Eta2 : .227 – DI+TSA / suicidaire ou non suicidaire			
(2). F : 8,450, ddl : 2, p : .001, Eta2 : .214 – DI+TSA			

La différence entre les groupes vient du fait que les personnes DI sont plus âgées que les personnes TSA et DI+TSA dans notre échantillon.

Dans l'échantillon des adultes, 17 personnes ont eu au moins un épisode de MAAS identifié comme une tentative de suicide (tableau 6).

<sup>1</sup> Non Sign : Chi2 non significatif, il n'y a pas de différence statistique entre les groupes – cette abréviation est utilisée dans toute la section des résultats

Tableau 6 - Type d'épisode de MAAS chez les personnes adultes

	Nombre de personnes	Pourcentage
Pas d'épisode de MAAS	25	38,5
Idéations	23	35,4
TS	17	26,1
Total	65	100,0

Seulement six personnes (9,2 % des adultes suicidaires de notre échantillon) n'ont vécu qu'un seul épisode de MAAS dans la période de deux ans couverte par l'étude. Les autres personnes suicidaires ont traversé au moins deux épisodes de MAAS (N=34, 52,3 %). La récurrence est donc une question importante avec ces personnes (Tableau 7).

Tableau 7- Récurrence des épisodes de MAAS

	Nombre de personnes	Pourcentage
Pas d'épisode de MAAS	25	38,5
Épisode isolé	6	9,2
Plusieurs épisodes	34	52,3
Total	65	100,0

#### Épisodes de MAAS et désorganisations sans MAAS

Dans notre échantillon d'adultes, nous avons identifié et codé 281 désorganisations majeures (avec ou sans MAAS), ce qui fait une moyenne de 4,32 désorganisations analysées par personne.

Il n'y a pas de différence dans le type de désorganisations vécue par les personnes DI, TSA ou DI+TSA (tableaux 8 et 9).

Tableau 8- Type de désorganisation selon que la personne soit DI, TSA ou DI+TSA

	Épisode de MAAS	Désorganisation sans MAAS	Total
DI	99 (59,6%)	67 (40,4%)	166
TSA	20 (52,6%)	18 (47,4%)	38
DI+TSA	43 (55,8%)	34 (44,2%)	77
Total	162 (57,7%)	119 (42,3%)	281

Non Sign.

Tableau 9 - Désorganisations majeures (avec ou sans MAAS)

	Effectifs	Pourcentage	Moyenne par personne
Sans MAAS	122	43,4	1,87
Idéations	137	48,8	2,10
TS	22	7,8	0,34
Total	281	100,0	4,32

Il n'y a pas de différences dans la répartition des types de désorganisations selon que les personnes soient DI, TSA ou DI+TSA (tableau 10).

Tableau 10- Désorganisations majeures (avec ou sans MAAS)s \* DI, TSA ou DI+TSA

	DI	TSA	DI+TSA	Total
Sans MAAS	69 (41,6%)	18 (47,4%)	35 (45,5%)	122 (43,4%)
Idéations	82 (49,4%)	15 (39,5%)	40 (51,9%)	137 (48,8%)
TS	15 (9%)	5 (13,2%)	2 (2,6%)	22 (7,8%)
Total	166	38	77	281

Non Sign.

#### 4.2.2. Épisodes de MAAS

Les comportements analysés dans le cadre des épisodes de MAAS sont :

- La communication d'idéations suicidaires (verbale ou non verbale, non accompagnée d'un passage à l'acte)
- La planification suicidaire (communication d'idéations avec des éléments de planification, essentiellement le moyen)
- La tentative de suicide (passage à l'acte, indépendamment du niveau de danger, peut survenir avec ou sans verbalisations suicidaires)

##### a. Communication des idéations suicidaires

Les communications suicidaires diffèrent selon que la personne soit DI, TSA ou DI+TSA. En tout, 144 désorganisations contiennent des communications suicidaires (tableau 11).

Tableau 11- Communication d'idéations suicidaires selon que la personne soit DI, TSA ou DI+TSA

	DI	TSA	DI+TSA	Total
Pas de communication	78 (47%)	22 (57,9%)	37 (48,1%)	137 (48,8%)
Communications verbales directes	71 (42,8%)	7 (18,4%)	26 (33,8%)	104 (37%)
Communications verbales indirectes	4 (2,4%)	2 (5,3%)	6 (7,8%)	12 (4,3%)
Communications par écrit	3 (1,8%)	0	0	3 (1,1%)
Communications suicidaires mais sans précision	2 (1,2%)	2 (5,3%)	0	4 (1,4%)
Communications verbales mais sans précision	7 (4,2%)	5 (13,2%)	8 (10,4%)	20 (7,1%)
Communications suicidaires par écrit et oralement	1 (0,6%)	0	0	1 (0,4%)
Total	166 (100%)	38 (100%)	77 (100%)	281 (100%)

Les femmes communiquent plus souvent des idéations verbales directes ou sans précisions, les hommes par des verbalisations indirectes (Chi2 : 16.870, ddl : 6, p : .006).

##### b. Planification suicidaire

La planification suicidaire comprend généralement un moyen et / ou un lieu et / ou un moment prévus pour un passage à l'acte. La planification suicidaire des personnes adultes de notre échantillon contenait principalement la mention d'un moyen (tableau 12).

Tableau 12 - Indices de planification suicidaire

	DI	TSA	DI+TSA	Total
Moyen	26 (26,3%)	3 (15,0%)	6 (13,9%)	35 (21,6%)
Lieu	2 (2,0%)	1 (5%)	1 (2,3%)	4 (2,4%)
Moment	1 (1,0%)	0	1 (2,3%)	2 (1,2%)
Total	99	20	43	162 (100%)

L'accessibilité du moyen envisagé pour se suicider diffère selon que la personne soit DI, TSA ou DI+TSA (tableau 13).

Tableau 13 - Accessibilité du moyen envisagé dans la planification lors des épisodes de MAAS

	DI	TSA	DI+TSA	Total
Pas de moyen envisagé	79 (79,8%)	19 (95%)	38 (88,4%)	136 (84%)
Accessible dans le quotidien	20 (20,2%)	0	3 (7%)	23 (14,2%)
Accessible, mais demande une démarche	0	1 (5%)	0	1 (0,6%)
Pas réalistement accessible	0	0	2 (4,7%)	2 (1,2%)
Total	99	20	43	162
Chi2 : 20.162, ddl : 6, p : .003				

Dans la planification, seules des femmes ont mentionné un lieu (N=4) (Chi2 : 3.861, ddl : 1, p : .049)

### c. Tentatives de suicide

Dans notre échantillon d'adultes, nous avons pu analyser 22 tentatives de suicide faites par 17 personnes sur une période de deux ans (42,5% des adultes suicidaires ont fait au moins une tentative de suicide).

#### Planification et impulsivité

- Les dossiers contenaient une indication de planification du passage à l'acte dans cinq cas (un DI, trois TSA, un DI+TSA), et seulement chez des hommes (Chi2 : 8,926, ddl : 3, p : .030).
- Les dossiers contenaient des indications d'un passage à l'acte impulsif dans quatre cas (trois DI, un TSA).
- Il est important de noter que ce facteur semble sous-représenté dans la prise de notes aux dossiers. En effet, dans de nombreux dossiers, les intervenants ont noté le geste suicidaire, parfois le moyen, mais n'ont pas donné d'informations sur la planification ou l'impulsivité en jeu dans le comportement. Rien n'est prévu dans la tenue de dossiers pour encourager la notation de tels détails. Par ailleurs, la planification d'un geste suicidaire est un processus pouvant se produire en quelques minutes, mais aussi jusqu'à plusieurs mois d'avance. Si on ne pose pas de questions à la personne, il peut être parfois difficile de savoir si elle a pensé à une façon de se suicider.

### Moyens utilisés lors des tentatives de suicide

Nous n'avons pas toujours trouvé d'information sur le moyen utilisé dans le dossier (17 cas, 77% des tentatives, tableau 14).

Tableau 14 - Moyens utilisés lors des tentatives de suicide

	DI	TSA	DI+TSA	Total
Médicaments	3 (21,4%)	0	0	3 (17,6%)
Arme blanche	6 (42,9%)	1 (50%)	0	7 (41,2%)
Autre	1 (7,1%)	1 (50%)	0	2 (11,8%)
Strangulation avec un objet	4 (28,6%)	0	1 (100%)	5 (29,4%)
Total	14	2	1	17
Non Sign.				

Les femmes ont davantage utilisé une arme blanche (N=7 – 100 % des TS avec arme blanche) et les hommes, la strangulation avec un objet (N=4, 75 % des tentatives avec strangulation) (Chi2 : 10,966, ddl: 4, p : .027).

Les moyens facilement accessibles dans le quotidien sont utilisés davantage par les personnes plus âgées (N=23, âge moyen = 34,57, ET : 12,616) que par les plus jeunes (F : 2,921, ddl : 3, p : .034).

### Lieu de la tentative de suicide

L'information sur le lieu où s'est produite la tentative de suicide (TS) était également parcellaire (11 cas, 50% des TS, Tableau 15).

Tableau 15 - Lieu ou la TS s'est produite

	DI	TSA	DI+TSA	Total
Domicile familial	4 (44,4%)	1 (100%)	0	5 (45,5%)
Résidence (RI, RAC)	4 (44,4%)	0	0	4 (36,4%)
Hôpital	0	0	1 (100%)	1 (9,1%)
Autre	1 (11,1%)	0	0	1 (9,1%)
Total	9	1	1	11

Les femmes vivent plus souvent seules (N=16, 69 % des cas de personnes vivant seules) ou en RAC (N=27, 100 % des cas de personnes vivant en RAC) au moment des TS, les hommes en famille (N=35, 55 % des cas de personnes vivant en famille) ou en RI (N=69% des cas de personnes vivant en RI) (Chi2 : 54,091, ddl : 7, p : .000)

Les femmes vivent plus souvent la crise en famille (N= 13, 87 % des TS faites en famille), en RTF (N= 12, 100 % des TS faites en RTF), en RAC (N=16, 100 % des TS faites en RAC), alors que les hommes vivent plus souvent la TS en RI (N=44, 86 % des TS faites en RI) ou dans un lieu public (N=9, 90 % des TS dans un lieu public) (Chi2 : 73,558, ddl : 10, p : .000).

#### 4.2.3. Comportements non suicidaires lors des désorganisations

Cette section décrit les comportements observés lors des désorganisations, que la personne soit suicidaire ou non durant la désorganisation. Elle vise à identifier des patterns de crise accompagnant plus fréquemment un épisode de MAAS chez les personnes ayant une DI ou un TSA.

Encore une fois, les données décrites dans cette section (tableaux 16 et 17) sont probablement sous-estimées, mais elles nous donnent une bonne indication de ce qui se produit lors des désorganisations majeures.

Tableau 16 - Comportements observés lors des désorganisations majeures (épisodes avec ou sans MAAS)

	Épisode de MAAS (N=162)	Désorganisation sans MAAS (N=119)	Différence
Agressivité physique contre des personnes	21 (12,9%)	30 (25,2%)	Chi2 : 6,927, ddl : 1, p : .008
Agressivité physique contre des objets	23 (14,2%)	26 (21,8%)	Non sign.
Agressivité verbale	51 (31,5%)	43 (36,1%)	Non sign.
Agressivité sexuelle	1 (0,6%)	3 (2,5%)	Non sign.
Délit (vol, geste illégal non sexuel)	1 (0,6%)	3 (2,5%)	Non sign.
Comportement intrusif non sexuel et non violent	10 (6,2%)	12 (10,1%)	Non sign.
Automutilation	3 (1,9%)	1 (0,8%)	Non sign.
Blessure auto infligée sans histoire d'automutilation	9 (5,6%)	4 (3,4%)	Non sign.
Comportement stéréotypé	3 (1,9%)	4 (3,4%)	Non sign.
Comportement auto agressif (insulter, cesser de manger)	10 (6,2%)	9 (7,6%)	Non sign.

Tableau 17 - Comportements observés lors des désorganisations majeures selon que la personne soit suicidaire ou non et selon le type de désorganisation

	Épisode de MAAS (N=162)	Désorganisation sans MAAS par une personne suicidaire (N=63)	Désorganisation sans MAAS par une personne non suicidaire (N=56)	Différence
Agressivité physique contre des personnes	21 (13%)	16 (25,4%)	14 (25,0%)	Chi2 : 6,930, ddl : 2, p : .031
Agressivité physique contre des objets	23 (14,2%)	19 (30,2%)	7 (12,5%)	Chi2 : 9,211, ddl : 2, p : .010
Agressivité verbale	51 (31,5%)	27 (42,9%)	16 (28,6%)	Non sign.

Comportement intrusif non sexuel et non violent	10 (6,2%)	3 (4,8%)	9 (16,1%)	Chi2 : 6,709, ddl : 2, p : .035
Blessure auto infligée sans histoire d'automutilation	9 (5,6%)	3 (4,8%)	1 (1,8%)	Non sign.
Comportement stéréotypé	3 (1,9%)	0	4 (7,1%)	Chi2 : 6,871, ddl : 2, p : .032
Comportement auto agressif (insultes, cesse de manger,...)	10 (6,2%)	4 (6,3%)	5 (8,9%)	Non sign.

Les femmes présentent plus d'agressivité verbale (N=57, 60 % des comportements verbaux agressifs) que les hommes lors des désorganisations (Chi2 : 4,988, ddl : 1, p : .026).

Les femmes ont plus souvent des comportements intrusifs (N=16, 72 % des comportements intrusifs) que les hommes (Chi2 : 4,409, ddl : 12, p : .036).

#### Signes avant-coureurs des épisodes de MAAS

Ces signes avant-coureurs sont associés aux changements émotionnels, cognitifs ou comportements observables dans les heures ou jours précédant l'épisode de MAAS identifié.

### a. Signes comportementaux

Cette section décrit les signes comportementaux accompagnant ou précédant de peu la désorganisation (tableau 18)

Tableau 18 - Signes comportementaux avant-coureurs de la désorganisation

	Épisode de MAAS (N=162)	Désorganisation sans MAAS (N= 119)	Différences
Communique ses émotions	18 (11,1%)	14 (11,8%)	Non sign.
Communique ses besoins	4 (2,5%)	0	Non sign.
Demande de l'aide	46 (28,4%)	19 (16,0%)	Chi2 : 5,960, ddl : 1, p : .010
S'isole	6 (3,7%)	4 (3,4%)	Non sign.
S'enfuit, fait une fugue ou menace de faire une fugue	9 (5,6%)	8 (6,7%)	Non sign.
S'absente de ses activités habituelles	11 (6,8%)	5 (4,2%)	Non sign.

Les personnes ayant une DI et suicidaires demandent davantage de l'aide avant le développement de MAAS que les autres participants (Chi2 : 24,689, ddl : 5, p : .000)

Les femmes demandent de l'aide plus que les hommes (Chi2 : 6,050, ddl : 1, p : .014)

Ceux qui fuguent sont plus jeunes (F : 3,927, ddl : 1, p : .049)

### b. Contexte émotionnel lors des désorganisations

Cette section décrit les signes émotionnels accompagnant ou précédant de peu la désorganisation (tableau 19).

Tableau 19 - Signes avant-coureurs émotionnels de la désorganisation

	Épisode de MAAS (N=162)	Désorganisation sans MAAS (N= 119)	Différence
Dégradation de l'humeur	18 (11,1%)	15 (12,6%)	Non sign
Présence ou augmentation de l'anxiété	25 (15,4%)	16 (13,4%)	Non sign
Frustration, insatisfaction	17 (10,5%)	20 (16,8%)	Non sign

Réaction colérique	23 (14,2%)	21 (17,6%)	Non sign
Déception face à une situation	3 (1,9%)	3 (2,5%)	Non sign
Peur et insécurité	7 (4,3%)	8 (6,7%)	Non sign

L'anxiété est le signe avant-coureur le plus présent lors des épisodes de MAAS (Chi2 : 20,158, ddl : 5, p : .001)

Les personnes plus âgées vivent plus de déception que les plus jeunes (F : 4,018, ddl : 1, p : .046)

Le contexte émotionnel n'est pas significativement différent entre les épisodes de MAAS et les désorganisations sans MAAS.

### c. Les perceptions des personnes avant et pendant les désorganisations

Cette section décrit les perceptions énoncées par la personne avant et pendant les désorganisations (tableau 20) et le lien avec le diagnostic de la personne (tableau 21).

Tableau 20 - Perceptions de la personne avant et pendant la désorganisation

	Épisode de MAAS (N=162)	Désorganisation sans MAAS (N= 119)	Différence
Fixation sur un objet, une personne ou une idée	9 (5,6%)	6 (5,0%)	Non sign
Hallucinations	6 (3,7%)	2 (1,7%)	Non sign
Dégradation ou perte d'intérêt	16 (9,9%)	4 (3,4%)	Chi2 : 4,405, ddl : 1, p : .028
Confusion, désorientation	7 (4,3%)	9 (7,6%)	Non sign
Sentiment d'incompétence	5 (3,1%)	2 (1,7%)	Non sign

Tableau 21 - Lien entre types de perception (avec ou sans MAAS) et la DI, TSA ou DI+TSA) (1)

	DI suicidaire (N=138)	DI non suicidaire (N=28)	TSA suicidaire (N=28)	TSA non suicidaire (N=10)	DI+TSA suicidaire (N=59)	DI+TSA non suicidaire (N=18)	Total
Fixation sur un objet, une personne ou une idée	0	1 (3,6%)	5 (17,9%)	2 (20,0%)	6 (10,2%)	1 (5,6%)	15
Dégradation ou perte	4 (2,9%)	2 (7,1%)	7 (25,0%)	0	7 (11,9%)	0	20

d'intérêt

Confusion, désorientation	7 (5,1%)	3 (10,7%)	2 (7,1%)	3 (30,0%)	1 (1,7%)	0	16
---------------------------	----------	-----------	----------	-----------	----------	---	----

(1) Chiffres trop petits pour faire des Chi2 – Nombre d'épisodes vécus par chaque catégorie de personne

Les fixations sont plus présentes chez les hommes (N=11, 73 % des fixations) (Chi2 : 3,832, ddl : 1, p : .050) et chez les plus jeunes (âge moyen de ceux qui ont des fixations : 23.13, ET : 8.140) (F : 4,698, ddl : 1, p : .031)

Les hallucinations sont présentes seulement chez les DI

La confusion est plus présente chez les personnes plus âgées (âge moyen de ceux qui vivent de la confusion lors des crises : 38,19, ET : 13,141) (f : 14,507, ddl : 1, p : .000)

#### 4.2.4. Moments critiques et déclencheurs

Cette section décrit les facteurs de risque observés dans les heures et les jours précédant la désorganisation dans le but d'identifier des éléments spécifiques pouvant permettre d'anticiper un épisode de MAAS (tableau 22) et en fonction du diagnostic (tableau 23).

Tableau 22 - Éléments déclencheurs de la désorganisation

	Épisode de MAAS (N=162)	Désorganisation sans MAAS (N=119)	Différence
Vit un refus	16 (9,9%)	8 (6,7%)	Non sign
Vit une entrave à sa liberté	16 (9,9%)	14 (11,8%)	Non sign
Problème avec la justice	8 (4,9%)	5 (4,2%)	Non sign
Vit un conflit interpersonnel	52 (32,1%)	28 (23,5%)	Non sign
Vit un changement	49 (30,2%)	47 (39,5%)	Non sign
Anticipation, discussion d'un événement ou changement à venir	30 (18,5%)	25 (21,0%)	Non sign
Vit une agression	4 (2,5%)	2 (1,7%)	Non sign
Vit de l'intimidation	4 (2,5%)	3 (2,5%)	Non sign
Vit un rejet	25 (15,4%)	7 (5,9%)	Chi2 : 6,200, ddl : 1, p : .009
Présence de problèmes de couple	18 (11,1%)	8 (6,7%)	Non sign
Présence de problèmes en lien	11 (6,8%)	14 (11,8%)	Non sign

avec la sexualité			
Événement annuel	10 (6,2%)	9 (7,6%)	Non sign
Perte, décès	18 (11,1%)	11 (9,2%)	Non sign

Tableau 23 - Éléments déclencheurs de la désorganisation (lien entre épisode de MAAS / désorganisation sans MAAS par des personnes DI, TSA ou DI+TSA)

	DI suicidaire (N=138)	DI suicidaire (N=28)	non TSA suicidaire (N=28)	TSA suicidaire (N=10)	non TSA suicidaire (N=59)	DI+TSA suicidaire (N=18)	DI+TSA non suicidaire (N=18)	Différence
Vit un refus	13 (9,4%)	0	2 (7,1%)	1 (10,0%)	8 (13,6%)	0	Non sign	
Vit une entrave à sa liberté	16 (11,6%)	7 (25,0%)	1 (3,6%)	1 (10,0%)	5 (8,5%)	0	Non sign	
Problème avec la justice	7 (5,1%)	3 (10,7%)	0	0	2 (3,4%)	1 (5,6%)	Non sign	
Vit un conflit interpersonnel	45 (32,6%)	2 (7,1%)	4 (14,3%)	1 (10,0%)	22 (37,3%)	6 (33,3%)	Chi2 : 14,318, ddl : 5, p : .014	
Vit un changement	33 (23,9%)	13 (4,6%)	9 (32,1%)	7 (70,0%)	24 (40,7%)	10 (55,6%)	Chi2 : 18,855, ddl : 5, p : .002	
Anticipation, discussion d'un événement ou changement à venir	26 (18,8%)	10 (35,7%)	7 (25,0%)	3 (30,0%)	7 (11,9%)	2 (11,1%)	Non sign	
Vit une agression	6 (4,3%)	0	0	0	0	0	Non sign	
Vit de l'intimidation	6 (4,3%)	0	0	0	0	1 (5,6%)	Non sign	
Vit un rejet	20 (14,5%)	1 (3,6%)	2 (7,1%)	0	8 (13,6%)	1 (5,6%)	Non sign	
Présence de problèmes de couple	21 (15,2%)	0	1 (3,6%)	0	4 (6,8%)	0	Chi2 : 13,063, ddl : 5, p : .023	
Présence de problèmes en lien avec la sexualité	18 (13,0%)	2 (7,1%)	1 (3,6%)	1 (10,0%)	2 (3,4%)	1 (5,6%)	Non sign	
Événement annuel	7 (5,1%)	1 (3,6%)	4 (14,3%)	0	3 (5,1%)	4 (22,2%)	Chi2 : 11,404, ddl : 5, p : .044	
Perte, décès	19 (13,8%)	2 (7,1%)	2 (7,1%)	0	4 (6,8%)	2 (11,1%)	Non sign	

Ceux qui subissent des entraves à leur liberté ayant pour but d'assurer la sécurité des autres (âge : 50 ans, N=1) ou pour leur propre santé (âge moyen : 49, N=2) sont plus âgés, alors que ceux qui subissent une entrave à leur liberté pour hospitalisation (âge moyen : 20, N= 3) ou en raison d'une sanction (âge moyen : 24, N=10) sont plus jeunes (F : 2,489, ddl : 7, p : .017).

Les conflits avec la famille éloignée (âge : 50, N=1), les pairs (âge moyen : 34, N=18) et les amis (âge : 35, N=1) sont plus présents chez les personnes plus âgées, alors que les conflits avec la fratrie (âge moyen : 20, N=3) ou des sources multiples incluant la famille (âge moyen : 23, N=5) sont souvent vécus par les plus jeunes (F : 2,261, ddl : 10, p : .015).

Les changements touchent plus souvent la famille pour les TSA (N=5, 36 % des changements en lien avec la famille) et DI+TSA (N=5, 36 % des changements en lien avec la famille) non suicidaires (Chi2 : 7,339, ddl : 5, p : .000).

Les changements touchent plus souvent le travail pour les personnes suicidaires (N=16, 60 % des changements en lien avec le travail), qu'elles soient DI, TSA ou DI+TSA (Chi2 : 12,896, ddl : 5, p : .024).

Les changements touchent plus souvent les personnes en position d'autorité et la résidence (RI ou RAC) pour les DI (N=11, 42 % des changements en lien avec une personne en position d'autorité) et DI+TSA (N=9, 34 % des changements en lien avec des personnes en position d'autorité) suicidaires (Non Sign).

Les femmes (N=19, 70 % des changements en lien avec le travail) vivent des changements en lien avec le travail plus souvent que les hommes (Chi2 : 4,373, ddl : 1, p : .037).

Les femmes sont les seules à avoir vécu une agression (N=6) avant une désorganisation (Chi2 : 5,833, ddl : 1, p : .016).

Le tableau 24 décrit les différents types de situations d'échec vécues par les personnes avant une désorganisation.

Tableau 24 - Types d'échecs vécus par la personne avant la désorganisation

	DI suicidaire	DI non suicidaire	TSA suicidaire	TSA non suicidaire	DI+TSA suicidaire	DI+TSA non suicidaire	Total
Aucun	137	27	28	9	57	18	276
En stage	0	1	0	0	0	0	1
Au travail	1	0	0	1	0	0	2
Autre	0	0	0	0	2	0	2
Total	138	28	28	10	59	18	281

Le tableau 25 donne une indication de la qualité des relations familiales de la personne dans la période entourant la désorganisation. Cette donnée est à utiliser avec précaution à cause de l'importance des informations manquantes.

Tableau 25 - Qualité du lien avec la famille en fonction du type de désorganisation

	DI suicidaire	DI non suicidaire	TSA suicidaire	TSA non suicidaire	DI+TSA suicidaire	DI+TSA non suicidaire	Total
Pas d'information	123	27	26	9	45	18	248
Existant sans autre information	4	0	0	0	0	0	4
Lien coupé	3	0	0	0	0	0	3
Lien fragile, entravé	8	1	0	1	14	0	24
Lien positif	0	0	2	0	0	0	2
Total	138	28	28	10	59	18	281

Chi2 : 48,775, ddl : 20, p : .000

#### 4.2.5. Pattern habituel de désorganisation de la personne (dans le fonctionnement habituel, en dehors de désorganisations majeures recensées ci-dessus)

Cette section vise à décrire les comportements de la personne lors des désorganisations que nous avons catégorisées comme habituelles, c'est-à-dire qui n'ont pas nécessité une intervention majeure inscrite au dossier clinico-administratif. Les données sont tirées de l'analyse du fonctionnement habituel des personnes.

##### a. Automutilation

Nous avons trouvé très peu d'information sur les patterns d'automutilation chez les personnes suicidaires et non suicidaires dans les dossiers. Cependant, 15 adultes (23,1 %) avaient des indications de comportements d'automutilation au dossier. La plupart de ces personnes étaient suicidaires (N=13, Chi2 : 9,137, ddl : 1, p : .003). Nous n'avons pas assez d'information sur la fréquence, l'intensité ou le type de comportements d'automutilation pour faire des analyses.

##### b. Comportements durant les désorganisations habituelles

Les personnes suicidaires et non suicidaires ne sont pas différentes quant à la présence de désorganisations dans la vie quotidienne. Parmi les adultes de notre échantillon, 70,7% ont un fonctionnement impliquant des désorganisations régulières, gérées par les plans d'intervention habituels (tableau 26).

Tableau 26 - Comportements recensés lors des désorganisations habituelles des personnes (incluant seulement les comportements apparaissant quatre fois et plus)

Comportement	Personnes suicidaires (N total : 40)	Personnes non suicidaires (N total : 25)	Différence
Agitation motrice	4 (10 %)	5 (20 %)	Non sign.
Agressivité, colère en général	10 (25 %)	2 (8 %)	Non sign.
Violence contre des objets (frappe, lance, brise, met le feu)	10 (25 %)	2 (8 %)	Non sign.
Violence contre les personnes (frappe, mord)	12 (30 %)	2 (8 %)	Chi2 : 4,406, ddl : 1, p : .036
Pleure, crie, fait du bruit avec sa bouche	11 (27.5 %)	7 (28 %)	Non sign.
Menaces, insultes	12 (30 %)	3 (12 %)	Non sign.
Refus, résiste, ment, s'oppose, défie	6 (15 %)	3 (12 %)	Non sign.
Fugue, se cache	5 (12.5 %)	0	Non sign.
Comportement ou discours répétitif, idées fixes, marcher de long en large	7 (17.5 %)	2 (8 %)	Non sign.
Intimide, dénigre, perturbe le groupe, recherche le conflit	4 (10 %)	0	Non sign.

Se plaint, exprime ses émotions	6 (15 %)	0	Chi2 : 4,131, ddl : 1, p : .042
Frappe le sol, les murs, claque les portes	4 (10 %)	3 (12 %)	Non sign.
Hallucinations, délire, discours décousu	3 (7.5 %)	1 (4 %)	Non sign.

Les hommes fuguent plus souvent que les femmes (n=12, 70 % des fugues; Chi2 : 4,363, ddl : 1, p : .037). Les femmes (N= 31, 63 % des comportements) frappent plus le sol et les murs, claquent plus les portes que les hommes (Chi2 : 9,738, ddl : 1, p : .002).

### c. Sources des désorganisations habituelles

Cette section décrit les déclencheurs cités dans ses dossiers comme sources communes de désorganisation (tableau 27).

*Tableau 27 - Sources recensées lors des désorganisations habituelles des personnes (incluant seulement les sources apparaissant quatre fois et plus)*

Source	Personnes suicidaires (N total : 40)	Personnes non suicidaires (N total : 25)	différence
Changement, imprévu, incertitudes	5 (12,5 %)	8 (32 %)	Non sign.
Frustration, désaccord, contrariété	15 (37,5 %)	4 (16 %)	Non sign.
Situation anxiogène	4 (10 %)	1 (4 %)	Non sign.
Imposition de limites, entrave à la liberté, refus vécu, perte de contrôle ou privilège	11 (27,5 %)	6 (24 %)	Non sign.
Problème lié à la famille	7 (17,5 %)	2 (8 %)	Non sign.
Angoisse (en général)	7 (17,5 %)	3 (12 %)	Non sign.
Conflits et situations interpersonnelles difficiles	17 (42,5 %)	4 (16 %)	Chi2 : 4,940, ddl : 1, p : .026
Sentiment de rejet	4 (10 %)	3 (12 %)	Non sign.
Relations amoureuses et sexualité	4 (10 %)	0	Non sign.

### 4.2.6. Facteurs distaux associés aux épisodes de MAAS

Cette section décrit les facteurs distaux du risque suicidaire, tels que recensés dans le fonctionnement général de la personne. Elle compare l'incidence de ces facteurs de risque chez les personnes suicidaires et non suicidaires (tableau 28).

Tableau 28 - Facteurs de risque potentiels pour le développement de MAAS

<b>Facteur</b>	<b>Personnes suicidaires (N total : 40)</b>	<b>Personnes non suicidaires (N total : 25)</b>	<b>Différence</b>
Expérience négative de la scolarité	11 (27,5%)	3 (12 %)	Chi2 : 5,662, ddl : 1, p : .017
Avoir au moins une personne suicidaire dans son entourage	6 (15,0%)	1 (4 %)	NS
Avoir deux personnes suicidaires dans son entourage	3 (7,5%)	0	Chi2 : 20,809, ddl : 3, p : .000
Présence de conflits entre les parents	5 (12,5%)	7 (28 %)	NS
Difficulté d'acceptation du diagnostic par la famille	3 (7,5%)	3 (12 %)	NS
Problèmes de compétences parentales	14 (35,0%)	15 (60 %)	Chi2 : 13,124, ddl : 6, p : .041
Perte de contact avec des membres de la famille	16 (40,0%)	6 (24 %)	NS
Victime de violence par un membre de la famille	9 (22,5%)	4 (16 %)	NS
Implication de la DPJ	8 (20,0%)	4 (16 %)	NS
Décès d'un membre de la famille	12 (30,0%)	4 (16 %)	NS
Conditions économiques difficiles	26 (65,0%)	13 (52 %)	NS
Relations de bonne qualité avec les intervenants	35 (87,5%)	24 (96 %)	NS
Relations positives avec les amis	11 (27,5%)	8 (32 %)	NS
Relation de couple positive	6 (15,0%)	1 (4 %)	NS
Relation de couple difficile	9 (22,5%)	0	NS
Problèmes en lien avec la sexualité	18 (45,0%)	11 (44 %)	NS
Agressé sexuellement	13 (32,5%)	5 (20 %)	NS
Absence de réseau social	9 (22,5%)	3 (12 %)	NS
S'isole	10 (25,0%)	4 (16 %)	NS
Bonne compréhension des	33 (82,5%)	15 (60 %)	NS

situations sociales

Expérience du rejet dans différents domaines	8 (20,0%)	10 (40 %)	Chi2 : 4,006, ddl : 1, p : .045
Faible estime de soi	18 (45,0%)	5 (20 %)	Chi2 : 6,600, ddl : 2, p : .037
Trouble de l'humeur	18 (45,0%)	6 (24 %)	NS
Trouble psychotique	5 (12,5%)	2 (8 %)	NS
TPL	8 (20,0%)	1 (4 %)	NS
TDAH	14 (35,0%)	9 (36 %)	NS
TGC	12 (30,0%)	9 (36 %)	NS
Trouble anxieux	10 (25,0%)	4 (16 %)	NS
Trouble de la personnalité	5 (12,5%)	1 (4 %)	NS
TSPS	4 (10,0%)	0	NS
Trouble d'adaptation	7 (17,5%)	1 (4 %)	NS

En plus de ces données, les éléments suivants montrent des variations significatives :

Les hommes ont plus souvent des parents avec des problèmes de santé mentale, DI ou TSA ou problèmes multiples de santé (N=14, 93%) que les femmes (Chi2 : 11,601, ddl : 4, p : .021).

Les femmes ont plus souvent eu des problèmes de santé importants dans le cours de leur vie (N=8, 80 %) que les hommes (Chi2 : 5,988, ddl : 1, p : .014).

Les femmes sont plus souvent sans curatelle (N=7, 58 % des personnes sans curatelle) et les hommes sont plus souvent sous curatelle (N=17, 60 % des personnes sous curatelle) (Chi2 : 1,586, ddl : 3, p : .004).

Les femmes sont plus souvent victimes d'agressions sexuelles (N=10, 55 % des abus) et les hommes, plus souvent abuseurs (N=5, 100 % des abuseurs) ou avec des comportements sexuels inadéquats non violents (N=7, 87 % des comportements sexuels inadéquats) (Chi2 : 18,021, ddl : 5, p : .003).

Les hommes ont plus souvent vécu la mort d'un proche (N=9, 75 % des décès) que les femmes (Chi2 : 10,000, ddl : 4, p : .040).

Ceux qui vivent en milieu familial sont plus jeunes (âge moyen : 24,13, N= 23 – personnes vivant en famille) (F : 3,205, ddl : .009, Eta2 : .249).

Ceux qui ont des relations positives avec les autres sont plus âgés (moyenne d'âge : 30 ans, N= 19 ayant des relations positives avec les autres) (F : 7,487, ddl : 2, p : .001, Eta2 : .195).

Les troubles de l'humeur sont plus présents chez les plus âgés (âge moyen : 35 ans, N=24 de ceux qui ont un trouble de l'humeur) (F : 7,515, ddl : 1, p : .008, Eta2 : .107).

Le TDAH est plus présent chez les plus jeunes (âge moyen : 24 ans, N=23 ayant un TDAH) (F : 13,331, ddl : 1, p : .001, Eta2 : .175).

Les troubles anxieux sont plus présents chez les plus âgés (âge moyen : 38 ans, N=14 ayant des troubles anxieux) (F : 7,680, ddl : 1, p : .007, Eta2 : .109).

#### *a. Accumulation de facteurs de risque*

Le nombre moyen de facteurs de risque est de 2.19 (ET : 1.624). Il n'y a pas de différence dans le nombre de facteurs de risque selon le diagnostic de DI, TSA ou DI+TSA ni selon le fait d'être suicidaire ou non.

Par contre, le nombre de facteurs de risque présents avant la désorganisation est associé à des comportements non suicidaires lors des désorganisations importantes :

- Colère : moyenne = 2,77 (ET : 1,626, F : 6,978, ddl : 1, p : .009).
- Demande d'aide : moyenne = 2,71 (ET : 1,800, F : 9,009, ddl : 1, p : .003).

*b. Humeur des personnes en général (fonctionnement de base)*

Cette section décrit les informations sur le type d'humeur générale des personnes incluses dans l'échantillon (tableau 29).

*Tableau 29 - Humeur générale des personnes (dans le quotidien) – fonctionnement de base*

Élément d'humeur générale	Personnes suicidaires (N total : 40)	Personnes non suicidaires (N total : 25)	Différence
Affect généralement stable dans le temps	11 (27,5 %)	14 (56 %)	Chi2 : 5,280, ddl : 1, p : .022
Affect généralement anxieux	25 (62,5 %)	8 (32 %)	Chi2 : 5,726, ddl : 1, p : .017
Affect généralement agressif, agité	14 (35 %)	4 (16 %)	NS
Affect généralement positif	14 (35 %)	16 (64 %)	Chi2 : 5,206, ddl : 1, p : .023
Présence récurrente d'agressivité verbale	31 (77,5 %)	12 (48 %)	Chi2 : 5,980, ddl : 1, p : .014
Présence fréquente d'agressivité envers les objets	15 (37,5 %)	9 (36 %)	NS
Présence fréquente d'agressivité physique envers les personnes	16 (40 %)	12 (48 %)	NS
Présence fréquente d'agitation	14 (35 %)	10 (40 %)	NS
Présence fréquente de comportements anxieux	34 (85 %)	15 (60 %)	NS
Anxiété en lien avec les changements	18 (45 %)	7 (28 %)	NS
Niveau général de mobilisation satisfaisant	34 (85 %)	20 (80 %)	NS
Comportements oppositionnels fréquents	26 (65 %)	11 (44 %)	NS

Les femmes ont plus souvent un trouble de l'humeur (N=15, 62 % des troubles de l'humeur) que les hommes (Chi2 : 4,925, ddl : 1, p : .026).

Les femmes ont plus souvent un trouble anxieux (N=10, 71 % des troubles anxieux) que les hommes (Chi2 : 5,192, ddl : 1, p : .023).

Les femmes ont plus souvent un affect de type passif (N=3, 100 % des affects passifs) que les hommes (Chi2 : 3,904, ddl : 1, p : .048).

Les niveaux élevés d'anxiété dans le quotidien sont présents seulement chez les personnes plus âgées (âge moyen : 33 ans, N=5 pour qui l'anxiété est très présente dans le quotidien) (F : 11,302, ddl : 1, p : .001, Eta2 : .152).

#### 4.2.7. Éléments en lien avec la DI et le TSA

Les personnes vivant en RAC ou en RI sont plus souvent suicidaires et les personnes vivant en RTF ou en alternance entre milieu familial et institutionnel sont moins souvent suicidaires dans notre échantillon d'adultes (Chi2 : 15.216, ddl : 6, p : .019).

Le tableau 30 décrit différents éléments en lien avec la DI ou le TSA et leurs liens avec le fait d'avoir eu ou non des MAAS.

*Tableau 30 - Éléments associés à la DI ou au TSA qui peuvent avoir un lien avec le fait d'être suicidaire*

<b>Facteur</b>	<b>Personnes suicidaires (N total : 40)</b>	<b>Personnes non suicidaires (N total : 25)</b>	<b>Différence</b>
Capacité de planification en général faible	5 (15,5 %)	6 (24 %)	Non sign.
Capacité d'expression verbale	32 (80 %)	18 (72 %)	Non sign.
Bonne capacité d'expression des émotions	36 (90 %)	13 (52 %)	Chi2 : 14,851, ddl : 3, p : .002
Bonne capacité d'exprimer ses besoins	37 (92,5 %)	16 (64 %)	Chi2 : 8,192, ddl : 2, p : .017
Bonne capacité de lecture	32 (80 %)	24 (96 %)	Chi2 : 7,744, ddl : 2, p : .021
Bonne capacité d'écriture	32 (80 %)	20 (80 %)	Chi2 : 9,171, ddl : 2, p : .010
Bonne compréhension du langage	22 (55 %)	10 (40 %)	Non sign.
Bonne autonomie	38 (95 %)	20 (80 %)	Non sign.
Rigidité cognitive	31 (77,5 %)	23 (92 %)	Non sign.
Faible capacité d'adaptation	19 (47,5 %)	9 (36 %)	Non sign.
Bonne capacité de résolution de problèmes	31 (77,5 %)	17 (68 %)	Non sign.
Bonne notion du temps	37 (92,5 %)	22 (88 %)	Chi2 : 9,129, ddl : 2, p : .010

En plus de ces données, les éléments suivants ont des variations significatives :

Les femmes ont plus de compétences pour exprimer leurs besoins (N=23, 62 % des personnes capables de bien exprimer leurs besoins) que les hommes (Chi2 : 7,930, ddl : 2, p : .019).

Les femmes ont de meilleures capacités de compréhension du langage (N=19, 59 % des personnes comprenant bien et très bien les autres) que les hommes (Chi2 : 7,850, ddl : 3, p : .049).

La capacité de planification en général s'améliore avec l'âge (âge moyen : 41 an, N=10 de ceux qui ont une bonne capacité de planification) (F : 4,638, ddl : 2, p : .013, Eta2 : .134).

La capacité de comprendre le langage s'améliore avec l'âge (âge moyen de ceux qui ont une bonne / très bonne capacité à comprendre : 35 ans, N=32) (F : 3,117, ddl : 3, p : .033, Eta2 : .133).

La rigidité cognitive diminue avec l'âge (âge moyen de ceux qui n'ont pas de rigidité cognitive problématique : 35, N=37) (F : 11,236, ddl : 2, p : .000, Eta2 : .283).

### 4.3. Les comportements suicidaires chez les mineurs

Cette seconde section concerne les comportements suicidaires et leurs déterminants chez les mineurs de notre échantillon.

#### 4.3.1. Échantillon

##### a. Individus

Dans notre échantillon, nous avons N=35 jeunes de moins de 18 ans. Ces jeunes sont :

- Suicidaires (N=18, 51,4 %) et non suicidaires (N=17, 48,6 %);
- Des garçons (N=32, 91,4 %) et peu de filles (N=3, 8,6 %);
- Âge moyen = 12.57 (ET : 3,156).

Le groupe est principalement composé de garçons TSA (N= 27, 77,1 %), et les TSA sont plus jeunes (âge moyen = 11,64 ans, ET = 2,831) que les DI (âge moyen = 16,33 ans, ET = 0,516, F : 8,876, ddl : 2, p : .001).

Les groupes de jeunes suicidaires et non suicidaires sont comparables. En effet, il n'y a pas de différences dans :

- La présence de comportements suicidaires selon le diagnostic (DI, TSA ou DI+TSA, tableau 31)
- Le sexe
- L'âge
- La présence de troubles de santé mentale
- La présence de TDAH

*Tableau 31 - Répartition du groupe jeunes en fonction du diagnostic et du fait d'être suicidaire ou non suicidaire*

	Suicidaire	Non suicidaire	Total
DI	4 (22,2%)	2 (11,7%)	6 (17,1%)
TSA	14 (77,8%)	14 (82,4%)	28 (80,0%)
DI+TSA	0	1 (5,9%)	1 (2,9%)
Total	18 (51,4%)	17 (48,6%)	35 (100%)
Non sign.			

Cinq jeunes ont eu au moins un épisode de MAAS identifié comme une tentative de suicide (tableau 32).

Tableau 32 - Type de désorganisations chez les jeunes

	Effectifs	Pourcentage
Pas de MAAS	17	48,7
Idéations suicidaires	13	37,0
TS	5	14,3
Total	35	100,0

Seulement six mineurs suicidaires n'ont fait qu'un épisode de MAAS dans la période de deux ans couverte par l'étude. Les autres ont vécu au moins deux épisodes de MAAS (N=12). Chez les mineurs également, la récurrence est un enjeu significatif (tableau 33).

Tableau 33 - Fréquence des désorganisations chez les personnes mineures

	Effectifs	Pourcentage
Pas de MAAS	17	48,7
Épisode isolé	6	17,0
Plusieurs épisodes (2 ou plus)	12	34,3
Total	35	100,0

#### b. Épisodes de MAAS et désorganisations sans MAAS

Dans notre échantillon de mineurs, nous avons codé N= 171 désorganisations majeures (suicidaires et non suicidaires), ce qui fait une moyenne de 4,88 par personne.

- Épisodes de MAAS : N= 82
- Désorganisations sans MAAS : N = 89

Le tableau 34 décrit les types de désorganisations selon le diagnostic.

Tableau 34 - Types de désorganisation selon que la personne soit DI, TSA ou DI+TSA

	MAAS	Sans MAAS	Total
DI	24 (60%)	16 (40%)	40
TSA	52(48,1%)	56 (51,9%)	108
DI+TSA	6 (26,1%)	17 (73,9%)	23
Total	82 (47,9%)	89 (52,1%)	171

Chi2 : 6,734, ddl : 2, p : .034

Les mineurs DI+TSA ont fait moins d'épisodes de MAAS que les mineurs DI ou TSA.

Attention : un certain nombre de personnes catégorisées comme adultes dans l'échantillon ont vécu des désorganisations alors qu'ils étaient mineurs. Ces désorganisations sont analysées dans l'échantillon des épisodes vécus par des mineurs, qui fait l'objet de la présente section.

#### 4.3.2. Épisodes de MAAS

Les comportements analysés dans le cadre des épisodes de MAAS sont :

- La communication d'idéations suicidaires (verbale ou non verbale, non accompagnée d'un passage à l'acte)

- La planification suicidaire (communication d'idéations avec des éléments de planification, essentiellement le moyen)
- La tentative de suicide (passage à l'acte, peu importe le niveau de danger; peut survenir avec ou sans verbalisations suicidaires)

Nous avons analysé N=82 épisodes de MAAS.

*a. Communication des idéations suicidaires*

Des verbalisations suicidaires sont présentes dans N=71 épisodes de MAAS (86,6 %, tableau 35).

*Tableau 35 - Communication d'idéations suicidaires selon que la personne soit DI, TSA ou DI+TSA*

	DI	TSA	DI+TSA	Total
Pas de verbalisations	19 (47,5%)	63 (58,3%)	18(8,2%)	100 (58.4%)
Communications verbales directes	10 (25%)	26 (24,1%)	2 (8,7%)	38 (22.2%)
Communications verbales indirectes	3 (7,5%)	4 (3,7%)	0	7 (4.1%)
Communications par écrit	0	1 (0,9%)	0	1 (0.5%)
Communications suicidaires mais sans précision	0	4 (3,7%)	0	4 (2.3%)
Communications verbales mais sans précision	7 (17,5%)	9 (8,3%)	1 (4,3%)	17 (9.9%)
Communications suicidaires par écrit et verbalement	1 (2,5%)	1 (0,9%)	2 (8,7%)	4 (2.3%)
<b>Total</b>	<b>40 (100%)</b>	<b>108 (100%)</b>	<b>23 (100%)</b>	<b>171 (100%)</b>

Non sign.

*b. Planification suicidaire*

La planification suicidaire chez les mineurs comprend l'identification d'un moyen dans N=23 (28,0 %) des épisodes de MAAS (tableau 36).

*Tableau 36 - Identification d'un moyen lors des verbalisations suicidaires selon que la personne ait une DI, un TSA ou DI+TSA*

	N'identifie pas de moyen	Identifie un moyen	Total
DI	29 (72,5%)	11 (27.5%)	40
TSA	97 (89,8%)	11 (10.2%)	108
DI+TSA	22 (95,6%)	1 (4.4%)	23
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>23</b>	<b>171</b>

Chi2 : 9,409, ddl : 2, p : .009

Les mineurs avec une DI identifient plus souvent un moyen lors de leurs verbalisations suicidaires (tableau 36) et des moyens accessibles (tableau 37).

*Tableau 37 - Accessibilité du moyen envisagé lors de la planification lors des épisodes de MAAS en fonction du diagnostic (DI, TSA ou DI+TSA)*

	DI	TSA	DI+TSA	Total
Pas de moyen envisagé	30 (75%)	101 (93,5%)	22 (95,6%)	153 (89.5%)
Moyen identifié, accessible dans le quotidien	8 (20,5%)	6 (5,5%)	1 (4,4%)	15 (8.8%)

Moyen identifié, accessible, mais demande une démarche	1 (2,5%)	1 (1%)	0	2 (1.1%)
Moyen identifié, pas réalitement accessible	1 (2,5%)	0	0	1 (0.6%)
Total	40 (100%)	108 (100%)	23 (100%)	171
Chi2 : 12,972, ddl : 6, p : .043				

Les planifications suicidaires des mineurs n'ont pas inclus d'information sur un moment ou un lieu.

### c. Tentatives de suicide

Cette section décrit la présence et les caractéristiques des TS (tableau 38)

Tableau 38 - Types de MAAS au suicide en fonction du diagnostic

	Désorganisation sans MAAS	idéations suicidaires seulement	Tentative de suicide	Total
DI	18 (45%)	20 (50%)	2 (5%)	40 (100%)
TSA	59 (55%)	40 (37%)	9 (8%)	108 (100%)
DI+TSA	17 (74%)	5 (22%)	1 (4%)	23 (100%)
Total	94 (55%)	65 (38%)	12 (7%)	171 (100%)

Dans l'échantillon des mineurs, nous avons identifié 12 tentatives de suicide, représentant 16,9 % des épisodes de MAAS.

Les dossiers contenaient très peu d'information sur la planification du passage à l'acte. Seulement six tentatives ont semblé être des gestes impulsifs (tous des TSA). Nous avons également très peu d'information sur les moyens utilisés lors de ces tentatives, outre que deux mineurs ont utilisé la strangulation et quatre, une arme blanche.

### 4.3.3. Comportements non suicidaires lors des désorganisations chez les mineurs

Cette section décrit les comportements observés lors des désorganisations (tableau 39), que la personne soit suicidaire ou non (tableau 40). Elle vise à identifier des patterns de désorganisation accompagnant plus fréquemment un épisode de MAAS chez les jeunes DITSA.

Les données décrites dans cette section sont probablement sous-estimées, mais elles nous donnent une bonne indication de ce qui se produit lors des désorganisations majeures.

Tableau 39 - Comportements observés lors des désorganisations majeures (facteurs présent 10 fois et plus dans l'échantillon)

Facteur	Épisode de MAAS N=82	Désorganisation sans MAAS N=89	Différence
Fugue	11 (13,4 %)	8 (9 %)	Non Sign
Communique ses émotions	11 (13,4 %)	11 (12,3 %)	Non sign

Manifestations comportementales et neurovégétatives	10 (12,2 %)	13 (14,6 %)	Non Sign
Agression physique contre les personnes	8 (9,7 %)	31 (34,8 %)	15,242, ddl : 1, p : .000
Agression physique contre les objets	15 (18,3 %)	22 (24,7 %)	Non Sign
Agression verbale	28 (34,1 %)	28 (31,5 %)	Non Sign
Comportement intrusif	8 (9,7 %)	10 (11,2 %)	Non Sign
Blessure sur soi	9 (10,9 %)	4 (4,5 %)	Non Sign
Autodénigrement	6 (7,3 %)	8 (9 %)	Non Sign

Nous avons effectué une analyse plus détaillée ou nous avons comparé les épisodes de MAAS et les désorganisations sans MAAS chez les jeunes suicidaires afin d'identifier des différences potentielles entre les types de désorganisations vécues par les jeunes (tableau 40).

Tableau 40 - Comportements observés lors des désorganisations majeures selon que le jeune soit suicidaire ou non

	<b>Épisode de MAAS (N=82)</b>	<b>Désorganisation sans MAAS par une personne suicidaire (N=33)</b>	<b>Désorganisation sans MAAS par une personne non suicidaire (N=56)</b>	<b>Différence</b>
Fugue	11 (13,4 %)	3 (9,1 %)	5 (8,9 %)	Non Sign
Communique ses émotions	11 (13,4 %)	8 (24,2 %)	3 (5,3 %)	Chi2 : 6,648, ddl : 2, p : .036
Agressivité physique contre des personnes	8 (9,7 %)	10 (30,3 %)	21 (37,5 %)	Chi2 : 15,853, ddl : 2, p : .000
Agressivité physique contre les objets	15 (18,3 %)	10 (30,3 %)	12 (21,4 %)	Non sign
Agressivité verbale	28 (34,1 %)	13 (39,4 %)	15 (26,8 %)	Non sign
Comportement intrusif non sexuel et non violent	8 (9,7 %)	1 (3 %)	9 (16,1 %)	Non Sign
Blessure auto infligée sans histoire d'automutilation	9 (10,9 %)	3 (9 %)	1 (1,8 %)	Non sign
Comportement auto agressif contre soi (insultes, cesse de manger)	6 (7,3 %)	6 (18,2 %)	2 (3,6 %)	Chi2 : 6,055, ddl : 2, p : .048

#### 4.3.4. Signes avant-coureurs des épisodes de MAAS chez les mineurs

Ces signes avant-coureurs sont associés aux changements émotionnels, cognitifs ou comportements observables dans les heures ou jours précédant l'épisode de MAAS identifié.

##### a. Les comportements avant-coureurs

Cette section décrit les signes comportementaux accompagnant une désorganisation majeure (tableau 41).

Tableau 41 - Les comportements avant-coureurs des désorganisations

Facteur	Épisode de MAAS N=82	Désorganisations sans MAAS N=89	Différence
Communique ses émotions	11 (13,4 %)	11 (12,3 %)	Non sign
Demande de l'aide	9 (11 %)	3 (3,4 %)	Chi2 : 3,783, ddl : 1, p : .049
S'isole	1 (1,2 %)	4 (4,5 %)	Non sign
S'enfuit, fait une fugue ou menace de faire une fugue	11 (13,4 %)	8 (9 %)	Non sign
Manifestations comportementales	10 (12,2 %)	13 (14,6 %)	Non sign

##### b. Contexte émotionnel lors des désorganisations chez les mineurs

Cette section décrit les émotions associées aux désorganisations majeures en général (tableau 42) et selon que le jeune soit suicidaire ou non (tableau 43).

Tableau 42 - Contexte émotionnel lors des désorganisations (facteurs présent 10 fois ou plus) selon le type de désorganisation

Facteur	Épisode de MAAS N=82	Désorganisations sans MAAS N=89	Différence
Fixation	1 (1,2 %)	8 (9 %)	Chi2 : 5,167, ddl : 1, p : .023
Perte d'intérêt	6 (7,3 %)	5 (5,6 %)	Non sign
Sentiment d'incompétence	8 (9,7 %)	3 (3,3 %)	Non sign
Dégradation de l'humeur	13 (15,8 %)	5 (5,6 %)	Chi2 : 4,748, ddl : 1, p : .029
Anxiété	11 (13,4 %)	24 (26,9 %)	Chi2 : 4,815, ddl : 1, p : .028
Frustration	13 (15,8 %)	12 (13,5 %)	Non sign

Colère	16 (19,5 %)	14 (15,7 %)	Non sign
Peur	6 (7,3 %)	7 (7,8 %)	Non sign

Tableau 43 - Contexte émotionnel lors des désorganisations selon le type de désorganisation et le fait d'être une personne suicidaire ou non suicidaire

	Épisode de MAAS (N=82)	Désorganisation sans MAAS par une personne suicidaire (N=33)	Désorganisation sans MAAS par une personne non suicidaire (N=56)	Différence
Demande d'aide	9 (11 %)	3 (9,1 %)	0	Chi2 : 6,413, ddl : 2, p : .041
Fixation	1 (1,2 %)	2 (6,1 %)	6 (10,7 %)	Chi2 : 6,068, ddl : 2, p : .048
Perte d'intérêt	6 (7,3 %)	5 (15,1 %)	0	Chi2 : 8,124, ddl : 2, p : .017
Sentiment d'incompétence	8 (9,7 %)	2 (6,1 %)	1 (1,8 %)	Non sign
Dégradation de l'humeur	13 (15,8 %)	2 (6,1 %)	3 (5,3 %)	Non sign
Anxiété	11 (13,4 %)	9 (27,3 %)	15 (26,8 %)	Non sign
Frustration	13 (15,8 %)	3 (9,1 %)	9 (16,1 %)	Non sign
Colère	16 (19,5 %)	7 (21,2 %)	7 (12,5 %)	Non sign

#### 4.3.5. Déclencheurs et moments critiques des épisodes de MAAS et désorganisations sans MAAS

Cette section décrit les déclencheurs potentiels associés aux désorganisations avec ou sans MAAS (tableau 44). Ici encore, nous avons probablement un enjeu de sous-estimation des déclencheurs et moments critiques des désorganisations.

Tableau 44 - Éléments déclencheurs de la désorganisation (facteurs présent 10 fois ou plus)

Facteur	Épisode de MAAS N=82	Désorganisation sans MAAS N=89	Différence
Vit dans sa famille	40 (48,8 %)	66 (74,1 %)	Chi2 : 11,664, ddl : 1, p : .011
Vit en institution	23 (28 %)	6 (6,7 %)	Chi2 : 13,522, ddl : 1, p : .000
Contexte aggravant	25 (30,5 %)	16 (18 %)	Non sign.
Refus	8 (9,7 %)	4 (4,5 %)	Non sign.
Entrave	19 (23,2 %)	10 (11,2 %)	Chi2 : 4,317, ddl : 1, p : .038

Conflit	20 (24,4 %)	19 (21,3 %)	Non sign.
Changement	23 (28 %)	41 (46,1 %)	Chi2 : 5,917, ddl : 1, p : .015
Anticipation	10 (12,2 %)	14 (15,7 %)	Non sign.
Intimidation	11 (13,4 %)	3 (3,4 %)	Chi2 : 5,728, ddl : 1, p : .017
Rejet	17 (20,7 %)	6 (6,7 %)	Chi2 : 7,176, ddl : 1, p : .007
Problèmes de couple	15 (18,3 %)	3 (3,4 %)	Chi2 : 10,090, ddl : 1, p : .001
Problèmes avec la sexualité	6 (7,3 %)	5 (5,6 %)	Non sign.
Évènement annuel	11 (13,4 %)	3 (3,4 %)	Chi2 : 5,728, ddl : 1, p : .017
Problème avec la médication	5 (6,1 %)	5 (5,6 %)	Non sign.
TGC	19 (23,2 %)	24 (26,9 %)	Non sign.

Nombre moyen de déclencheurs lors des désorganisations : 2.32 (ET=1.643).

Il n’y a pas de différence dans le nombre déclencheurs entre les épisodes de MAAS et sans MAAS. Cependant, certains facteurs semblent plus significatifs que d’autres pour les jeunes.

Les personnes ayant une DI ont en moyenne moins de déclencheurs que ceux qui n’ont pas de DI (m=2.00 pour DI contre m=2.36 pour les autres, non sign. mais p= .056).

#### 4.3.6. Pattern habituel de désorganisation des mineurs

Les éléments décrits dans cette section sont issus de l’analyse du fonctionnement habituel des jeunes.

Cette section vise à décrire les comportements que la personne a lors des désorganisations que nous avons catégorisées comme habituelles, c’est-à-dire qui n’ont pas nécessité une intervention majeures inscrite au dossier clinico-administratif.

##### a. Automutilation

Les comportements d’automutilation ont été notés dans les dossiers de 10 mineurs (28,6 %), plus souvent chez les jeunes suicidaires (N=8) que non suicidaires (N=2, Chi2 : 4,575, ddl : 1, p : .037).

De plus, on retrouve plus de comportements d’automutilation chez les TSA (80 %) que chez les DI et DI+TSA (Chi2 non sign.)

##### b. Comportements durant les désorganisations habituelles

La plupart des jeunes de notre échantillon vivent régulièrement des désorganisations comportementales (N=31, 88.6 %). Cependant, leurs comportements sont rarement décrits en détail dans les dossiers (tableau 45).

Tableau 45 - Comportements recensés lors des désorganisations habituelles des mineurs (facteurs apparaissant au moins six fois dans l'échantillon)

	Personnes suicidaires (N=18)	Personnes non suicidaires (N=25)	Différence
Agitation	5 (27,8 %)	4 (16 %)	Non sign
Agressivité	6 (33,3 %)	5 (20 %)	Non sign
Violence contre des objets	7 (38,9 %)	4 (16 %)	Non sign
Violence contre des personnes	3 (16,7 %)	3 (12 %)	Non sign
Menaces	6 (33,3 %)	4 (16 %)	Non sign
Refus de faire quelque chose	4 (22,2 %)	2 (8 %)	Non sign

La violence contre les personnes est plus présente chez les TSA (5/6, Chi2 : 6,085, ddl : 2, p : .048). Refuser de faire quelque chose apparaît plus souvent chez les TSA (5/6, Chi2 : 6,085, ddl : 2, p : .048).

#### c. Sources habituelles de désorganisation

Cette section décrit les déclencheurs habituels de désorganisations ne nécessitant pas une intervention spécifique sortant des plans d'action habituels (tableau 46).

Tableau 46 - Sources des désorganisations habituelles des mineurs (facteurs apparaissant au moins six fois dans l'échantillon)

	Personnes suicidaires (N=18)	Personnes non suicidaires (N=25)	Différence
Imprévu	6 (33,3 %)	7 (28 %)	Non sign
Frustration	6 (33,3 %)	7 (28 %)	Non sign
Imposition de limites	10 (55,5 %)	5 (20 %)	Non sign
Conflits	4 (22,2 %)	3 (12 %)	Non sign
Rejet	9 (50 %)	4 (16 %)	Non sign

- Seuls les TSA se sont désorganisés suite à un rejet (N=13; 37,1% de l'échantillon, Chi2 non sign.).

#### 4.3.7. Facteurs distaux associés aux épisodes de MAAS chez les mineurs

Cette section décrit les facteurs distaux associés au risque suicidaire, tels que recensés dans le fonctionnement général de la personne (tableau 47).

Tableau 47 - Facteurs de risque distaux en fonction du fait que le mineur est suicidaire ou pas

	<b>Personne suicidaire N=18</b>	<b>Personne non suicidaire N=17</b>	<b>Différence</b>
Cheminement scolaire problématique	12 (66,7%)	3 (17,6%)	Chi2 :7,744, ddl :1, p :.005
Aucune occupation impliquant un contact social	11 (61,1%)	5 (29,4%)	NS
Avoir une personne suicidaire dans son entourage	7 (38,9%)	1 (5,9%)	Chi2 :7,644, ddl :2, p :.022
Conflits avec la famille	9 (50%)	4 (23,5%)	NS
Décès dans la famille	4 (22,2%)	4 (23,5%)	NS
Relations sociales négatives ou absence de relations	12 (66,7%)	12 (70,6%)	NS
Agressé sexuellement	3 (16,7%)	1 (5,9%)	NS
Problèmes en lien avec la sexualité	5 (27,8%)	4 (23,5%)	NS
Exprime un sentiment de rejet	11 (61,1%)	5 (29,4%)	NS
Faible estime de soi	15 (83,3%)	2 (11,7%)	Chi2 : 15,312, ddl :2, p :.000
Avoir vécu la mort d'une personne proche	8 (44,4%)	4 (23,5%)	NS
Trouble de l'humeur	3 (16,7%)	1 (5,9%)	NS
TDAH	13 (72,2%)	13 (76,5%)	NS
TGC	4 (22,2%)	5 (29,4%)	NS
Trouble anxieux	9 (50%)	3 (17,6%)	Chi2 :4,062, ddl :1, p :.044
Trouble d'adaptation	3 (16,7%)	1 (5,9%)	NS

Les jeunes TSA non suicidaires ont plus souvent une expérience positive de leur scolarité (Chi2 : 9,583, ddl : 4, p : .048) que les jeunes suicidaires

Les jeunes TSA ont plus souvent une bonne stabilité résidentielle (Chi2 : 28,755, ddl : 4, p : .000) et ils vivent plus souvent chez leurs parents (Chi2 45,045, ddl : 6, p : .000) que les jeunes DI

Seuls les jeunes DI sont en couple ou ont été en couple (Chi2 : 23,140, ddl : 6, p : .001) et sont actifs sexuellement (Chi2 : 23,500, ddl : 6, p : .001) et cette sexualité est associée aux MAAS (Chi2 : 34,052, ddl : 12, p : .001)

Les jeunes DI sont les seuls à avoir subi des agressions sexuelles (4/6, Chi2 : 21,828, ddl : 2, p : .000) et, sur les quatre cas de victimes d'agression sexuelle, trois sont suicidaires.

#### 4.3.8. Facteurs de risque associés aux caractéristiques de la DI et du TSA

Cette section décrit les éléments liés à la DI ou un TSA pouvant varier selon que le jeune soit suicidaire ou non (tableau 48)

Tableau 48 - Facteurs associés à la DI ou au TSA en fonction du fait que le mineur est suicidaire ou pas

	<b>Personne suicidaire N=18</b>	<b>Personne non suicidaire N=17</b>	<b>Différence</b>
Bonne notion du temps	5 (27,8%)	0	Non sign
Affect de type anxieux	10 (55,5%)	6 (35,3%)	Non sign
Affect de type agité, agressif	10 (55,5%)	9 (52,9%)	Non sign
Trouble du sommeil	2 (11,1%)	7 (41,2%)	Chi2 :4,137, ddl : 1, p :.042
Comportements d'opposition réguliers (Plus d'une fois par semaine)	13 (72,2%)	12 (70,6%)	Non sign
Automutilation	8 (44,4%)	2 (11,7%)	Chi2 : 4,219, ddl : 1, p :.040
Parents collaborant bien avec les services	2 (11,1%)	7 (41,2%)	Chi2 : 9,279, ddl : 2, p :.010
Épuisement familial	10 (55,5%)	5 (29,4%)	Non sign
Bonnes relations du jeune avec le personnel	18 (100%)	14 (82,3%)	Non sign
Expression verbale	13 (72,2%)	7 (41,2%)	Non sign
Capacité moyenne ou bonne d'exprimer ses émotions	10 (55,5%)	5 (29,4%)	Non sign
Difficultés de compréhension des situations sociales	13 (72,2%)	10 (58,8%)	Non sign
Rigidité cognitive	11 (61,1%)	13 (76,5%)	Non sign
Faible capacité d'adaptation	9 (50%)	8 (47%)	Non sign
Grande impulsivité	13 (72,2%)	9 (52,9%)	Non sign
Trouble du langage	1 (5,5%)	10 (58,8%)	Chi2 :11,511, ddl : 1, p :.001
Humeur relativement stable dans le temps	8 (44,4%)	4 (23,5%)	Non sign
Présence régulière de désorganisations importantes dans le quotidien	17 (94,4%)	14 (82,3%)	Non sign

Les jeunes TSA ont plus de difficultés d'expression des émotions (Chi2 : 23,552, ddl : 6, p : .001), mais sont plus capables d'exprimer leurs besoins (Ch2 : 10,551, ddl : 4, p : .032) que les jeunes DI;

Les jeunes TSA ont de meilleures capacités de lecture (Chi2 : 19,051, ddl : 4. P : .001) et d'écriture (Chi2 : 18,257, ddl : 4, p : .001), alors que les DI ont une meilleure capacité à dessiner (Chi2 : 16,587, ddl : 6, p : .011);

Les jeunes TSA ont une meilleure capacité de compréhension (Chi2 : 10,255, ddl : 4, p : .036) que les jeunes DI;

Les jeunes DI ont plus souvent un trouble de l'humeur ( $\chi^2 : 10,655$ , ddl : 2,  $p : .005$ ) et un trouble de l'attachement ( $\chi^2 : 21,828$ , ddl : 2,  $p : .000$ ) que les jeunes TSA.

#### 4.4. Comparaison des personnes adultes et mineures suicidaires

Cette section vise à synthétiser les différences et similitudes observées entre les mineurs et les majeurs suicidaires dans le but d'identifier les éléments importants à la formulation des recommandations pour le développement d'outils cliniques d'estimation du risque suicidaire (tableau 49).

Tableau 49 - Étude comparative des résultats issus de l'analyse des groupes mineurs et majeurs

Facteur de comparaison	Caractéristiques principales observées chez les mineurs	Caractéristiques principales observées chez les majeurs	Différences et similitudes pertinentes entre adultes et jeunes
MAAS	<p>Personnes DI = 17%</p> <p>TS = 27,8% des personnes suicidaires</p> <p>Épisode isolé = 33,3% des personnes suicidaires</p> <p>Communication suicidaire = 86,6% des épisodes de MAAS</p> <p>Planification suicidaire (moyen) = 28% des épisodes de MAAS</p> <p>TS = 17% des épisodes de MAAS</p>	<p>Personnes DI = 55%</p> <p>TS = 42,5% des personnes suicidaires</p> <p>Épisode isolé = 15% des personnes suicidaires</p> <p>Communication suicidaire = 88,9% des épisodes de MAAS</p> <p>Planification suicidaire (moyen) = 21,6% des épisodes de MAAS</p> <p>TS = 7,8% des épisodes de MAAS</p>	<p>La proportion de DI est plus importante chez les adultes et celle de TSA est plus importante chez les mineurs dans notre échantillon. Les mineurs sont plus souvent de jeunes garçons TSA et les majeurs des femmes DI</p> <p>Les mineurs font plus de TS que les majeurs</p> <p>Les DI planifient plus et font des planifications plus réalistes que les TSA (possiblement à cause de l'âge plus élevé des DI)</p>
Comportements non suicidaires lors des désorganisations	<p>Agressivité physique = 9,7% des épisodes de MAAS</p>	<p>Agressivité physique = 12,9% des épisodes de MAAS</p>	<p>L'agressivité physique contre des personnes est peu présente lors des épisodes de MAAS chez les jeunes et les adultes et constitue le seul comportement discriminant les épisodes de MAAS et non suicidaires chez les adultes et chez les jeunes</p>
Signes avant-coureurs de l'épisode de MAAS	<p>Dégradation de l'humeur</p> <p>Seules les jeunes suicidaires ont une perte d'intérêts avant la</p>	<p>Il y a peu de signes distinctifs de l'état émotionnel des adultes avant un épisode de MAAS, sauf une augmentation de l'anxiété, une perte d'intérêt, de la</p>	<p>L'insécurité est plus présente chez les jeunes que chez les adultes avant les désorganisations</p> <p>L'anxiété est plus présente chez les adultes que</p>

Facteur de comparaison	Caractéristiques principales observées chez les mineurs	Caractéristiques principales observées chez les majeurs	Différences et similitudes pertinentes entre adultes et jeunes
	désorganisation (suicidaire ou non)	confusion. Les TSA ont plus souvent des fixations et les DI des hallucinations avant un épisode de MAAS	chez les jeunes avant une désorganisation  Les types d'émotions et perceptions sont sensiblement différents entre adultes et jeunes
Éléments déclencheurs et moments critiques	Vivre en famille est un facteur de protection contre les épisodes de MAAS  Vivre en institution, vivre une entrave à sa liberté, vivre de l'intimidation et du rejet, être en couple sont des moments critiques	Conflits interpersonnels, problèmes de couple, évènements annuels	Les éléments déclencheurs sont plus homogènes chez les jeunes que chez les adultes  Les évènements annuels devraient faire l'objet d'un accompagnement particulier afin de réduire le risque de MAAS
Facteurs de risque distaux	Facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cheminement scolaire difficile</li> <li>- Avoir une personne suicidaire dans l'entourage</li> <li>- Faible estime de soi</li> <li>- Agressions sexuelles</li> </ul> Facteurs de protection : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles du langage</li> <li>- Bonne collaboration des parents avec les intervenants</li> </ul>	Facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérience négative de la scolarité</li> <li>- Avoir 2 personnes ou plus suicidaires dans l'entourage</li> <li>- Faible estime de soi</li> </ul>	Le lien avec le suicide dans l'entourage semble plus fort chez les jeunes  Nous n'avons pas pu identifier de facteurs de protection chez les adultes
Facteurs en lien avec les problèmes de santé mentale et la DI+TSA	Troubles anxieux  Automutilation	Affect anxieux  Agressivité verbale  Capacités cognitives et d'expressions plus élevées	Il semble que plus les personnes ont un bon fonctionnement cognitif, plus elles ont des comportements suicidaires apparents

#### 4.5. Dans le groupe des personnes suicidaires, analyse des différences entre idéations et tentatives de suicide

Cette section vise à établir s'il existe des différences entre les personnes ayant communiqué des idéations suicidaires et celles ayant fait une tentative de suicide. En d'autres termes, l'objectif est de déterminer s'il est possible d'identifier des facteurs de risque spécifiques à une tentative de suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA.

Nous n'avons pas fait l'analyse en fonction de mineur / majeur, la taille de l'échantillon étant trop petite.

##### 4.5.1. Sous échantillon : les personnes suicidaires (jeunes et adultes)

Cette analyse porte sur les 58 personnes ayant eu au moins un épisode de MAAS dans notre échantillon, qu'il s'agisse de communications suicidaires ou de tentatives de suicide. Ces deux groupes sont comparables au niveau du genre (tableau 50) et du diagnostic (DI, TSA ou DI+TSA, tableau 51).

Tableau 50 - Échantillon des personnes suicidaires (adultes et jeunes) selon le sexe

	Personnes ayant fait des épisodes de MAAS avec IS	Personnes ayant fait des épisodes de MAAS avec au moins une TS	Total
Homme	26 (66,7%)	13 (33,3%)	39 (100%)
Femme	10 (52,6%)	9 (47,4%)	19 (100%)
Total	36 (62,1%)	22 (37,9%)	58 (100%)
Non sign			

Tableau 51 - Échantillon des personnes suicidaires (adultes et jeunes) selon le diagnostic

	Personnes ayant fait des épisodes de MAAS avec IS	Personnes ayant fait des épisodes de MAAS avec au moins une TS	Total
DI	17 (60,7%)	11 (39,3%)	28 (100%)
TSA	13 (61,9%)	8 (38,1%)	21 (100%)
DI+TSA	6 (66,7%)	3 (33,3%)	9 (100%)
Total	36 (62,1%)	22 (37,9%)	58 (100%)
Non sign			

La moyenne d'âge des personnes suicidaires est de 25,83 ans (ET : 14.165). Les personnes ayant fait une tentative sont plus jeunes que celles ayant des idéations suicidaires (tableau 52).

Tableau 52 - Moyennes d'âge des personnes selon le type d'épisodes de MAAS

	Moyenne	N	Écart-type
Personnes ayant fait des épisodes de MAAS avec IS	26,86	36	16,093
Personnes ayant fait des épisodes de MAAS avec au moins une TS	24,14	22	10,398
Total	25,83	58	14,165
F : .501, ddl : 1, p : 482			

#### 4.5.2. Épisodes de MAAS

Les personnes incluses dans ce sous-échantillon ont vécu 251 épisodes de MAAS (moyenne = 2,51 crises par personne) :

- Nombre d'épisodes de MAAS avec idéations suicidaires : 206 – moyenne = 5,7 crises par personne
- Nombre d'épisodes de MAAS avec tentative de suicide : 36 – moyenne = 1,6 crises par personne

Ces épisodes de MAAS se répartissent de manière comparable selon le groupe d'âge (tableau 53), le genre (tableau 54), la présence de DI, TSA ou DI+TSA (tableau 55).

Tableau 53 - Échantillon des épisodes de MAAS selon le genre

	Hommes	Femmes	Total
Idéations suicidaires	131 (63,6%)	75 (36,4%)	206 (100%)
Tentatives de suicide	18 (50%)	18 (50%)	36 (100%)
Total	149 (61.6%)	93 (38,4%)	242 (100%)
Non sign			

Tableau 54 - Échantillon des épisodes de MAAS selon l'âge

	Mineur	Majeur	Total
Idéations suicidaires	65 (32,2%)	137 (67,8%)	202 (100%)
Tentatives de suicide	12 (35,3%)	22 (64,7%)	34 (100%)
Total	77 (32.6%)	159 (67,4%)	236 (100%)
Non sign.			

Tableau 55 - Échantillon des épisodes de MAAS selon le diagnostic

	DI	TSA	DI+TSA	Total
Idéations suicidaires	103 (85,1%)	56 (78,9%)	47 (94%)	206 (85.1%)
Tentatives de suicide	18 (14,9%)	15 (21,1%)	3 (6%)	36 (14.9%)
Total	121 (100%)	71 (100%)	50 (100%)	242 (100%)
Non sign sauf pour DI+TSA (Chi2 : 3,921, ddl : 1, p : .048, ont plus souvent des idéations)				

#### 4.5.3. Comportements lors des épisodes de MAAS (IS et TS)

Cette section décrit les comportements non suicidaires apparaissant avant ou durant un épisode de MAAS selon qu'il s'agisse d'IS ou d'une TS (tableau 56).

Tableau 56 - Comportements lors d'un épisode de MAAS distinguant IS et TS

Variable	IS (N=206)	TS (N=36)	Différence
Communique ses émotions	25 (12,1%)	4 (11,1%)	Non sign
Pleure	45 (21,8%)	4 (11,1%)	Non sign

Communique ses besoins	4 (1,9%)	0	Non sign
Demande de l'aide	45 (21,8%)	11 (30,5%)	Non sign
S'isole	7 (3,4%)	0	Non sign
Fugue	14 (6,8%)	5 (13,9%)	Non sign
Autres manifestations comportementales	31 (15%)	2 (5,5%)	Non sign
Absentéisme	10 (4,8%)	1 (2,8%)	Non sign
Agression physique contre des personnes	24 (11,6%)	4 (11,1%)	Non sign
Agression physique contre des objets	35 (17%)	3 (8,3%)	Non sign
Agression verbale	71 (34,5%)	9 (25%)	Non sign
Comportements intrusifs	16 (7,8%)	1 (2,8%)	Non sign
Automutilation	6 (2,9%)	0	Non sign
Blessure	16 (7,8%)	2 (5,5%)	Non sign
Comportements stéréotypés	2 (1%)	2 (5,5%)	Chi2 : 3,962, ddl :1, p : .047
Comportements auto agressifs	15 (7,3%)	1 (2,8%)	Non sign

#### 4.5.4. Contexte émotionnel lors de l'épisode de MAAS (IS et TS)

Cette section identifie les émotions présentes lors des épisodes de MAAS, selon qu'il s'agisse d'IS ou d'une TS (tableau 57).

Tableau 57 - Contexte émotionnel lors de l'épisode de MAAS distinguant IS et TS

Variable	IS (N=206)	TS (N=36)	Différence
Fixations	5 (2,4%)	4 (11,1%)	Chi2 : 6,454, ddl :1, p : .011
Hallucinations	9 (4,4%)	0	Non sign
Perte d'intérêt	22 (10,7%)	1 (2,8%)	Non sign
Confusion	6 (2,9%)	1 (2,8%)	Non sign
Sentiment d'être piégé	8 (3,9%)	0	Non sign
Sentiment d'incompétence	11 (5,3%)	1 (2,8%)	Non sign
Refus de sa différence	5 (2,4%)	0	Non sign
Dégradation de l'humeur	30 (14,5%)	0	Chi2 : 5,985, ddl :1, p : .014
Anxiété	33 (16%)	4 (11,1%)	Non sign
Frustration	27 (13,1%)	2 (5,5%)	Non sign

Colère	34 (16,5%)	4 (11,1%)	Non sign
Déception	4 (1,9%)	0	Non sign
Peur	12 (5,8%)	1 (2,8%)	Non sign
Culpabilité	3 (1,4%)	1 (2,8%)	Non sign
Honte	2 (0,9%)	2 (5,5%)	Chi2 : 3,962, ddl :1, p : .047

#### 4.5.5. Éléments déclencheurs de l'épisode de MAAS (IS et TS)

Cette section décrit les éléments déclencheurs des épisodes de MAAS, selon qu'il s'agit d'IS ou de TS (tableau 58).

Tableau 58 - Déclencheurs distinguant IS et TS

Variable	IS (N=206)	TS (N=36)	Différence
Vit dans son milieu familial	58 (28,1%)	16 (44,4%)	Chi2 : 3,830, ddl :1, p : .050
Vit en institution	84 (40,8%)	12 (33,3%)	Non Sign
Contexte aggravant	56 (27,2%)	8 (22,2%)	Non Sign
Vit un refus	16 (7,8%)	8 (22,2%)	Chi2 : 7,167, ddl :1, p : .007
Entrave à la liberté	31 (15%)	3 (8,3%)	Non sign
Problème avec la justice	10 (4,8%)	0	Non sign
Conflit	61 (29,6%)	10 (27,8%)	Non sign
Changement	65 (31,5%)	7 (19,4%)	Non sign
Changement famille	11 (5,3%)	1 (2,8%)	Non sign
Changement école / travail	19 (9,2%)	1 (2,8%)	Non sign
Changement personne en autorité	24 (11,6%)	2 (5,5%)	Non sign
Changement résidence	22 (10,7%)	3 (8,3%)	Non sign
Anticipation	35 (17%)	4 (11,1%)	Non sign
Agression	5 (2,5%)	2 (5,5%)	Non sign
Intimidation	14 (6,8%)	1 (2,8%)	Non sign
Rejet	36 (17,5%)	4 (11,1%)	Non sign
Problème de couple	30 (14,6%)	4 (11,1%)	Non sign
Problèmes sexuels	13 (6,3%)	2 (5,5%)	Non sign
Évènement annuel	18 (8,7%)	2 (5,5%)	Non sign
Perte, décès	18 (8,7%)	2 (5,5%)	Non sign

Comportement suicidaire d'un proche	5 (2,5%)	2 (5,5%)	Non sign
Problème de médication	32 (15,5%)	6 (16,7%)	Non sign
Trouble de santé physique	13 (6,3%)	5 (13,9%)	Non sign

#### 4.5.6. Facteurs de risque distaux (IS et TS)

Cette section décrit les facteurs de risque distaux pouvant varier, selon que l'épisode de MAAS soit une IS ou une TS (tableau 59). Ces éléments sont issus de l'analyse du fonctionnement général des personnes (N=58).

Tableau 59 - Facteurs de risque distaux distinguant IS et TS

Variable	IS (N=36)	TS (N=22)	Sign
Mauvaise expérience de la scolarité	14 (39%)	9 (40,9%)	Non sign
Aucune occupation avec des contacts sociaux	22 (61%)	15 (68,2%)	Non sign
Plus de 3 occupations seul	30 (83%)	13 (59,1%)	Non sign
Personnes suicidaires dans l'entourage	6 (16,7%)	6 (27,3%)	Non sign
Épuisement familial	9 (25%)	6 (27,3%)	Non sign
Conflits avec la famille	19 (52,8%)	9 (40,9%)	Non sign
Perte de contact avec un membre de la famille	12 (33,3%)	9 (40,9%)	Non sign
Décès dans la famille	5 (13,9%)	7 (21,8%)	Non sign
Conditions économiques difficiles	21 (58,3%)	11 (50%)	Non sign
Change de milieu de vie (parfois, souvent)	9 (25%)	9 (40,9%)	Non sign
Relations négatives avec les pairs ou pas d'amis	23 (63,8%)	13 (59,1%)	Non sign
Avoir eu plusieurs relations de couple	4 (11,1%)	7 (21,8%)	Chi2 :19,410, ddl :5, p :.002
Agressé sexuellement	8 (22,2%)	8 (36,3%)	Non sign
Problèmes en lien avec la sexualité	15 (41,7%)	11 (50%)	Non sign

#### 4.5.7. Facteurs de risque en lien avec la DI ou le TSA et les troubles de santé mentale comorbides

Cette section décrit les éléments associés à la DI ou au TSA (tableau 60) et les éléments associés aux problèmes de santé mentale comorbides (tableau 61) pouvant varier selon que l'épisode de MAAS soit une IS ou une TS

Tableau 60 - Facteurs en lien avec la DITSA distinguant IS et TS

Variable	IS (N=36)	TS (N=22)	Différence
Bonne + moyenne capacité de planification	25 (69,4%)	18 (81,8%)	Non sign
Bonne + moyenne capacité de s'exprimer verbalement	33 (91,7%)	21 (95,4%)	Non sign
Bonne + moyenne capacité d'expression des émotions	30 (83,3%)	21 (95,4%)	Non sign
Bonne + moyenne capacité d'expression des besoins	33 (91,7%)	19 (86,4%)	Non sign
Bonne capacité de lecture	22 (61,1%)	19 (86,4%)	Non sign
Bonne + moyenne capacité d'écriture	29 (80,5%)	19 (86,4%)	Chi2 : 6,601, ddl :2, p : .037
Bons + moyens comportements de socialisation	24 (66,7%)	16 (72,7%)	Non sign
Bonne + moyenne compréhension des situations sociales	29 (80,5%)	17 (77,3%)	Non sign
Vit du rejet	7 (19,4%)	5 (22,7%)	Non sign
Basse estime de soi	19 (52,8%)	14 (63,6%)	Non sign
Bonne autonomie	7 (19,4%)	14 (63,6%)	Chi2 : 11,567, ddl :2, p : .003
Rigidité cognitive problématique	17 (47,2%)	9 (40,9%)	Non sign
Faible capacité d'adaptation	15 (41,7%)	6 (27,3%)	Non sign
Impulsivité élevée	21 (58,3%)	11 (50%)	Non sign
Bonne + moyenne capacité de résolution de problèmes	23 (63,9%)	17 (77,3%)	Non sign
A vécu la mort d'un proche	12 (33,3%)	12 (54,5%)	Non sign
Bonne + moyenne notion du temps	31 (86,1%)	19 (86,4%)	Non sign
Désorganisations	27 (75%)	20 (90,9%)	Non sign
- Violence objets	6 (16,7%)	11 (50%)	Chi2 : 7,323, ddl :1, p : .007
- Fugue	1 (2,8%)	5 (22,7%)	Chi2 : 5,860, ddl :1, p : .015
- Délire	5 (13,9%)	0	Non sign
Sources de désorganisation			
- Imposition de limites	13 (36,1%)	8 (36,6%)	Non sign
- Conflit	9 (25%)	12 (54,5%)	Chi2 : 5,161, ddl :1, p : .023

Tableau 61 - Facteurs en lien avec les problèmes de santé mentale distinguant IS et TS

Variable	IS (N=36)	TS (N=22)	Différence
Troubles de l'humeur	14 (38,9%)	7 (31,8%)	Non sign
Trouble psychotique	6 (16,7%)	1 (4,5%)	Non sign
TPL	4 (11,1%)	4 (18,2%)	Non sign
TDAH	19 (52,8%)	8 (36,3%)	Non sign
TGC	10 (27,8%)	6 (27,3%)	Non sign
Trouble anxieux	14 (38,9%)	5 (22,7%)	Non sign
TSPT	1 (2,8%)	4 (18,2%)	Chi2 : 5,113, ddl :1, p : .043
Trouble d'adaptation	3 (8,3%)	7 (31,8%)	Chi2 : 5,278, ddl :1, p : .022
Humeur relativement changeante	24 (66,7%)	15 (68,2%)	Non sign
Affect anxieux	22 (61,1%)	13 (59,1%)	Non sign
Affect agité, agressif	14 (38,9%)	10 (45,4%)	Non sign
Affect positif	14 (38,9%)	5 (22,7%)	Non sign
Agressivité verbale	27 (75%)	15 (68,2%)	Non sign
Agressivité objets	13 (36,1%)	11 (50%)	Non sign
Agressivité contre les personnes	20 (55,5%)	5 (22,7%)	Chi2 : 6,001, ddl : 1, p : .014
Comportements inadaptés	4 (11,1%)	6 (27,3%)	Non sign
Agitation moyenne au moins hebdomadaire	18 (50%)	10 (45,4%)	Non sign
Anxiété au moins hebdomadaire	33 (91,7%)	19 (86,4%)	Non sign
Hypersensibilité sensorielle	1 (2,8%)	5 (22,7%)	Chi2 : 5,860, ddl : 1, p : .015
Troubles du sommeil	5 (13,9%)	4 (18,2%)	Non sign
Fugues	1 (2,8%)	4 (18,2%)	Chi2 : 4,113, ddl : 1, p : .043
Opposition régulière	27 (75%)	12 (54,5%)	Non sign
Automutilation	9 (25%)	12 (54,5%)	Chi2 : 5,161, ddl :1, p : .023
Automutilation rare	0	9 (40,9%)	Chi2 : 11,121, ddl : 2, p : .004

#### 4.5.8. Synthèse des différences entre IS et TS

Nous pouvons donc identifier quelques différences entre les personnes faisant des communications suicidaires et celles faisant au moins une tentative de suicide pouvant aider à établir des indicateurs de sévérité du danger d'un passage à l'acte (tableau 62).

Tableau 62- Synthèse des comparaisons entre personnes avec communications suicidaires et personnes avec tentatives de suicide

Communications suicidaires	Tentatives de suicide
Plus souvent DI+TSA	Plus jeunes
Plus souvent dégradation de l'humeur	Vivent plus souvent en famille
Plus souvent agressivité contre d'autres personnes (dans le fonctionnement général)	Ont plus souvent des relations de couple Les conflits interpersonnels et les refus sont plus souvent à l'origine des désorganisations Lors des désorganisations importantes, ont plus souvent : comportements stéréotypés, fixations, honte, des comportements violents et des fugues Plus autonomes Plus souvent TSPT, hypersensibilité sensorielle. Sont plus nombreux à faire de l'automutilation, mais en font moins fréquemment

#### 4.6. Identification de facteurs associés à la récurrence des MAAS

Cette section vise à identifier les facteurs potentiellement liés à la récurrence des MAAS sur une période de 2 ans chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Elle porte uniquement sur les données issues du fonctionnement général des personnes suicidaires. Nous n'avons pas distingué les adultes des jeunes, l'échantillon étant trop petit.

##### 4.6.1. Sous-échantillon faisant l'objet de l'analyse

Les analyses ci-dessous portent sur les 58 personnes ayant eu des MAAS dans notre échantillon.

- Nombre de personnes ayant eu un épisode de MAAS isolé (un seul dans le dossier sur une période de deux ans) : 12 (20,7 %).
- Nombre de personnes ayant eu des épisodes de MAAS répétés (deux ou plus sur une période de deux ans) : 46 (79,3 %).

##### 4.6.2. Variables issues du fonctionnement général

Cette section décrit les variables issues du fonctionnement général de la personne pouvant varier en lien avec la récurrence des comportements suicidaires chez les personnes ayant une DI ou un TSA (tableau 63).

Tableau 63 - Fonctionnement général des personnes suicidaires – comparaison entre les personnes ayant vécu un épisode unique et celles ayant vécu plusieurs épisodes de MAAS

Variable	Personnes avec épisode isolé	Personnes avec épisodes répétés	Différence
	N : 12	N : 46	
Âge : majeur	6 (50%)	34 (73,9%)	Non sign
Genre : femmes	2 (16,7%)	17 (36,9%)	Non sign
DI	7 (58,3%)	21 (45,6%)	Non sign
TSA	5 (41,7%)	16 (34,8%)	
DI+TSA	0	9 (19,5%)	
Trois ou + d'occupations seul	10 (83,3%)	33 (71,7%)	Non sign
Relations positives avec les autres	1 (8,3%)	14 (30,4%)	Chi2 : 7,500, ddl : 2, p : .024
Relations négatives avec les autres	7 (58,3%)	29 (63%)	
Agressé sexuellement	2 (16,7%)	14 (30,4%)	Non sign
Bonne capacité d'écriture	6 (50%)	30 (65,2%)	Chi2 : 6,538, ddl : 2, p : .038
Sources de rejet : général, sans cibler une source particulière	1 (8,3%)	7 (15,2%)	Non sign
Avoir vécu la mort naturelle d'un proche	1 (8,3%)	7 (15,2%)	Non sign
TPL	1 (8,3%)	7 (15,2%)	Non sign
TGC	7 (58,3%)	9 (19,5%)	Chi2 : 7,161, ddl : 1, p : .013
Trouble anxieux	6 (50%)	13 (28,3%)	Non sign
TSPT	0	5 (10,8%)	Non sign
Trouble de l'adaptation	1 (8,3%)	9 (19,5%)	Non sign
Trouble de l'humeur	4 (33,3%)	15 (32,6%)	Non sign
Agressivité physique contre soi	4 (33,3%)	1 (2,2%)	Chi2 : 11,730, ddl : 1, p : .005
Comportements inadaptés	4 (33,3%)	6 (13%)	Non sign
Relations et conflits interpersonnels sont une source d'anxiété	0	9 (19,5%)	Non sign
Hypersensibilité sensorielle	0	6 (13%)	Non sign
Comportement lors des désorganisations : agressivité générale	5 (41,7%)	11 (23,9%)	Non sign
Déclencheur habituel de désorganisation : rejet	5 (41,7%)	8 (17,4%)	Non sign

Il y a très peu de différences entre les personnes ayant vécu un seul épisode de MAAS et celles en ayant vécu deux ou plus.

- Les personnes ayant vécu un seul épisode ont plus souvent un TGC et sont plus agressives physiquement que celles en ayant vécu plusieurs.
- Les personnes ayant vécu plusieurs épisodes ont souvent des relations négatives avec les autres et de meilleures capacités d'écriture que celles ayant vécu un épisode isolé.

## 5. Résultats : Analyses qualitatives - les spécificités des personnes ayant fait une tentative de suicide

Cette section vise à identifier s'il existe une ou des trajectoires permettant d'identifier le danger d'une tentative de suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA. En effet, lors des analyses statistiques, nous avons observé quelques différences dans le comportement et dans le fonctionnement général entre les personnes ayant fait une tentative et celles ayant eu des communications suicidaires. Nous voulons maintenant savoir comment ces différences se manifestent dans les quelques jours, semaines ou mois précédant la tentative afin d'identifier des facteurs et des combinaisons de facteurs à considérer lors du repérage des personnes à risque et de l'estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire.

Nous avons fait une analyse qualitative approfondie des données sur les personnes ayant une DI ou un TSA de notre échantillon ayant fait au moins une tentative (fonctionnement de base et ligne de temps). Nous n'avons inclus dans cette analyse que les cas qui apparaissaient assez clairement comme des tentatives de suicide (geste posé, indépendamment de la létalité du moyen). Nous avons exclu de cette analyse les cas où la tentative était simplement mentionnée par l'intervenant ou auto rapportés par l'utilisateur dans le dossier sans aucun détail sur la période la précédant. Nous avons également exclu les cas où un geste visait à communiquer des idées suicidaires, comme faire semblant de s'étrangler.

L'analyse porte sur 13 dossiers de personnes ayant fait au moins une tentative de suicide et sur leur trajectoire dans les mois précédant la dernière tentative apparaissant dans le dossier.

L'analyse qualitative ne nous a pas permis d'identifier de trajectoire spécifique aux personnes DI par rapport à TSA, ni aux adultes par rapport aux mineurs, ni selon le genre.

### 5.1. Principaux facteurs pouvant indiquer une augmentation du danger d'un passage à l'acte suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA

#### 5.1.1. Facteurs de risque distaux

##### a. Humeur générale

Nous avons classé les personnes observées en :

- humeur relativement stable : lorsque la personne se situe généralement dans un même pattern d'expression d'humeur, que ce soit une humeur positive (calme, enjouée) ou négative (agitation, colère, etc.).
- Humeur relativement instable : lorsque le type d'humeur varie souvent chez la personne, dans le temps (quotidiennement ou d'un moment à l'autre), et entre humeur positive et négative.

Toutes les personnes de notre échantillon ayant fait une tentative de suicide avaient une humeur relativement instable dans le temps. En d'autres termes, il est difficile de savoir à quoi s'attendre d'elles à un moment donné, leur humeur pouvant varier assez rapidement.

#### *b. Comportements associés au suicide*

Les usagers ayant fait une tentative de suicide avaient déjà communiqué leurs idées suicidaires auparavant et certains avaient déjà fait une TS. Ces manifestations associées au suicide seraient des indicateurs très importants dans l'estimation du danger d'un passage à l'acte subséquent, comme pour la population générale.

**Implication pour l'intervention :** Cela renforce l'importance de ne pas ignorer les communications associées au suicide et de toujours les prendre au sérieux. Dans l'intervention, il est possible d'agir de façon accueillante et sécurisante sans que l'utilisateur ait l'impression que ses communications suicidaires lui apportent des gains secondaires et sans favoriser la chronicisation du problème.

#### 5.1.2. Facteurs associés au contexte de la tentative de suicide

L'accumulation de situations et d'événements stressants dans différentes sphères de la vie de la personne DITSA, souvent mineurs en apparence (par exemple, conflits avec la famille ou les pairs, changement d'intervenant, de médication, problèmes de couple, difficultés à l'école ou au travail, fatigue, évaluations, déménagement récent ou prévu, sanctions, interdictions, entraves à la liberté, etc.), joue un rôle important comme facteur ayant précédé la tentative de suicide. La tentative survient généralement lors d'un événement mineur (un refus ou une frustration, par exemple), mais qui fait suite à une accumulation d'autres difficultés « apparemment mineures aussi » survenue dans les jours, semaines ou mois précédents. Souvent, ces éléments ont été identifiés à posteriori par les intervenants comme ayant pu contribuer à la tentative.

Il arrive également qu'un événement majeur, comme une perte importante ou un décès, agisse comme facteur précipitant la tentative de suicide, en l'absence d'accumulation d'événements « mineurs ».

**Implications pour l'intervention :** L'intervenant pivot doit s'assurer que les différents acteurs qui constituent le réseau de la personne DITSA se concertent régulièrement afin de voir à ce qu'un équilibre soit maintenu entre la quantité d'événements stressants et les demandes faites à l'utilisateur, en fonction des capacités de l'utilisateur à gérer le stress. Il s'agit également de prendre en compte les difficultés de base dues à son état (DI, TSA, handicap, maladie, trouble mental, etc.) auxquelles il doit faire face au quotidien.

#### 5.1.3. Expériences et préoccupations entourant la mort

Les préoccupations par rapport à la mort semblent avoir une influence sur les comportements associés au suicide. Ces préoccupations peuvent survenir à la suite du décès d'un proche, de la nouvelle du décès d'une personne dans l'entourage plus éloigné (que ce soit par suicide non) ou de l'exposition à des comportements liés à la mort ou au suicide dans les médias. Ces événements peuvent être récents ou plus anciens, car les préoccupations semblent parfois persister dans le temps.

**Implications pour l'intervention :** On peut se demander si le fait de ne pas avoir tout à fait intégré le concept de la mort (irréversible, universel, inévitable) a pu susciter une curiosité persistante relativement à la mort, ou une difficulté à compléter un processus de deuil. Cela pourrait indiquer l'importance de saisir les occasions de parler de la mort quand un décès survient dans l'entourage ou

même dans les médias, afin de vérifier la compréhension que les usagers en ont, de les informer et de recadrer les perceptions et cognitions erronées au besoin.

#### 5.1.4. Facteurs associés aux signes de détresse ou de décompensation avant-coureurs d'une tentative de suicide

Les signes précédant les tentatives de suicide sont souvent l'augmentation ou l'apparition de comportements auto agressifs, ou une détérioration dans les comportements, les cognitions, les affects et les symptômes neuro-végétatifs, ou encore une combinaison de ces signes.

##### *a. Augmentation / apparition de comportements auto agressifs*

L'augmentation ou l'apparition de comportements auto agressifs peuvent être des indicateurs d'un risque de suicide important. Pour les usagers qui ont un pattern habituel de comportements auto agressifs, il faut remarquer l'aggravation de ces comportements. C'est le cas, par exemple, lorsque le moyen pour faire la tentative est le même que celui utilisé habituellement dans les comportements auto agressifs (ex. : se couper, mais cette fois-ci les coupures sont plus sévères et la personne a des verbalisations suicidaires en même temps). Dans d'autres cas, un moyen tout à fait différent est utilisé pour faire la tentative de suicide (ex. : se fait habituellement des coupures ou des égratignures, fait une TS avec des médicaments).

**Implications pour l'intervention :** Il s'agit donc de vérifier, lors de communications suicidaires, quels moyens l'utilisateur a envisagés pour se suicider. Nos données indiquent que les moyens les plus fréquemment utilisés sont ceux qui sont le plus accessibles au moment du passage à l'acte. Il est donc important de limiter l'accès aux moyens et, puisque certains objets potentiellement dangereux sont utilisés au quotidien et ne peuvent pas être éliminés, le niveau de surveillance dans les périodes de plus grande vulnérabilité doit être augmenté. Cela dit, l'intervention pour atténuer la souffrance et susciter l'espoir chez l'utilisateur doit s'ajouter à la vigilance accrue, afin de ne pas limiter l'intervention à une approche strictement sécuritaire.

##### *b. Détérioration dans les comportements, cognitions, affects, symptômes neuro-végétatifs*

La détérioration au niveau des fonctions neurovégétatives (ex. : changements sur le plan de l'appétit, du sommeil, fatigue, problèmes digestifs, etc.) semble également associée aux tentatives de suicide et peut indiquer la présence d'une dépression ou d'un grand désarroi.

Les signes psychologiques (ex. : abattement, prostration, isolement, confusion, perte d'intérêt, démotivation, etc.) sont bien sûr à considérer. La détérioration au niveau des cognitions (fixations, rigidité accrue, pensées obsessionnelles, croyances, etc.) par rapport au fonctionnement habituel est un facteur de risque proximal significatif pouvant indiquer une augmentation du danger de passage à l'acte suicidaire. Néanmoins, l'aggravation des symptômes de certains troubles mentaux (psychose, trouble bipolaire) peut se présenter sans qu'il y ait présence évidente de facteurs associés à l'environnement.

**Implications pour l'intervention :** Ces différents champs de détérioration du fonctionnement de la personne sont importants à prendre en compte dans l'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les dégradations cognitives, neuro-végétatives ou comportementales sont des indicateurs plus fiables du danger de passage à l'acte suicidaire que les changements dans l'humeur chez des personnes qui éprouvent des difficultés à exprimer leurs émotions (humeur dépressive évidente).

### c. Changements de comportements

L'aggravation de l'intensité et de la fréquence d'autres comportements difficiles ou problématiques déjà présents (ex. : agressivité envers les personnes ou les objets, fixations, autodénigrement) est aussi un indice de danger potentiel.

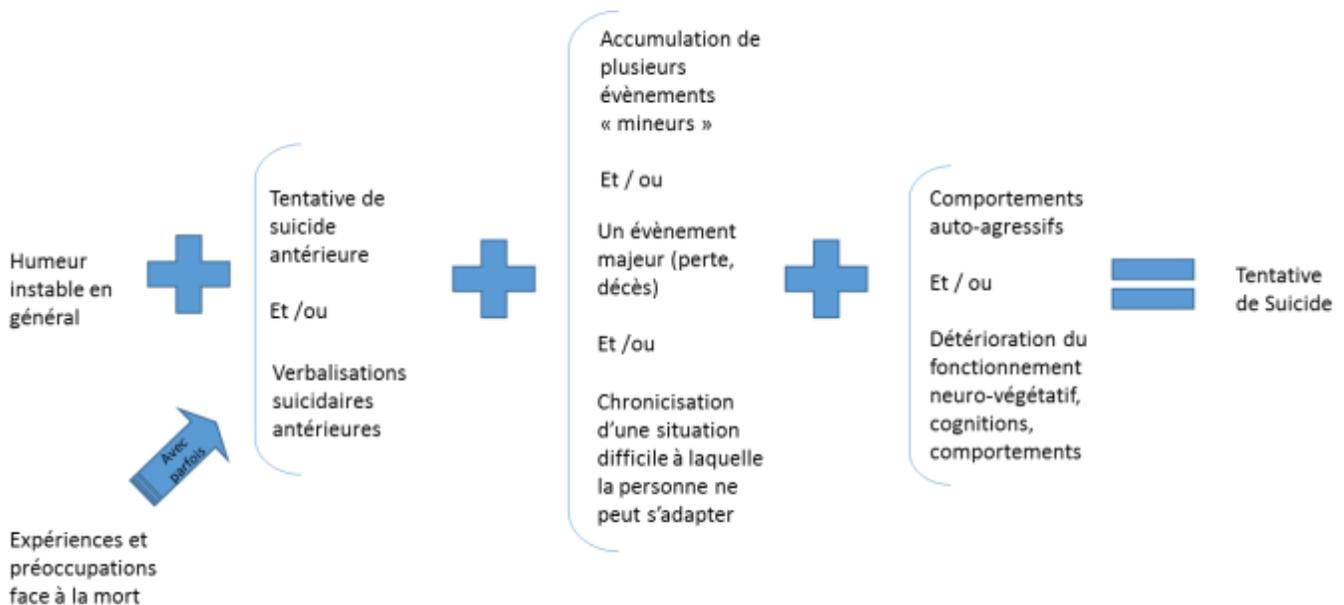
**Implications pour l'intervention :** Même si ce facteur peut être plus difficile à remarquer chez un individu qui a fréquemment des comportements difficiles, il est important de noter l'aggravation et tout changement de comportement en combinaison avec les autres facteurs de risque.

## 5.2. Synthèse

À la suite de ces analyses, nous avons pu identifier trois types de trajectoires ayant précédé des tentatives de suicide.

### 5.2.1. Trajectoire 1 : Accumulation

Certaines personnes ont une combinaison d'accumulation d'évènements « mineurs » et/ou un évènement majeur, des comportements auto agressifs ou une détérioration (comportements, cognitions, ou fonctions neurovégétatives), ainsi que des MAAS antérieures. Elles ont également pu exprimer des préoccupations fréquentes relatives à la mort dans le passé.



### 5.2.2. Trajectoire 2 : Profil classique de l'homme dans la cinquantaine

Cette trajectoire est basée sur un seul cas dans notre échantillon, mais elle nous apparaît significative en ce qu'elle se rapproche beaucoup de ce qui est observé chez les hommes suicidaires entre 40 et 60 ans dans la population générale.

Elle concerne les hommes plus âgés, avec une DI légère et une humeur généralement stable. Le schéma ci-dessous décrit brièvement la trajectoire observée.

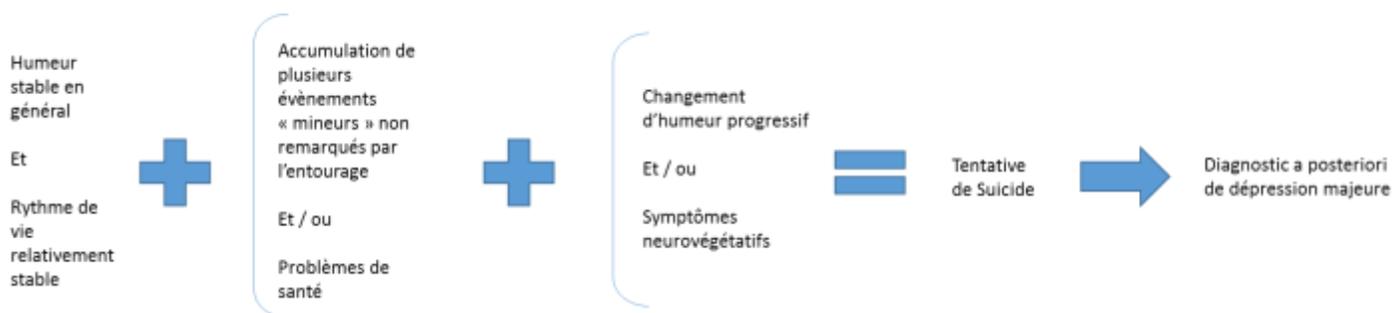


Figure 2 - Trajectoire : Profil classique de l'homme dans la cinquantaine

Ce profil ressemble beaucoup au portrait des hommes de la population neurotypique de ce groupe d'âge, qui se suicident ou qui font une tentative sérieuse et pour lesquels l'entourage indique « n'avoir rien vu venir ». Il est reconnu que chez les hommes correspondant au modèle classique de «socialisation masculine», le risque est plus grand lorsque le désespoir, la détresse ou les signes de dépression passent inaperçus auprès de leur entourage. Un certain nombre d'hommes vieillissants ayant une DI légère sont donc susceptibles de se retrouver dans ce type de trajectoire, même si elle reste rare.

### 5.2.3. Trajectoire 3 : Problématiques multiples rendant l'intégration sociale difficile

Cette trajectoire concerne des personnes plus jeunes, ayant DI légère à modérée, avec des problèmes multiples de comportement et / ou de santé mentale et / ou de personnalité, vivant des difficultés importantes en lien avec la famille (sentiment de rejet, d'exclusion, manque de limites, messages contradictoires des parents, etc.). Cette trajectoire est liée à la complexité de certaines situations pouvant être rencontrées par les personnes ayant une DI ou un TSA, de même qu'à la difficulté à trouver une façon de réduire la souffrance dans un contexte de troubles graves des comportements.

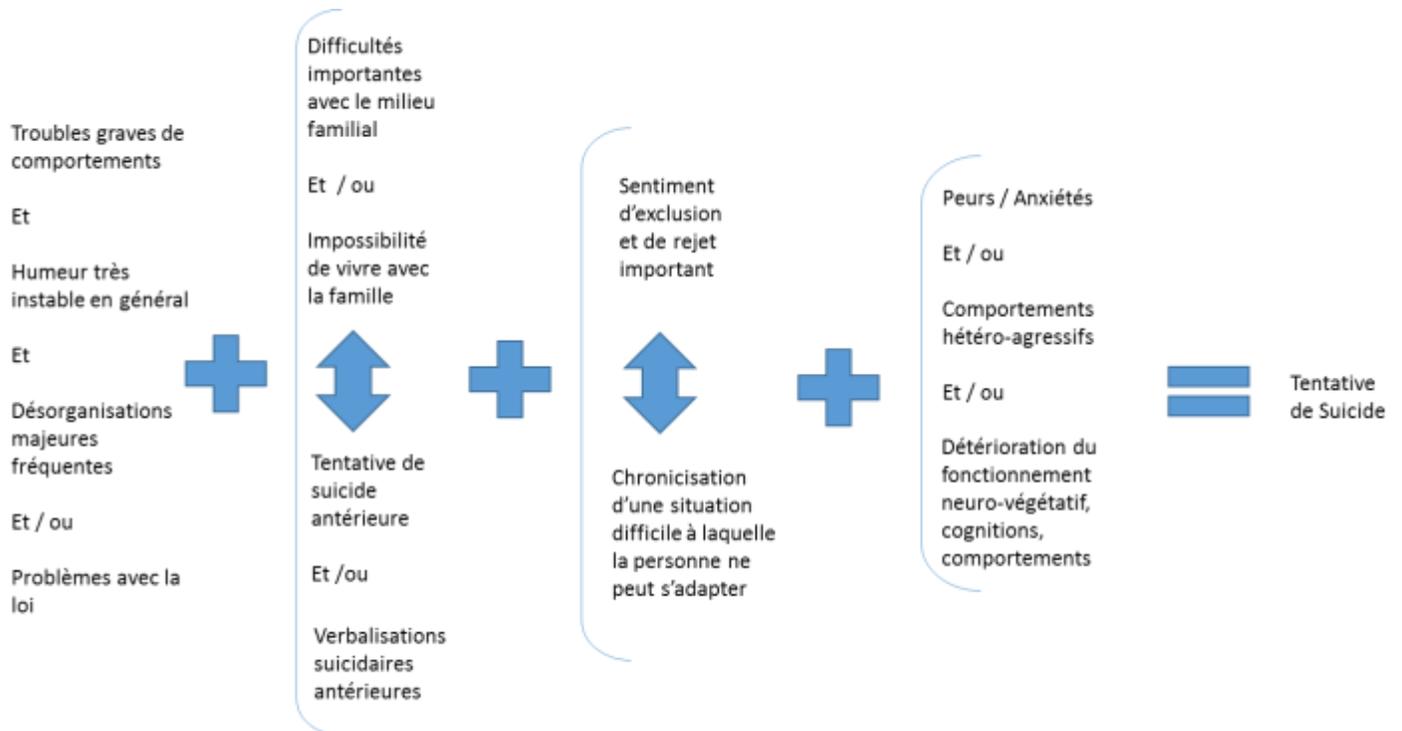


Figure 3 - Trajectoire : problématiques multiples rendant l'intégration sociale difficile

Dans notre échantillon, cette trajectoire a été observée dans une situation où l'usager ne réussissait pas à s'adapter à une situation difficile pour lui et où les limites n'étaient pas clairement établies de la part de ses parents qui se trouvent dans l'incapacité de le garder à cause de ses comportements difficiles, mais qui restent ambivalents dans leur décision. À cette situation, se sont ajoutés d'autres éléments de stress liés en grande partie aux conséquences du trouble de comportement. Avant la tentative de suicide, il démontrait une dégradation des comportements et une dégradation des symptômes neuro-végétatifs.

Ce qui ressort de cette trajectoire est la combinaison d'une situation initiale compliquée et ambiguë pour la personne avec l'impossibilité de trouver une solution satisfaisante à une situation complexe qui puisse diminuer les sentiments de rejet et d'exclusion.

## 6. Discussion

Cette première phase du projet a permis de rassembler et analyser un grand nombre de données sur un sujet peu étudié à ce jour.

Les MAAS observées dans notre échantillon sont essentiellement des verbalisations directes et des tentatives de suicide. Nous n'avons pas pu observer d'indicateurs comportementaux indirects de pensées associées au suicide dans les dossiers analysés. Deux hypothèses peuvent expliquer cette lacune :

- Les personnes ayant une DI ou un TSA expriment clairement leurs idées suicidaires et les personnes ayant une DI plus sévère (avec des capacités cognitives et de communication plus limitées) sont peu à risque. La sévérité de la DI serait donc un facteur de protection.

- Nous manquons encore de connaissances pour identifier les indicateurs non verbaux de pensées associées au suicide et d'outils cliniques d'estimation permettant de les repérer. Les dossiers que nous avons analysés ont été identifiés par des intervenants qui se sont basés sur leur compréhension du suicide et sur les outils existants, dont les lacunes sont connues. Dans ce contexte, il est probable que notre échantillon soit biaisé en faveur de l'inclusion de personnes ayant eu des propos suicidaires clairs. La détresse existe chez les personnes plus sévèrement atteintes, il faut donc développer les outils nécessaires pour la reconnaître, la comprendre et intervenir pour l'atténuer.

Les jeunes et les adultes présentent des différences dans les comportements suicidaires et dans les facteurs de risque (comme c'est le cas dans la population générale). Il est donc important que les outils cliniques d'estimation du risque ou du danger suicidaire tiennent compte de ces différences.

Quelques profils généraux de développement du risque suicidaire peuvent être dessinés à partir de nos données :

- Jeunes garçons TSA, ayant des problèmes importants de socialisation, des expériences négatives de scolarité et vivant beaucoup d'anxiété, ayant eu connaissance d'un décès dans leur entourage. Compte tenu du fait que les jeunes sont surreprésentés dans notre échantillon TSA, il est impossible pour le moment de savoir comment ce profil peut évoluer à l'âge adulte pour ces jeunes TSA.
- Jeunes femmes adultes ayant une DI et des problèmes de couple (surtout celles ayant eu plusieurs relations amoureuses) et reliés à la sexualité.
- Personnes adultes avec une DI et un trouble de l'humeur (anxiété, dépression). Ces personnes sont celles dont le pattern suicidaire se rapproche le plus de celui de la population générale avec dépression.

Ces profils sont intéressants pour identifier des types de personnes qui, dans des situations particulières, peuvent être à risque de suicide, mais il ne faut surtout pas limiter l'estimation du risque à des personnes correspondant à ces profils.

Les problèmes de santé mentale sont très présents chez les personnes ayant une DI ou un TSA, qu'elles soient suicidaires ou non. Les personnes suicidaires de notre échantillon n'ont pas plus souvent des troubles de santé mentale que les personnes non suicidaires (sauf les troubles anxieux, qui sont plus fréquents chez les jeunes suicidaires). Par contre, les personnes ayant fait une tentative de suicide ont plus souvent un TSPT ou des troubles d'adaptation (même si ces troubles restent peu fréquents). Dans le cadre de cette étude, la présence de troubles de santé mentale ne peut être utilisée comme un indicateur discriminant du risque suicidaire.

Un historique d'évènements de vie difficiles est également très commun dans notre échantillon, que les personnes soient suicidaires ou non. Rares sont les évènements permettant de prédire un geste suicidaire. Néanmoins, nous avons pu identifier quelques évènements qui semblent prédictifs d'un geste suicidaire, soit le fait d'avoir une personne suicidaire dans son entourage, d'avoir une scolarité difficile, de vivre des conflits interpersonnels et de vivre du rejet sur une base régulière (dans différents domaines de la vie). Ces évènements augmentent généralement l'anxiété ou la frustration. Il semble que ce soient cette anxiété et cette frustration qui jouent le rôle de facteur déclencheur dans notre échantillon et non l'évènement en lui-même. Il devient donc important de repérer ce qui, dans la vie et le quotidien de la personne, est susceptible de faire augmenter ces émotions afin d'intervenir pour réduire le risque de suicide.

Dans le cadre de cette étude, nous avons eu des difficultés à délimiter ce que nous considérons comme une tentative de suicide. Dans la population générale, certains gestes n'auraient pas nécessairement été considérés comme des tentatives, par exemple lorsqu'un usager a déjà dit à plusieurs reprises qu'il veut mourir et essaie un jour d'enfoncer ses clés dans son bras. Nous sommes conscients que l'inclusion d'incidents ambigus comme celui-ci ne ferait pas l'unanimité au sein des spécialistes de la prévention du suicide. Par contre, notre définition des comportements associés au suicide nous permettait de limiter l'importance de l'intention suicidaire de la personne au moment du geste, ce qui a fait en sorte que nous n'avions pas à interpréter ce geste à partir de l'intention de mourir. C'est un avantage, puisque la notion d'intention de mourir est difficile à observer chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Les usagers considérés comme ayant fait une tentative de suicide peu claire avaient tous fait des communications suicidaires avant de poser un geste. Est-ce qu'un jeune qui dit vouloir mourir, qui prend une branche d'arbre et fait le geste de se l'enfoncer dans le ventre fait une tentative de suicide, ou est-ce plutôt une forme communication suicidaire? Nous ne savons pas non plus à quel point la personne DITSA est consciente ou non de la létalité de son geste. Cependant, il est clair que les personnes identifiées comme ayant fait une tentative de suicide vivaient toutes un moment de détresse ou de désorganisation, la plupart du temps dans un contexte d'accumulation de stressseurs ou d'aggravation des comportements, des cognitions ou des symptômes neurovégétatifs. Dans notre description des tentatives de suicide, nous avons aussi été confrontés à la question des tentatives de suicide auto-rapportées. Par exemple, une personne DI avait mentionné à son intervenant qu'elle venait d'essayer de s'étrangler avec une serviette. Comme il n'y avait eu aucun témoin à cet acte, comment savoir s'il s'agissait vraiment d'un passage à l'acte suicidaire, plutôt que des idéations avec élaboration d'une planification, ou encore une familiarisation avec le moyen envisagé? Cette question, qui se pose aussi pour la population générale, complique le travail d'évaluation des intervenants.

Nous avons aussi constaté que le fait d'avoir été confronté à la mort augmente le risque suicidaire. Les usagers identifiés comme suicidaires ont plus souvent été confrontés au décès naturel, au suicide ou au comportement suicidaire d'un proche ou d'une personne de leur entourage. Le contenu des dossiers ne permet pas d'aller plus loin dans cette analyse, mais plusieurs cas nous ont été rapportés où la vue de morts et de suicides dans un film ou dans les médias avait eu une influence sur les MAAS. Les personnes ayant une DI ou un TSA semblent être plus marquées et affectées plus longtemps par ces expériences en lien avec la mort que les personnes neurotypiques. Ceci constitue un facteur de risque particulier important à considérer lors de l'estimation. Ces expériences peuvent nous aider à comprendre d'où vient l'idée du suicide dans certaines situations chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Elle soulève également l'importance de valider la compréhension que les usagers ont de la mort lorsqu'une telle expérience survient (film, nouvelles, comportement suicidaire dans l'entourage, etc.), ainsi que de recadrer au besoin.

Nous avons examiné les différences entre ceux qui ont des verbalisations suicidaires seulement et ceux qui ont fait au moins une tentative de suicide. Nous en avons trouvé très peu. La dégradation de l'humeur ne s'est retrouvée que chez les personnes ayant des verbalisations suicidaires alors qu'une bonne autonomie, le fait d'avoir des problèmes de couple, des conflits et une instabilité générale sont plus fréquents chez ceux qui ont fait au moins une tentative. Cela semble confirmer que les personnes les plus autonomes, donc plus proches de la population générale, sont plus à risque, renforçant l'hypothèse que la DI plus sévère peut être un facteur de protection contre le suicide.

Nous avons également examiné les différences entre ceux qui ont fait un seul épisode de MAAS durant les deux ans observés et ceux qui en ont fait deux ou plus (et qui présentent un pattern de récurrence).

Sur deux ans, très peu de personnes n'ont vécu qu'un seul épisode de MAAS. Ceci nous laisse penser qu'il est pertinent d'inscrire l'estimation du risque / danger suicidaire dans un processus longitudinal d'intervention en CRDITED et que les interventions de prévention de récurrence de tentative ou de répétition d'épisodes de MAAS sont particulièrement pertinentes. Sur le plan des caractéristiques des personnes, il nous a été impossible, avec les données que nous avons pu recueillir, d'identifier des facteurs de risque de récurrence ou de répétition.

Les comportements associés au suicide sont des indicateurs importants de détresse émotionnelle et cette détresse doit être prise en compte dans l'intervention. Comme pour la population générale, la prévention du suicide passe par la compréhension et l'intervention sur les déterminants de cette détresse.

Nos tentatives de regroupement des facteurs de risque en profils distincts (analyses par grappes) ont rarement été concluantes, ce qui indique la grande hétérogénéité des personnes ayant une DI ou un TSA suicidaires. De la même façon, nous n'avons pas pu déterminer de facteurs associés discriminants du risque suicidaire sauf pour les mineurs (vivre en établissement, rejet, problèmes de couple, événements annuels).

En ce qui a trait aux tentatives de suicide, nous avons pu tracer quelques trajectoires potentiellement utiles pour les intervenants, mais il est important de ne pas limiter la perception d'un risque élevé à ces facteurs.

## 7. Conclusion

Cette étude constitue la première phase du projet « Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA ». Elle visait à identifier les comportements suicidaires, ainsi que les facteurs de risque et de protection du risque suicidaire afin de préparer la construction d'un modèle du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA et le développement d'outils cliniques d'estimation du risque / danger adaptés aux caractéristiques et besoins de ces populations.

### 7.1. Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude présente des limites méthodologiques amenées par les contraintes éthiques inhérentes à ce type de projet mené auprès d'une population vulnérable.

Nous avons choisi de travailler à partir des dossiers clinico-administratifs puisque nous avons des indications que, contrairement à la population générale, certaines personnes ayant une DI ou un TSA ont développé des comportements suicidaires après en avoir entendu parler. En l'absence de stratégies validées de prévention du suicide auprès de cette population, il nous était impossible d'aborder directement la question du suicide avec elle dans le cadre d'un projet de recherche. L'analyse de dossiers clinico-administratifs a donc constitué notre seule option acceptable. Or, cette méthodologie présente des limites. En effet, nous observons une sous-estimation importante de certains processus à cause du type de données (informations notées dans le dossier). Par exemple, certaines informations manquent de précision dans les dossiers, à commencer par le type et les sources de DI et TSA. Les dossiers ne contiennent que très peu d'information sur les facteurs de protection (lorsque les choses vont bien, les intervenants prennent peu de notes). Ce manque d'information sera en partie comblé lors de la phase 2 du projet, durant laquelle nous interrogerons directement des intervenants ayant été appelés à travailler

avec des personnes ayant une DI ou un TSA suicidaires. Ces intervenants pourront certainement nous en apprendre davantage sur les processus affectifs, cognitifs et les facteurs de risque et protection.

Le fait d'analyser des notes cliniques induit deux biais de sélection des informations, par les intervenants qui ont noté leurs observations au dossier et par les assistants de recherche qui ont analysé les dossiers (SIPAD et papier). Nous avons tenté de minimiser cette double sélection en prenant le plus de notes possible et en incluant des informations sur une variété de variables afin de tracer un portrait le plus complet possible de la personne et de sa situation.

Les données recueillies ne proviennent que des dossiers clinico-administratifs des CRDITED. Nos informations sont donc limitées à ce que vivent les usagers des CRDITED. Nous n'avons aucune information concernant les personnes non identifiées et qui ne reçoivent pas de services du réseau DITSA au Québec. Cette étude étant la première de son genre, il était important de se donner les moyens de bien comprendre la problématique et les besoins de la sous-population DITSA recevant des services spécialisés. Les connaissances acquises avec ce sous-groupe pourront être adaptées ultérieurement et complétées afin de refléter aussi les caractéristiques des personnes ayant une DI ou un TSA ne recevant pas de services.

Enfin, la grande variété d'utilisation des dossiers clinico-administratifs dans les CRDITED (surtout concernant le SIPAD) fait également que notre cueillette de données a été tributaire des différentes pratiques dans les milieux. Nous avons fait notre possible pour rassembler des informations semblables d'un CRDITED à l'autre, mais nous avons observé des différences importantes entre les milieux, et même entre les intervenants d'un même milieu, dans les informations (détails et types de données) entrées dans les dossiers. Ceci fait que certains phénomènes et processus sont probablement sous-estimés et sous-représentés dans notre échantillon. Il convient de garder cela en mémoire en interprétant les résultats présentés dans ce rapport.

Cette étude a néanmoins plusieurs forces non négligeables. En effet, elle constitue la première analyse systématique du fonctionnement général et des patterns de épisodes de MAAS des personnes ayant une DI ou un TSA, en vue d'élaborer un modèle du risque et de développer des outils cliniques adaptés.

Notre étude permet également de comparer des personnes suicidaires et non suicidaires précisément appareillées, ce qui renforce notre devis de recherche et nos conclusions. Enfin, à notre connaissance, il s'agit de la première étude permettant de faire une analyse comparative des personnes ayant une DI ou un TSA avec la population générale par l'implication d'une équipe de co-chercheurs spécialisés en DI, TSA et prévention du suicide.

## 7.2. Utilisation des résultats

Les données issues de cette première phase permettront le développement de recommandations sur les meilleures pratiques de repérage et d'estimation du risque et du danger suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA.

# Rapport de la phase 2a - Analyse des perceptions, pratiques et besoins des intervenants œuvrant dans des CRDITED auprès de personnes ayant une DI ou un TSA présentant un risque suicidaire

## 1. Contextualisation

Les intervenants en CRDITED (éducateurs, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, psychologues) sont souvent confrontés à la détresse, aux verbalisations et comportements suicidaires des usagers. La prévalence et les caractéristiques de ces manifestations associées au suicide (MAAS) sont actuellement très peu connues et les pratiques d'estimation du risque ne sont pas encore standardisées dans les milieux d'intervention en ayant une DI ou un TSA.

La rareté des connaissances scientifiques et des pratiques cliniques fondées sur les meilleures connaissances fait que de nombreux intervenants sont à la recherche de conseils et recommandations pour intervenir auprès des usagers présentant un risque suicidaire. Ils développent également des pratiques dans leurs milieux différents qu'il est important de connaître et dont on peut apprendre pour développer des recommandations et des pratiques standardisées.

La phase 2 du projet constitue le second recueil de données du projet sur lequel s'appuient les phases suivantes. Elle est illustrée dans une reprise du tableau 2 (voir ci-dessous).

Reprise du tableau 2 pour illustration

Synthèse des trois phases du projet « Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA » et identification de la phase faisant l'objet du présent rapport

Phases	Phase 1	Phase 2	Phase 3
<b>Objectif</b>	Identifier les caractéristiques et déterminants des comportements suicidaires des personnes ayant une DI ou un TSA	Définir les meilleures pratiques d'estimation du risque suicidaire et de prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA	Évaluer le fonctionnement de l'outil développé et ses capacités à soutenir le jugement clinique
<b>Méthode</b>	Analyse de dossiers SIPAD de personnes suicidaires et non suicidaires dans les CRDITED	Phase 2a : Entrevues avec des intervenants  Phase 2b : Groupe de travail d'experts (recherche et clinique)	Utilisation de l'outil en contexte clinique et questionnaire aux intervenants utilisateurs

## 2. Objectifs

La phase 2a s'est déroulée parallèlement à la phase 1 et vise à :

- Contribuer à décrire et analyser l'ampleur et les caractéristiques des MAAS chez les personnes présentant une DI ou un TSA et bénéficiant des services du réseau de la santé et des services sociaux au Québec
  - o Enrichir la modélisation du risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA développée à partir des résultats de la phase 1 du projet
- Identifier les pratiques existantes d'estimation du risque / danger suicidaire des intervenants du réseau travaillant auprès des personnes ayant une DI ou un TSA présentant un risque suicidaire
- Définir les besoins des intervenants pour améliorer les connaissances sur le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA et les pratiques d'estimation du risque / danger suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Les données issues de cette phase du projet seront utilisées pour soutenir le travail de réflexion du groupe d'experts (phase 2b) afin de développer des outils d'estimation du risque / danger suicidaire adaptés aux besoins des personnes ayant une DI ou un TSA et des milieux d'intervention. Ces outils seront ensuite évalués lors de la phase 3 du projet.

## 3. Méthode

La méthode employée pour cette phase du projet consiste en des entrevues semi-directives effectuées auprès d'un échantillon volontaire d'intervenants en CRDITED ayant été appelés à travailler au moins une fois avec des personnes ayant une DI ou un TSA suicidaires. Des analyses de contenu des entrevues ont ensuite été effectuées pour la rédaction de ce rapport.

### 3.1. Recrutement

Les CRDITED participants ont identifié environ cinq intervenants ayant travaillé avec des personnes suicidaires. La personne ressource du projet au sein de chaque CRDITED a informé les intervenants du projet et leur a demandé s'ils acceptaient d'être contactés par l'équipe de recherche. La personne ressource a donné les noms et numéros de téléphone des intervenants ayant accepté de s'entretenir avec les chercheurs. Un assistant de recherche a ensuite contacté chaque intervenant pour lui présenter le projet, répondre à ses questions et lui demander s'il acceptait de participer. Les intervenants ayant accepté recevaient un formulaire de consentement par courriel, à signer et retourner par fax ou par courriel. Un rendez-vous téléphonique était ensuite pris pour faire l'entrevue. Les CRDITED n'ont pas été informés de qui a effectivement participé ou non au projet.

Les deux critères d'inclusion pour la participation à l'étude étaient de travailler au sein du réseau des CRDITED et d'être intervenu au moins une fois dans le cadre de cet emploi auprès d'utilisateurs ayant une DI ou un TSA présentant des MAAS.

### 3.2. Collecte de données

Les entrevues individuelles ont été effectuées par téléphone par un assistant de recherche (étudiant au doctorat en psychologie en stage de recherche). Ces entrevues ont eu lieu entre les mois d'avril et août 2015, à des moments convenus préalablement entre l'assistant de recherche et les participants. Elles ont été enregistrées pour analyse, avec l'accord des participants.

### 3.3. Grille d'entrevue

Les premières questions de la grille d'entrevue ont été conçues et formulées de manière à décrire les perceptions, croyances et attitudes des intervenants par rapport aux MAAS des usagers ayant une DI ou un TSA. Ces perceptions, croyances et attitudes ont été explorées car elles sont susceptibles d'influencer les pratiques d'estimation du risque suicidaire. Elles ont été sondées à l'aide des questions abordant les thématiques suivantes : la prévalence d'individus suicidaires dans la population ayant une DI ou un TSA, les caractéristiques des personnes présentant une DI ou un TSA et présentant des MAAS, les facteurs de risque et de protection associés à l'émergence, ou non, de MAAS chez les usagers ayant une DI ou un TSA et les indices, ou signes précurseurs, de MAAS chez ces mêmes usagers.

Une deuxième section de la grille d'entrevue contient une série de questions décrivant les pratiques d'estimation du risque suicidaire des intervenants auprès de la clientèle ayant une DI ou un TSA. Ces questions explorent les thématiques suivantes : les pratiques d'estimation du risque suicidaire auprès de la clientèle ayant une DI ou un TSA, l'utilisation de grilles d'évaluation et d'outils de communication favorisant l'estimation du risque suicidaire et les différentes stratégies d'intervention favorisant l'estimation du risque suicidaire auprès de cette clientèle. Enfin, une dernière section de la grille d'entrevue aborde le contexte organisationnel dans lequel les intervenants travaillent afin de nous aider à comprendre les déterminants de l'application des connaissances. L'objectif est de développer des outils et des processus de transfert d'information et d'appropriation qui soit adaptés aux milieux cliniques qui les utiliseront. Cet aspect sera abordé plus en profondeur lorsque les outils seront développés (La grille d'entrevue complète se trouve en annexe 3).

### 3.4. Analyses

Les données ont été analysées suivant l'approche inductive générale (Blais & Martineau, 2006). Selon cette approche, l'analyse est influencée par les objectifs de recherche au départ, mais *les résultats proviennent directement des données brutes et non des réponses souhaitées par le chercheur* (Blais & Martineau, 2006; Thomas, 2006).

Les données ont été codées et analysées par la personne ayant fait les entrevues. Une validation externe des catégories et des résultats issus des analyses a été effectuée par le comité des co-chercheurs.

L'analyse des données a commencé dès le début de la cueillette afin de dégager les premières catégories émergentes. Ce faisant, cela nous a permis de développer une grille de codification à partir des questions de recherche et des données recueillies tous au long de la collecte de données. Ce processus nous a permis de constater l'atteinte d'une saturation empirique des données, c'est-à-dire lorsqu'aucune nouvelle catégorie d'analyse ou nouveau contenu pour ces catégories n'émerge.

Cette saturation a été atteinte après l'inclusion de 30 entrevues. Nous avons tout de même poursuivi l'inclusion de nouveaux participants jusqu'à 37 pour confirmer la saturation et nous assurer que toute l'information pertinente était recueillie, particulièrement dans le contexte où les participants sont tous issus de milieux similaires mais présentent des profils très variés (éducateurs, professionnels,

gestionnaires, ayant des contacts directs, indirects, plus ou moins fréquents avec des personnes suicidaires).

Enfin, les données ont été lues et analysées à plusieurs reprises de façon à favoriser la description et la compréhension des contenus sur les pratiques d'estimation du risque suicidaire des intervenants des CRDITED, du langage et des concepts qu'ils utilisent pour réfléchir le risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA, ainsi que de leurs expériences auprès d'usagers ayant une DI ou un TSA présentant des MAAS (voir un extrait du tableau de classement des données en annexe 4, pour illustration du processus de constitution des catégories).

Les catégories qui ont émergé de l'analyse sont :

1. Une description du profil des usagers ayant une DI ou un TSA présentant des MAAS.
2. Les situations et contextes favorisant l'émergence des MAAS chez les usagers ayant une DI ou un TSA.
3. Les perceptions et croyances des intervenants concernant le sens et la fonction des MAAS chez les usagers ayant une DI ou un TSA.
4. Les stratégies liées à l'estimation du risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA.
5. Les défis et besoins liés à l'estimation du risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA
6. Les facteurs personnels, relationnels et organisationnels favorisant la prise en charge des usagers ayant une DI ou un TSA présentant des MAAS.
7. Les facteurs personnels, relationnels et organisationnels favorisant le bien-être et la santé des intervenants impliqués auprès d'usagers ayant une DI ou un TSA présentant des MAAS.

Nous avons analysé ensemble les réponses de tous les participants, puisque notre objectif est de comprendre les perceptions et besoins des milieux d'intervention en général et non en fonction des différents types de professionnels.

## 4. Résultats

Cette section présente les résultats des analyses d'entrevues en fonction des quatre questions d'analyse :

- Comment les intervenants comprennent-ils le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA?
- Comment les intervenants procèdent-ils à l'estimation du risque / danger suicidaire?
- Quelles sont les croyances et attitudes des intervenants par rapport au suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA?
- Quels sont les besoins des intervenants pour améliorer les pratiques d'estimation du risque / danger suicidaire?

Et de la matrice thématique en découlant et décrite dans le tableau 64.

Tableau 64 - Matrice thématique conceptuelle des catégories issues de l'analyse générale inductive

Question de recherche	Catégories générales se rapportant à la question de recherche	Sous-catégories
Comment les intervenants comprennent-ils le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA?	Une description du profil des usagers ayant une DI ou un TSA présentant des MAAS.	<p>Détresse et MAAS</p> <p>Communications directes des idéations suicidaires</p> <p>Discours et comportements suicidaires stéréotypés</p> <p>Indices de planification suicidaire</p> <p>Tentatives de suicide</p>
	Les situations et contextes favorisant l'émergence des MAAS chez les usagers ayant une DI ou un TSA.	<p>Profil des usagers exprimant clairement leurs idéations suicidaires</p> <p>Contexte d'apparition des MAAS : lien avec la crise</p> <p>Indicateurs du risque suicidaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Changement dans la personnalité</li> <li>- Rupture de fonctionnement</li> <li>- Augmentation de la fréquence et de l'intensité des troubles de comportements et de l'automutilation</li> <li>- Accroissement de l'intensité et fréquence des indices de détresse et d'affects dépressifs</li> <li>- Accroissement de l'intensité et fréquence des indices d'anxiété</li> <li>- Augmentation des distorsions cognitives</li> </ul> <p>Facteurs de risque proximaux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflits</li> <li>- Deuils et pertes</li> <li>- Évènements, imprévus et changements</li> <li>- Difficultés en milieu scolaire</li> <li>- Périodes de l'année</li> </ul> <p>Facteurs de risque distaux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparaison sociale</li> <li>- Problèmes de santé mentale</li> <li>- Problèmes médicaux</li> <li>- Rigidité cognitive</li> <li>- Lacunes dans les cognitions et habiletés sociales</li> <li>- Roulement du personnel – formation de liens</li> <li>- Adéquation entre les capacités de l'utilisateur et son milieu de vie</li> <li>- Relations familiales problématiques</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Histoire de négligence, abandon, abus</li> <li>- Histoire d'intimidation</li> <li>- Histoire de suicide dans la famille</li> </ul> <p>Facteurs associés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Imitation de comportements suicidaires</li> </ul> <p>Facteurs de protection</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réseau social soutenant et intégration sociale</li> <li>- Être actif</li> <li>- Habiletés de communication</li> <li>- Habileté à décoder les situations sociales</li> <li>- Acceptation du diagnostic</li> <li>- Sentiment de contrôle sur sa vie</li> <li>- Milieu de vie</li> </ul>
Comment les intervenants font-ils l'estimation du risque / danger suicidaire?	Les stratégies liées à l'estimation du risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA.	<p>Pratiques actuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aborder la question du suicide</li> <li>- Stratégies de validation de la compréhension des personnes</li> <li>- Stratégies de communication</li> </ul>
Quelles sont les croyances et attitudes des intervenants par rapport au suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA?	Les perceptions et croyances des intervenants concernant le sens et la fonction des MAAS chez les usagers ayant une DI ou un TSA.	<p>Croyances et attitudes par rapport aux comportements suicidaires</p> <p>Croyances et attitudes par rapport à la possibilité d'induire des pensées suicidaires</p>
Quels sont les besoins des intervenants pour améliorer les pratiques d'estimation du risque / danger suicidaire?	Les défis liés à l'estimation du risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA.	<p>Besoins et défis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enjeux liés à l'utilisation du COQ</li> <li>- Enjeux liés à la grille d'Estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire – adaptations suggérées</li> <li>- Outils visuels et pictogrammes</li> <li>- Outils vidéo et informatisés</li> <li>- Guides de bonnes pratiques</li> <li>- Scénarios sociaux</li> <li>- Outils pour aborder les facteurs de risque et déclencheurs</li> <li>- Qualités attendues d'un outil d'Estimation du risque suicidaire</li> <li>- formation</li> </ul>

Les catégories et sous-catégories décrites dans le tableau 64 sont définies dans la section « résultats » et leurs conséquences sont discutées dans la section « discussion » du rapport.

#### 4.1. Échantillon

Au total, 37 intervenants ont participé à l'étude. Parmi eux, 30 étaient des femmes et sept étaient des hommes. Les participants étaient âgés entre 27 et 60 ans. Ils provenaient de 11 CRDITED et présentaient différents profils d'emploi et d'expérience auprès d'utilisateurs ayant une DI ou un TSA. On dénombre 21 éducateurs spécialisés, trois spécialistes en activités cliniques, six psychoéducateurs, un travailleur social, un intervenant communautaire, quatre psychologues et un psychiatre. Le nombre d'années d'expérience de travail auprès de la clientèle ayant une DI ou un TSA variait entre trois et 36 ans. Environ la moitié des participants, soit 23 intervenants, cumulait plus de 10 ans d'expérience auprès de la clientèle ayant une DI ou un TSA. Sept intervenants possédaient également des expériences de travail auprès de diverses clientèles non ayant une DI ou un TSA présentant des problématiques de santé mentale.

Afin de faciliter la lecture et de garantir la confidentialité des répondants, le terme « intervenant » est utilisé tout au long de la section résultats pour désigner les personnes ayant participé au projet.

#### 4.2. Le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA tel que perçu par les intervenants en CRDITED

##### 4.2.1. Détresse et MAAS chez les usagers ayant une DI ou un TSA

Il existe une forte variabilité dans l'expression des MAAS chez les usagers ayant une DI ou un TSA. Certains intervenants vont jusqu'à affirmer qu'il existe autant de types de MAAS qu'il y a d'utilisateurs. Certains usagers ayant une DI ou un TSA expriment de façon verbale claire leurs idées suicidaires. Pour d'autres usagers, qui n'expriment pas aisément leurs idées suicidaires, il semble que leurs comportements soient de meilleurs indicateurs de risque que leurs verbalisations.

##### *a. Communication des idées suicidaires chez les usagers ayant une DI ou un TSA (communications directes)*

Chez certains individus, ces expressions sont semblables à celles de la population générale. Ils peuvent affirmer, par exemple, vouloir mourir, avoir le goût d'en finir, désirer rejoindre des proches décédés, etc. Ces verbalisations suicidaires sont parfois exprimées spontanément, ou suite à une investigation des intervenants.

Ces verbalisations suicidaires sont généralement accompagnées de discours exprimant une grande détresse psychologique, de l'impuissance et du désespoir. Ces discours ressemblent également à ceux que l'on entend dans la population générale. Ils peuvent, par exemple, affirmer qu'ils sont fatigués de vivre, qu'ils ressentent un vide intérieur, qu'ils ne seront jamais heureux, qu'ils n'ont pas de place en ce monde, etc. Tout comme pour les personnes neuro-typiques, les individus ayant une DI ou un TSA qui expriment clairement leurs idées suicidaires semblent percevoir le suicide comme étant une solution à des problèmes perçus comme insurmontables, et une façon de mettre fin à leur souffrance.

Les verbalisations suicidaires sont également parfois accompagnées de discours exprimant de la tristesse, de la colère ou des déceptions par rapport à leurs projets de vie et leur environnement social.

Par exemple, certains usagers affirment avoir l'impression d'être un fardeau pour leur entourage, d'autres affirment que leur entourage ne les laisse pas vivre leurs rêves. Les verbalisations suicidaires sont également souvent accompagnées de discours auto-dévalorisants.

Quelques usagers ayant une DI ou un TSA auraient la capacité d'exprimer leurs idéations par écrit. Ils peuvent les exprimer, par exemple, lorsqu'ils écrivent des textes ou de la poésie, lorsqu'ils communiquent par clavardage ou par texto, où lorsqu'ils expriment leurs états d'âmes sur les médias sociaux. Il semble également que des personnes présentant une DI ou un TSA expriment parfois leur détresse et leurs idéations suicidaires en dessinant ou en utilisant des images. Ils peuvent, par exemple, représenter leurs problèmes en dessinant une montagne ou faire un collage où leur photo est accompagnée d'images de méthodes de suicide (ex. : corde, fusil).

Certaines difficultés pour interpréter des comportements pouvant s'apparenter indirectement à des comportements ou verbalisations suicidaires sont abordés par les intervenants et sont cités dans d'autres sections du rapport. Cependant, le thème des MAAS indirectes n'a pas émergé des entrevues et n'a donc pas fait l'objet d'une section spécifique.

#### *b. Profil des usagers ayant une DI ou un TSA exprimant clairement leurs idéations suicidaires*

Les usagers ayant une DI ou un TSA qui expriment clairement leurs idéations suicidaires présentent généralement une déficience intellectuelle légère, avec ou sans trouble du spectre de l'autisme, ou un trouble du spectre de l'autisme sans déficience intellectuelle (en particulier les personnes présentant un syndrome d'Asperger).

Ces usagers ayant une DI ou un TSA présentent la plupart du temps un fonctionnement cognitif de haut niveau, sont souvent autonomes, et affichent généralement une forte conscience de soi. Plusieurs sont intégrés socialement à différents niveaux (travail, appartement, scolarisation en classe régulière). Pour ces usagers, il semble qu'un bon nombre des facteurs contribuant à leur détresse suicidaire proviennent des expériences, difficultés et échecs qu'ils ont vécus dans les lieux de socialisation dans lesquels ils ont évolué.

Certains vivent avec leur famille d'origine tandis que d'autres vivent dans des hébergements plus contrôlés, comme des foyers de groupe ou des ressources spécialisées. Ces derniers présentent fréquemment des problématiques lourdes comme des troubles de la personnalité, des troubles graves du comportement, ou encore font l'objet d'une prise en charge par le Directeur de la protection de la jeunesse.

#### *c. Discours et comportements suicidaires stéréotypés chez les usagers ayant une DI ou un TSA*

Il semble que certains usagers ayant une DI ou un TSA, surtout ceux présentant un TSA, aient acquis des discours et comportements suicidaires stéréotypés. Par exemple, certains de ces usagers répètent des verbalisations suicidaires qu'ils ont entendues dans des films, chez des pairs ou dans la communauté. Les intervenants sont souvent perplexes face au risque suicidaire sous-jacent à ce type de comportement : les usagers comprennent-ils le sens de ces verbalisations? S'apparentent-elles à des comportements d'autostimulation? Ces comportements ont-ils pour fonction la communication d'une détresse? Indiquent-ils un réel risque suicidaire?

D'autres usagers ayant une DI ou un TSA, encore une fois surtout ceux présentant un TSA, incorporent des verbalisations suicidaires dans leurs patrons habituels de désorganisation. Ces usagers tiennent donc des propos suicidaires chaque fois qu'ils se désorganisent et ce, peu importe le contexte, la situation ou les facteurs déclenchant la désorganisation. Ces verbalisations, lorsqu'elles sont intégrées à un schéma

comportemental de désorganisation récurrent et stéréotypé, s'apparenteraient à une forme de comportement réflexe ou d'habitude.

En l'absence d'un historique de tentatives de suicide, ces verbalisations sont rarement considérées par les intervenants comme étant des indicateurs d'un réel risque suicidaire. Elles sont donc souvent ignorées par les intervenants qui disent ne pas vouloir renforcer ce type comportement.

#### *d. Indices de planification suicidaire chez les usagers ayant une DI ou un TSA*

Les usagers ayant une DI ou un TSA communiquent parfois les moyens avec lesquels ils pourraient se suicider. Les usagers peuvent mentionner plusieurs moyens. Les moyens mentionnés par les usagers sont assez variés : pendaison, intoxication, lacération, noyade, arme à feu, saut en bas d'un pont, saut devant une voiture.

Il n'est pas rare que les moyens mentionnés par les usagers ayant une DI ou un TSA soient inaccessibles, irréalistes ou non létaux. Il est d'ailleurs parfois difficile pour les intervenants de distinguer les verbalisations suicidaires des verbalisations associées à l'automutilation. Il est, par exemple, difficile d'évaluer le risque suicidaire d'un usager ayant une DI ou un TSA qui désire *enfoncer des trombones dans ses veines* ou *boire des boissons énergétiques jusqu'à ce que son cœur cesse de battre*. Les intervenants doivent donc constamment valider le niveau de compréhension des usagers ayant de telles verbalisations afin d'évaluer si ces dernières sont motivées par de réelles intentions suicidaires et si elles constituent des expressions de planification suicidaire.

Les indices de planification sont rares chez les usagers ayant une DI ou un TSA. Cette absence de planification serait attribuable à leurs limites cognitives. Néanmoins, certains usagers semblent capables de planifier une tentative de suicide. Ils peuvent par exemple cacher des objets coupants dans leur chambre, savoir où se procurer une méthode de suicide et élaborer un plan pour y accéder, ou encore tenter d'amener leur entourage à quitter la résidence afin de se retrouver seuls au moment du passage à l'acte. Dans un même ordre d'idées, des usagers adoptent des comportements à risque en sachant que ces derniers peuvent provoquer leur mort. À titre d'exemple, un intervenant a rapporté qu'un usager était parti faire une promenade au bord d'une route achalandée en espérant s'y faire heurter par une voiture.

Malgré tout, la planification suicidaire n'est pas un bon critère d'estimation du risque suicidaire car les MAAS sont généralement impulsives, et elles surviennent dans des contextes de désorganisation comportementale et cognitive où l'anxiété des usagers est à son comble. Cette difficulté à élaborer un plan suicidaire peut constituer un facteur de protection contre le passage à l'acte. Certains individus ayant une DI ou un TSA suicidaires prendraient plus de temps qu'un individu n'ayant pas une DI ou un TSA avant de passer à l'acte car il leur faut plus de temps pour élaborer un plan suicidaire, ce qui donne une plus grande opportunité d'intervention.

#### *e. Tentatives de suicide chez les usagers ayant une DI ou un TSA*

Même si elles semblent rares, des intervenants ont décrit des tentatives de suicide chez des usagers. Les moyens utilisés lors de ces tentatives étaient la pendaison à l'aide d'une serviette ou d'une ceinture, des lacérations à l'aide de divers objets (compas, rasoir, aiguille), des sauts (en bas d'un escalier, d'une balançoire) et se coucher sur une route. Ces tentatives ont échoué car la plupart des moyens utilisés étaient non létaux, voire inoffensifs.

Les participants impliqués auprès d'usagers ayant une DI ou un TSA ayant fait une tentative de suicide rapportent que ces derniers présentaient un historique de tentatives de suicide. Il semble donc que les

tentatives suicidaires effectuées dans le passé soient un critère pertinent dans l'estimation du risque suicidaire chez ces usagers, comme ce l'est pour la population générale.

#### *f. Contexte d'apparition des MAAS*

Pour un grand nombre d'usagers ayant une DI ou un TSA, les MAAS surviennent quand ils sont en état de crise. Ces crises se caractérisent généralement par une escalade de leur niveau d'anxiété et une désorganisation cognitive et comportementale. Pour ces usagers, ces crises sont parfois ponctuées de menaces suicidaires et elles peuvent aboutir à des actes suicidaires.

Les comportements associés à l'escalade du niveau d'anxiété, avant et lors des crises, seraient de bons indicateurs du risque suicidaire car ils permettent d'anticiper les MAAS. Bien que ces comportements puissent être de bons prédicteurs des actes suicidaires en soi, ils varient grandement d'un usager à l'autre. Les comportements d'escalade témoignent d'un changement par rapport au niveau habituel de fonctionnement, c'est pourquoi il est important de bien connaître l'utilisateur et ses patrons comportementaux pour être en mesure d'anticiper ses MAAS.

Cette anticipation des MAAS par l'identification des comportements associés à l'escalade de l'anxiété serait plus difficile à faire pour les usagers ayant des traits impulsifs. Les émotions de ces usagers seraient particulièrement instables, de sorte qu'ils peuvent se désorganiser très rapidement. Ils peuvent, par exemple, passer une belle journée, puis devenir rapidement suicidaires et faire une tentative, pour ensuite redevenir très calmes. Les intervenants tentent donc de prévenir les épisodes de MAAS de ces usagers en anticipant les événements susceptibles de provoquer une instabilité de leurs émotions.

Pour certains usagers, le risque suicidaire semble s'estomper rapidement suite à la crise : lorsque les intervenants discutent avec ces usagers de leur épisode de crise, et qu'ils les questionnent sur leurs MAAS, ils affirment fréquemment ne pas avoir d'idées suicidaires. Des usagers, particulièrement ceux présentant un TSA, ne comprennent pas pourquoi les intervenants tentent d'aborder la question du suicide après une crise car ils considèrent que, puisque la crise fait partie du passé, elle n'existe plus et qu'il n'est pas pertinent de l'aborder. Cette investigation du risque suicidaire à la suite d'une crise provoque donc parfois des frictions avec ces usagers.

Bien que les MAAS soient souvent associées à l'escalade de l'anxiété, à l'impulsivité et à la désorganisation cognitive et comportementale, il peut arriver, dans quelques cas, qu'elles surviennent suite à la résolution d'une crise. Ces manifestations post-crise surviennent alors lorsque ces usagers réalisent les comportements qu'ils ont eus durant leur désorganisation. Cette prise de conscience s'accompagnerait d'affects dépressifs, de désespoir et d'une baisse de l'estime de soi.

#### **4.2.2. Indicateurs du risque suicidaire chez les usagers ayant une DI ou un TSA**

Plusieurs changements comportementaux associés à l'apparition de MAAS pourraient servir de fondement au développement de critères d'estimation spécifiques à cette clientèle.

##### *a. Changements dans la personnalité des usagers*

Des intervenants ont observé des changements dans la personnalité d'usagers ayant présenté des MAAS. Par exemple, certains usagers, habituellement extravertis, peuvent devenir introvertis et s'isoler socialement. D'autres usagers, habituellement calmes et introvertis, vont devenir plus agités ou agressifs, vont avoir plus d'interactions sociales et s'affirmer davantage.

Des changements dans les intérêts des usagers ayant présenté des MAAS peuvent également être observés. Par exemple, des usagers, normalement très attachés aux objets qu'ils possèdent, peuvent perdre tout intérêt envers leurs possessions. D'autres usagers, surtout ceux présentant un TSA, vont également démontrer une indifférence nouvelle envers leurs intérêts restreints.

#### *b. Ruptures de fonctionnement*

On peut fréquemment observer des ruptures dans le fonctionnement des usagers ayant une DI ou un TSA qui présentent des comportements suicidaires, se manifestant généralement par l'émergence de difficultés à suivre la routine.

Ces difficultés sont associées à un manque d'entrain et d'intérêt envers les activités habituelles et à l'émergence de difficultés cognitives. Par exemple, on observe souvent, chez les usagers ayant une DI ou un TSA qui présentent des MAAS, une perte au niveau des acquis ainsi que l'apparition de difficultés à se concentrer, à se situer dans le temps et à suivre l'horaire. Cette perte des acquis se manifeste généralement par une baisse de l'autonomie, des difficultés à accomplir les tâches et activités habituelles, un laisser-aller dans l'hygiène (personnelle et milieu vie), de nouvelles difficultés à exprimer ses pensées et émotions de même qu'à formuler des demandes de façon adéquate, ou encore des changements au niveau du rythme de sommeil et dans les habitudes alimentaires.

Dans un même ordre d'idées, la désorganisation de la routine que vivent plusieurs usagers ayant une DI ou un TSA présentant des MAAS aurait un impact négatif sur leurs capacités cognitives et sur leur aptitude à gérer les changements et les imprévus. Ces difficultés à gérer les changements et les imprévus peuvent, à leur tour, renforcer la détresse de ces usagers et favoriser l'émergence ou le maintien de MAAS.

#### *c. Augmentation de la fréquence et de l'intensité des troubles du comportement et de l'automutilation.*

Chez les usagers ayant une DI ou un TSA qui présentent des MAAS, on observe également des changements dans la fréquence et l'intensité des troubles du comportement, ainsi que l'apparition de comportements problématiques ou une généralisation de tels comportements à de nouveaux contextes.

Des comportements problématiques apparaissent parfois chez des usagers qui n'avaient pas d'historique de troubles de comportements. Ces usagers peuvent, par exemple, afficher beaucoup d'opposition aux consignes des intervenants, refuser de prendre leur médication, briser des objets, provoquer des conflits avec les autres usagers, avoir des comportements agressifs envers les autres, etc. Il arrive parfois que ces usagers retournent cette agressivité contre eux-mêmes et posent des actes d'auto-agression.

Dans un même ordre d'idées, les comportements d'automutilation semblent fortement associés aux MAAS. Outre la plus grande prévalence de comportements d'automutilation chez les usagers qui présentent des MAAS, on observe une augmentation dans l'intensité et la fréquence des épisodes d'automutilation, incluant une augmentation de leur dangerosité.

L'augmentation de la fréquence et de l'intensité des troubles du comportement des usagers peut être attribuée à leur perte d'acquis et à l'émergence de difficultés émotionnelles et cognitives. La perte des acquis entraînerait un plus grand effort nécessaire de la part des usagers ayant une DI ou un TSA pour suivre leur routine et accomplir leurs tâches quotidiennes. Les demandes de leur environnement deviendraient donc trop élevées par rapport à leurs capacités et leur niveau d'énergie. Le fait d'avoir des difficultés à communiquer sa détresse et ses difficultés entraînerait également des situations où les

usagers vivent de grandes frustrations. Ces facteurs seraient donc souvent impliqués dans l'émergence ou l'augmentation de l'incidence des comportements d'opposition, d'agression ou d'auto-agression.

Pour ces raisons, il peut devenir important d'abaisser les exigences envers les usagers ayant une DI ou un TSA qui manifestent de la détresse. Un milieu de vie trop exigeant, en plus d'être invalidant, induirait davantage de détresse et constituerait un facteur favorisant l'émergence de MAAS.

*d. Accroissement de l'intensité et de la fréquence des indices de détresse et d'affects dépressifs*

Des changements dans l'humeur chez les usagers présentant des MAAS sont fréquents : augmentation de la fréquence et de l'intensité des indices de détresse et d'humeur dépressive, ou même présence d'un portrait de dépression clinique. Ces changements d'humeur se manifestent par l'augmentation de la fréquence des pleurs, des plaintes somatiques liées à la dépression, un ralentissement psychomoteur, de l'isolement, des difficultés de concentration, une plus grande irritabilité, une hausse de la soliloque accompagnée de discours auto-dévalorisants, de verbalisations associées à l'impuissance et au désespoir et, parfois, de ruminations suicidaires.

*e. Accroissement de l'intensité et de la fréquence des indices d'anxiété*

La fréquence et l'intensité des manifestations d'anxiété augmentent chez les usagers présentant des MAAS. Cette augmentation survient fréquemment à la suite d'événements imprévus, de changements dans la routine ou dans le milieu de vie ou lors d'événements de vie stressants. Pour certains usagers, cette anxiété se manifeste par l'apparition de peurs ou d'inquiétudes par rapport à l'avenir, et peut s'accompagner d'un sentiment de persécution. Pour d'autres usagers, cette augmentation de l'anxiété survient à des moments spécifiques de l'année, par exemple lors du temps des Fêtes ou en période d'évaluation scolaire.

Les usagers qui présentent des traits impulsifs ou colériques, qui ont des difficultés à identifier ou à gérer leurs émotions, qui entretiennent des pensées dichotomiques ou qui sont perfectionnistes seraient plus à risque de présenter des MAAS lors de ces épisodes d'intense anxiété. Les traits d'impulsivité de ces usagers sont souvent attribuables à des problèmes développementaux (ex : troubles de l'attention avec hyperactivité, problèmes frontaux) ou des troubles de santé mentale (ex : personnalité limite, bipolarité).

*f. Augmentation des distorsions cognitives et impacts sur la cognition sociale*

Les usagers ayant une DI ou un TSA vivant de la détresse présentent souvent une hausse de leurs distorsions cognitives. Ces distorsions auraient un impact négatif sur leurs cognitions sociales et rendraient leur compréhension du monde social plus difficile. Les usagers seraient donc plus enclins à percevoir des manifestations de rejet et d'intimidation à leur égard dans les comportements de leur entourage. Ces interprétations de leurs interactions sociales, souvent biaisées ou erronées, les amèneraient parfois à développer des sentiments de persécution et d'injustice. Ces difficultés associées à la cognition sociale seraient source de conflits et de détresse chez plusieurs usagers présentant des MAAS.

#### 4.2.3. Facteurs de risque proximaux du suicide

*a. Les conflits avec les pairs, les proches et les intervenants*

Pour plusieurs usagers ayant une DI ou un TSA, les MAAS surviennent à la suite d'un conflit avec un pair, un proche ou un intervenant. Ces conflits peuvent provoquer des crises caractérisées par une désorganisation comportementale et cognitive. Ils surviennent souvent en réaction à une demande formulée par les intervenants ou après le refus opposé à une demande de l'utilisateur. Des menaces suicidaires sont parfois formulées par les usagers lors de ces crises et elles aboutissent parfois à des actes d'auto-agression.

*b. Conflits, rejets et échecs amoureux*

Les MAAS des usagers ayant une DI ou un TSA surviennent souvent à la suite de conflits, rejets ou échecs amoureux.

Certains usagers ayant une DI ou un TSA désirent ardemment vivre une relation amoureuse. Ils ont souvent des difficultés à bien interpréter leurs interactions sociales et à nouer des relations intimes avec les autres. Ils ont donc tendance à vivre des échecs et des deuils amoureux.

Des usagers ayant une DI ou un TSA qui présentent des MAAS auraient également tendance à choisir des partenaires amoureux inadéquats, vivant ainsi des relations conjugales abusives dans lesquelles ils se font manipuler, vivent des sentiments d'échec et des abus pouvant augmenter le risque de MAAS.

*c. Les deuils et les pertes*

Les usagers ayant une DI ou un TSA qui présentent des MAAS ont souvent vécu beaucoup de déception au cours de leur vie et ont dû faire de nombreux deuils. Par exemple, plusieurs ont fréquemment changé de résidence, ont perdu des amis, ont dû faire le deuil d'avoir une vie normale, etc.

Il ressort des entrevues que certains usagers présentent des MAAS à la suite d'une perte, telle que le décès d'un parent ou la perte d'un ami, d'un privilège, d'un objet ou encore d'accès à leur intérêt restreint, etc.

*d. Événements de vie, changements et imprévus*

Des usagers ayant une DI ou un TSA présentent des MAAS à la suite d'un cumul d'événements de vie difficiles, de changements dans leur routine ou d'imprévus. Bien que ces changements puissent paraître banals pour les intervenants et l'entourage, ils peuvent induire beaucoup de stress pour les usagers et favorisent l'émergence de MAAS. En particulier, les changements de milieu de vie ou de routine (ex : changement de résidence, changement d'école) et les changements d'intervenants dans les ressources peuvent être une grande source de stress pour les usagers ayant une DI ou un TSA.

*e. Les difficultés vécues en milieu scolaire*

Le milieu scolaire peut aussi constituer une grande source de stress et de souffrance pour les usagers ayant une DI ou un TSA, en particulier ceux présentant un TSA. L'intimidation et l'exclusion qu'ils peuvent y vivre, la prise de conscience qu'ils sont différents des autres jeunes, le stress associé à la gestion des interactions sociales et au respect des normes sociales, les échecs scolaires répétés, l'anticipation des évaluations scolaires, le stress associé au perfectionnisme et aux pressions parentales, les échecs dans les relations d'amitié et les relations amoureuses vécues en milieu scolaire, constituent tous des éléments favorisant l'émergence de MAAS.

#### *f. Risque suicidaire associé à certaines périodes de l'année*

Certains usagers ayant une DI ou un TSA présentent un risque suicidaire accru lors de périodes spécifiques de l'année. Ces périodes de l'année sont associées à des démarches officielles, à des événements vécus par le passé ou à des moments ayant une signification particulière pour les usagers.

Par exemple, des usagers ayant une DI ou un TSA présentent plus de MAAS lors de l'anniversaire de décès d'un proche, au cours du temps des Fêtes ou à l'occasion de leur anniversaire.

#### 4.2.4. Facteurs de risque distaux favorisant l'émergence des MAAS chez les usagers ayant une DI ou un TSA

##### *a. La comparaison sociale comme source de souffrance suicidaire*

Plusieurs usagers entretiennent des rêves et des projets de vie semblables à ceux des individus ne présentant pas de DI ou de TSA : ils désirent avoir un(e) conjoint(e), fonder une famille, exercer un emploi particulier, posséder une voiture, une maison, etc. Ces projets de vie sont parfois irréalistes étant donné leurs capacités et limitations. D'autres entretiennent des projets de vie inaccessibles pour le commun des mortels. Ils désirent, par exemple, devenir des vedettes de cinéma ou des sportifs de renommée internationale. Les usagers ayant une DI ou un TSA ne sont pas toujours conscients du degré de réalisme de leurs attentes et de la faisabilité de leur projet de vie.

Pour certains, la prise de conscience des difficultés associées à la réalisation de leurs projets de vie et à l'établissement de relations intimes significatives est très douloureuse. Pour d'autres, ce sont les efforts infructueux pour réaliser ces projets de vie et nouer des relations qui induiraient, à la longue, une détresse, un état d'impuissance et du désespoir. Ces échecs seraient particulièrement problématiques pour les usagers qui ont un seul ou peu de projets de vie puisqu'ils ne peuvent pas se rabattre sur la réalisation d'autres projets ou objectifs. Plusieurs usagers entretiennent également un fort sentiment d'injustice, car ils se comparent aux individus n'ayant pas une DI ou un TSA qu'ils côtoient, pour qui l'établissement de relations intimes et la réalisation de leurs projets de vie semble plus aisée.

Les usagers ayant une DI ou un TSA chez qui survient cette prise de conscience ont généralement un fonctionnement cognitif de haut niveau. Ils sont souvent intégrés dans différents milieux de vie où ils côtoient des individus n'ayant pas une DI ou un TSA. Ces usagers affichent généralement une forte conscience de leurs différences par rapport à la population générale et ils vivent de nombreux deuils par rapport à leurs projets de vie. Cette prise de conscience serait fortement associée à l'émergence de souffrance existentielle, de crises identitaires et d'idéations suicidaires.

Une partie de la détresse engendrée par cette prise de conscience peut être attribuée à une méconnaissance qu'ont les usagers de leur diagnostic et de ses caractéristiques. Ils sont donc conscients de leurs différences mais n'en comprennent les causes. Cette méconnaissance les amènerait à attribuer leurs difficultés d'intégration sociale à leur valeur intrinsèque plutôt qu'à leur condition de liée à la DI ou au TSA. Cette méconnaissance du diagnostic aurait un impact important sur leur manière d'interpréter et de surmonter les difficultés lorsqu'ils ont à réaliser un projet de vie.

Toutefois, la connaissance des caractéristiques du diagnostic DI ou TSA ne signifie pas leur acceptation par les usagers. Certains n'acceptent pas leur diagnostic et désirent être comme les individus n'ayant pas une DI ou un TSA. Ces usagers ont tendance à refuser l'aide qui leur est offerte par leurs proches ou les intervenants même s'ils en ont besoin. Ils vivent souvent des frustrations associées au fait qu'ils entretiennent une certaine dépendance par rapport à leur entourage malgré leur désir d'autonomie.

#### *b. Les problèmes de santé mentale*

Les troubles de santé mentale seraient fortement associés aux MAAS chez la clientèle ayant une DI ou un TSA, en particulier les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité.

Les usagers étant les plus à risque de faire des tentatives de suicide sont ceux qui présentent plusieurs diagnostics et ceux qui présentent un trouble de personnalité limite. Le risque suicidaire serait particulièrement élevé chez les usagers qui présentent simultanément des troubles de santé mentale et des atteintes cognitives induisant de l'impulsivité.

#### *c. Les problèmes médicaux*

Des problèmes de santé physique, tels que les handicaps physiques, les maladies et les déséquilibres hormonaux ou l'hypersensibilité sensorielle sont parfois associés aux MAAS.

Toutefois, il semble que ce ne soit pas tant les problèmes médicaux qui soient problématiques en soi, mais plutôt les situations d'exclusion sociale et de stigmatisation qu'ils peuvent entraîner. Par exemple, une pilosité élevée causée par un déséquilibre hormonal ou un handicap physique peut susciter les regards des passants et induire de la honte chez les usagers. Les problèmes médicaux qui sont perceptibles dans l'apparence des usagers seraient donc plus problématiques à cause des situations de stigmatisation, ou d'auto-stigmatisation, qu'ils peuvent entraîner.

#### *d. Rigidité cognitive et troubles socio-affectifs*

Certaines caractéristiques personnelles seraient associées aux MAAS chez les usagers ayant une DI ou un TSA. Les personnes présentant des rigidités cognitives, une pensée dichotomique, une tendance au perfectionnisme, au pessimisme, et celles qui ont un trouble de l'attachement, des carences affectives, de la difficulté à gérer ses émotions et à résoudre les conflits, seraient plus à risque de présenter des MAAS.

#### *e. Lacunes dans la cognition sociale et les habiletés sociales*

Les usagers ayant une DI ou un TSA qui éprouvent des difficultés au niveau de la cognition sociale et des habiletés sociales seraient plus à risque de présenter des MAAS. Ces usagers seraient plus susceptibles de se construire une vision du monde biaisée, de percevoir des manifestations de rejet et d'intimidation à leur égard et de développer des sentiments de persécution et d'injustice.

Cela semble être particulièrement vrai pour les usagers présentant un TSA, qui souffrent de leur incompréhension de la société, de ses normes non-explicites et des contradictions et ambivalences dans les discours et comportements des individus neuro-typiques. Ils doivent également faire des efforts gargantuesques pour naviguer dans les environnements sociaux dans lesquels ils sont intégrés. Ces efforts peuvent mener certains d'entre eux à l'épuisement.

Les usagers ayant une DI ou un TSA désirant nouer des relations intimes vivent de nombreux échecs dans leurs relations sociales et sont souvent confrontés aux limites de leurs habiletés sociales. Par exemple, ces usagers ont souvent des difficultés avec les différents niveaux d'intimité : ils confondent fréquemment les statuts de *connaissances*, *d'amis* et *d'amoureux*. Ils sont donc plus susceptibles de faire des faux pas dans leurs interactions sociales, de vivre du rejet social et de vivre des deuils par rapport à l'établissement de relations intimes et réciproques.

Certains usagers ayant une DI ou un TSA ont un grand besoin d'acceptation sociale. Ils seraient plus susceptibles de se faire manipuler ou abuser par autrui, car ils utilisent fréquemment des stratégies inadéquates pour nouer des relations sociales. Ils peuvent, par exemple, donner leur argent à des pairs pour entretenir des interactions avec eux ou tenir des propos suicidaires pour susciter de la sollicitude. Ils seraient également plus à risque de vivre des relations amicales et conjugales utilitaires dans lesquels ils seront manipulés et abusés.

*f. Roulement de personnel élevé de certains milieux. Impact sur la formation de liens significatifs entre les usagers ayant une DI ou un TSA et les intervenants.*

Les usagers ayant une DI ou un TSA qui ne bénéficient pas d'un lien significatif avec un pair, un proche ou un intervenant seraient plus à risque de présenter des MAAS. En conséquence, le roulement de personnel important de certains milieux de vie des usagers ayant une DI ou un TSA constituerait un facteur augmentant leur risque suicidaire. Un roulement de personnel élevé peut entraîner le deuil de relations significatives avec les intervenants qui quittent et augmente la possibilité qu'aucun intervenant ayant un lien de confiance avec l'utilisateur ayant une DI ou un TSA suicidaire ne soit présent et disponible si ce dernier vit de la détresse.

*g. Adéquation entre les capacités de l'utilisateur ayant une DI ou un TSA et son milieu de vie*

Un milieu exigeant, qui ne prend pas en compte les difficultés sociales et limitations cognitives des usagers ayant une DI ou un TSA, constitue un facteur de risque favorisant l'émergence de MAAS. Cette situation survient parfois lorsque la déficience intellectuelle des usagers est sous-évaluée. Pour d'autres, l'inadéquation entre le milieu et leurs capacités survient suite à une perte de leurs acquis, dans un contexte de dégradation de différentes sphères chez la personne.

L'encadrement des usagers ayant une DI ou un TSA par plusieurs intervenants et professionnels de la santé pourrait également constituer un facteur de risque. En effet, il peut être épuisant pour les usagers d'être constamment encadrés par une multitude d'intervenants qui leur demandent de travailler des objectifs, d'améliorer leurs aptitudes et de modifier leurs comportements. On a déjà observé une baisse de l'incidence des MAAS chez des usagers à la suite d'un allègement de leur encadrement et des exigences de leur entourage.

Enfin, l'inadéquation entre les attentes et les capacités serait parfois causée par un manque de ressources dans les milieux où évoluent les usagers ayant une DI ou un TSA. Les intervenants ont souvent tendance à attribuer les difficultés des usagers à leur diagnostic, mais rarement au manque de ressources nécessaires pour combler leurs besoins. Pourtant, un manque de ressources a été souligné pour ce qui est du soutien académique, des stages et activités d'insertion à l'emploi, des activités communautaires, du développement des habiletés sociales et, de manière générale, du temps d'intervention disponible et alloué à chaque usager.

*h. Relations familiales problématiques*

Il semblerait que de nombreux usagers ayant une DI ou un TSA qui présentent des MAAS entretiennent des relations problématiques avec leur famille. Ils proviendraient souvent de familles dont les membres sont invalidants, dénigrants et peu soutenant à leur égard.

Les usagers ayant une DI ou un TSA qui présentent des MAAS proviennent souvent de familles qui exercent un grand contrôle sur leurs choix et sur leur mode de vie. Il est fréquent que ces familles n'acceptent pas le diagnostic et la condition de l'utilisateur. Elles laissent peu de place à son autonomie,

instaurent beaucoup de règlements, sont souvent en désaccord avec les projets de vie de l'utilisateur, le critiquent fréquemment, entretiennent des exigences académiques très élevées, menacent fréquemment l'utilisateur de le sanctionner ou de l'abandonner (ex : « tu vas devoir quitter la maison », « nous ne viendrons plus te voir »), etc.

Les usagers ayant une DI ou un TSA qui entretiennent des relations familiales problématiques présentent parfois des MAAS en réaction à des conflits avec leurs parents, parce qu'ils ont peur de leur réaction suite à un comportement ou un échec ou parce qu'ils ont peur d'être rejetés ou abandonnés par eux.

Par contre, une famille aidante ne peut pas systématiquement être considérée comme un facteur de protection contre le suicide. En effet, des MAAS surviennent également chez des usagers bénéficiant d'un grand soutien de la part de leurs proches.

#### *i. Historique de négligence, d'abus et d'abandon*

Plusieurs usagers ayant une DI ou un TSA qui présentent des MAAS ont vécu de la négligence dans leur enfance. D'autres présentent un historique d'abus sexuels et physiques. Ces abus peuvent être survenus dans l'enfance ou l'adolescence.

De même, des usagers ayant une DI ou un TSA présentant des MAAS ont vécu des situations d'abandon dans leur enfance. Plusieurs ont été placés en résidence tôt dans leur vie.

#### *j. Historique d'intimidation*

Un nombre important de jeunes usagers ayant une DI ou un TSA présentant des MAAS vivent de l'intimidation à l'école. Les usagers ayant une DI ou un TSA qui sont conscients de la stigmatisation, qui désirent nouer des relations sociales et être acceptés par leurs pairs seraient particulièrement à risque de vivre une grande souffrance lors de ces expériences d'intimidation.

D'autres, plus âgés et ne fréquentant plus le milieu scolaire, relatent fréquemment les expériences d'intimidation vécues au cours de leur jeunesse. La détresse engendrée par ces expériences d'intimidation et ses impacts négatifs sur l'estime de soi des usagers se cristallise et perdure dans le temps. Ces expériences d'intimidation, actuelles ou passées, sont souvent évoquées lors des verbalisations suicidaires de ces usagers.

#### *k. Imitation de comportements suicidaires*

On peut observer, chez certains usagers ayant une DI ou un TSA, un phénomène d'imitation de comportements suicidaires.

Certains usagers reproduisent les comportements suicidaires de proches ayant fait une tentative de suicide. Ces comportements d'imitation peuvent survenir longtemps après l'acte suicidaire du proche. Le suicide ou les tentatives de suicide de proches peuvent également provoquer l'émergence de verbalisations exprimant explicitement le désir de reproduire ces actes suicidaires ou de rejoindre ces proches dans l'au-delà. Les usagers peuvent aussi verbaliser qu'ils s'envient le fait que ces proches reposent maintenant en paix.

Certains phénomènes d'imitation de comportements suicidaires émergeraient également à la suite de l'intégration sociale d'usagers ayant une DI ou un TSA dans la communauté. Ces usagers imiteraient les comportements observés et répéteraient les discours qu'ils ont entendus dans la communauté. Ces comportements et discours seraient souvent des verbalisations suicidaires ou des expressions de

détresse et de désespoir. Il peut parfois être difficile de savoir si ces usagers comprennent le sens de ces verbalisations et leur impact sur leur entourage.

Il semble que les comportements d'imitation de MAAS ou d'automutilation soient fréquents dans les milieux associés aux Centres jeunesse. Les usagers ayant une DI ou un TSA qui évoluent dans ces milieux seraient fréquemment exposés aux MAAS de leurs pairs. Il semblerait également que les comportements suicidaires y soient souvent utilisés comme outil de négociation lors de conflits. Les MAAS et les comportements d'automutilation ont parfois pour fonction le renforcement du sentiment d'appartenance sociale des jeunes. Par exemple, il est fréquent que ces jeunes discutent de leurs MAAS, ou encore, qu'ils exposent tour à tour les cicatrices causées par leurs comportements d'automutilation. Les usagers ayant une DI ou un TSA seraient particulièrement vulnérables à ce type de phénomène car ils démontrent généralement un grand besoin d'acceptation sociale. Ce type de phénomène entraînerait donc parfois une augmentation de l'incidence des MAAS chez certains usagers ayant une DI ou un TSA, tout en n'étant pas nécessairement associé à l'augmentation de leur détresse.

Dans un exemple cité par un participant, les MAAS de l'un de ses usagers avaient émergé après son passage à l'urgence psychiatrique. Cet usager aurait discuté avec un autre patient des MAAS de ce dernier. Cette discussion aurait entraîné une augmentation du désespoir de l'utilisateur et l'apparition de MAAS. Dans ce cas, le comportement peut être perçu comme de l'identification projective ayant généré l'apparition d'un nouveau comportement dans son répertoire comportemental.

Les médias peuvent jouer un rôle dans l'émergence des MAAS d'usagers ayant une DI ou un TSA. Par exemple, un gestionnaire pour le réseau des CRDITED a observé une hausse des demandes pour des situations d'urgence liées à des MAAS suite à la médiatisation d'un cas de suicide dans sa région. De même, un intervenant a indiqué qu'un de ses usagers avait commencé à s'automutiler et à écrire des messages de désespoir dans ses cahiers après avoir visité des sites internet portant sur l'automutilation. Dans un même ordre d'idées, un autre a mentionné que les usagers discutent parfois de méthodes de suicide après avoir vu des scènes de suicide dans des films. Un autre exemple concerne un usager présentant un TSA ayant développé un intérêt restreint pour l'histoire d'une jeune fille s'étant suicidée suite au harcèlement et à l'intimidation qu'elle avait subi. Cet usager avait amassé une grande quantité d'information sur ce cas et en avait fait son sujet de discussion favori. L'utilisateur avait développé une compréhension du suicide grâce à cette histoire : il savait que le suicide existait avant de connaître ce cas, mais il ne comprenait pas pourquoi certains individus se suicident. Cette histoire lui avait fait comprendre ce qui peut amener quelqu'un à se suicider. Elle l'avait également amené à penser qu'il était victime d'intimidation, malgré le fait qu'il n'en vivait pas réellement. Le développement de cet intérêt restreint aurait augmenté les verbalisations suicidaires de l'utilisateur, mais n'était pas associé à l'augmentation de sa détresse; ce dernier percevait maintenant le suicide comme étant une solution possible à ses problèmes, solution qu'il pourrait éventuellement utiliser s'il en ressentait le besoin.

Autre exemple : un participant a relaté le cas d'un usager ayant un TSA qui, après avoir assisté à une conférence sur la dépression, craignait de mourir par suicide. Ce dernier avait compris que le fait qu'une personne pleure signifie qu'elle est en dépression. Il avait également appris que la dépression menait au suicide. Il craignait donc, suite à la conférence, de se suicider un jour, car il pleurait parfois.

Enfin, un usager croyait devoir posséder un profil sur un réseau social afin de ne pas mourir d'une tentative de suicide. Ce dernier avait appris dans les médias qu'un jeune qui avait fait une tentative de suicide avait été secouru car il avait annoncé sa tentative sur les réseaux sociaux. Cet usager avait donc développé la croyance qu'il devait absolument avoir un profil sur un réseau social afin de se protéger d'une éventuelle, et très hypothétique, tentative de suicide. L'émergence de cette croyance avait provoqué une grande détresse chez lui.

Il semble donc, à la lumière de ces exemples, que l'imitation de comportements suicidaires soit un phénomène possible chez les usagers ayant une DI ou un TSA. Il semble également que les caractéristiques cognitives et sociales des ayant une DI ou un TSA aient un impact sur la façon dont les facteurs de risque associés à l'imitation de comportements suicidaires s'expriment, se mettent en place et deviennent effectifs.

#### *1. Historique de suicide dans la famille*

Certains usagers ayant une DI ou un TSA présentant des MAAS ont un membre de leur famille ayant eu des comportements suicidaires. Ce geste suicidaire peut être survenu longtemps avant ou peu avant les MAAS de l'utilisateur.

Certains usagers, lorsqu'ils apprennent qu'un proche s'est suicidé dans leur famille, verbalisent le désir de faire comme lui. D'autres usagers peuvent tenter de reproduire l'acte suicidaire du proche.

#### 4.2.5. Facteurs de protection diminuant le risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA

La présence d'un réseau social soutenant est importante. Les amitiés et relations familiales significatives peuvent représenter d'importantes raisons de vivre pour les usagers ayant une DI ou un TSA. De même, la présence de liens de confiance entre les usagers et les intervenants qu'ils côtoient peut également contribuer à diminuer leur risque suicidaire en favorisant l'estimation du risque et les interventions subséquentes, particulièrement lorsque les relations avec la famille ou les pairs sont difficiles ou invalidantes. La présence de relations sociales en dehors de la famille est importante afin que les usagers ayant une DI ou un TSA aient l'opportunité de partager leur détresse. Enfin, il semble important que les usagers ayant une DI ou un TSA suicidaires aient au moins un confident qui ne soit pas atteint d'une DI afin de les aider à identifier des solutions alternatives à leurs problèmes.

Être actif, travailler ou avoir des occupations est un élément protégeant les usagers ayant une DI ou un TSA du risque suicidaire. Dans un même ordre d'idées, les capacités des usagers ayant une DI ou un TSA à s'organiser et à se mettre en action seraient des caractéristiques favorisant la mise en œuvre de stratégies d'adaptation.

#### *a. Caractéristiques individuelles*

Parmi les caractéristiques individuelles pouvant agir comme facteurs de protection, on retrouve la capacité à identifier des solutions à ses problèmes et les habiletés de gestion des émotions.

Posséder de bonnes habiletés de communication serait un important facteur de protection susceptible de diminuer le risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA. Les habiletés de communication permettent aux usagers de faire part de leurs besoins aux intervenants et leur permettent de discuter de leur détresse et de leurs frustrations.

Posséder de bonnes habiletés à décoder les situations sociales serait également un facteur de protection susceptible de diminuer le risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA. De telles habiletés permettent aux usagers ayant une DI ou un TSA de mieux comprendre les interactions et situations sociales susceptibles de provoquer des malentendus, des rejets, des frustrations ou de la détresse. Elles permettent donc aux individus ayant une DI ou un TSA de reconnaître les situations potentiellement dangereuses, de mieux naviguer à travers leur univers social et d'être mieux outillés pour gérer leurs interactions sociales.

Paradoxalement, une incapacité à décoder les situations sociales serait également un facteur de protection. Les usagers ayant une DI ou un TSA qui ont beaucoup de difficultés à comprendre leur univers social sont moins susceptibles d'être conscients de leur exclusion. Dans un même ordre d'idées, l'absence de besoin de reconnaissance sociale qu'ont certains usagers TSA constitue un facteur diminuant leur risque suicidaire.

La sévérité de la déficience intellectuelle et la difficulté à se projeter dans l'avenir sont deux autres caractéristiques qui sont habituellement considérées comme des handicaps, mais qui ont été identifiées comme des facteurs de protection. Ces caractéristiques diminuent le risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA puisqu'elles nuisent à la planification de l'acte suicidaire.

Les usagers ayant une DI ou un TSA qui possèdent une bonne estime de soi, une bonne connaissance de soi et qui ont confiance en leurs capacités sont moins à risque de présenter des MAAS.

L'absence de problèmes de santé mentale, le fait de bénéficier d'un suivi étroit auprès d'un psychiatre et la prise adéquate de médicaments permettant de contrôler l'humeur sont des facteurs diminuant le risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA.

L'acceptation du diagnostic de l'utilisateur ayant une DI ou un TSA par ses proches et le réalisme de leurs attentes par rapport à ce dernier constituent des facteurs de protection importants contre les MAAS. De même, la non-stigmatisation de l'utilisateur ayant une DI ou un TSA et de ses proches par la famille élargie et l'inclusion de l'utilisateur dans les activités familiales constituent également des facteurs de protection.

L'intégration sociale des usagers ayant une DI ou un TSA constitue un facteur diminuant le risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA. Ainsi, avoir des relations sociales fréquentes, participer à des activités sociales plaisantes et avoir l'opportunité d'assumer des rôles sociaux valorisants, comme le fait de travailler ou de faire du bénévolat, seraient tous des facteurs protégeant contre le suicide.

Enfin, avoir un sentiment de contrôle sur sa vie, avoir des projets de vie et l'opportunité de les réaliser et expérimenter des succès sociaux seraient des facteurs de protection.

#### *b. Milieux de vie*

Les usagers qui bénéficient d'un suivi régulier avec un intervenant et d'un encadrement plus constant dans leur milieu de vie seraient moins à risque de présenter des MAAS. L'adéquation entre le milieu de vie et les capacités de l'utilisateur constituerait également un facteur de protection. Les caractéristiques du milieu de vie favorisant cette adéquation sont : un niveau d'activités et d'exigences adapté aux capacités de l'utilisateur, un milieu accueillant et attentif aux besoins de l'utilisateur, où il y a un équilibre entre les activités de stimulation et les loisirs, un milieu valorisant les forces de l'utilisateur, ainsi qu'un environnement avec une structure de fonctionnement et des attentes claires qui offre aux usagers l'opportunité de vivre des succès.

La présence d'une variété de ressources autour de l'utilisateur ayant une DI ou un TSA suicidaire, ainsi que la synergie entre ces ressources, constituent également des facteurs susceptibles de diminuer son risque suicidaire. À titre d'exemple, les intervenants scolaires peuvent agir comme sentinelles et partager leurs observations avec les intervenants du CRDITED. De même, les intervenants du CRDITED peuvent travailler en collaboration avec la famille, les résidences, les centres de prévention du suicide, les centres de crise et les CLSC afin de construire un filet de sécurité autour de l'utilisateur ayant une DI ou un TSA potentiellement suicidaire.

Dans le même sens, la synergie entre les différents milieux de vie dans lesquels évolue l'utilisateur ayant une DI ou un TSA potentiellement suicidaire constitue également un facteur de protection. Une bonne

communication et un partage d'information efficient entre la famille, les intervenants des différents milieux de vie de l'utilisateur, les intervenants du CRDITED et les médecins et psychiatres impliqués auprès de l'utilisateur, favorisent la coordination et la cohérence des interventions. De même, les informations provenant de ces différents milieux sont souvent très importantes lorsque vient le temps d'ajuster la médication des usagers ayant une DI ou un TSA qui en ont une.

#### 4.3. Les pratiques d'estimation du risque suicidaire dans la population ayant une DI ou un TSA par les intervenants de CRDITED

##### 4.3.1. Façons d'aborder le suicide avec les usagers ayant une DI ou un TSA

En général, il est possible d'aborder directement la question du suicide avec de nombreux usagers TSA sans déficience intellectuelle et avec ceux qui présentent une déficience intellectuelle légère. La plupart de ces usagers comprennent ce qu'est le suicide. Pour ceux qui ont des difficultés à comprendre la mort et le suicide, il est également important de l'aborder directement, puisque ces personnes comprennent difficilement les abstractions.

Les usagers ayant une DI ou un TSA sont plus à l'aise de parler du suicide si la question est abordée directement. Afin de favoriser le dévoilement des idées suicidaires, il faut aborder le sujet du suicide ouvertement, en évitant d'adopter un ton répressif et en normalisant les idéations suicidaires (ex. : Parfois, quand le gens sont tristes, ils....).

Il est important d'avoir un lien de confiance avec l'utilisateur avant de pouvoir aborder directement la question du suicide. Souvent, les intervenants abordent des sujets et des questions plus générales sur la vie, la tristesse, le désespoir, avant d'aborder la question du suicide proprement dite. Il est également très important d'avoir assez de temps disponible pour que les usagers puissent parler de leurs difficultés et de leur détresse lors de ces discussions. D'ailleurs, les intervenants déplorent le fait d'avoir peu de temps disponible pour écouter les usagers et créer ce lien de confiance.

Le fait de mentionner que la conversation restera confidentielle est un élément important dans l'établissement d'un lien de confiance avec les usagers ayant une DI ou un TSA et dans le dévoilement des idéations suicidaires.

Toutefois, l'idée d'aborder directement la question du suicide ne fait pas l'unanimité parmi les participants. En effet, plusieurs intervenants n'abordent pas directement la question du suicide si c'est la première fois que l'utilisateur tient des verbalisations suicidaires et s'ils pensent que ces verbalisations sont l'expression d'un découragement ou d'une détresse non suicidaire. D'autres intervenants craignent d'aborder directement la question du suicide, car ils ne veulent pas que cela favorise l'instrumentalisation des verbalisations suicidaires par les usagers pour obtenir de l'attention ou comme leviers de négociation lors de conflits avec les intervenants.

Lorsque qu'un usager a déjà fait une ou des tentatives de suicides, les intervenants abordent généralement directement la question du suicide. Ils se disent très prudents avec les usagers qui ont déjà fait des tentatives de suicide. Ils préfèrent les envoyer à l'urgence psychiatrique plutôt que de prendre le risque qu'ils passent de nouveau à l'acte. Certains participants affirment d'ailleurs que des usagers sont envoyés systématiquement à l'urgence aussitôt qu'ils ont des verbalisations suicidaires. Il semble que ce type de situation soit plus fréquent chez les usagers ayant une DI ou un TSA présentant des troubles de santé mentale et des traits d'impulsivité prononcés. Des participants déplorent l'existence de ce type de dynamique et attribuent son émergence au manque de ressources de certains milieux par rapport au nombre d'employés, au roulement du personnel, au temps disponible pour mettre en place des

interventions individuelles et au manque de formation à l'estimation du risque suicidaire. Ces facteurs amèneraient une certaine fatigue et un épuisement chez les intervenants qui, par manque d'énergie, et afin d'éviter la confrontation avec l'utilisateur ou de se protéger des conséquences personnelles et professionnelles d'un éventuel suicide de l'utilisateur, préfèrent déléguer l'intervention aux professionnels de l'urgence psychiatrique.

Une autre approche consiste, lorsque les verbalisations suicidaires sont fréquentes chez l'utilisateur mais qu'elles n'ont jamais mené à des tentatives de suicide, à ne pas mettre d'accent sur ces verbalisations lors des interventions, mais plutôt sur la gestion des émotions et sur la résolution du problème ou de la situation ayant suscité de la détresse ou de la frustration.

Certains pensent qu'il est préférable de ne pas mettre l'accent sur le suicide lors de l'estimation du risque suicidaire, mais plutôt sur la souffrance sous-jacente et sur les actions pouvant être mises en œuvre pour alléger cette souffrance et surmonter les difficultés vécues par l'utilisateur ayant une DI ou un TSA. De même, plusieurs participants affirment qu'il ne faut pas mettre trop d'accent sur l'exploration de la situation et des problèmes de l'utilisateur, et d'en mettre davantage sur les aspects positifs dans sa vie et sur les solutions possibles à ses problèmes.

Enfin, certains intervenants préfèrent tout simplement ne pas faire d'estimation du risque suicidaire et laisser cette tâche aux psychologues, professionnels de la santé et intervenants psychosociaux formés aux pratiques d'estimation du risque suicidaire.

#### 4.3.2. Stratégies de validation de la compréhension des usagers ayant une DI ou un TSA lors de l'estimation du risque suicidaire

Il existe parfois des enjeux liés à la communication et à la compréhension de ce qu'est le suicide lors de l'estimation du risque suicidaire d'utilisateurs ayant une DI ou un TSA.

Certains usagers, même s'ils comprennent les mots prononcés par l'intervenant lors de l'estimation du risque suicidaire, ont de la difficulté à les intégrer. En effet, même s'ils s'expriment aisément, plusieurs usagers ont des difficultés cognitives au niveau de la compréhension. Ils donnent parfois l'impression d'avoir compris les demandes des intervenants même si, en réalité, ils ne les ont pas comprises.

Une stratégie consiste donc à reformuler les questions à plusieurs reprises et de différentes manières, de même qu'à demander aux usagers de répéter, reformuler et expliquer ce qui a été demandé afin de valider leur compréhension. Cette situation entraîne des difficultés au niveau des procédures d'estimation du risque suicidaire et ce, particulièrement lorsque les intervenants utilisent une grille d'estimation comprenant de nombreux items. Une grille d'estimation standardisée implique que la procédure d'estimation prend beaucoup de temps. De plus, les intervenants qui utilisent une grille standardisée perdent souvent le fil de l'estimation parce qu'ils doivent faire des allers-retours constants sur les items afin de valider la compréhension qu'en ont les usagers.

Par ailleurs, les caractéristiques cognitives des usagers ayant une DI ou un TSA font en sorte qu'ils confondent parfois les comportements suicidaires et l'automutilation. Par exemple, si un jeune s'automutile ou se coupe par inadvertance, il pourrait croire qu'il s'agissait d'une tentative de suicide car il a entendu dire que l'on peut mourir si l'on perd trop de sang. Il pourrait alors penser qu'il a déjà tenté de s'enlever la vie ou qu'il a déjà essayé de mourir.

À ces difficultés s'ajoute le fait que les verbalisations suicidaires surviennent parfois lorsque les usagers sont en état de désorganisation comportementale et cognitive. Cette désorganisation entraîne une baisse des ressources cognitives des usagers et, en conséquence, amène les intervenants à mettre davantage d'accent sur la validation de la compréhension des usagers. Il est donc parfois impossible

d'entreprendre l'estimation du risque suicidaire tant que l'utilisateur est en état de désorganisation. Ainsi, des intervenants entreprennent l'estimation du risque suicidaire auprès de l'utilisateur lorsque la crise est terminée, que l'utilisateur s'est calmé, qu'ils font un retour avec lui sur les événements et qu'ils discutent des éléments ayant provoqué la crise. Les intervenants reflètent alors les verbalisations suicidaires qui ont été tenues par l'utilisateur lors de la crise, lui demandent comment il se sentait lorsqu'il a formulé ces verbalisations et tentent de trouver avec lui ce qui aurait pu être fait différemment pour éviter que la situation ne dégénère et n'entraîne une désorganisation.

Lorsque les usagers ne sont pas en état de désorganisation, mais que leur anxiété est très élevée, les intervenants entreprennent parfois l'estimation du risque suicidaire à l'aide de stratégies de communication ou d'outils. Ils peuvent alors utiliser le dessin, des images ou des échelles visuelles et demandent à l'utilisateur d'indiquer son niveau d'anxiété et de détresse. Ces outils ne sont généralement pas conçus spécifiquement pour estimer le risque suicidaire, mais sont utilisés dans plusieurs types de situations anxiogènes afin de prévenir les crises et de favoriser l'apprentissage de la gestion des émotions par les usagers.

Certains usagers ne comprennent pas le concept ou même le mot *suicide*. Les intervenants utilisent alors des formulations alternatives, comme le fait de « penser à la mort », « avoir des idées noires », « avoir le goût de se faire du mal » ou encore « briser son corps ». Lorsque les usagers utilisent une certaine terminologie associée à leurs MAAS, les intervenants vont alors utiliser les mêmes mots que l'utilisateur. Il semble également que les intervenants préfèrent aborder la question du suicide directement lorsque le sujet a d'abord été abordé par l'utilisateur.

Il semble que la non-compréhension de la notion de suicide par certains usagers entraîne des difficultés au niveau de l'estimation du risque suicidaire. Les intervenants tentent alors d'expliquer ce qu'est le suicide, mais ce faisant, ils ont peur d'aborder les méthodes de suicide et d'ainsi induire certaines idées qui n'étaient pas présentes chez l'utilisateur ou de lui fournir des indications sur les méthodes de suicide. D'ailleurs, les intervenants trouvent qu'il n'est pas toujours facile d'expliquer ce qu'est le suicide sans aborder les méthodes de suicide, notamment parce que les usagers demandent souvent des exemples d'actes suicidaires.

#### 4.3.3. Enjeux liés à l'utilisation du COQ pour l'estimation du risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA

Certains intervenants utilisent le COQ (comment, où, quand) pour estimer le risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA. Ils ont également mentionné plusieurs enjeux liés à l'utilisation de cette méthode d'estimation de l'urgence suicidaire. Ce qui ressort des entrevues avec ces participants est que le COQ est une stratégie d'estimation intéressante, mais on ne peut pas se fier uniquement à cette méthode.

En effet, la principale limite de cette méthode est que de nombreux usagers ayant une DI ou un TSA ont de la difficulté à articuler un plan suicidaire. Certains usagers présentent un risque suicidaire élevé même en l'absence d'un plan suicidaire. Ce serait particulièrement le cas pour les usagers présentant une grande impulsivité. De plus, certains usagers ne parviennent pas à exprimer leur planification suicidaire, ce qui ne signifie pas nécessairement qu'il y ait absence de planification. Dans un même ordre d'idées, des éléments du COQ, comme la notion de fréquence des idéations suicidaires et des termes qui y sont associés, par exemple le mot « souvent », sont trop vagues et difficilement compréhensibles pour certains usagers ayant une DI ou un TSA. Il faut donc être prudent dans l'interprétation des résultats d'estimation du risque, même en l'absence d'indices de planification.

Néanmoins, l'investigation de la planification permet aux intervenants de voir si les verbalisations suicidaires sont l'expression de détresse non suicidaire ou s'il existe réellement un risque suicidaire.

Un risque de l'utilisation du COQ a été illustré par un intervenant qui a décrit une situation dans laquelle un usager TSA, à qui l'on posait régulièrement des questions sur la présence d'un plan suicidaire, s'était mis à réfléchir à différentes méthodes de suicide et était devenu très créatif dans l'identification de nouvelles méthodes. Cet usager s'était mis, avec le temps, à répondre aux questions d'estimation du risque suicidaire en nommant constamment de nouvelles méthodes de suicide.

Le COQ semble utile pour soutenir l'estimation de l'urgence suicidaire avec la clientèle ayant une DI ou un TSA, mais il est incomplet et ne permet pas d'identifier des pistes d'interventions adaptées.

#### 4.3.4. Enjeux liés à l'utilisation de la grille d'estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire pour l'estimation du danger suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA

Plusieurs intervenants utilisent la grille d'estimation de l'urgence d'un passage à l'acte suicidaire développée par SAM-CDC lors de l'estimation du risque suicidaire d'usagers ayant une DI ou un TSA.

Parmi ces intervenants, plusieurs apprécient cette grille car elle aborde plusieurs éléments et sphères de vie des usagers ayant une DI ou un TSA. Elle leur permet donc de dresser un portrait plus complet et réaliste du risque suicidaire de ces usagers. La grille favorise également la collaboration entre les différents intervenants qui côtoient l'utilisateur potentiellement suicidaire, ainsi que la qualité de leurs échanges. Elle permet entre autres d'investiguer en équipe les différentes problématiques et difficultés que l'utilisateur peut expérimenter dans ses différents milieux de vie. L'exploration des différentes sphères de vie des usagers ayant une DI ou un TSA serait particulièrement importante car des problèmes vécus dans une seule de ces sphères peuvent influencer grandement leur risque suicidaire. Par exemple, des problèmes au travail ou avec les proches suffisent parfois à augmenter grandement le risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA.

Il fut également mentionné que l'utilisation de la grille permettait d'éviter d'avoir systématiquement recours à une consultation en psychiatrie lorsque le risque suicidaire indiqué par la grille est faible.

Par contre, d'autres intervenants ont mentionné qu'ils pouvaient envoyer l'utilisateur à l'urgence même si ce dernier « ne cotait pas rouge » s'ils jugent que la grille ne parvient pas à détecter adéquatement le risque suicidaire de l'utilisateur, ou si l'utilisateur a déjà, par le passé, présenté des MAAS alors qu'il répondait à certains critères dans la grille.

Un participant a par ailleurs mentionné qu'un utilisateur connaissait bien la grille et lui demandait de « coter rouge » afin qu'il puisse aller à l'urgence psychiatrique.

Les items de la grille portant sur des éléments facilement observables ou sur des informations consignées dans les dossiers semblent adaptés aux usagers ayant une DI ou un TSA. Ainsi, l'historique de tentatives de suicide, la consommation de substances et la présence de proches sont les éléments les plus faciles à évaluer pour les intervenants.

La présence d'un historique de tentatives de suicide est vue comme très importante dans la grille. Cet item semble celui qui est le plus considéré par les intervenants lorsqu'ils estiment le risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA.

Par contre, on a souligné que l'investigation de la présence de proches devrait inclure les animaux de compagnie, surtout lorsque vient le temps d'identifier les raisons de vivre des usagers ayant une DI ou un TSA. Il semble en effet que les usagers ayant une DI ou un TSA sont souvent très attachés à leurs animaux domestiques et qu'ils ont souvent des responsabilités par rapport à eux.

D'autre part, il semble que certains éléments de la grille ne soient pas adaptés à la clientèle ayant une DI ou un TSA ou que l'investigation de ces éléments avec des usagers ayant une DI ou un TSA soit difficile à effectuer. Tout comme pour le COQ<sup>2</sup>, l'investigation de la planification n'est pas toujours adaptée à la clientèle ayant une DI ou un TSA. Certains usagers n'affichent pas un risque élevé par rapport à la planification sur la grille, même s'ils présentent un réel risque suicidaire. Le critère portant sur la capacité à prendre soin de soi est aussi parfois problématique. La plupart des usagers ayant une DI ou un TSA ont des caractéristiques cognitives, comportementales ou fonctionnelles qui limitent grandement leur autonomie. Ils ne peuvent donc pas toujours prendre soin d'eux même et ce, même en l'absence de détresse.

De même, le critère portant sur les capacités à se contrôler peut être problématique. Il semble qu'il soit fréquent que les usagers ayant une DI ou un TSA ne comprennent pas la question. Afin de pallier ces difficultés de compréhension, un participant a développé une stratégie où il donne à l'utilisateur un exemple d'une situation fictive et lui demande s'il serait capable de se contrôler dans cette situation. Il fait ensuite un dessin d'une échelle de 0 à 10 et demande à l'utilisateur de faire un X pour indiquer la capacité qu'il aurait à se contrôler dans cette situation fictive. Les usagers ayant une DI ou un TSA sont souvent très impulsifs et leur capacité à se contrôler peut varier considérablement en peu de temps. Même si l'impulsivité constitue un critère important dans l'estimation du risque suicidaire, elle peut parfois être difficile à évaluer avec la grille. En outre, ce n'est pas toujours un critère discriminant pour identifier les usagers présentant un risque suicidaire ou anticiper le moment du passage à l'acte.

Quant au critère de la capacité à espérer un changement, il semble parfois difficile pour les usagers ayant une DI ou un TSA d'identifier des éléments de leur vie qui leur donnent de l'espoir et qui les motivent. Cette situation peut être causée par les limites fonctionnelles des usagers, leur manque d'intégration sociale ou le peu d'opportunités qu'ils ont de développer leur potentiel ou leur projet de vie. Au surplus, plusieurs usagers ayant une DI ou un TSA vivent dans le présent et il est difficile pour eux de se projeter dans le futur. Il est donc parfois nécessaire d'être plus directif avec les usagers en leur rappelant leurs projets de vie et en énumérant ou suggérant les éléments positifs présents dans leur vie. De cette manière, les usagers apprennent, avec l'aide des intervenants, une forme de discours positif qui peut être mobilisé lorsqu'ils présentent un risque suicidaire. De même, il faut parfois suggérer aux usagers présentant un TSA des solutions à leurs problèmes, car ces derniers peuvent avoir de la difficulté à identifier de nouvelles pistes de solutions par eux-mêmes. Être plus directif lors des discussions entourant ce critère permet également de faire progresser l'estimation, car cela peut être long avant que les usagers se souviennent de leurs projets de vie. Enfin, certains usagers TSA ont comme principal projet de vie le fait de travailler et d'effectuer les activités figurant à leur horaire. Un rappel des activités présentes à l'horaire peut donc être suffisant, pour ces usagers, pour identifier des éléments positifs dans leur vie.

Par contre, certains usagers présentant un TSA ne ressentent pas le besoin de se sentir utiles ou de se reconnaître des compétences. Ainsi, ces éléments ne sont pas toujours de bons leviers d'intervention auprès des usagers ayant une DI ou un TSA suicidaires, ni de bons repères pour l'estimation de leur risque suicidaire.

Des participants rapportent également que la grille d'estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire est trop longue à appliquer auprès des usagers ayant une DI ou un TSA, notamment parce que les intervenants doivent souvent valider la compréhension des usagers pour chaque item en reformulant les questions et concepts qui y sont abordés. Le langage utilisé dans la grille est aussi trop compliqué pour les usagers ayant une DI ou un TSA. Les intervenants doivent souvent expliquer ce qu'est le suicide,

---

<sup>2</sup> COQ : Comment – OU – Quand. Exploration minimale de la planification suicidaire

reformuler les questions ou donner des exemples pour chaque item de la grille afin de concrétiser, contextualiser et nuancer les concepts. Ils doivent également souvent utiliser des images et des supports visuels afin de faciliter la compréhension des usagers. Le temps requis pour la complétion de l'estimation du risque suicidaire crée parfois des conflits avec les usagers, car les intervenants doivent s'éloigner de la situation décrite par l'utilisateur et des problèmes qu'il a évoqués. Certains usagers peuvent donc se sentir incompris ou ne pas comprendre pourquoi les intervenants abordent des sujets autres que ceux qu'ils ont mentionnés.

Enfin, si le volet *estimation* de la grille peut être intéressant et pertinent pour les usagers ayant une DI ou un TSA, le volet *intervention* n'est pas adapté à leurs caractéristiques : l'intervention axée sur l'espoir et la reconnaissance des qualités ne convient pas toujours à cette clientèle. Cependant, le plan d'action à mettre en place avec cette clientèle dans les cas d'épisode de MAAS est similaire sur plusieurs points aux interventions faites dans les cas de crises non suicidaires ou de désorganisations comportementales et cognitives.

#### 4.3.5. Autres stratégies d'estimation du risque suicidaire d'utilisateurs ayant une DI ou un TSA

Certains intervenants effectuent l'estimation du risque suicidaire d'utilisateurs ayant une DI ou un TSA en triangulant les informations et observations collectées auprès d'eux avec des informations recueillies auprès de leur entourage.

Les usagers ayant une DI ou un TSA évoluent souvent dans des milieux de vie où résident plusieurs personnes. Dans ce contexte, la première chose à faire avant d'entreprendre l'estimation du risque suicidaire est d'isoler l'utilisateur afin qu'il se calme et qu'il puisse discuter avec l'intervenant.

Les intervenants utilisent parfois des outils destinés aux usagers ayant un trouble grave du comportement, comme la fiche de prévention active des troubles du comportement. Cette fiche contient une description de différents niveaux d'agitation, les interventions qui y sont associées et les choses à faire lors de la récupération avec l'utilisateur. Les informations de cette fiche sont parfois triangulées avec d'autres outils d'évaluation ou sources d'information. Par exemple, une intervenante a mentionné qu'elle triangulait les informations provenant de la fiche de prévention active des troubles du comportement, la grille d'estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire et les rapports de l'éducateur. Les rapports de l'éducateur permettent alors d'évaluer la capacité de la famille, ou de l'entourage, à contrôler la situation.

D'autres intervenants utilisent un test de dépistage de la dépression, tiré d'un manuel diagnostique pour individus présentant une DI, afin de dépister la présence d'un risque suicidaire et d'estimer sa dangerosité.

#### 4.3.6. Stratégies de communication mobilisées lors de l'estimation du risque suicidaire d'utilisateurs ayant une DI ou un TSA

Il est très important de simplifier le langage utilisé lors de l'estimation du risque suicidaire, ainsi que de donner des exemples concrets et se référer à des choses que les usagers connaissent. Par exemple, afin d'expliquer la permanence de la mort et la dangerosité des actes suicidaires, un intervenant indique qu'il compare le corps à un objet et dit à l'utilisateur qu'il risque de « briser son corps s'il tente de se suicider et qu'il ne pourra plus le réparer ensuite ».

Plusieurs intervenants tentent de simplifier la communication verbale lors de l'estimation du risque suicidaire. Les caractéristiques cognitives des usagers ayant une DI ou un TSA et leur état de

désorganisation lorsqu'ils sont anxieux peuvent faire en sorte qu'ils comprennent mal la communication verbale lors de l'estimation du risque suicidaire. Dans ces situations, les interventions verbales peuvent même accentuer l'état anxieux de l'utilisateur. Afin de pallier ces difficultés au moment de l'estimation du risque suicidaire, les intervenants communiquent en utilisant peu de mots, mais simples et courts. Ils peuvent également communiquer avec l'utilisateur en écrivant ces mots sur une feuille.

On peut aussi utiliser des images afin d'améliorer la communication lors de l'estimation du risque suicidaire. Cette stratégie serait particulièrement utile pour les usagers TSA. Par contre, certains usagers ayant une DI ou un TSA (DI légère, bonne autonomie) ne sont pas à l'aise avec l'utilisation d'images, qu'ils trouvent infantilisantes.

Une stratégie employée consiste à dessiner le plan suicidaire avec l'utilisateur. Pour ce faire, l'intervenant pose des questions à l'utilisateur et écrit ou dessine ses réponses sur une feuille. Lorsque l'utilisateur ne répond pas ou ne connaît pas la réponse, il dessine un point d'interrogation. L'intervenant valide ainsi la compréhension qu'a l'utilisateur du suicide et situe les éléments de ce plan sur une ligne du temps.

Une ligne du temps est un outil visuel utilisé par de nombreux intervenants lors de l'estimation du risque suicidaire et lors des interventions. Elle peut être utilisée pour explorer et illustrer la projection dans le futur de l'utilisateur, pour illustrer les événements positifs et négatifs qui sont survenus dans son passé et ceux qui surviendront dans l'avenir, de même que pour illustrer les moyens qu'il a utilisés dans le passé pour surmonter ses difficultés. Une ligne du temps peut donc être utilisée afin susciter l'espoir de l'utilisateur, l'aider à mobiliser ses stratégies d'adaptation et situer les différentes étapes de son plan d'action dans le temps.

L'élaboration de listes avec les usagers ou l'utilisation de tableaux afin d'illustrer les interventions sont des stratégies également employées. Les intervenants font ainsi des listes d'éléments positifs et négatifs dans la vie des usagers, des listes de solutions à leurs problèmes, de stratégies d'adaptation et de projets à court terme. Des tableaux peuvent également être utilisés pour identifier et illustrer les cognitions erronées des usagers, et contraster ces cognitions erronées avec la réalité. Les listes et les tableaux semblent bien fonctionner avec des usagers ayant une DI ou un TSA car ils leur permettent de relativiser l'importance de leurs problèmes actuels, de les mobiliser vers des éléments de leur vie qui sont plus positifs et d'élaborer les différentes étapes de leur plan d'action.

Un intervenant a mentionné utiliser le langage conceptuel SACCADE. Il utilise cette forme de communication avec les usagers potentiellement suicidaires, entre autres lors de l'exploration des solutions à leurs problèmes et afin de décrire et d'expliquer les moyens qu'ils peuvent mobiliser pour prévenir et résoudre leurs épisodes de désorganisation.

Un avantage important de la communication écrite ou imagée est que l'utilisateur peut garder une trace de la communication comme aide-mémoire ou comme source de réconfort.

Des échelles visuelles de gradation des émotions ou des images servant à illustrer les émotions sont également utilisées. Ces échelles et images seraient particulièrement utiles pour les usagers TSA. Les échelles peuvent être très simples et comprendre peu de gradation pour les usagers qui ont des difficultés à reconnaître et nommer leurs émotions. Ces échelles visuelles et ces images permettent de concrétiser les émotions vécues par l'utilisateur, facilitent la communication sur ces émotions et permettent à l'intervenant de mieux évaluer le niveau d'anxiété, de colère ou d'affects dépressifs des usagers.

Des scénarios sociaux sont également utilisés avec des usagers ayant une DI ou un TSA potentiellement suicidaires. Ces scénarios sociaux servent à décrire les alternatives aux MAAS. Plusieurs construisent également des scénarios sociaux avec des paroles et des bulles de pensées afin d'identifier les situations sociales qui ont tendance à être problématiques pour l'utilisateur et qui peuvent engendrer des MAAS.

Enfin, les nouvelles technologies sont pertinentes à employer lors de l'estimation du risque suicidaire ou lors d'interventions auprès d'utilisateurs potentiellement suicidaires. Par exemple, un intervenant a dit qu'il regarde parfois des sites internet sur la prévention du suicide avec des utilisateurs ayant une DI ou un TSA. Cette pratique favorise les discussions sur la dépression et le suicide avec eux. Les utilisateurs peuvent avoir plus de facilité à aborder la question du suicide lorsqu'ils discutent d'information se trouvant sur internet. Cela leur permet également de voir des témoignages de jeunes qui vivent avec des problèmes de santé mentale, mais qui réussissent malgré tout à se sentir bien. Des utilisateurs ont également fait part de leurs idées suicidaires à leurs intervenants par courriel ou par texto. Certains utilisateurs sont plus à l'aise de discuter du suicide lorsqu'ils communiquent par écrit.

#### 4.4. Croyances et attitudes des intervenants par rapport au risque suicidaire des utilisateurs ayant une DI ou un TSA

##### 4.4.1. Croyances et attitudes par rapport aux comportements suicidaires

Les intervenants ont exprimé différentes croyances et attitudes par rapport aux comportements suicidaires des utilisateurs. Ces croyances et attitudes sont habituellement associées au contexte d'apparition des MAAS, à la compréhension de la fonction de ces manifestations et à la perception du risque sous-jacent. Ces croyances et attitudes influencent à leur tour les stratégies d'estimation du risque et d'intervention en cas de MAAS.

Cette section vise à décrire ces croyances et les pratiques qui en découlent.

Pour certains, les verbalisations suicidaires sont généralement des expressions maladroitement d'émotions ou de souffrance non suicidaire. Des utilisateurs utiliseraient les verbalisations suicidaires afin d'exprimer de la frustration ou de signifier qu'ils ne sont pas à l'aise dans une situation. Dans un même ordre d'idées, les utilisateurs ayant une DI ou un TSA utiliseraient parfois les verbalisations suicidaires comme stratégie d'évitement afin d'être retirés de situations anxiogènes. Les intervenants, lorsqu'ils considèrent qu'il n'y a pas de risque suicidaire sous-jacent à ce type de MAAS, tentent de faire comprendre aux utilisateurs ayant une DI ou un TSA les impacts négatifs de ces comportements sur leur entourage et de leur apprendre des façons alternatives d'exprimer leurs émotions et leurs demandes.

Selon des intervenants, les verbalisations suicidaires ont souvent pour fonction la recherche d'attention. Ainsi, certains utilisateurs ayant une DI ou un TSA non suicidaires exprimeraient des idées suicidaires afin d'entrer en contact avec les intervenants, de mobiliser leur réseau de proches et de pairs et de profiter de moments privilégiés et intimes avec eux. Pour cette raison, ces intervenants ont des réticences à aborder directement la question du suicide avec les utilisateurs ayant une DI ou un TSA car ils craignent que ces derniers associent les verbalisations suicidaires à la sollicitude des intervenants, de leurs proches et de leurs pairs. Le risque suicidaire sous-jacent à ce type de MAAS serait très faible.

Un bon nombre d'utilisateurs ayant une DI ou un TSA ont des MAAS en contexte de conflit avec les intervenants, parents ou autres figures d'autorité. Ces MAAS apparaissent généralement à la suite de demandes faites par les intervenants ou en réaction à des refus opposés aux demandes formulées par les utilisateurs. Les intervenants perçoivent souvent ces MAAS comme des leviers de négociation utilisés par les utilisateurs ayant une DI ou un TSA pour obtenir ce qu'ils désirent. Souvent, les intervenants ignorent ces comportements afin de ne pas les renforcer. Un effet pervers possible de cette ignorance est que les utilisateurs ayant une DI ou un TSA peuvent avoir tendance à augmenter la dangerosité de leurs MAAS afin d'obtenir une réaction de la part des intervenants. Cette dynamique serait particulièrement présente

lorsque les MAAS ont déjà fait l'objet d'interventions et que, ultérieurement, les intervenants les ignorent intentionnellement afin d'en réduire l'incidence.

Selon les observations des participants au projet, certains intervenants dans les milieux de pratique ne croient pas que le suicide existe dans la population ayant une DI ou un TSA. Ces intervenants auraient tendance à minimiser les MAAS et à les percevoir comme des comportements dont la fonction serait autre que celle de communiquer un réel désir de mourir. Dans cette conception, le suicide serait perçu comme impossible en raison des limites cognitives des usagers ayant une DI ou un TSA, qui feraient en sorte qu'ils sont incapables de comprendre la mort et le suicide. Des intervenants auraient également tendance à minimiser la détresse des usagers ayant une DI ou un TSA, ainsi que le nombre et l'intensité des deuils qu'ils vivent au cours de leur vie.

Par contraste avec ces perceptions observées dans certains milieux, les intervenants interrogés estiment que même s'il est faible, le risque suicidaire sous-jacent aux verbalisations suicidaires doit être pris au sérieux. Cependant, la complexité des processus cognitifs et d'interaction en jeu rend l'intervention complexe.

Tout d'abord, les intervenants considèrent ces manifestations comme étant des appels à l'aide et des indicateurs d'une réelle détresse et ce, peu importe la fonction et les contextes d'apparition de ces comportements. Ensuite, ils craignent d'entretenir ce type de discours et de verbalisations en en parlant. Par exemple, ils craignent de faire en sorte que le comportement perdure dans le temps, d'aider involontairement la personne à élaborer des comportements suicidaires ou de favoriser la généralisation du comportement dans différents contextes. À long terme, les intervenants craignent de mener les usagers ayant une DI ou un TSA à considérer sérieusement le passage à l'acte, soit comme solution à leurs problèmes, soit comme outils de négociation lors d'interactions avec leurs proches et leurs intervenants. Les intervenants appréhendent également que les usagers qui font des menaces suicidaires en contexte de conflits puissent, sans nécessairement désirer mourir, commettre des gestes irréparables. Les usagers qui utilisent les MAAS comme levier de négociation pour obtenir ce qu'ils désirent et qui accentuent progressivement la dangerosité de leurs manifestations lors d'escalades conflictuelles seraient particulièrement à risque de mourir par suicide.

#### 4.4.2. Croyances des intervenants par rapport à la possibilité d'induire des pensées suicidaires chez les usagers ayant une DI ou un TSA.

La plupart des intervenants spécialisés en ayant une DI ou un TSA interrogés ont indiqué, comme leurs collègues travaillant avec la population générale, qu'ils ne croyaient pas que le fait d'aborder le suicide avec un usager ayant une DI ou un TSA pouvait induire des pensées suicidaires.

Le fait d'aborder le suicide avec les usagers présentant des MAAS peut leur apporter du réconfort et faire en sorte qu'ils seront plus à l'aise d'aborder leurs idéations suicidaires. C'est une manière de leur démontrer que l'on tient à eux. De plus, les usagers ayant une DI ou un TSA peuvent penser au suicide par eux-mêmes, voire y penser plus fréquemment que la population générale en raison des nombreuses difficultés qu'ils rencontrent dans leur vie. Aborder le suicide avec des usagers ayant une DI ou un TSA peut permettre de révéler, plutôt qu'induire, les idéations suicidaires déjà présentes chez eux. Aborder le suicide avec des usagers ayant une DI ou un TSA peut donc constituer un premier pas vers le dévoilement de leur détresse et la résolution de leurs problèmes.

Le fait d'aborder le suicide avec des usagers ayant une DI ou un TSA permet également de valider leur compréhension de ce qu'est le suicide. Les discussions sur le suicide constituent des opportunités de

faire de la psychoéducation auprès des usagers ayant une DI ou un TSA sur la dépression et la santé mentale en général.

Cependant, des participants affichent une certaine ambivalence par rapport à la possibilité d'induire des idées suicidaires chez les usagers ayant une DI ou un TSA en abordant le sujet avec eux. Plus spécifiquement, les intervenants ont exprimé les craintes suivantes :

- Les caractéristiques cognitives des TSA peuvent favoriser l'induction d'idéations suicidaires. La rigidité cognitive de certains usagers TSA pourrait les amener à faire des associations cognitives et comportementales dangereuses. Par exemple, ces usagers peuvent associer le suicide au soulagement de la détresse ou à la résolution des problèmes, ou encore associer systématiquement tristesse et suicide. Ainsi, les intervenants craignent que, à la suite d'une conversation sur le suicide, ces usagers réfléchissent ou envisagent systématiquement le suicide à chaque fois qu'ils ressentiront de la tristesse. En conséquence, ils trouvent qu'intervenir sur cette problématique peut être très délicat et induire des effets iatrogènes.
- Les usagers ayant une DI ou un TSA peuvent apprendre les mots et expressions contenus dans les grilles d'estimation du risque suicidaire et mobiliser des discours suicidaires afin de provoquer la sollicitude des intervenants comme stratégie de négociation lors de conflits ou comme stratégie d'évitement de situations anxieuses ou déplaisantes.
- Les usagers TSA qui ont tendance à répéter ce qu'on leur dit, en termes de langage stéréotypé, peuvent apprendre un discours suicidaire et l'utiliser en dehors d'un contexte de crise ou d'idéations suicidaires.
- Il peut y avoir des conséquences à aborder le suicide auprès d'usagers ayant une DI ou un TSA qui ne maîtrisent pas la notion d'irréversibilité et d'universalité de la mort. Par exemple, certains usagers ayant une DI ou un TSA n'ont pas conscience de ce qui constitue un comportement ou une situation dangereuse et ne comprennent pas les conséquences et la dangerosité des actes suicidaires. Il est donc important d'explorer la compréhension qu'ont les usagers ayant une DI ou un TSA de ce qu'est la mort, avant d'aborder avec eux la question du suicide.
- Les usagers ayant une DI ou un TSA ont souvent tendance à acquiescer à ce qui leur est demandé et à répéter ce que dit l'intervenant. Ces caractéristiques et tendances comportementales peuvent avoir un impact sur l'estimation du risque suicidaire et sur l'induction d'idéations suicidaires. Plusieurs intervenants craignent également de mettre des mots dans la bouche des usagers.

Pour toutes ces raisons, ces intervenants prennent le temps, lors de l'estimation du risque suicidaire, d'explorer la détresse et le désespoir de l'utilisateur avant d'aborder la question du suicide proprement dite. Cela leur permet de mieux estimer le risque suicidaire des usagers ayant une DI ou un TSA et de valider l'authenticité de leurs verbalisations suicidaires.

Enfin, des intervenants évitent de nommer et décrire des méthodes de suicide non mentionnées par l'utilisateur ayant une DI ou un TSA lors de l'estimation du risque suicidaire ou lorsqu'on lui explique ce qu'est le suicide, afin de ne pas lui suggérer une planification suicidaire.

#### 4.5. Besoins des intervenants pour améliorer la compréhension et l'estimation du risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Les entrevues ont permis de soulever plusieurs questions des intervenants par rapport aux comportements suicidaires et à l'estimation du risque. En outre, certaines contradictions dans les

perceptions de différents intervenants nous ont amenés à identifier des thèmes nécessitant des clarifications. Cette section rassemble les besoins identifiés grâce aux entrevues. Il s'agit essentiellement de besoins de nouvelles connaissances sur le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA et sur les outils d'estimation du risque.

- Mieux comprendre et maîtriser les concepts et outils d'estimation du risque. En effet, le COQ (comment, où, quand) constitue un outil d'estimation insuffisant, même si plusieurs intervenants l'utilisent dans la pratique.
- Quand aborder l'estimation du risque suicidaire avec la personne? Cette question pose problème aux intervenants, qui craignent d'induire des MAAS chez les usagers. Quelles sont les conséquences de parler directement de suicide avec une personne ayant une DI ou un TSA? Comment expliquer ce qu'est le suicide à une personne ayant une DI ou un TSA sans induire des comportements suicidaires? Aborder la question du suicide directement pour expliquer ce que c'est et estimer le risque peut-il induire des effets néfastes? Cette préoccupation semble courante. Pour la population générale, il est admis que parler directement de suicide ne peut pas induire de comportements suicidaires. Par contre, il existe certains exemples dans les populations ayant une DI ou un TSA où ce phénomène semble s'être produit.
- Comment s'assurer de la compréhension des concepts de mort, de suicide et de souffrance par la personne sans nuire au processus d'estimation du risque / danger suicidaire? En effet, le besoin de valider la compréhension de la personne et la compréhension des réponses par l'intervenant semble parfois interférer avec le travail d'estimation.
- Développer des moyens efficaces d'identifier une planification suicidaire qui n'entraînent pas une sophistication de cette planification (par exemple en faisant penser à un moyen plus dangereux ou plus accessible).
- Adapter les éléments d'estimation de la planification suicidaire aux personnes ayant une DI ou un TSA. Les notions de « où » et « quand » sont souvent difficiles à aborder, un plan peut paraître irréaliste, etc. Donc dans ce contexte, comment évaluer la dangerosité de la planification?
- Plusieurs critères de la grille « Estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire » ne s'appliquent pas ou doivent être adaptés. Le langage est trop complexe et la durée de passation est trop longue. Le volet intervention n'est pas adapté aux caractéristiques de la clientèle et au contexte des épisodes de MAAS en CRDITED.
- Les outils d'estimation doivent être simples et diversifiés, accompagnés d'exemples et de moyens variés de communication, de niveaux variés de langage et d'illustrations des comportements et émotions.

### **Détails sur les besoins des intervenants**

Cet encart rassemble les suggestions plus détaillées faites par les intervenants interrogés.

### **Outils visuels et pictogrammes**

Il est pertinent de développer des outils permettant d'aborder, à l'aide de pictogrammes, les

différents thèmes reliés au suicide. Ces pictogrammes pourraient aider les intervenants à aborder les raisons et causes qui peuvent amener les usagers à avoir des idéations suicidaires, de même qu'à expliquer ce qu'est un propos suicidaire et ce qu'est la mort, et aider les intervenants à valider la compréhension qu'ont les usagers de ces concepts. Des intervenants ont indiqué que ce type d'outils pourrait aider à sensibiliser les usagers ayant une DI ou un TSA qui tiennent des propos suicidaires aux impacts de ces verbalisations sur leur entourage.

Des intervenants ont besoin d'outils visuels afin d'aider les usagers ayant une DI ou un TSA à gérer leurs émotions et à identifier des solutions à leurs problèmes. Ils ont mentionné l'existence de tableaux illustrant différentes stratégies de gestion de l'anxiété et des émotions. Selon eux, ces tableaux fonctionnent généralement bien et pourraient être utilisés dans les contextes où des usagers présentent des MAAS. Des outils pourraient servir à illustrer les différentes options qui s'offrent aux usagers.

Un participant a mentionné que l'absence d'intervention à l'aide d'image constituait une faiblesse des interventions téléphoniques offertes par les centres de prévention du suicide auprès de la clientèle ayant une DI ou un TSA.

### **Outils vidéo et informatisés**

Des participants ont mentionné la pertinence de développer des vidéos et des logiciels interactifs d'aide à l'intervention auprès d'usagers ayant une DI ou un TSA suicidaires. Les jeunes usagers ayant une DI ou un TSA apprécient beaucoup les vidéos et les nouvelles technologies. Les usagers assimilent mieux l'information lorsqu'elle est communiquée par ce type de média. Des participants ont également mentionné la pertinence de développer du matériel audio. Ce type de support serait, selon eux, mieux acceptés par les usagers ayant une DI ou un TSA que les outils contenant des illustrations ou des pictogrammes.

### **Guide de bonnes pratiques**

Des participants ont indiqué qu'ils aimeraient avoir accès à un guide qui présente les meilleures pratiques, les étapes de l'intervention auprès d'usagers suicidaires, ce que l'on peut et ce que l'on ne doit pas aborder lorsque l'on discute du suicide avec les usagers ayant une DI ou un TSA potentiellement suicidaires, des indications sur les pièges à éviter lors des interventions, les signes précurseurs des MAAS qui peuvent être détectés, les techniques de prévention utilisées dans la population générale qui peuvent être adaptées à la clientèle ayant une DI ou un TSA, comment intervenir en fonction du niveau de risque suicidaire, ainsi que les critères qui aident à prendre la décision d'envoyer l'utilisateur à l'urgence.

Il pourrait être pertinent de développer une trousse pour les intervenants et une autre pour les usagers. La trousse de l'intervenant devrait contenir des informations claires et condensées, ne pas être trop théorique, rappeler les signes précurseurs du suicide, permettre d'effectuer des évaluations rapides et pouvoir être portée en permanence par les intervenants sans être encombrante. Cette trousse pourrait contenir des formulaires d'autorisation de communiquer avec l'entourage des usagers ayant une DI ou un TSA suicidaires. Elle devrait également contenir des contrats de non-suicide car ce type d'outil peut être adapté à la structure cognitive des usagers ayant une DI ou un TSA.

### **Scénarios sociaux**

Des participants ont mentionné la pertinence de développer des scénarios sociaux et des aide-mémoires comme outils d'intervention auprès des usagers ayant une DI ou un TSA suicidaires. Ces outils pourraient être utilisés pour expliquer à l'utilisateur ce qu'il peut faire lorsqu'il se sent désespéré et lorsqu'il a des idées suicidaires, lui rappeler ses stratégies d'adaptation et comment il peut recevoir de l'aide, de même que lui rappeler que ses proches tiennent à lui. Ces outils seraient en outre utiles aux intervenants afin de vérifier la compréhension qu'ont les usagers de leur situation.

D'autres participants ont par contre mentionné des réticences à l'égard de l'élaboration de scénarios sociaux comme outil d'intervention auprès d'utilisateurs ayant une DI ou un TSA. Ils trouvent que les scénarios sociaux ne sont pas appropriés et efficaces pour tous les usagers. Un participant craint qu'un scénario social indiquant qu'une situation d'épisode de MAAS peut mener un usager à l'hôpital provoque l'anticipation d'être envoyé à l'hôpital chez des usagers. Il appréhende donc que les usagers qui ont peur de l'hôpital dissimulent leurs idées suicidaires par crainte d'y être envoyés. De plus, malgré leur utilité (évitant aux intervenants de partir de zéro), ces scénarios sociaux et aide-mémoires devraient pouvoir être personnalisables en fonction des caractéristiques spécifiques de chaque client.

### **Outils pour aborder les facteurs de risque et déclencheurs**

Des participants ont indiqué qu'ils auraient besoin d'outils visuels afin de travailler les distorsions cognitives des usagers. Des outils pourraient également être développés afin de décortiquer certaines situations sociales propices à l'émergence de MAAS. Ces outils pourraient aider l'utilisateur à rationaliser la situation par lui-même, sans que l'intervenant soit nécessairement à ses côtés pour le faire. Cela pourrait donc favoriser l'autonomie des usagers en améliorant leurs capacités d'autogestion de leurs problèmes et de leur détresse en l'absence des intervenants.

### **Qualités attendues des outils d'estimation du risque suicidaire**

- Les outils devraient être concrets, visuels, structurés, contenir des tableaux, des listes et des énumérations de stratégies, et contenir des schémas tels que des arbres décisionnels. Les listes, énumérations et arbres décisionnels ont été identifiés comme des caractéristiques d'outils d'estimation et d'intervention importantes auprès des usagers TSA.
- Cependant, les outils devraient aussi utiliser l'écriture, car certains usagers se sentent infantilisés lorsque les intervenants utilisent des images dans leurs interventions.
- Développer des outils d'estimation qui peuvent être complétés par des proches afin de recueillir leurs observations et de trianguler ces informations avec celles des intervenants.
- Développer des outils permettant de graduer la souffrance psychologique des usagers ayant une DI ou un TSA, en particulier des listes de symptômes dépressifs observables. Ces listes seraient particulièrement utiles pour les usagers ayant une DI ou un TSA qui ne parlent pas.
- Concevoir des outils et aide-mémoires indiquant ce qui doit être observé dans l'environnement de l'utilisateur et dans ses propos, indiquant les différents facteurs de risque associés au suicide chez les usagers ayant une DI ou un TSA et les facteurs de protection qui peuvent faire l'objet d'interventions.
- Une grille d'estimation du risque suicidaire devrait indiquer les interventions appropriées pour les différents niveaux de risque suicidaire. Cette grille pourrait également présenter ce qui peut être fait pour prévenir l'émergence de MAAS, ce qui peut être travaillé avec l'utilisateur à moyen et long terme, en fonction des symptômes des usagers ayant une DI ou un

TSA suicidaires (ex. : quoi faire en cas d'humeur dépressive, d'anxiété, de désorganisation, etc.).

### **Adaptations suggérées de la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire et suggestions pour le développement d'outils cliniques spécifiques**

- Les mots utilisés devraient être simplifiés, contenir différentes formulations des items, indiquer différentes manières appropriées d'expliquer ce qu'est le suicide et présenter comment intervenir lorsque les usagers tiennent des discours suicidaires stéréotypés.
- La grille pourrait contenir un album photo des proches de l'utilisateur afin de travailler son ambivalence.
- La grille devrait être utilisée comme un aide-mémoire plutôt que comme protocole d'estimation car les intervenants ne peuvent pas toujours suivre les étapes indiquées dans la grille lorsqu'ils estiment le risque suicidaires auprès d'utilisateur ayant une DI ou un TSA.
- Disposer d'outils d'autoévaluation que l'utilisateur pourrait compléter par lui-même. Ces outils permettraient d'indiquer aux intervenants les perceptions qu'ont les usagers de leur état, et ainsi d'apprécier la justesse de ces perceptions.
- Disposer d'outils afin de déterminer les critères pour envoyer l'utilisateur à l'urgence. Ces outils devraient être adaptables aux caractéristiques spécifiques de l'utilisateur puisque chacun affiche des signaux différents, qui se trouvent souvent dans le plan d'intervention de l'utilisateur. Ces outils devraient donc être complémentaires au plan d'intervention de l'utilisateur.
- Les outils développés devront être adaptés aux particularités de la DI ou du TSA des usagers et pouvoir être modifiés selon les caractéristiques de chacun, puisque les clientèles ayant une DI ou un TSA sont très diverses et que chaque client possède ses propres particularités comportementales et cognitives. De plus, les intervenants sont habitués à avoir des outils de base qu'ils peuvent modifier en fonction des caractéristiques spécifiques de leurs clients.
- Il est nécessaire d'avoir des outils visuels afin d'aider les usagers à se situer dans l'avenir (horaire ou calendrier). Les images aideraient à ramener les usagers aux éléments concrets de leur routine. Des participants ont mentionné la pertinence de développer un outil qui pourrait prendre la forme d'une ligne de vie. Cet outil pourrait être utilisé afin d'aider les usagers à se projeter dans le futur, améliorer leur connaissance de soi, indiquer des événements positifs et négatifs qui sont survenus dans leur passé, rappeler les stratégies déjà utilisées par les usagers pour surmonter les événements difficiles et montrer aux usagers que des événements positifs peuvent survenir à la suite d'événements négatifs.
- Améliorer le partage informatique des dossiers des usagers ayant une DI ou un TSA. Ce type de partage informatique permet aux intervenants de visualiser les notes des autres intervenants assignés au dossier de l'utilisateur et, ainsi, d'avoir un suivi plus étroit de l'état de l'utilisateur à partir d'informations plus fiables qu'une conversation téléphonique avec un intervenant (en raison d'oublis possibles de l'intervenant, du contexte de l'échange téléphonique, du peu de temps disponible pour échanger avec les autres intervenants assignés au dossier, etc.).
- Concevoir des outils de planification des interventions et de collaboration entre les différents acteurs impliqués dans le cadre de protocoles d'intervention. Ces protocoles devraient indiquer les acteurs qui doivent être impliqués dans le dossier des usagers ayant une DI ou un TSA suicidaires et ceux qui doivent assurer les liaisons et le partage des informations entre les intervenants. Ils devraient également décrire le filet de sécurité autour de l'utilisateur, indiquer le

risque suicidaire de l'utilisateur et les ressources disponibles pour les intervenants et les usagers. Des participants ont souligné que la mise en place d'un réseau de collaboration est exigeante en termes d'énergie et de temps, dans les cas où un risque suicidaire est soupçonné chez un usager. La présence de protocoles de collaboration déjà établis faciliterait donc la collaboration, la concertation et la synergie entre les acteurs, en plus d'assurer une plus grande cohérence de leurs interventions respectives. Des participants ont mentionné que ces protocoles ne devraient pas être trop rigides, qu'ils devraient au contraire être adaptables aux particularités des usagers. D'autres ont indiqué que ces protocoles seraient particulièrement utiles et rassurants pour les intervenants qui travaillent à temps partiel, qui connaissent moins bien les usagers. D'autres encore ont affirmé que ces protocoles doivent permettre la prise en charge collective des cas d'utilisateurs ayant une DI ou un TSA afin que, après une estimation préliminaire de l'utilisateur par l'intervenant, l'utilisateur puisse être évalué par un professionnel. Des participants ont indiqué que les protocoles déjà en place en cas de soupçons d'abus pourraient servir d'exemples pour l'élaboration de ces nouveaux protocoles d'intervention.

### **Besoins de formation**

Des formations devraient être élaborées afin de sensibiliser les intervenants à la problématique du suicide, défaire leurs préjugés et indiquer aux intervenants les signes précurseurs des MAAS, comment prévenir les idéations et les épisodes de MAAS, quoi faire après un épisode de MAAS, différentes stratégies d'intervention, comment soutenir les familles des usagers ayant une DI ou un TSA suicidaires, etc. Des intervenants aimeraient avoir de l'information sur l'interaction entre la santé mentale, la DI et le TSA. Certains participants ont indiqué qu'une formation générale pourrait être donnée à l'ensemble du personnel clinique afin que tous les intervenants se sentent outillés pour intervenir auprès d'utilisateurs ayant une DI ou un TSA suicidaires. D'autres participants ont mentionné que la formation devrait seulement être offerte aux intervenants qui côtoient des usagers suicidaires, puisque selon eux, les usagers suicidaires sont relativement rares dans ces milieux. Ainsi, les intervenants qui ne sont pas appelés à mobiliser leurs connaissances en matière d'intervention auprès d'utilisateurs suicidaires oublieront tout simplement le contenu de la formation. Certains participants ont proposé que ces formations prennent la forme d'ateliers, de groupes de discussion, de conférences, de vidéos avec mises en situation, ou encore de modules informatisés d'autoapprentissage.

## 5. Discussion et Conclusions

### 5.1. Comprendre les MAAS chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Cette étude auprès des intervenants nous a permis d'apporter des conclusions et de soulever des questions pertinentes pour le développement de modélisations et d'outils cliniques d'estimation du risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA.

La question des MAAS non verbales est importante, mais demeure sans réponse pour le moment. Les intervenants ont donné très peu d'information sur les manifestations et la communication non verbales du suicide. Cette question est particulièrement pertinente chez des populations non verbales ou pour lesquelles le langage est un problème. Pour le moment, dans la littérature et dans les données que nous avons (phase 1 et phase 2a du projet), les seules observations disponibles ont été faites sur des

personnes verbales. Cependant, avant de conclure que la DI plus sévère est un facteur de protection, il est important de poursuivre les investigations et identifier si certaines personnes ont des manifestations non verbales de détresse associée à des pensées suicidaires.

La notion d'intention suicidaire est complexe en général, et les intervenants interrogés la trouvent particulièrement complexe chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Cette difficulté souligne la pertinence d'adopter un modèle de type « self harm » dans la description et la compréhension des comportements associés au suicide (voir les détails dans le rapport phase 1). Dans cette perspective, l'intention suicidaire est au second plan de la compréhension des comportements associés au suicide et il n'est pas nécessaire d'identifier un désir clair de mourir pour planifier et effectuer une estimation du danger / risque.

La question de la planification suicidaire pose problème avec cette population. Elle semble peu apparente dans les épisodes de MAAS et, quand elle est présente, elle semble se limiter aux moyens. Ces derniers sont souvent irréalistes ou peu accessibles et certains usagers répondent différemment à chaque fois qu'on les questionne à ce sujet. La planification suicidaire est difficile à cerner en fonction des réponses que les personnes donnent ou en fonction de leurs comportements. Il reste donc à comprendre dans quelle mesure la planification doit être incluse dans l'estimation du danger / risque suicidaire et quel poids devrait être accordé à cet élément.

L'impulsivité du geste suicidaire est un autre enjeu important pour les intervenants. Il convient cependant d'être prudent, puisque ce n'est pas parce qu'on ne voit pas de planification suicidaire que celle-ci est absente. Il est possible que des signaux de planification soient passés inaperçus, de sorte qu'il serait erroné de conclure à une impulsivité.

Les intervenants ont décrit plusieurs facteurs de risque et de protection qui ressemblent à ceux que l'on retrouve dans la population générale, mais également des facteurs qui semblent plus spécifiquement en lien avec la DI et le TSA. En particulier, la rupture de fonctionnement habituel, les changements dans les troubles de comportements et l'automutilation, ainsi que les distorsions cognitives peuvent, selon les intervenants, devenir des indicateurs de risque.

D'autres facteurs présents dans la population générale semblent avoir un impact chez les personnes ayant une DI ou un TSA, comme les difficultés en milieu scolaire et les conflits avec les pairs. Au-delà de l'accumulation de facteurs de risque, c'est probablement leur poids qu'il est important de considérer lors de l'estimation du risque, et pour cela il faut tenir compte des spécificités des personnes ayant une DI ou un TSA et de leur milieu de vie.

Enfin, certains facteurs semblent avoir une relation complexe avec le risque suicidaire. Les relations et le soutien familial positifs, ainsi qu'une bonne compréhension des situations sociales peuvent être associés à plus ou moins de comportements suicidaires, selon le contexte. L'analyse simple des facteurs de risque et de protection ne suffit donc pas pour estimer le risque. Il est important de bien comprendre le contexte psychosocial, cognitif et émotionnel de la personne afin d'estimer le risque suicidaire de manière adéquate.

## 5.2. Estimer le risque / le danger suicidaire chez les personnes ayant une Di ou un TSA

L'estimation du risque ou du danger suicidaire est un enjeu important pour les intervenants, qui ont exprimé le besoin d'avoir plus d'information sur ce sujet afin de se sentir à l'aise avec cette clientèle.

Parmi les points qu'ils ont abordés, le moment où se fait l'estimation du risque / danger semble poser problème. En effet, quand on questionne des personnes qui ont fait un geste suicidaire après coup, ils nient souvent leur intention. Cet élément est important pour l'estimation et l'analyse du risque de récurrence. Dans la population générale, il arrive que des personnes nient avoir fait une tentative de suicide après coup, pour ne pas être stigmatisées, pour ne pas faire de peine à des proches ou parce qu'elles éprouvent de la dissonance cognitive. Ce déni se retrouve aussi chez les personnes ayant une DI ou un TSA, souvent selon les participants. Pour le moment, il est impossible de savoir si ce déni est fait pour les mêmes raisons que dans la population générale. Le fait que plusieurs personnes ayant une DI ou un TSA vivent beaucoup dans le moment présent ou encore qu'ils aient peur d'être punis peuvent être des raisons qui les amènent à nier leurs MAAS. Il devient important pour les intervenants de développer des stratégies pour contourner ce déni afin de faciliter l'intervention et la psychoéducation.

Les intervenants identifient les transitions et les changements comme des moments critiques pouvant déclencher un épisode de MAAS. Ce lien semble beaucoup moins fort dans les données analysées lors de la phase 1. Une piste d'explication de cette différence est que les intervenants parviennent à identifier les changements anticipés et fournissent alors un accompagnement spécifique qui semble limiter efficacement le risque suicidaire.

Certains intervenants ont exprimé un inconfort à effectuer une estimation du risque suicidaire et ne se sentent pas compétents avec les outils actuellement à leur disposition. Ils préfèrent donc laisser les professionnels faire l'estimation du risque / danger suicidaire. Pour ces intervenants, nous devons donc développer des moyens pour les aider à effectuer un repérage leur permettant d'orienter la personne vers un professionnel au besoin. Il nous semble donc que la composante « repérage » des outils cliniques à développer est une clé du succès de l'application de pratiques performantes d'estimation du danger / risque suicidaire en CRDITED.

### 5.3. Perceptions et valeurs des intervenants

Les perceptions et les valeurs des intervenants constituent un élément très important à plusieurs niveaux. En effet, elles teintent la manière dont les intervenants comprennent le comportement des personnes ayant une DI ou un TSA, ce qui oriente leur manière d'agir pour réduire les comportements suicidaires.

Pour le moment, il n'existe pas d'indications que ces interprétations par les intervenants reflètent ou pas la réalité des usagers. Il devient important d'améliorer notre compréhension des comportements suicidaires chez les personnes ayant une DI ou un TSA afin de valider et corriger ces perceptions au besoin.

Bien souvent, les MAAS sont perçues comme un appel à l'aide ou une manipulation pour obtenir un privilège ou de l'attention. Pourtant, même dans la population générale, il est rare que l'expression du désir de mourir soit un réel désir de mourir; mais elle est toujours l'expression d'une souffrance qu'il faut adresser. Certaines croyances des intervenants en ayant une DI ou un TSA sont construites sur des mythes relatifs à la population générale et devraient donc être déconstruites de la même façon que chez les intervenants travaillant avec la population générale. Cet aspect sera primordial à l'adhérence des intervenants aux nouvelles pratiques qui leur seront proposées pour venir en aide aux personnes suicidaires au sein de leur clientèle.

#### 5.4. Les besoins des intervenants pour améliorer les pratiques d'estimation du danger / risque suicidaire

Afin d'améliorer leurs pratiques, les intervenants nous ont indiqué qu'ils avaient besoin de mieux comprendre le sens des comportements suicidaires (détresse, manipulation, recherche d'attention,...) afin d'agir de manière plus adéquate.

Ils ont également souligné le besoin d'adapter les outils existants ou de développer de nouvelles façons d'estimer le risque / danger qui répondent aux besoins spécifiques de leurs clientèles. En effet, la plupart ont mis en évidence les limites des outils actuellement en usage dans le réseau de la santé et des services sociaux.

#### 5.5. Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude est la première à questionner les intervenants spécialisés sur leurs perceptions, pratiques et besoins d'estimation du risque ou du danger suicidaire chez les usagers ayant une DI ou un TSA.

Le nombre important de personnes interrogées (N=37) et la variété des participants (éducateurs spécialisés, psychoéducateurs, psychologues, psychiatres, superviseurs) a permis d'atteindre un bon niveau de saturation des données et donc de refléter adéquatement ce qui est vécu par les intervenants de différents niveaux dans l'offre de services.

L'analyse qualitative a permis de traiter un corpus très riche de contenus. Ces réponses complètent avantageusement les données recueillies lors de la phase 1 du projet.

Par contre, nous n'avons inclus que des intervenants œuvrant dans des CRDITED. Nous n'avons donc pas d'informations sur les connaissances et besoins des intervenants d'autres milieux par rapport à la clientèle ayant une DI ou un TSA. Cette lacune sera en partie comblée lors des travaux du groupe d'experts (Phase 2b).

#### 5.6. Utilisation des résultats de la phase 2a

Les résultats issus de cette seconde phase de l'étude seront utilisés en combinaison avec les résultats de l'analyse quantitative des dossiers clinico-administratifs dans la phase 2b afin de développer un modèle théorique du suicide et un outil d'estimation du risque et du danger suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA.

# Rapport de la phase 2b - Recommandations d'experts, développement d'un modèle du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA et d'un processus de soutien à la décision clinique sur le risque et le danger suicidaire chez ces personnes

## 1. Contextualisation

La phase 2b du projet rassemble les résultats des phases 1 et 2a discutés dans le cadre d'une consultation d'experts. Sa place dans le continuum du projet est illustrée dans une reprise du tableau 2 (voir ci-dessous).

Reprise du tableau 2 pour illustration  
Synthèse des trois phases du projet « Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA » et identification de la phase faisant l'objet du présent rapport

Phases	Phase 1	Phase 2	Phase 3
<b>Objectif</b>	Identifier les caractéristiques et déterminants des comportements suicidaires des personnes ayant une DI ou un TSA	Définir les meilleures pratiques d'estimation du risque suicidaire et de prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA	Évaluer le fonctionnement de l'outil développé et ses capacités à soutenir le jugement clinique
<b>Méthode</b>	Analyse de dossiers SIPAD de personnes suicidaires et non suicidaires dans les CRDITED	Phase 2a : Entrevues avec des intervenants  Phase 2b : Groupe de travail d'experts (recherche et clinique)	Utilisation de l'outil en contexte clinique et questionnaire aux intervenants utilisateurs

## 2. Objectifs et contexte théorique

La phase 2b s'est déroulée entre décembre 2015 et mai 2016 et a exploité les données issues des phases 1 et 2a. Elle vise à :

- Modéliser le risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA
- Développer un corpus de recommandations pour l'estimation du risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA
- Développer un processus clinique d'estimation du risque pouvant s'intégrer dans les pratiques habituelles d'observation et de suivi utilisées dans les milieux

L'étape préparatoire à la phase 2b a consisté à faire une analyse critique des modèles théoriques du suicide et des outils d'estimation à la lumière des caractéristiques et besoins des personnes présentant une DI ou un TSA. Elle est décrite dans les sections suivantes.

## 2.1. Les modèles du suicide et leur application aux personnes ayant une DI ou un TSA

A notre connaissance, il n'existe pas de tentatives de modéliser le risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Par contre, il existe plusieurs modèles visant à expliquer le développement de comportements suicidaires sur lesquels nous pouvons nous baser pour comprendre le risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA. La plupart des modèles existants ne prennent pas en compte les particularités de ces clientèles et ne permettent pas de refléter assez précisément leurs caractéristiques. Le tableau 65 identifie les forces et faiblesses des modèles contemporains principaux du suicide pour comprendre le processus suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA. L'argument est basé sur la triangulation des données de des phases 1 et 2a du projet dans le cadre d'une approche mixte (Teddlie & Tashakkori, 2009).

Tableau 65 - Analyse des principaux modèles théoriques du suicide en fonction des personnes présentant une DI ou un TSA

Modèle	Intérêt pour comprendre le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA	Faiblesses pour comprendre le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA
<p>Modèle interpersonnel du suicide (Ribeiro &amp; Joiner, 2009; Van Orden et al., 2010)</p> <p>Basé sur les concepts de « perception d’être un fardeau », « sentiment contrecarré d’appartenance », « désir de se suicider » et « capacité acquise de se tuer » et avec l’ajout du désespoir</p>	<p>Ce modèle cognitif permet de comprendre ce qui peut pousser une personne à passer à l’acte lorsqu’elle vit de la détresse</p>	<p>Le sentiment d’être un fardeau est très peu présent chez les personnes ayant une DI ou un TSA (limites cognitives, difficultés à prendre en compte les besoins des autres)</p> <p>Le sentiment d’appartenance peut être limité chez les personnes TSA</p> <p>La capacité de planification du geste suicidaire peut être déficiente</p> <p>Vise particulièrement à expliquer le passage à l’acte, qui reste relativement rare chez les personnes DI, même s’il est fréquent chez les TSA</p>
<p>Modèle « cry of pain » (Gunn &amp; Lester, 2015; Williams, Crane, Barnhofer, &amp; Duggan, 2005)</p> <p>Selon ce modèle le suicide est une complication de la dépression. Il apparaît lorsque la personne se sent piégée dans une situation (entrapment) ou lorsqu’elle vit un sentiment de défaite ou d’échec</p> <p>Les comportements suicidaires sont un cri de douleur (pas un appel au secours). ils s’estompent lorsque la personne développe des bonnes capacités de résolution de problème ou lorsqu’elle est capable d’espérer un changement</p>	<p>Les échecs et le sentiment d’être piégé dans une situation difficile sont fréquents dans les populations DITSA</p> <p>Le besoin d’échapper à une situation intenable est souvent relevé chez les personnes ayant une DI ou un TSA qui ont des comportements suicidaires</p>	<p>La projection de soi dans le futur peut être déficiente chez les personnes DI</p> <p>Le sentiment d’échec peut être difficile à distinguer du sentiment de piège</p>
<p>Modèle diathèse / stress (Gunn &amp; Lester, 2015; van Heeringen, 2012)</p> <p>La personne présente une base de vulnérabilité (évoluant dans le temps – biologiques, historique de</p>	<p>La vulnérabilité des personnes ayant une DI ou un TSA peut être bien documentée et donner des pistes d'intervention pour prévenir la détresse et le suicide.</p>	<p>Il est parfois difficile d’identifier un stresseur en particulier</p> <p>Il faudrait pouvoir identifier des facteurs de</p>

<p>vie et médical, personnalité, environnement) sur laquelle un stresser important se greffe pour déclencher des comportements suicidaires</p>	<p>Ce modèle peut s'appliquer assez bien à une population généralement assez vulnérable</p>	<p>vulnérabilité spécifiques à ces clientèles</p>
<p>Modèle escapistes décrit 3 types de suicides escapistes (Cornette, Abramson, &amp; Bardone, 2000; Gunn &amp; Lester, 2015) : fuite d'une situation insupportable, deuil d'un élément dont la perte rend la situation insupportable, châtement pour expier une faute (honte, faute, indignité, délit)</p> <p>Ce modèle est basé sur une attribution interne de la faute, des attentes irréalistes envers soi et un jugement de soi</p>	<p>On observe parfois des comportements suicidaires chez les personnes cherchant à sortir d'une situation qu'ils vivent comme insupportable (souvent à cause d'imposition de limites)</p>	<p>Les capacités d'introspection et de jugement de soi ne sont pas toujours très développées chez les personnes ayant une DI ou un TSA</p> <p>Les comportements de « fuir une situation insupportable » se produisent souvent en lien avec une contrainte extérieure, pas un sentiment de honte ou échec internalisé</p>
<p>Modèle d'évaluation schématique du suicide (complète le modèle cry of pain) (Gunn &amp; Lester, 2015) - Le suicide est une réaction à des états émotionnels ou situationnels aversifs desquels la personne cherche à échapper. Le comportement suicidaire résulte d'une chaîne d'événements cognitifs et comportementaux qui mènent des idéations, de la planification et de l'intention à l'action : le schéma suicidaire</p> <p>Il se trouve en interaction avec les capacités de la personne d'évaluer la situation</p>	<p>La manière dont la personne comprend, analyse l'information peut activer le schéma suicidaire. C'est un processus potentiellement important pour comprendre comment les personnes ayant une DI ou un TSA comprennent ce qui leur arrive et développent des stratégies d'Adaptation</p>	<p>Ce modèle implique des compétences cognitives élaborées d'analyse de soi et de la situation dans laquelle on se trouve.</p> <p>La notion de schéma suicidaire est basée sur une progression entre stimulus, état émotionnel, activation de l'idéation suicidaire comme solution pour échapper à la situation, planification, intention, geste suicidaire. Ce processus cognitif peut ne pas apparaître tel quel, surtout en présence de niveaux de détresse de base élevé, d'impulsivité</p>
<p>Modèle du désespoir (hopelessness) (Abramson et al., 2000; Cornette et al., 2000)</p> <p>Se base sur les attentes par rapport au futur, la capacité de changer les choses (helplessness) ainsi qu'une vulnérabilité cognitive (tendance à faire des attributions négatives, une faible estime de soi...)</p>	<p>Les personnes ayant une DI ou un TSA peuvent présenter une grande vulnérabilité cognitive, s'attribuer la faute de problèmes extérieurs</p>	<p>La capacité à se projeter dans l'avenir peut être compromise. Le désespoir devrait alors être analysé par rapport à ce qui se passe dans le moment présent, plutôt que dans le futur.</p> <p>Le lien entre désespoir et comportements suicidaire est moins fort chez les jeunes, donc peut-être aussi chez les personnes DI par extension (en fonction du niveau de</p>

		développement)
<p>Modèle motivation – volition (Gunn &amp; Lester, 2015; O'Connor, 2011)</p> <p>Ce modèle vise à intégrer et synthétiser ce qui a été développé dans les modèles précédents et les preuves empiriques accumulées. Vise également à discriminer entre ceux qui ont des idées suicidaires et ceux qui font une TS</p> <p>Basé sur la théorie du « planned behaviour » avec une phase motivationnelle (construction de l'intention) et volitionnelle (action)</p>	<p>L'approche comportementale est intéressante. Le suicide n'est pas vu comme une conséquence d'un trouble mental, mais comme un comportement qu'il faut comprendre</p>	<p>Le facteur proximal du comportement suicidaire est l'intention de la personne de faire un geste suicidaire, construite suite à un sentiment de piège créé à son tour par la défaite et l'humiliation</p> <p>Ces facteurs semblent peu présents chez les personnes ayant une DI ou un TSA.</p> <p>Aussi, la notion d'intention est complexe à aborder avec cette population</p>
<p>Modèle du « psychache » (Gunn &amp; Lester, 2015; Shneidman, 1993)</p> <p>Le suicide est provoqué par la douleur, l'angoisse, la sensibilité émotionnelle que la personne vit comme insupportable.</p> <p><b><i>douleur psychologique</i></b> (psychache) est causée par un blocage ou une frustration de besoins psychologiques perçus par la personne (à ce moment et dans ces circonstances) comme étant essentiels pour vivre. Le suicide sert à mettre fin à cette souffrance</p>	<p>La notion de seuil de tolérance à la douleur peut être pertinente pour expliquer certains comportements suicidaires chez les personnes ayant une DI ou un TSA qui font un geste suicidaire après un événement mineur.</p> <p>La douleur psychologique vient d'une frustration d'un besoin vital (souvent observé chez les personnes ayant une DI ou un TSA)</p>	<p>Le psychache est très associé à la notion de conscience de soi, d'introspection pour identifier et ressentir une douleur psychologique complexe</p>

Selon notre analyse, il est donc nécessaire de développer un modèle explicatif adapté aux caractéristiques des personnes ayant une DI ou un TSA à partir duquel construire des outils cliniques d'estimation du risque suicidaire et des outils d'intervention répondant aux besoins de ces clientèles. Cependant, plusieurs modèles peuvent servir de base à ce développement, particulièrement le modèle diathèse/stress qui comprend une analyse des facteurs de vulnérabilité sous-jacents.

## 2.2. Les outils cliniques d'estimation du risque, du danger et de l'urgence suicidaires

Un comportement suicidaire dangereux est notoirement difficile à prédire (Claassen, Harvilchuck-Laurenson, & Fawcett, 2014). Les développements théoriques et pratiques de l'évaluation du risque peuvent être classés en trois générations (Claassen et al., 2014):

- Première génération : le modèle de prise de décision basé sur un jugement clinique structuré est considéré comme le « golden standard » pour identifier les MAAS et estimer le niveau de risque
- Deuxième génération : le modèle comprend l'analyse de facteurs de risque statiques afin d'estimer le risque et prédire un passage à l'acte
- Troisième génération : les modèles prédictifs de la violence (contre les autres comme contre soi) se basent sur la combinaison de facteurs dynamiques de risque et de protection pouvant changer rapidement dans le temps et pouvant expliquer les grandes variations observées dans le niveau de risque chez une même personne comme entre personnes partageant les mêmes facteurs de risque. Dans le cadre de cette approche, l'analyse du risque se fait à partir du modèle diathèse – stress, dans lequel il est important de connaître les vulnérabilités de base de la personne (diathèse) et d'identifier les facteurs dynamiques influant sur le risque à court terme (stress). Il n'existe pas encore de manière validée empiriquement de procéder au recueil de ces informations multiniveau, mais une approche similaire aux grilles standardisées de la seconde génération présenterait des problèmes méthodologiques et statistiques importants

La question de la prédiction des comportements suicidaires est importante et les outils actuels n'ont pas une grande utilité dans ce domaine. Ils visent à poser un jugement clinique probabiliste sur un niveau de risque de geste suicidaire bas, modéré ou élevé dans une période de temps déterminée. Il existe très peu de preuves scientifiques de l'efficacité prédictive de ces jugements. En effet, une proportion importante de personnes ont fait des tentatives ou se sont suicidées après avoir été évaluées comme à risque faible lors de contacts avec des professionnels de la santé mentale (Pisani, 2015).

La capacité de prédiction du suicide par les outils d'estimation du risque suicidaire est très faible (Silverman & Berman, 2014), surtout lorsqu'elle se base sur la présence d'idéations suicidaires. Les personnes ayant des idéations ne sont pas forcément celles qui vont se suicider ou tenter de se suicider. Un dépistage systématique des personnes ayant des idéations ne permet pas de prédire qui va se suicider. Le déni des idéations (une réponse « non » à la question) n'est donc pas suffisant pour estimer que le risque est faible. Répondre à cette question a des enjeux de compréhension de la question et de la réponse, de présence d'idéations passives ou de manque de franchise consciente dans la réponse.

Le contexte dans lequel est posée la question sur les idéations affecte la réponse. Par exemple, plusieurs personnes auront des réponses plus honnêtes lors de grilles auto-administrées ou sur ordinateur que devant un professionnel, dans un contexte chaotique ou peu réconfortant, ou devant un étranger.

Changer la perspective de prédiction à prévention des comportements suicidaires est une évolution de paradigme pertinente dans le développement d'outils cliniques. Les outils d'estimation du risque suicidaire peuvent devenir des bases à l'établissement d'un plan d'action pour prévenir un geste suicidaire en se basant sur un recueil d'information. La formulation du risque suicidaire permet alors de développer un plan d'action adapté à la personne et sa situation (Pisani, 2015), plutôt qu'un outil prédictif potentiellement peu fiable.

Shea (2012) a identifié deux domaines complémentaires d'éléments à inclure dans un processus d'estimation du risque suicidaire :

- Une analyse des facteurs de risque « statiques » (facteurs démographiques, historique personnel et familial, etc), des facteurs de protection et des facteurs précipitants – on peut parler de risque à long terme ou chronique du suicide
- Une exploration du processus suicidaire (idéations, planification, comportement, motivation) – risque à court terme, risque imminent de passage à l'acte, difficile à prédire

La plupart des outils utilisés en prévention du suicide reprennent cette structure et abordent ces deux domaines. Les facteurs inclus dans l'exploration dépendent alors du modèle théorique du suicide utilisés. En particulier, les facteurs de risque, de protection et les déclencheurs peuvent varier d'une population à une autre et le rôle des outils d'estimation est de tenir compte de ces variations.

La possibilité de prédire le suicide est très limitée particulièrement à cause du fonctionnement dynamique du suicide (Schiepek et al., 2011). L'évaluation doit donc se concentrer sur la détection des signes précurseurs et déclencheurs qui peuvent, dans certaines situations, amener à un comportement suicidaire dans une dynamique non linéaire de risque. L'analyse longitudinale avec des mesures répétées permet d'identifier les facteurs non linéaires et les phases de changement précipitant un comportement suicidaire.

Dans cette perspective, le National Action Alliance for Suicide Prevention (Boudreault & Horowitz, 2014) a émis des recommandations pour le développement d'outils d'estimation du risque suicidaire :

- Le risque suicidaire varie dans le temps
- Il est la conséquence de l'interaction entre des facteurs de risque relativement stables ou caractéristiques individuelles prédisposantes, de facteurs de protection et de précipitants
- L'évaluation du risque devrait se faire dans un cadre temporel précis (court, moyen ou long terme).les personnes inscrites dans des environnements différents requièrent des approches d'estimation différentes

Les auteurs font également le constat que l'efficacité n'est pas encore atteinte en estimation du risque suicidaire (Boudreault & Horowitz, 2014).

Enfin, le développement des outils devrait avoir la dissémination facile et l'utilisation comme objectif (Boudreault & Horowitz, 2014). Les outils d'évaluation devraient donc être développés en partenariat avec ceux qui les utilisent, être adaptés aux spécificités des populations évaluées, être connectés au processus complexe de décision clinique. De plus, la validation des outils doit être faite dans le contexte spécifique pour lequel ils ont été développés (validation écologique).

De nombreux outils cliniques d'estimation du risque, de l'urgence ou du danger suicidaire ont été produits pour diverses populations et divers contextes d'estimation. Cette approche spécifique indique également que différentes populations peuvent avoir des besoins et spécificités différentes que les outils d'estimation doivent prendre en considération. Par exemple, des outils spécifiques ont été développés pour estimer le risque suicidaire chez les adolescents (Pfeffer, Jiang, & Kakuma, 2000), les personnes

issues de minorités culturelles (Chu et al., 2013), les personnes en prison (Mills, Green, & Reddon, 2005) ou encore les aînés (Heisel & Flett, 2006).

### 3. Méthode

La méthode employée pour cette phase du projet se déploie en deux étapes :

- Une consultation d'experts de clinique et de recherche ayant pour objectifs de valider les observations faites dans le cadre des phases 1 et 2a, d'apporter des réponses aux questions soulevées par ces données et d'accompagner le processus de développement du modèle du risque et des bases conceptuelles des outils cliniques.
- La triangulation des données issues des phases 1, 2a et de la consultation ayant pour objectifs de développer un modèle du risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA et un ensemble de recommandations pour l'estimation du risque suicidaire adapté aux besoins de ces populations et des milieux.

#### 3.1. Consultation d'experts

Cette consultation a été menée entre décembre 2015 et mai 2016.

##### 3.1.1. Recrutement

Les 11 CRDITED et 3 hôpitaux participants au projet ont été approchés pour vérifier s'il était possible pour eux d'identifier et de déléguer des représentants dans le groupe de travail. De plus, différents experts dans le milieu de la prévention du suicide ont été approchés pour participer au groupe d'experts.

Pour ce faire, un plan de travail détaillé, incluant une estimation précise de l'ampleur de l'implication demandée aux participants leur a été fournie, des discussions ont été menées afin d'identifier le type d'intervenants les plus appropriées pour chaque établissement.

Huit CRDITED ont délégué un ou deux personnes au groupe de travail (tableau 66) et un total de 23 personnes ont participé aux discussions du groupe d'experts.

*Tableau 66 - Les participants au groupe d'expert*

Type d'organisme	Nombre de participants	Type de participants
CRDITED	12	Psychologues, psychoéducateurs, travailleurs sociaux
Hôpital	2	psychiatres
Recherche en suicidologie	3	Chercheurs
Centre de prévention du suicide et centres de crise	5	Spécialistes cliniques Intervenants
Spécialistes de la DI ou du TSA non affiliés à un CRDITED	1	Psychologue

Le niveau de participation a été très variable selon les disponibilités des différents participants au groupe. Les activités (rencontres et consultations) ont eu en moyenne 15 participants à la fois. Différentes personnes se sont prononcées sur différents sujets en fonction de leur expertise et de leur disponibilité.

### 3.1.2. Procédure de consultation

La procédure de consultation est basée sur un processus Delphi. Cette approche est collaborative, elle est basée sur un partage des idées et des connaissances entre les membres du groupe afin de parvenir à un consensus sur le sujet ciblé. La méthode de travail de cette phase du projet, adaptée du modèle Delphi, comprend les étapes suivantes à répéter autant de fois que nécessaire pour répondre aux objectifs:

- Monter une liste de thèmes et de questions à discuter à partir des points soulevant des
- Chaque participant effectue une réflexion individuelle et remplit une grille d'analyse (en annexe 5)
- Les données issues des grilles sont compilées. Si un consensus est présent, la synthèse est transmise aux participants pour validation et un prochain tour de thèmes et questions est abordé. Si le consensus est absent, les points de divergence sont discutés et clarifiés en groupe, puis une synthèse est produite et diffusée aux participants pour validation
- Une synthèse finale des consensus est rédigée, sur laquelle se basent les recommandations concernant le thème

Le choix de ce processus visait à recueillir le plus possible d'information auprès des participants en leur demandant le moins de temps possible.

- Afin de simplifier le processus, seuls les points pour lesquels les données issues des phases 1 et 2a étaient surprenantes ou contradictoires ont été incluses dans la consultation.
- Chaque participant était libre de s'impliquer au niveau qu'il pouvait ou souhaitait
- La consultation s'est faite par internet, à partir de questionnaires structurés
- Le nombre de rencontres en groupe a été limité à 3
- Le processus s'est déroulé sur une période relativement brève de 4 mois afin de conserver l'intérêt des participants et de ne pas diluer leur réflexion dans le temps.

Le travail du groupe a donc suivi le plan décrit dans la figure 1.

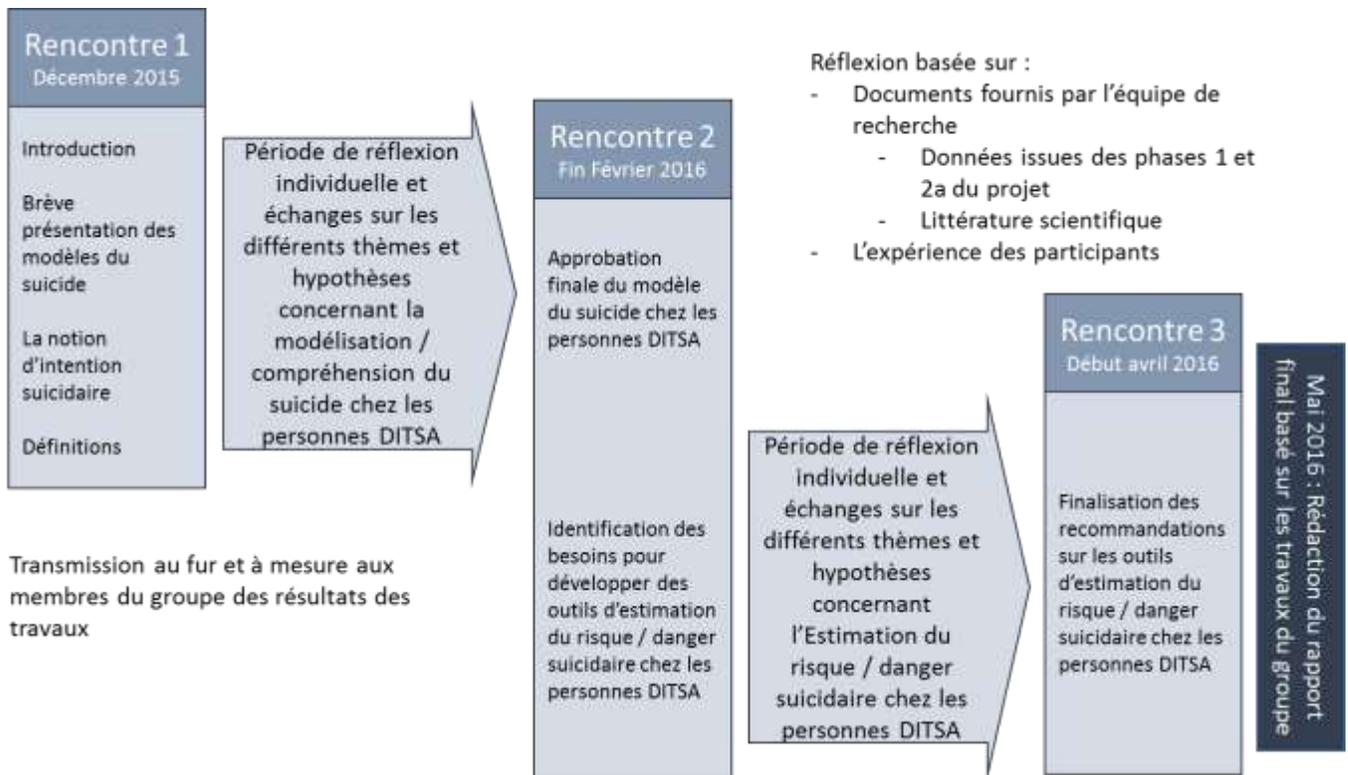


Figure 4 - processus de travail du groupe de consultation d'experts

Comme décrit dans la figure 4, trois consultations ont été faites durant la période (les grilles de consultation sont en annexe 5) :

- 1. Les MAAS
- 2. Les facteurs de risque et de protection
- 3. Les critères d'estimation du risque suicidaire

Après chaque consultation, une synthèse des réponses a été faite et les points de divergence dans les perceptions des participants ont été discutés lors de la rencontre suivante afin de vérifier s'il était possible d'éclairer ces divergences et d'arriver à un consensus.

### 3.2. Triangulation des données

La triangulation des données issues du projet s'est déroulée en parallèle avec le travail du groupe de consultation et le fruit de cette triangulation a été discuté avec les experts au fur et à mesure dans un processus itératif de co-construction et validation conceptuelle.

Pour remplir l'objectif de développer un modèle du risque suicidaire et des recommandations pour l'estimation du risque, nous avons effectué une analyse qualitative approfondie des données issues de :

- L'analyse statistique des dossiers clinico-administratifs de personnes présentant une DI ou un TSA suicidaires et non suicidaires – Phase 1
- L'analyse qualitative d'entrevues menées avec des intervenants œuvrant en CRDITED et confrontés à des clientèles suicidaires – Phase 2a
- Le travail du groupe d'experts – Phase 2b

## 4. Résultats

La section résultats présente le modèle du suicide et les recommandations pour l'estimation du risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Ces outils ont été regroupés sous le vocable de *Processus AUDIS* (AUTisme, Déficience Intellectuelle, Suicide). La notion de processus a été inscrite dans le nom du modèle et des outils afin de mettre l'accent sur l'aspect dynamique de la suicidalité et de son estimation.

### 4.1. Modèle dynamique du risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA : *Processus AUDIS-Modèle*

Nous avons décidé d'intégrer la DI et le TSA dans un même modèle du suicide malgré les différences observées entre les deux groupes. En effet, ces différences ne sont pas irréconciliables et peuvent s'exprimer de façon complémentaire dans un même modèle (résultats de la phase 1). Il nous paraît aussi important d'éviter la multiplication des modèles apportant des nuances qui peuvent créer plus de confusion que d'avantage dans le contexte clinique.

L'offre de service est similaire auprès des personnes ayant une DI et celle un TSA et l'évaluation des besoins dans d'autres domaines de fonctionnement se fait de la même façon, il est donc pertinent de s'intégrer dans cette continuité.

Enfin, la DI et le TSA sont souvent présents ensemble ou partagent des traits de fonctionnement. Par exemple, Matson and Shoemaker (2009) ont montré que, malgré le fait que les données sont encore assez peu fiables, il semble que jusqu'à 40% des personnes ayant une DI ont également un TSA et que jusqu'à 70% de ceux qui ont un TSA présentent également une ID.

#### 4.1.1. Approche dynamique du risque suicidaire

La suicidalité est un processus dynamique, qui se déroule dans le temps et peut varier chez une personne très rapidement. Dans le modèle que nous développons ici, nous incluons cet aspect dynamique, à travers l'inclusion de différents volets.

En accord avec les recommandations les plus récentes (Chung & Jeglic, 2015; Claassen et al., 2014), nous proposons une approche intégrant les facteurs de risque et de protection statiques et dynamiques pouvant aider à comprendre le niveau de risque d'une personne. Cette approche s'intègre également bien avec le modèle diathèse/stress du suicide.

- **Les facteurs de risque statiques** concernent les éléments qui ne peuvent pas être changés dans la vie de la personne. Ils sont généralement statistiquement associés à la présence de MAAS. Ces facteurs font partie des caractéristiques de la personne, comme la rigidité cognitive, un affect généralement anxieux, des troubles de l'attachement, la capacité à se contrôler ou bien de son histoire, comme les abus vécus dans l'enfance, la négligence, l'abandon, les dysfonctions familiales ou l'histoire d'intimidation. Par contre, leur effet sur la personne et son bien-être peut être changé par des interventions cliniques appropriées.
- **Les facteurs de protection statique** touchent sont les conditions stables intrinsèques ou dans l'environnement, pouvant protéger la personne contre le suicide ou contre la détresse (ex : une faible capacité de planification d'un geste suicidaire, la capacité à exprimer ses émotions)
- **Les facteurs de risque dynamiques** quant à eux peuvent changer ou être affectés par une intervention clinique avec la personne. Ils peuvent faire partie du fonctionnement de la personne (ex : faible estime de soi, sentiment d'être limité, trouble de santé mentale,

comportements agressifs) comme de sa vie quotidienne et de son environnement (ex : structure inadéquate des activités, relations sociales toxiques, difficultés avec le projet de vie).

- **Les facteurs de protection dynamique** comprennent les facteurs pouvant changer et renforcer les capacités de la personne à faire face aux difficultés qu'elle rencontre (ex : savoir se calmer rapidement, avoir un sentiment de contrôle sur sa vie, l'adéquation des demandes du milieu aux capacités de la personne, présence de personnes assurant la sécurité)

Ces facteurs constituent la base sur laquelle peuvent se produire des événements précipitants. Les connaître permet de comprendre le contexte dans lequel peut émerger un épisode de MAAS et donner des pistes d'intervention pour réduire la détresse et renforcer les facteurs de protection.

Une perspective dynamique, comme le modèle diathèse/stress considère que le risque suicidaire est le produit de l'interaction entre les facteurs statiques, dynamiques et les situations critiques apparaissant dans la vie de la personne. Les expériences négatives vécues, et particulièrement les épisodes de MAAS peuvent augmenter le poids des facteurs statiques. De même chaque élément renforçant les facteurs de protection dynamiques peut réduire l'importance de facteurs statiques pour la personne.

#### *a. Le fonctionnement habituel de la personne dans son environnement*

Il y a deux aspects à l'inclusion du fonctionnement habituel de la personne dans le modèle du suicide.

- L'inclusion des facteurs dynamiques et statiques dans le modèle théorique sous-tend que le risque suicidaire se déploie dans le cadre du fonctionnement cognitif, affectif, social, historique et dans l'environnement de vie de la personne. Nos données montrent en effet qu'un épisode de MAAS survient en général sous forme d'une rupture par rapport au fonctionnement habituel de la personne. Il est donc important de connaître ce fonctionnement afin de repérer les ruptures de fonctionnement pouvant précéder un épisode de MAAS.
- Nous avons pu identifier, lors de l'analyse des dossiers clinico-administratifs que certains éléments de fonctionnement des personnes sont plus fréquents chez les personnes ayant eu des MAAS. Ces éléments sont :
  - o Avoir un affect plutôt instable avec de grandes variations d'humeur en positif ou négatif
  - o Avoir un affect généralement plutôt anxieux,
  - o Manifester des comportements fréquents d'agressivité verbale et physique (envers des personnes ou des objets) ou d'opposition,
  - o Être facilement mobilisable dans des activités,
  - o Avoir une bonne capacité d'expression des émotions et des besoins,
  - o Avoir de bonnes capacités de résolution de problèmes,
  - o Avoir une bonne notion du temps,
  - o Faire preuve de rigidité cognitive importante,
  - o Avoir un bon niveau d'autonomie,
  - o Avoir des bonnes capacités de lecture et d'écriture

Ces derniers éléments (capacités cognitives élevées) peuvent laisser penser que les personnes présentant les déficiences les moins sévères sont le plus à risque de MAAS. Il est en effet connu que la déficience sévère est un facteur de protection contre le suicide. Par contre, il peut également s'agir d'un artefact de notre échantillonnage, qui n'incluait que des personnes ayant verbalisé des idées suicidaires ou fait des tentatives de suicide clairement identifiables. Il est possible d'argumenter que ces personnes ont des fonctions cognitives plus élevées et que notre échantillon n'a pas inclus de personnes plus sévèrement atteintes et dont les MAAS sont moins facilement identifiables avec des critères utilisés

avec la population générale. Il convient donc d'être prudent dans l'utilisation de ces critères de vulnérabilité du fonctionnement de base et ne pas considérer comme non à risque des personnes moins fonctionnelles sur ces dimensions.

#### *b. Facteurs de risque et de protection*

Les facteurs de risque et de protection statiques et dynamiques se greffent sur le fonctionnement de base de la personne. On parle alors de facteurs distaux prédisposants et contribuant au suicide.

Ces facteurs ont été sélectionnés par les experts à partir d'une liste issue de l'analyse des dossiers, des entrevues avec les intervenants et de la littérature scientifique sur le suicide. Ils sont considérés comme potentiellement discriminants pour identifier les personnes présentant une DI ou un TSA et à risque d'avoir des MAAS.

Dans le cas des personnes présentant une DI ou un TSA, nous avons pu identifier certains de ces **facteurs de risque**, en lien avec :

- **La personne elle-même** : rigidité cognitive, faible capacité d'adaptation, affect généralement anxieux, humeur instable, problèmes d'attachement, histoire de consommation de substances, sentiment d'être limité / dépendant, perception de soi comme étant anormal, méconnaissance du diagnostic, faible estime de soi, antécédents de MAAS, problèmes de santé mentale, comportements de prise de risque ou de blessures
- **L'environnement et l'histoire de vie de la personne** : historique d'événements marquants ou traumatiques (incluant, négligence, abandon, abus, agression, intimidation), dysfonctions familiales, structure inadéquate des occupations, problèmes de suivi en santé mentale, relations toxiques avec les proches, isolement / rejet, intégration sociale inadéquate, difficultés avec le projet de vie, milieu limitant les opportunités d'autodétermination, relations interpersonnelles négatives

Nous avons également identifié des **facteurs de protections** liés à :

- **La personne elle-même** : capacité de se calmer rapidement, capacité d'identification des solutions et d'adaptation, sentiment de contrôle sur sa vie
- **L'environnement et l'histoire de vie de la personne** : adéquation entre les demandes du milieu et les capacités de la personne, intégration sociale adaptée, présence de personnes assurant la sécurité, présence de sources de satisfaction, connaissance et acceptation du diagnostic par l'entourage, un suivi et un encadrement bien adapté à la situation de la personne

#### *c. Les facteurs précipitants ou éléments déclencheurs*

L'épisode de MAAS peut survenir lorsqu'un facteur précipitant se présente chez la personne, en accord avec la théorie diathèse / stress.

Nous avons pu identifier quatre grands types d'événements déclencheurs associés à des MAAS chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Cette identification s'est faite grâce à l'analyse des événements et situations recensés dans les dossiers clinico-administratifs des usagers dans les semaines précédant l'apparition des MAAS (qu'un lien soit fait par les intervenants ou pas entre les situations et les MAAS), des perceptions et expériences des intervenants interrogés et de la validation par le groupe d'experts.

- **Chronicisation d'une situation d'impuissance** : situation dans laquelle la personne a un enjeu affectif, d'autonomie ou d'estime de soi et qui devient chronique, qui dure dans le temps. La notion d'impuissance à faire changer la situation affective douloureuse est importante ici. Elle

augmente le sentiment de frustration et de rejet et favorise la rupture de fonctionnement. L'impuissance à améliorer une situation qui dure dans le temps et dans laquelle la personne ne se sent pas bien, ou ne comprend pas les enjeux émotionnels semble souvent vécue dans le moment présent. Sa manifestation à répétition peut être comprise comme une manifestation ancrée dans l'ici et maintenant du désespoir (qui est potentiellement difficilement observable chez les personnes éprouvant des difficultés à se projeter dans l'avenir).

- **Accumulation d'évènements mineurs** : échecs de socialisation, entraves à la liberté, deuil ou perte d'objets. Ces évènements peuvent être perçus comme mineurs par l'entourage, comme la perte d'un objet mais il est important d'identifier le rôle que cette perte joue pour une personne dont l'autonomie ou le sentiment de contrôle sur sa vie est faible. Ici, ce qui importe, c'est la reconnaissance de ces petits stressors et de leur accumulation sur quelques jours ou semaines.

Ces deux catégories d'éléments déclencheurs correspondent à ce qui est observé dans les modèles dynamiques non linéaires des épisodes de MAAS (Schiepek et al., 2011) ainsi que dans le modèle de (Mishara, 1996) et s'inscrit dans l'application de la théorie de la complexité et du chaos au suicide.

- **Évènements majeurs prévisibles** : Changements, évènements récurrents annuels, en lien avec la vie quotidienne de la personne, ses proches, la santé, la socialisation (ex : anniversaire, changement de niveau scolaire, déménagement, comparution en cour, commencer un travail). Ces évènements majeurs sont souvent source d'anxiété accrue pour la personne et de désorganisation. Par contre, ils peuvent être anticipés et accompagnés.
- **Évènements affectifs majeurs imprévisibles** : deuil de personne, conflit, épisode de rejet. Ces évènements majeurs sont source de détresse, de désorganisation et de MAAS, comme dans la population générale.

La présence de **facteurs de protection** lors de ces éléments déclencheurs peut réduire le risque de développement d'un épisode de MAAS. Nous avons particulièrement identifié la présence de soutien lors des évènements prévisibles ou entraînant une augmentation du stress. En effet, nous avons pu observer que des évènements importants pouvant avoir un impact sérieux sur la personne comme une audience en cour, une arrestation, un changement de résidence sont moins souvent associés à des épisodes de MAAS que d'autres types d'évènements. Les personnes sont généralement accompagnées, soutenues et encadrées lors de tels évènements prévisibles, ce qui peut réduire la tension et éviter une rupture dans le fonctionnement de la personne.

Une seconde catégorie de précurseurs à des MAAS est constituée par **l'inadéquation entre les capacités actuelle de la personne et les demandes du milieu**. Cette source de rupture dans le fonctionnement de la personne a particulièrement été amenée par les intervenants travaillant quotidiennement avec des personnes présentant une DI ou un TSA. Les usagers ont un fonctionnement habituel reflétant leur niveau général d'autonomie, de capacité d'autodétermination, de mobilisation, de compétences d'interactions sociales, de comportements, d'apprentissage, etc. les plans d'intervention et les activités structurées dans les milieux de vie sont prévues pour s'adapter à ce niveau de fonctionnement. Parfois, des changements se produisent soit dans le fonctionnement de la personne (ex : problème de santé, fatigue, acquisitions nouvelles) soit dans le milieu (ex : resserrage de l'encadrement, augmentation des attentes d'autonomie, nouvelles demandes) et l'adéquation entre les capacités de la personne et les demandes du milieu n'est plus adéquate. Cette inadéquation, même temporaire, peut engendrer une rupture dans le fonctionnement de la personne, un sentiment d'impuissance ou de dépendance accrue et précipiter des MAAS.

*d. La rupture dans le fonctionnement habituel de la personne : épisode de MAAS*

L'épisode de MAAS se manifeste donc lors d'une rupture dans le fonctionnement habituel de la personne. Cette rupture se produit lorsque la personne se sent impuissante ou dans une position de dépendance accrue et imposée face à son environnement pour faire face à la situation rencontrée. Elle peut être soudaine ou progressive (dégradation de certains aspects du fonctionnement de la personne). Les changements peuvent se manifester dans la nature des éléments observés (ex : apparition et disparition de comportements, cognitions) ou dans l'intensité (ex : intensification des désorganisations, humeurs plus extrêmes).

Cette notion de rupture dans le fonctionnement peut être rapprochée des observations faites dans la population neurotypique d'augmentation des états anxieux, d'agitation ou d'intensité de l'affect chez les personnes ayant fait une tentative de suicide, appelée « *psychic pain* » (Galynker, Yaseen, & Briggs, 2014). Cette douleur psychique est considérée comme un déclencheur potentiel de la tentative chez les personnes ayant des idéations suicidaires.

*e. « L'option suicide »*

Le modèle interpersonnel du suicide inclut « la capacité acquise de se tuer » comme une composante essentielle du processus suicidaire. En effet, au-delà de l'accumulation de difficultés, de la détresse et des idéations suicidaires, le passage à l'acte suicidaire ne peut se produire que si la personne a acquis la capacité de faire le geste. Cette capacité se construit à partir l'acquisition du désir de se suicider, de la désensibilisation à la douleur et de l'acceptabilité d'un moyen qui font partie du modèle interpersonnel du suicide (Ribeiro & Joiner, 2009).

Il est également possible de rapprocher le concept d'option suicide avec celui de « *implicit risk* » ou risque implicite (Galynker et al., 2014) se développant lorsqu'un « patient pense au suicide comme une solution potentielle raisonnable à un problème ». Cette acceptabilité du suicide peut alors être considérée comme un prédicteur de risque imminent de comportement suicidaire.

Dans le cadre de notre modèle, nous étendons le concept de capacité acquise de se tuer au « développement de l'option suicide ». Ce concept englobe la compréhension de la mort, l'acquisition de l'idée du suicide comme un moyen de faire cesser une situation douloureuse ainsi que l'acquisition des capacités comportementales de faire le geste. Connaître la présence et la composition de cette option suicide chez une personne peut permettre de comprendre l'origine et la fonction du comportement suicidaire, donner des pistes pour prévenir l'apparition et la récurrence de ces comportements.

Nous avons identifié cinq domaines touchant des aspects développementaux, cognitifs, affectifs et sociaux dans lesquels peut se construire l'option suicide pour une personne. Le développement de l'option suicide n'est pas un processus causal linéaire, mais itératif, dans lequel une personne peut présenter une ou plusieurs composantes. C'est en interagissant avec le processus suicidaire que se développe l'option suicide, qu'elle renforce à son tour.

**- Expériences avec la mort**

- La personne a eu des expériences avec la mort dans le cadre de sa vie personnelle, dans son environnement ou encore à travers les médias (Décès d'un proche ou dans l'entourage) l'amenant à se questionner sur la mort.
- Elle peut aussi avoir eu des expériences avec le suicide (Exposition à des comportements associés au suicide dans l'entourage ou les médias, Avoir entendu parler du suicide en positif dans l'entourage ou les médias). Le rôle des médias peut être particulièrement important avec les personnes présentant une DI ou un TSA. Le suicide d'un personnage de fiction peut être intégré comme un exemple ou un modèle comportemental. Si un

suicide est expliqué comme étant une libération, le moyen de cesser de souffrir pour un personnage fictif ou réel, la personne peut développer une association entre le fait de vouloir cesser de souffrir et se suicider, même si elle ne comprend pas complètement ce qu'est le suicide.

- **Comportements associés au suicide**

- Un des facteurs de risque les plus importants du suicide est le fait d'avoir déjà tenté de se suicider. C'est une composante primordiale de la capacité acquise de se tuer (modèle interpersonnel du suicide).
- Elle est également présente chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Par contre, nous incluons également les communications suicidaires à l'historique de la personne. La présence de MAAS antérieures est associée au risque d'avoir des MAAS dans le futur.
- L'automutilation est très présente chez ces personnes. Le fait d'avoir acquis la capacité de tolérer la douleur physique peut être un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire. Même si la fonction des comportements d'automutilation est différentes que celle des MAAS, l'habitude aux blessures et à la douleur est un facteur de risque.

- **Compréhension et perception de la mort**

- Nous avons inclus dans ce domaine des éléments cognitifs en lien avec la mort. Le niveau de compréhension de la mort peut varier de façon importante en fonction du niveau de DI et influencer le sens que la personne donne aux propos suicidaires. Si la mort n'est pas perçue comme permanente, inévitable et universelle, la notion d'intention est complexifiée, les propos suicidaires n'ont pas le même sens, sans rien enlever au danger d'un passage à l'acte ni à la réalité de la détresse vécue.
- Avoir entendu parler de la mort en positif peut avoir des effets pervers. En effet, certaines explications données aux personnes présentant une DI ou un TSA ou certaines informations perçues dans l'environnement peuvent encourager une association entre mourir et bien-être. Par exemple, si on explique à un jeune que son grand père décédé est au paradis, qu'il est bien et heureux, sa perception de la mort peut être biaisée. Il associera la mort avec le bien-être.
- La présence de préoccupations à propos de la mort doit être considérée dans le développement de l'option suicide. Une personne posant des questions et semblant préoccupée par la mort en général et le suicide en particulier peut indiquer un mal-être ou une curiosité qu'il faut satisfaire de façon sécuritaire. La présence de ces préoccupations et la manière dont elles sont traitées peut influencer le développement de l'option suicide.
- Les fixations sur la mort ou le suicide peuvent être présentes, surtout chez les TSA. Ce type de fixations peut jouer un rôle dans l'habitude à l'idée de mourir, dans l'utilisation de la mort comme solution à la souffrance ou simplement peut engendrer des comportements de mise en danger (ex : une personne TSA faisant une fixation sur la lumière au bout du tunnel peut essayer de mourir pour voir cette lumière).

- **Présence de motifs pour envisager le suicide**

- Si la personne est capable de donner des raisons pour lesquelles une personne extérieure ou elle-même pourrait vouloir se suicider, elle acquiert un ensemble de raisonnements pouvant faciliter le développement de comportements suicidaire si elle se trouve confrontée à une situation qu'elle a identifié comme motif de suicide. Ces motifs de suicide peuvent être issus de son environnement ou de son expérience. Parmi les motifs de suicide identifiés par des personnes présentant une Di ou un TSA, nous avons trouvé : arrêter de souffrir, arrêter d'être malade, se sentir moins mal, se sentir bien, aller rejoindre quelqu'un qu'on aime, changer la situation, se faire entendre, etc.

- **Interactions avec les intervenants et les proches**

- L'option suicide se développe dans l'interaction avec l'extérieur, et en particulier avec les intervenants et les pairs. Au niveau des interactions avec les intervenants, deux processus peuvent agir :
  - Avoir vécu des gains secondaires associés à des comportements suicidaires précédents. Si la personne a obtenu de l'attention positive, du soutien accru après avoir eu des MAAS, elle peut apprendre que des verbalisations suicidaires apportent du soutien et répéter ces verbalisations pour obtenir un soutien.
  - Utilisation des comportements suicidaires comme outils de négociation. Certaines personnes apprennent qu'elles peuvent négocier l'arrêt d'une situation qui les dérange en tenant des propos suicidaires. Il est important d'identifier correctement ces possibilités. Il y a un risque d'escalade de la gravité des comportements si la négociation ne fonctionne plus. Aussi, l'utilisation de comportements suicidaires comme outil de négociation n'est pas anodine et cache peut-être une souffrance qu'il faut explorer et prendre au sérieux.
- Les comportements d'imitation peuvent participer au développement de l'option suicide. Les personnes ayant tendance à imiter leurs pairs ou des comportements qu'elles observent sont vulnérables à imiter des comportements suicidaires.

L'option suicide peut se développer en l'absence de MAAS observables. Selon notre modèle, des activités de psychoéducation visant à effectuer des recadrages sur le suicide, à limiter le potentiel d'utilisation des MAAS comme outil de négociation, à améliorer la compréhension de la mort et du suicide peuvent être des outils puissants de prévention auprès de ces populations. Elle est illustrée dans la figure 5.

## Développement de l'option suicide



Figure 5 - Description de l'option suicide

Cette option suicide se développe tout au long de la vie de la personne mais son influence s'actualise lorsque la personne vit une rupture importante dans son équilibre pour augmenter le risque d'apparition d'un épisode de MAAS

### f. Risque d'épisode de MAAS

L'épisode de MAAS peut se manifester de deux façons complémentaires présentes seules ou en combinaison.

- La rupture dans le fonctionnement habituel se manifeste par des **changements observables chez la personne** dans un ou plusieurs de ses domaines de fonctionnement. Un épisode de MAAS peut n'inclure que ces changements, particulièrement si aucune investigation n'est faite de la présence de pensées et comportements suicidaires. Nous avons pu associer les changements suivants à un risque accru de MAAS :
  - **Changements de cognitions** : perception d'une dépendance subie, insatisfactions / frustration, incapacité de s'adapter à une situation, pensées catastrophistes, intoxication
  - **Changements de comportements** : demande d'aide (incluant la recherche d'attention), comportement agressif envers les autres ou les objets, consommation
  - **Changement dans les émotions** : atteinte à l'estime de soi, sentiment d'abandon, sentiment d'impasse, deuil par rapport à une vie normale
  - **Changement au niveau des indices neurovégétatifs** : sommeil, alimentation, douleurs, fatigue, aggravation des symptômes psychiatriques et physiques, etc.

- **Changement dans les acquis** et difficultés d'adaptation  
 Cette première série e manifestations peut devenir particulièrement utile lorsque la personne a des difficultés de communication verbale ou de reconnaissance de ses émotions.
- Les **manifestations associées au suicide** (MAAS) peuvent être présentes et facilement identifiables ou pas chez la personne. Le tableau 67 décrit les types de manifestations que nous avons pu recenser dans les dossiers clinico-administratifs et à travers le témoignage des intervenants interrogés. Les MASS observables sont très similaires à celles de la population générale, dans leur nature, mais certaines caractéristiques peuvent distinguer les personnes présentant une DI de celles présentant un TSA.
  - Les personnes présentant un TSA peuvent avoir un langage plus abstrait et difficile à interpréter comme étant des verbalisations suicidaires. Les données disponibles montrent qu'elles sont également à risque de faire une tentative de suicide et de décéder par suicide (au moins autant que dans la population générale). Elles sont aussi susceptibles d'avoir des verbalisations stéréotypées en lien avec la mort et le suicide, pour lesquelles il est difficile d'identifier une intentionnalité suicidaire.
  - Les personnes présentant une DI sont moins susceptibles de faire une planification suicidaire dangereuse. Elles ont plus souvent des verbalisations suicidaires. Le niveau de DI influence les capacités de verbalisation suicidaires, pouvant laisser penser que les personnes présentant une DI sévère sont moins suicidaires que les autres. Les comportements observables peuvent être difficiles à associer à une problématique suicidaire. Les indicateurs importants deviennent alors les changements dans le fonctionnement habituel de la personne.

*Tableau 67 - MAAS observées chez les personnes présentant un TSA ou une DI*

<b>Types de manifestations</b>	<b>Exemples (1)</b>
Pensées (non observables si non communiquées)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penser à sa propre mort lorsqu'on est triste</li> <li>- Penser à cacher un couteau dans sa chambre</li> <li>- Avoir des flashes suicidaires ou se voir mort</li> <li>- Penser à la réaction des proches si on était mort</li> </ul>
Communications	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « je veux mourir », « je veux me suicider », « je voudrais être mort »</li> <li>- « Je veux rejoindre ma grand-mère au cimetière », « vous seriez mieux sans moi »</li> <li>- « Je veux partir loin et ne pas revenir », « je veux aller avec les oiseaux », « je veux faire comme ... (personne qui s'est fait du mal) »</li> <li>- Textos ou messages sur les médias sociaux</li> <li>- Dessins représentant un acte violent ou geste suicidaire, tombe, souffrance, objet pour se suicider</li> <li>- Mimer de s'étrangler, se couper par exemple</li> </ul>
Planification (moyen, lieu, date, accès au moyen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cacher un couteau dans sa chambre</li> <li>- Accumuler des pilules</li> </ul>

Comportements sans blessures	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Essayer de s'enfoncer un objet non coupant (ex : une branche) à travers la peau (dans le ventre, bras ou jambe)</li> <li>- Avaler des pilules ou des substances non toxiques (sans connaître le niveau de danger)</li> <li>- Essayer de s'étrangler ou de retenir sa respiration</li> </ul>
Comportements avec blessures	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaler des pilules avec un potentiel toxique</li> <li>- Se blesser avec un objet coupant</li> </ul>
Comportements avec décès	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'étrangler ou se pendre avec une ceinture, une serviette ou une corde</li> <li>- Sauter d'une fenêtre ou d'un endroit en hauteur</li> <li>- Se jeter devant un véhicule</li> <li>- Sauter à l'eau</li> </ul>

(1) Ces exemples ne constituent pas une liste exhaustive, ils sont issus de l'analyse approfondie des dossiers clinico-administratifs d'usagers de CRDITED suicidaires et des entrevues avec les intervenants.

- La notion **d'intention suicidaire** est complexe. Nous avons décidé de l'exclure du modèle, en suivant l'approche et la nomenclature formalisées par (Silverman et al., 2007) et sur le concept de Deliberate Self Harm, que nous traduisons par « blessure auto-infligée ». L'intention suicidaire, à la base de plusieurs modèles du suicide, est difficile à appliquer avec la population générale. Elle se fonde sur l'hypothèse d'une progression dans un processus suicidaire entre idéations, planification, tentative de suicide (modèles motivation / volition ou modèle d'évaluation schématique du suicide) qui place le développement de l'intention suicidaire au début du processus. Les travaux les plus récents montrent que les personnes ayant des idéations et exprimant une intention suicidaire ne passent pas toujours à l'acte et des personnes ayant passé à l'acte n'ont pas toujours exprimé des intentions suicidaires. La progression de l'une à l'autre n'est donc pas claire.

Compte tenu des difficultés d'expression et de compréhension du langage des populations DITSA et du rôle complexe de l'intention suicidaire, nous l'avons exclue de notre modèle.

La présence d'idéations suicidaire ne permet pas de prédire les tentatives de suicide ou les suicides complétés, surtout quand elle est identifiée par des outils portant sur les idéations passives et actives (Silverman & Berman, 2014). L'absence d'idéations n'est pas un bon prédicteur de risque suicidaire faible.

La notion de risque à court terme basée sur une progression idéations – planification – tentative est difficilement applicable en milieu psychiatrique (Silverman & Berman, 2014) et très difficile avec les personnes ayant une DI ou un TSA. Nous n'avons donc pas inclus de progression idéation – planification tentative dans notre modèle. Les MAAS s'expriment par la présence de l'un ou l'autre des éléments et la tentative peut apparaître sans idéations préalables et la présence d'idéation n'est pas vue comme un précurseur des tentatives. La suicidalité peut s'actualiser à travers différents comportements. Le danger en fait partie, mais il n'est pas l'objectif ultime du modèle ni de l'estimation associée. La compréhension du processus suicidaire d'une personne est l'objectif ultime du modèle (peu importe la dangerosité associée).

#### 4.1.2. Modèle dynamique du risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA

Le développement de l'option suicide se fait en interaction avec le processus suicidaire. Leur interaction peut entraîner un engrenage négatif de MAAS récurrentes. L'apparition de MAAS renforce l'option suicide à son tour ainsi que les facteurs de risque.

Le modèle complet, présenté dans la figure 6 est donc basé sur une compréhension dynamique du risque suicidaire et du développement des épisodes de MAAS. Il donne une place importante au développement par la personne de l'option suicide qui interagit de façon dynamique avec le processus suicidaire tout au long de la vie de la personne.

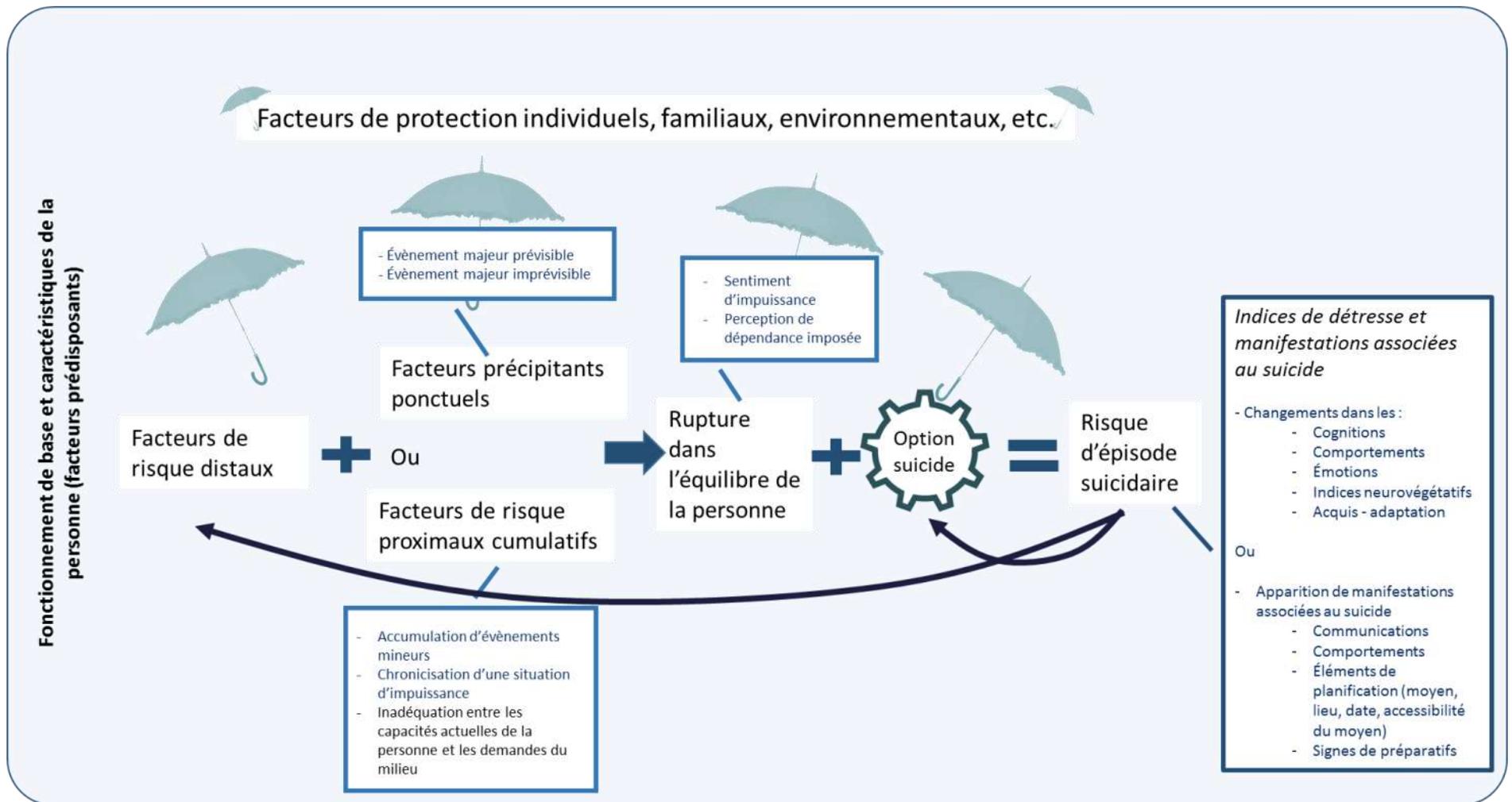


Figure 6 - Modèle du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA

## 4.2. Développement du processus de soutien à la décision clinique sur l'estimation du risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA – *Processus AUDIS-Estimation*

Une fois qu'il a eu validé le modèle du suicide, le groupe d'experts a travaillé sur la construction des différents aspects du processus d'estimation du risque suicidaire. La structure générale a été décidée à partir d'une approche dynamique et itérative de recueil d'information à court et long terme visant à soutenir des décisions cliniques immédiates (assurer la sécurité) et à long terme (réduire le risque de récurrence).

Cette section présente le *Processus AUDIS-Estimation* tel qu'il a été validé par le groupe d'expert à la fin de la consultation décrite au début du rapport de la phase 2b.

### 4.2.1. Adaptation aux particularités des personnes ayant une DI ou un TSA

Les personnes ayant une DI ou un TSA présentent des particularités inhérentes à leur trouble de développement. Elles sont différentes de la population générale aux plans de la communication, de la reconnaissance et de la compréhension des émotions, de certains processus cognitifs en lien avec la mort, le danger, les événements difficiles, de l'autonomie et du contrôle (Emerson, Hatton, & Bromley, 1998; Howlin, Charman, & Ghaziuddin, 2011; Schalock et al., 2011). Ces caractéristiques influencent le processus suicidaire (comme décrit dans le modèle) mais aussi son estimation.

De plus, ces personnes bénéficient souvent d'une structure de services pouvant influencer le processus d'estimation du risque suicidaire. Parmi les éléments structurels de ces services, retenons la présence et l'accompagnement à long terme qui permettent un suivi longitudinal de la personne suicidaire, l'implication de divers types d'intervenants qui permet une approche systémique et multidisciplinaire du risque suicidaire, une perspective développementale permettant une compréhension dynamique et systémique du risque suicidaire ou les MAAS s'inscrivent dans un parcours de vie et de développement de la personne, une approche comportementale d'intervention permettant l'utilisation d'outils applicables à l'estimation du risque suicidaire comme le plan d'analyse multimodale (PAM) ou l'analyse fonctionnelle du comportement.

Cependant, cette structure longitudinale de soutien s'accompagne d'un roulement important du personnel qui peut limiter la capacité de comprendre en profondeur la personne, ses particularités et ses besoins en lien avec les MAAS qu'elle vit.

### 4.2.2. Outils d'estimation du risque existant dans les milieux d'intervention en DI et TSA

Plusieurs intervenants ont été formés à utiliser la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Lavoie et al., 2012). Cet outil est adapté aux besoins de la population générale, mais ne permet pas une estimation adéquate du danger à court terme et du risque à long terme des personnes ayant une DI ou un TSA (Ouimet, Mongeau, & Morin, 2013).

Cependant, dans une perspective de collaboration étroite entre milieux spécialisés en DITSA et milieu communautaire de prévention du suicide, l'adoption de certaines formes de langage commun est nécessaire. L'estimation du danger à court terme devra tenir compte du code de couleur utilisé dans la grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire (Lane et al., 2010; Lavoie et al., 2012).

#### 4.2.3. Objectifs du *Processus AUDIS--Estimation*

Le terme *Processus AUDIS-Estimation* a été choisi pour signifier Processus Autisme, Déficience Intellectuelle, Suicide – Estimation du risque suicidaire.

Compte tenu de ces bases théoriques et du contexte dans lequel il doit être développé, le *Processus AUDIS-Estimation* a les objectifs suivants :

- Identifier les manifestations associées au suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA – comprendre comment s’exprime la suicidalité d’une personne
- Obtenir des informations cliniquement utiles au repérage, à l’estimation du danger et du risque à long terme
- Soutenir les intervenants pour prendre des décisions afin d’assurer la sécurité des usagers DITSA à court terme – cela constitue seulement une petite partie du travail d’estimation. Une fois que le niveau de danger immédiat est connu et maîtrisé, il faut effectuer une évaluation de la suicidalité pour intervenir sur les facteurs dynamiques de risque et de protection
- Identifier les facteurs déclencheurs des épisodes de MAAS
- Identifier les facteurs prédisposants et contributifs des épisodes de MAAS
- Identifier les facteurs d’acquisition et maintien de l’option suicide
- Identifier les facteurs de protection
- Permettre le développement d’un contexte favorable à l’obtention des bonnes informations (limiter les réponses non fiables à cause du contexte chaotique, intimidant, étranger, embarrassant, stressant)
- Identifier les pistes d’intervention afin d’augmenter les facteurs de protection et réduire le risque suicidaire dans un cadre d’intervention longitudinale (intégration dans les plans d’interventions et outils cliniques existants)

#### 4.2.4. Structure générale du *Processus AUDIS--Estimation*

Afin de remplir ses objectifs et de respecter au mieux le contexte dans lequel il sera utilisé, le processus AUDIS-Estimation a été construit à partir des principes suivants :

- Il s’inscrit dans le plan d’intervention général mis en place auprès de la personne
- Il implique la collaboration des différents intervenants affectés au dossier de la personne
- L’estimation sert de base à l’amélioration ou au développement de plans d’action à court terme et d’intervention à long terme
- Le processus AUDIS-Estimation ne constitue pas une grille standardisée et ne propose pas de score. Il s’agit d’un processus de soutien au jugement clinique visant à aider les intervenants à compléter l’estimation du risque en fonction de leurs besoins cliniques et des besoins de la personne.

Le Processus AUDIS--Estimation est construit sur l’interaction constante de quatre sphères d’évaluation complémentaires. Ces différentes sphères d’évaluation sont utilisées en fonction des besoins et à des moments différents (figure 7).

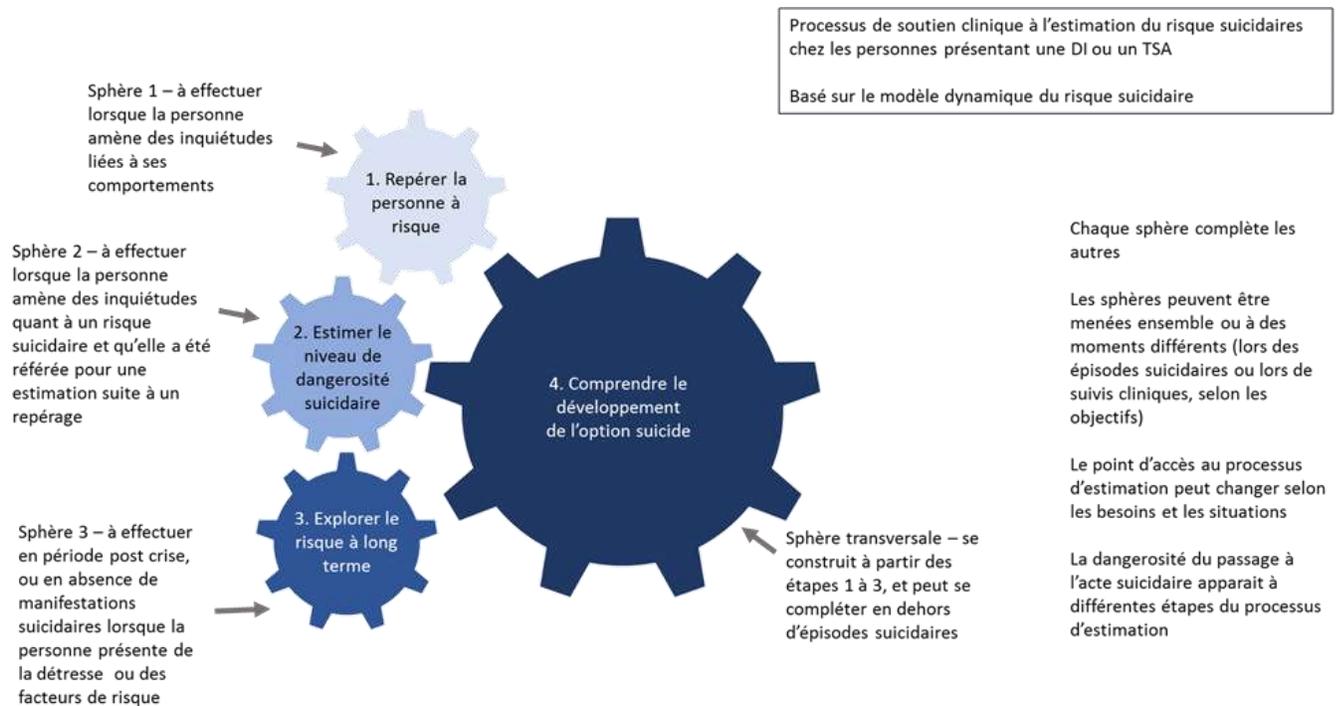


Figure 7 - Structure générale du Processus AUDIS-Estimation

- La sphère 1 / Repérage vise à identifier les personnes pour lesquelles il est pertinent d'effectuer une estimation du danger complète (identifier la présence de MAAS chez une personne)
- La sphère 2 / Estimation du danger vise à identifier le niveau de danger lors de MAAS, définir le niveau d'intensité d'intervention afin d'assurer la sécurité de la personne, identifier les déclencheurs et les facteurs de risque et protection proximaux de l'épisode de MAAS
- La sphère 3 / exploration du risque à long terme vise à identifier les facteurs de risque et de protection plus distaux sur lesquels baser (ou adapter) les plans d'intervention à long terme et les interventions cliniques pour réduire la détresse, comprendre la fonction des MAAS, consolider les forces de la personne
- La sphère 4 / option suicide vise à comprendre comment s'est construite l'idée du suicide dans les cognitions et les interactions de la personne afin de planifier des interventions adaptées

Ces différentes sphères s'inscrivent à des moments différents dans le temps et se combinent dans un processus d'estimation complet et structuré, tel qu'illustré dans les figures 8 et 9.

Le Processus AUDIS – Estimation est un processus de soutien au jugement clinique abordant l'estimation du risque suicidaire sous 4 angles complémentaires et interdépendants

Les 4 étapes du processus (sphères) s'abordent avec et sans la personnes dans le cadre des épisodes suicidaires et dans le cadre des suivis et interventions habituelles en fonction des besoins

La synthèse de ces 4 étapes (sphères) permet, dans un processus interdépendant et cyclique mené en équipe, de comprendre les épisodes suicidaires, les facteurs associés et de déterminer les plans d'action et d'intervention à mettre en place pour diminuer le risque suicidaire

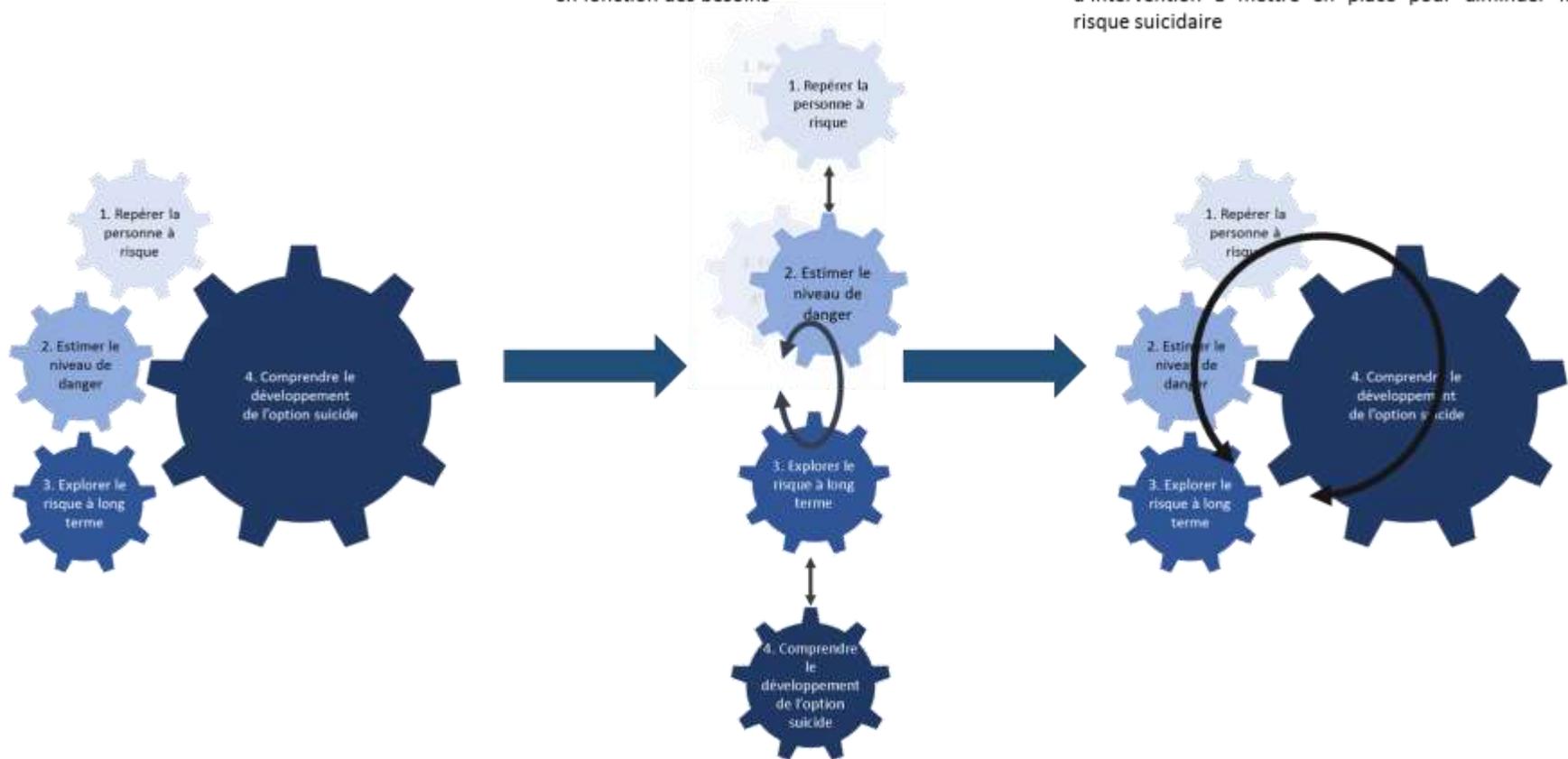


Figure 8 - Description des interactions entre les quatre sphères du Processus AUDIS-Estimation

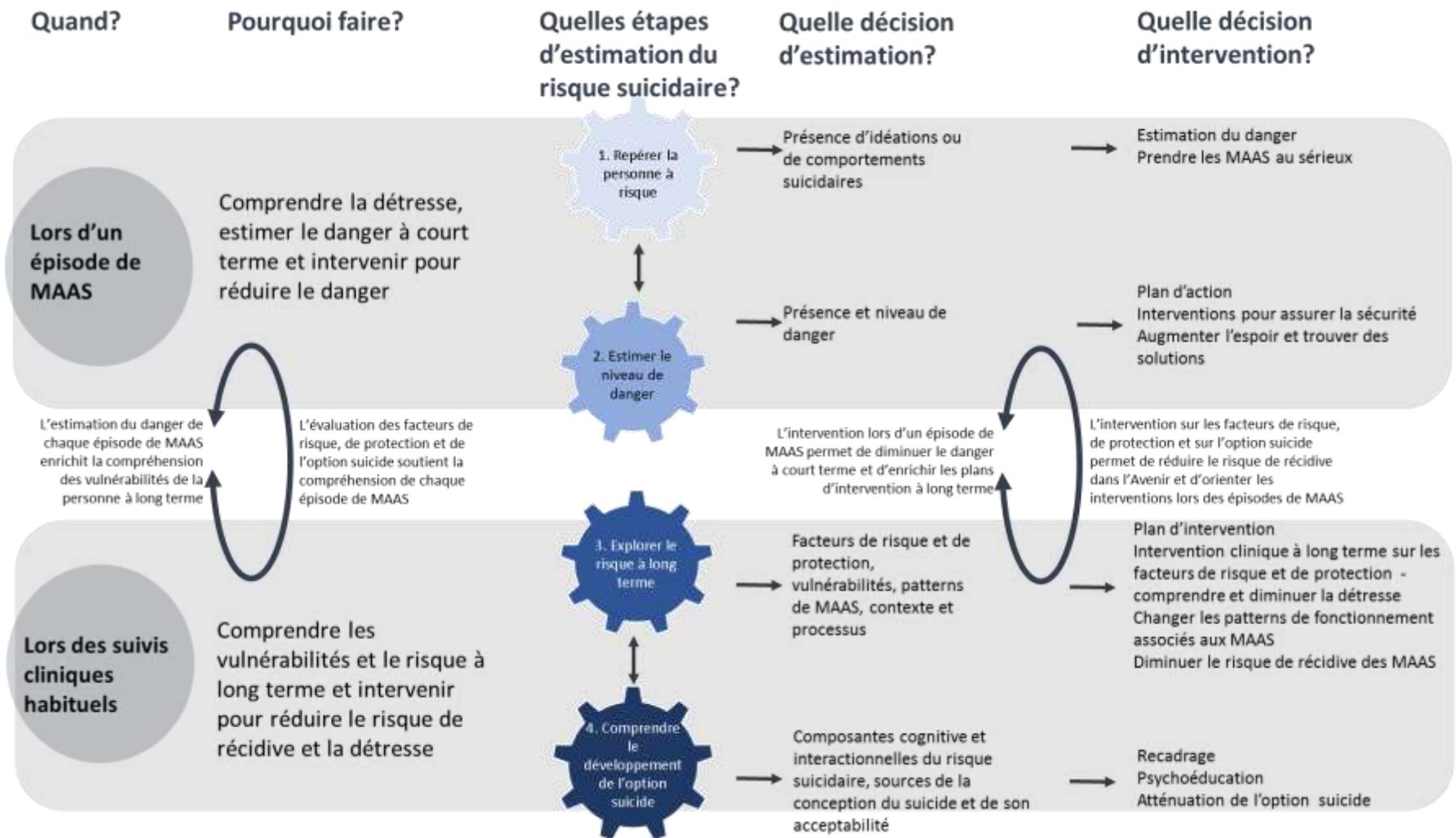


Figure 9 - Intégrations des différentes sphères du Processus AUDIS-Estimation dans le processus décisionnel en cas d'épisode de MAAS

*a. Sphère 1 : Repérer la personne à risque.*

L'identification rigoureuse des types de comportements suicidaires est la première étape de tout outil ou processus d'estimation du risque. Cette sphère s'appuie sur le concept de repérage en prévention du suicide et sur les éléments abordés en premier dans les outils d'estimation du risque suicidaire ou de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire.

La phase 1 et 2a du projet ont permis d'identifier des signes de détresse possiblement associés aux MAAS et dont la présence dans un contexte de rupture dans l'équilibre de la personne indique un risque de MAAS. Ces signes ont été inclus dans le modèle du suicide chez les personnes présentant une DI ou un TSA et sont inclus dans la sphère de repérage.

Dans le contexte des populations présentant une DI ou un TSA, ce repérage peut devenir crucial dans l'intervention. En effet, les intervenants interrogés lors de la phase 2a ont indiqué qu'il est souvent difficile de savoir si une personne présentant une DI ou un TSA est vraiment suicidaire. Ils ont identifié un besoin d'avoir des outils pour les aider à vérifier la réalité de la suicidalité des personnes ayant une DI ou un TSA, surtout en absence de comportements clairs. La sphère de repérage donne des indications d'exploration pouvant remplir cet objectif.

Au-delà de fournir une information juste, cette étape joue également un rôle de formation pour les partenaires en leur donnant les moyens d'explorer avec les usagers les bons éléments afin de valider

La sphère 1 de repérage vise à soutenir des milieux non spécialisés à identifier une personne potentiellement à risque, identifier clairement la présence ou l'absence de MAAS lors de comportements ou propos ambigus, lorsque des changements se produisent dans les cognitions, comportements, émotions. Indices neurovégétatifs, somatiques ou psychiatriques, lorsque la personne semble vivre du désespoir ou perdre des acquis. Elle vise enfin à nommer les MAAS d'une manière utilisable pour l'estimation de la dangerosité et l'intervention en équipe

Toute personne en contact avec la clientèle DITSA peut être amenée à effectuer un repérage (proches, intervenants de première ligne, intervenants dans la communauté). C'est pour cela que l'opération a été séparée de l'estimation de la dangerosité.

Une fois le repérage effectué, on sait si une personne présente des MAAS ou non. Si elle présente des MAAS, une estimation de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire doit être faite. Les informations recueillies lors du repérage servent de base à l'estimation.

*b. Sphère 2 : Estimer le niveau de dangerosité du passage à l'acte suicidaire.*

L'estimation de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire s'inscrit dans les pratiques promues par le guide des bonnes pratiques en prévention du suicide du Québec (Lane et al., 2010). Elle vise à identifier le niveau de danger que la personne fasse une tentative de suicide dans un temps rapproché afin de pouvoir déterminer quelles actions doivent être posées pour assurer la sécurité de la personne et pour intervenir à court terme pour réduire la détresse. Elle se base sur un ensemble de critères pouvant augmenter ou diminuer le danger (facteurs de risque et de protection).

Dans le cadre des travaux menés ici, les critères d'estimation de la dangerosité ont été adaptés aux personnes présentant une DI ou un TSA. Ils sont basés sur le travail de synthèse des phases 1 et 2a du projet et sur les recommandations des experts consultés lors de la phase 2b (modèle du suicide et processus itératif de consultation des experts sur le Processus AUDIS--Estimation)

Les indicateurs inclus dans cette sphère reprennent en grande partie ceux inclus dans les recommandations sur les meilleures pratiques, mais ajoutent des éléments spécifiques aux personnes

ayant une DI ou un TSA et décrites dans le modèle du suicide. Elle comprend également les facteurs de protection présents pour la personne.

Au-delà du danger, cette sphère permet d'identifier les facteurs proximaux de risque et de protection associés à l'apparition des MAAS, qu'il s'agisse de changements dans le fonctionnement, de communications verbales ou non verbales ou encore de tentatives de suicide plus ou moins létales. Il a été fait le choix d'inclure dans l'estimation, la présence de MAAS a priori non dangereuses pour la personne mais dont la présence doit être identifiée et doit mener à des interventions appropriées pour réduire la détresse et augmenter l'espoir. Les personnes présentant une DI ou un TSA ont souvent des communications suicidaires, qu'il faut prendre en compte, même si un passage à l'acte est peu probable. (référence aux entrevues avec les intervenants – phase 2a).

Cette sphère comprend également une étape de suivi post-épisode de MAAS, qui doit être utilisée dans les heures / jours suivant l'épisode initial de MAAS. Ce suivi est recommandé dans le cadre des bonnes pratiques promues au Québec (Lane et al., 2010).

La sphère 2 du Processus AUDIS--Estimation est utilisée en complément de la sphère 1 pour compléter l'estimation de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire lors d'un épisode précis de MAAS. Elle peut être utilisée par l'intervenant ayant fait le repérage ou un autre, selon la structure de service en place. Si elle est effectuée par un autre intervenant, la collaboration de la personne ayant fait le repérage est un atout important pour compléter l'information.

Elle vise à estimer le niveau de danger et assurer les interventions nécessaires pour assurer la sécurité, travailler l'espoir, identifier des solutions et mettre en place un plan d'action à court terme.

Le *Processus AUDIS--Estimation* comprend aussi une structure d'accompagnement des intervenants dans la fin de la rencontre d'estimation, qui permet de vérifier avec la personne comment elle se sent par rapport à ses MAAS et au plan d'action et comment elle se sent d'avoir abordé la question du suicide avec les intervenants. Cette section est particulièrement utile pour enclencher l'action, faire un retour avec la personne et s'assurer de ce qui a été compris et discuté.

### *c. Sphère 3 : Explorer le risque à long terme*

L'évaluation du risque suicidaire à long terme est nécessaire afin d'éviter la récurrence des MAAS chez une population qui semble susceptible d'avoir des patterns récurrents, mettre en place un plan d'intervention visant à comprendre la détresse et ses sources, réduire les facteurs de risque, comprendre la fonction des MAAS. Cette sphère d'investigation du risque à plus long terme a été développée pour s'adapter aux structures existantes d'évaluation et d'intervention en DI et TSA.

Cette sphère permet de recueillir de l'information en continu sur les facteurs de vulnérabilité au suicide qu'on peut modifier ou dont on peut atténuer les effets sur la personne et les pistes d'interventions pour réduire les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection. Les décisions prises à partir de cette information doivent être collégiales et incluses dans le plan d'intervention à long terme et les plans d'actions lors d'épisodes de MAAS subséquents. Les éléments recueillis peuvent être utilisés lors d'un suivi thérapeutique ou dans le développement des activités de la personne.

Les facteurs prédisposants, contributifs, de risque et de protection perdurent dans le temps, au-delà d'un épisode de MAAS. Lorsqu'une personne a plusieurs épisodes de MAAS, la sphère 3 s'enrichit de nouvelles informations. On ne refait pas une évaluation des facteurs de risque et de protection, on complète ce qu'on a appris avec les nouvelles expériences et les effets des interventions appliquées.

Le recueil des informations pour la sphère 3 se fait à partir de différentes sources (dossier, discussions avec différents intervenants impliqués, proches, entrevues, observations, lors de rencontres planifiées, lors des activités habituelles, etc.). Il n'est pas nécessaire d'aborder la question du suicide pour explorer la plupart des facteurs de risque recensés.

Une grande partie de l'analyse subséquente au recueil des données de cette sphère se fait sur le modèle de l'évaluation fonctionnelle du comportement. Elle peut être faite dans les grilles issues du processus AUDIS – Estimation ou directement dans les grilles d'analyse fonctionnelle du comportement utilisée dans le milieu, au choix des intervenants. Elle s'intègre également dans les plans d'analyse multimodale (PAM).

La sphère 3 comprend deux grandes sections :

- Les facteurs de risque et de protection qui peuvent sous-tendre le développement du risque suicidaire à long terme et sur lesquels construire une intervention psychosociale et psychiatrique (Plans d'intervention, activités de développement des habiletés)
- Les patterns des MAAS, si la personne semble susceptible de vivre plusieurs épisodes. Cette analyse s'intègre dans l'approche d'analyse fonctionnelle et les PAM

#### *d. Sphère 4 : Comprendre l'option suicide*

Cette sphère du processus d'estimation est basée sur l'option suicide incluse dans le modèle dynamique du suicide et décrite dans la section 4.1.1.e du présent rapport. Elle est transversale et soutient toute la démarche d'estimation du risque suicidaire. Elle vise l'établissement d'un plan d'intervention à long terme.

Elle vise à comprendre comment s'est développée la compréhension du suicide et de l'idée que le suicide puisse être une solution aux problèmes rencontrés, que ce soit pour soi ou pour autrui. Elle adresse les composantes cognitives et sociales du suicide et de son acceptabilité, ainsi que le rôle que les comportements suicidaires jouent dans l'interaction avec l'entourage.

Elle peut aider à comprendre la source (ou les sources) des idées suicidaires, identifier les éléments qui peuvent alimenter cette idée et par conséquent, les éléments qui peuvent aider à faire diminuer son impact. Elle peut soutenir une démarche individuelle, mais elle peut aussi fournir des pistes d'intervention et d'activités à mettre en place pour la prévention du suicide auprès de petits groupes, par exemple, lorsqu'un usager a des comportements suicidaires devant d'autres usagers, lorsqu'un événement en lien avec le suicide est présenté dans les médias ou dans les médias sociaux, ou lorsqu'un décès survient dans l'entourage. Lors du recueil de ces informations auprès d'une personne présentant une DI ou un TSA, sa façon d'aborder ces sujets peut être révélatrice de sa compréhension de la mort et du suicide et aider les intervenants à établir un mode privilégié de communication sur ce sujet avec cette personne.

La sphère 4 compile des informations issues de l'estimation de la dangerosité et de l'évaluation du risque à plus long terme. Elle compile également des informations issues des évaluations d'autres domaines cognitifs et fonctionnels (comme le plan d'analyse multimodale et le processus de production du handicap).

L'objectif est de comprendre comment l'idée du suicide a germé dans l'esprit et le comportement de la personne afin de mettre en place des interventions de psychoéducation, recadrage, ou autres pour réduire l'importance de ces facteurs et donc de réduire les cognitions favorables au suicide.

#### 4.2.5. Application du processus d'estimation du risque suicidaire

Chaque étape du processus vise à aider les cliniciens travaillant en équipe à prendre des décisions d'intervention en suivant l'arbre décisionnel ci-dessous. Ce dernier vise à indiquer les moments de prise de décision clinique et la manière dont le *Processus AUDIS-Estimation* peut soutenir ces prises de décision. Il est important de mettre en lumière ces étapes décisionnelles. En effet, lors de la phase 2a du projet, les intervenants interrogés ont indiqué qu'il arrive que des cliniciens, se sentant démunis pour intervenir adéquatement, ne considèrent pas les MAAS comme « vraies » ou sérieuses pour ne pas avoir à décider de faire une intervention d'urgence. Il est important de rappeler que cette attitude est en soi une prise de décision, basée sur un manque de confiance et de connaissances, qui peut avoir autant d'impact qu'une décision basée sur une analyse adéquate de la situation vécue par la personne.

La figure 10 illustre le processus décisionnel en leu dans l'estimation du risque suicidaire et le rôle de chaque sphère d'investigation dans ce processus.

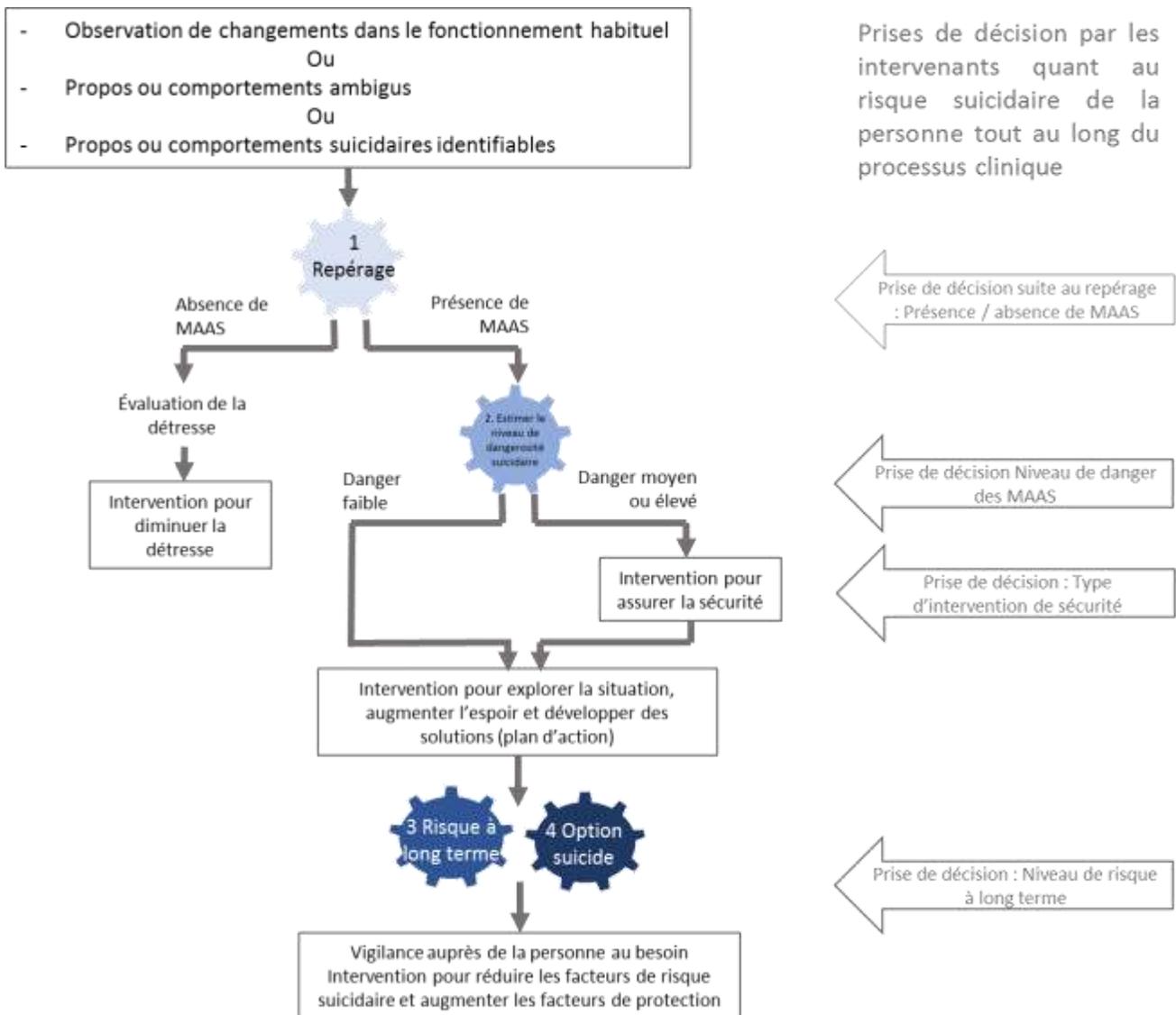


Figure 10 - Arbre décisionnel soutenant l'utilisation du Processus AUDIS-Estimation

Le *Processus AUDIS--Estimation* est construit de telle sorte que pour chaque sphère, plusieurs sources d'information puissent être utilisées pour recueillir l'information. La personne demeure une source d'information primordiale et la questionner sur la présence de MAAS est incontournable. Par contre, le processus invite également les intervenants à recueillir des informations auprès des proches, d'autres intervenants et dans le dossier clinico-administratif de la personne.

Le processus invite également les intervenants à travailler à partir d'observations, en utilisant des supports visuels, par des questions indirectes et directes ou par des consultations avec des tiers pouvant rapporter comportements, changements et propos. Le processus ne propose pas de question formatée, mais un ensemble d'indicateurs à explorer. En effets, les variations très grandes dans les habiletés cognitives, affectives, sociales ou de communication des personnes présentant une DI ou un TSA rendent difficile l'exercice de composer des questions systématiques que devraient utiliser les intervenants. Ces derniers connaissent généralement bien les personnes et savent comment leur parler ou les observer. L'outil est accompagné de suggestions quant aux façons d'aborder les MAAS pour soutenir les intervenants, mais la décision reste la leur dans les méthodes à employer pour recueillir les informations importantes pour l'évaluation.

## 5. Discussion et conclusion

Cette phase du projet a permis d'utiliser les données issues des phases 1 et 2a, soutenue par une consultation d'experts afin de construire un modèle du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA sur lequel appuyer un ensemble d'outils cliniques d'évaluation du risque adaptés. Le processus de construction des recommandations et du processus d'évaluation du risque a suivi une méthode rigoureuse basé sur le processus Delphi de consultation et consensus.

### 5.1. Modèle dynamique du risque suicidaire

Cette phase du projet répond aux recommandations de divers auteurs ayant commencé à décrire le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA (Hurley & Sovner, 1998; Lunsky, 2004; Shtayermman, 2013). Ce processus général est basé sur le modèle Diathèse stress du suicide et inclut des éléments clé du modèle interpersonnel du suicide.

Les apports essentiels du modèle proposé sont une analyse approfondie des spécificités associées au risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA par la comparaison des personnes ayant eu des MAAS et de personnes n'en ayant pas eu. A notre connaissance, il s'agit de la première application d'une telle méthodologie auprès de ce type de clientèle. Cette méthode, dont les résultats sont décrits en détails dans la section de rapport de la phase 1 a permis d'identifier précisément des facteurs associés aux personnes et épisodes de MAAS ainsi qu'au passage à l'acte suicidaire. Les processus proposés dans le modèle incluent ces spécificités.

Un second apport important est la conceptualisation de l'option suicide, une extension du modèle interpersonnel du suicide développé par Ribeiro and Joiner (2009); Van Orden et al. (2010). La prise en compte du développement de l'idée du suicide comme une option valable pour la personne nous apparait comme un jalon important de la compréhension du risque, particulièrement chez des personnes cognitivement vulnérables.

Le modèle reprend également les perspectives contemporaines de description dynamique du risque suicidaire synthétisées par, entre autres, Chung and Jeglic (2015) et Claassen et al. (2014). En effet, au-

delà de l'identification de facteurs de risque et de protection dans des échantillons cliniques ou communautaires variés effectuée lors d'études antérieures sur des groupes de personnes ayant une DI ou un TSA, cette étude permet de décrire le processus général menant une personne ayant une DI ou un TSA à avoir des MAAS. Le modèle général obtenu correspond à la famille des modèles Diathèse-stress (Gunn & Lester, 2015) en expliquant le risque suicidaire par une vulnérabilité importante (facteurs de risque distaux et processus dynamique de renforcement du risque suite à un épisode de MAAS) sur laquelle se greffe un stressor significatif pour la personne. Notre étude a permis d'identifier à la fois les facteurs essentiels de vulnérabilité et plusieurs catégories de stressors spécifiquement associés au vécu des personnes ayant une DI ou un TSA.

Un troisième apport du modèle est constitué par sa capacité à être opérationnalisé en un processus structuré d'estimation du risque suicidaire.

## 5.2. Processus AUDIS d'estimation du risque suicidaire

Le Processus AUDIS-Estimation est innovant dans le sens qu'il intègre l'estimation du risque suicidaire dans un processus longitudinal, coopératif et basé sur une variété de sources d'information. Il s'inscrit également dans la perspective Diathèse-Stress (Gunn & Lester, 2015) de la troisième génération d'outils, selon la classification de (Claassen et al., 2014).

Tant qu'une évaluation empirique n'a pas été faite, il est impossible de savoir si le Processus AUDIS permet de prédire un geste suicidaire chez une personne ayant une DI ou un TSA. Les études les plus récentes mettent en doute la capacité des outils d'évaluation d'atteindre un bon niveau de prédiction (Silverman & Berman, 2014). C'est une des raisons pour laquelle le Processus AUDIS-estimation n'est pas un outil standardisé, basé sur des critères apparemment objectifs et pouvant aboutir à une décision probabiliste quant au niveau de danger. L'outil a été conçu pour soutenir le jugement clinique à différents niveaux (court et long terme) en se basant sur des indicateurs et processus cognitifs et affectifs bien modélisés pour renseigner les intervenants connaissant la personne sur les éléments importants à considérer dans leur processus de décision.

Son objectif est également plus large que de soutenir l'estimation du danger d'un passage à l'acte. Il vise à comprendre la suicidalité de la personne, incluant la présence, l'intensité et la forme d'idéations suicidaires, accompagnées ou non de comportements de planification suicidaire. En effet, plusieurs personnes ayant une DI ou un TSA ont des idéations qui semblent s'estomper très rapidement dans le temps, mais revenir fréquemment. D'autres pensent à se tuer en utilisant des moyens très peu létaux. Chez ces personnes, le danger peut être très bas, mais la détresse est présente et les processus y menant doivent être compris afin de soutenir l'intervention. Dans le cadre du développement de l'outil, nous avons pris le parti de ne pas limiter l'estimation au danger, mais d'en faire un outil de compréhension du processus suicidaire chez la personne, quel que soit le niveau de danger. Il reste à valider empiriquement cette approche assez systémique.

Le processus AUDIS-Estimation a également été adapté aux caractéristiques et besoins des milieux d'intervention tels qu'ils ont été décrits par les intervenants interrogés lors de la phase 2a du projet et tout au long du processus collaboratif avec le groupe d'experts (phase 2b). Il inclut donc des termes et processus associés à l'évaluation et à l'intervention en DI ou TSA, particulièrement l'analyse et l'intervention multimodale (AIMM). L'AIMM réfère à un modèle permettant l'analyse des troubles graves du comportement chez les personnes présentant une DI et/ou un TSA (Sabourin & Lapointe, 2014). Ce modèle a été développé par le SQETGC dans les dernières années en s'inspirant des travaux menés par Griffiths, Gardner, and Nugent (1998) et Gardner (2002). Il permet d'effectuer une analyse fonctionnelle du comportement menant à l'élaboration d'hypothèses causales et globales visant à

mettre en place des interventions personnalisées et d'en évaluer l'efficacité lors d'un processus de suivi des interventions (Sabourin & Lapointe, 2014). Cependant, un effort a été fait pour intégrer également le vocabulaire et les codes de communication de la grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire employé auprès de la population générale au Québec (Lavoie et al., 2012). En effet, un des objectifs du Processus AUDIS-Estimation est de soutenir la communication interdisciplinaire pour améliorer la prévention du suicide. Le partage d'un langage commun en ce qui concerne le danger suicidaire est donc essentiel pour favoriser une intervention adaptée à la gravité de la situation présentée.

Le développement du *Processus AUDIS-Estimation* répond en grande partie aux critères de qualité des outils d'estimation du risque suicidaire établis par Boudreault and Horowitz (2014). Le tableau 68 reprend les recommandations faites par ces auteurs et la manière dont le processus AUDIS-Estimation tente de s'y conformer.

*Tableau 68 - Recommandations pour la construction d'outils d'estimation et leur application dans le développement du Processus AUDIS-Estimation*

<b>Élément de construction d'outils d'estimation du risque suicidaire</b>	<b>Application au <i>Processus AUDIS-Estimation</i></b>
Connaître les paramètres du contexte dans lequel se fait l'évaluation du risque (caractéristiques individuelles et d'intervention, de prise de décision, la logistique d'évaluation, les infrastructures, la capacité d'action pour assurer la sécurité, etc)	Les paramètres du contexte sont bien connus à travers la participation des experts cliniques issus des milieux d'intervention en DI et TSA au groupe de travail
Définir le cadre temporel (risk timeline) le plus approprié pour le contexte de l'évaluation et dans lequel s'inscriront les outils et les résultats de l'évaluation (risque immédiat pour poser des actions visant à assurer la sécurité, risque à long terme pour soutenir une intervention)	Le cadre temporel de l'estimation dans le contexte du Processus AUDIS-Estimation a été clairement défini en quatre sphères et inclut le repérage, l'estimation du danger, l'évaluation du risque à long terme et l'option suicide
Il est important de bien définir les critères d'évaluation. Par exemple, pour le repérage de personnes à risque, les critères peuvent être la présence de détresse ou d'idéations suicidaires et pour l'estimation du danger, la présence de tentatives de suicide.	Les objectifs et critères d'évaluation de chaque sphère ont été clairement identifiés dans le cadre du processus itératif de construction
Le design des outils doit s'adapter au contexte dans lequel ils vont être utilisés et être faciles à s'approprier par les intervenants	Cet aspect a été une préoccupation majeure tout au long du développement de l'outil et a été discuté avec les cliniciens impliqués
Il est important de tenir compte de l'utilisation des nouvelles technologies tant dans le développement de l'outil que dans son contexte d'utilisation (Dossiers cliniques électroniques,	Cet aspect a pour le moment été moins abordé, compte tenu de l'aspect exploratoire du développement de ces recommandations et outils.

Algorithmes pour créer des alertes dans les dossiers, Évaluation du risque sur ordinateur, Monitoring des patients sur smartphone)	
Les outils doivent être validés empiriquement	La validation empirique des recommandations et outils développés dans le cadre de ce projet se fera ultérieurement.

Dans l'état actuel de développement de l'outil, les deux derniers éléments ont été les moins respectés. Des recherches futures seront nécessaires pour intégrer l'utilisation des technologies dans le processus d'estimation du risque, que ce soit par l'insertion du processus dans les dossiers électroniques des usagers de service que par l'utilisations d'interfaces spécialement développées pour favoriser le recueil d'information auprès de la clientèle DI ou TSA.

Enfin, une étape d'évaluation empirique des capacités de l'outil à soutenir adéquatement le jugement clinique des intervenants devra être faite.

### 5.3. Forces et faiblesses de la phase 2b du projet

Le processus de consultation d'experts et de construction des outils est difficilement reproductible. En effet, les concepts retenus et la structure générale du modèle et du *Processus AUDIS-Estimation* a émergé des données et du fonctionnement du groupe. Un groupe différent d'experts serait peut-être parvenu à des résultats légèrement différents. Cependant, le fait d'avoir suivi un processus rigoureux d'analyse des données issues des dossiers clinico-administratifs (phase 1) et des entrevues (phase 2a), d'avoir procédé par triangulation des données et discussions avec les experts a permis de développer un modèle et des outils basés sur les meilleures connaissances et expertises possible.

L'application d'une méthode mixte dans le cadre de ce projet a présenté un avantage important, dans un contexte où les connaissances préalables étaient relativement rares.

Cette phase du projet a donc permis le développement d'une meilleure compréhension de la suicidalité et de son évaluation chez des clientèles pour lesquelles elles sont encore trop mal connues. Il sera important de valider empiriquement ce modèle et les outils afin de consolider ces connaissances exploratoires.

### 5.4. Utilisation des résultats de la phase 2b

Le modèle du suicide sera diffusé dans les milieux d'intervention en DI et TSA afin d'outiller les intervenants de différents niveaux à comprendre les processus en jeu lorsqu'un usager exprime des MAAS. Un programme de diffusion a été développé, basé sur un site web synthétisant les informations utiles pour les intervenants et la présence de champions dans les milieux intéressés. Ces champions sont principalement les personnes impliquées dans les phases 2a et 2b du projet (intervenants interrogés et volontaires, experts cliniques participant au groupe de travail).

Le *Processus AUDIS-Estimation* fera l'objet d'une évaluation préliminaire de faisabilité dans le cadre de la phase 3 du projet.

# Rapport de la phase 3 : Évaluation préliminaire du Processus AUDIS- Estimation du risque suicidaire

## 1. Contextualisation

La phase 3 du projet « Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA » constitue la dernière étape du projet et vise à effectuer une évaluation préliminaire des outils d'estimation du danger et du risque développés à partir des données recueillies lors des phases 1, 2a et 2b du projet (voir tableau 1). Elle est repérée dans la reprise du tableau 2, pour référence.

Reprise du tableau 2 pour illustration

Synthèse des trois phases du projet « Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA » et identification de la phase faisant l'objet du présent rapport

Phases	Phase 1	Phase 2	Phase 3
<b>Objectif</b>	Identifier les caractéristiques et déterminants des comportements suicidaires des personnes ayant une DI ou un TSA	Définir les meilleures pratiques d'estimation du risque suicidaire et de prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA	Évaluer le fonctionnement de l'outil développé et ses capacités à soutenir le jugement clinique
<b>Méthode</b>	Analyse de dossiers SIPAD de personnes suicidaires et non suicidaires dans les CRDITED	Phase 2a : Entrevues avec des intervenants  Phase 2b : Groupe de travail d'experts (recherche et clinique)	Utilisation de l'outil en contexte clinique et questionnaire aux intervenants utilisateurs

## 2. Objectifs

La phase 3 du projet constitue une évaluation initiale de l'outil d'estimation du risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA. Il ne s'agit pas d'une évaluation empirique extensive de l'efficacité de l'outil. Nous visons à tester son fonctionnement pour suggérer des améliorations et produire une version fonctionnelle et diffusable de l'outil. Les sous-objectifs sont :

- Tester la faisabilité d'utilisation de l'outil en contexte clinique – par des cliniciens de différents milieux (CRDITED, Hôpital, CLSC faisant actuellement partie des CISSS et CIUSSS).
- Tester la capacité de l'outil à soutenir le processus clinique d'estimation du danger et du risque suicidaires et de la prise de décision pour l'intervention à court et moyen terme par les intervenants.

### 3. Méthode

Des intervenants ont été formés pour utiliser le *Processus AUDIS-Estimation*. Ils ont ensuite utilisé l'outil auprès de personnes présentant une DI ou un TSA dans leur contexte clinique habituel (en fonction des demandes et besoins des milieux).

Un devis prospectif a été développé afin de permettre l'utilisation de l'outil dans le cours naturel des interventions et selon les besoins des intervenants et des usagers.

#### 3.1. Intervenants participants

Les intervenants ont été recrutés dans les directions DI, TSA, DP des CISSS et CIUSSS partenaires de l'une ou l'autre des phases antérieures du projet, selon leurs disponibilités. Ils ont reçu une formation d'une journée à l'utilisation du *Processus AUDIS-Estimation* donnée par une membre de l'équipe de recherche, formatrice spécialisée en prévention du suicide. Un accompagnement et un soutien par téléphone et courriel ont été offerts par l'équipe lors de l'utilisation de l'outil tout au long du processus d'évaluation.

En tout, 11 milieux ont accepté de participer à la phase 3 et il était prévu de former 1 ou 2 intervenants par milieu pour une expérimentation se déroulant sur 4 mois (N= 15 intervenants). Il était anticipé que chaque intervenant pourrait utiliser l'outil auprès d'environ trois usagers présentant des préoccupations quant à un risque suicidaire (N=45 usagers).

#### 3.2. Usagers présentant une DI ou un TSA participant

Le *Processus AUDIS-Estimation* a été utilisé dans le cadre des évaluations et des interventions nécessaires avec des usagers des services en DITSA offerts par les intervenants formés.

Critères d'inclusion : sont incluses dans l'étude les personnes présentant une DI ou un TSA et nécessitant une estimation au moment du recrutement parce qu'elles sont confrontées à une des situations suivantes : vivre une désorganisation importante, être confronté à un événement difficile et étant incapable de le gérer seul, avoir un problème en lien avec un diagnostic de santé mentale, avoir actuellement des MAAS, avoir présenté des changements ou des dégradations dans son fonctionnement habituel. Les personnes incluses peuvent déjà recevoir des services ou entrer en épisode de service au moment du recrutement.

#### 3.3. Utilisation du *Processus AUDIS-Estimation*

Les intervenants utilisent le *Processus AUDIS-Estimation* dans le cadre de leurs interventions habituelles auprès des usagers auprès desquels ils travaillent, en remplacement de leurs pratiques habituelles d'estimation du danger ou du risque suicidaire. Ils prennent leurs notes cliniques dans l'outil ou dans les documents habituellement utilisés, selon leur choix et possibilités en se basant sur le processus décrit dans le rapport de la phase 2b du projet de recherche.

Les outils et les notes prises dans le cadre de l'utilisation du *Processus AUDIS-Estimation* sont récoltés pour analyse. Une fois qu'ils ont complété les outils, posé leur jugement sur le niveau de danger et de risque suicidaire, puis fait leur plan d'intervention, les intervenants participants font parvenir les documents à l'équipe de recherche selon le protocole établi avec eux, soit par courriel ou par fax. Les documents transmis sont anonymisés.

### 3.4. Questionnaire aux intervenants

Après chaque utilisation de l'outil, les intervenants remplissent un bref questionnaire visant à recueillir leur expérience (voir questionnaire en annexe 6) et les conditions d'utilisation du *Processus AUDIS-Estimation*. Le questionnaire comprend une série de questions ouvertes portant sur l'utilisation des quatre sphères du *Processus AUDIS-Estimation* et les recommandations pour l'amélioration des outils. Il prend entre 5 à 10 minutes à compléter.

Les intervenants participants transmettent le questionnaire en même temps que les documents d'utilisation de l'outil.

### 3.5. Analyses

Des analyse de contenu ont été effectuées, basées sur l'approche inductive générale (Blais & Martineau, 2006; Thomas, 2006). Elles sont basées sur les réponses aux questionnaires d'utilisation des outils et sur les outils complétés.

En ce qui concerne les contenus des documents du *Processus AUDIS-Estimation*, l'analyse des outils complétés permet des observations à deux niveaux complémentaires :

- les contenus des informations recensées (détail, pertinence, clarté)
- la manière dont les outils ont été remplis (endroit où les informations ont été notées, utilisation des différentes sections, utilisation de sources variées d'information et de méthodes différentes de recueil)

Les questionnaires ont permis des analyses sur trois niveaux :

- l'expérience d'utilisation
- les recommandations pour l'amélioration de l'outil
- les enjeux, inconforts, valeurs des intervenants en lien avec l'estimation du danger et du risque suicidaires et sous-jacents aux réponses données.

Ces deux sources complémentaires de données ont été analysées en parallèle afin de s'enrichir mutuellement et d'identifier les modes de fonctionnement et les pistes d'amélioration du *Processus AUDIS-Estimation* ainsi que les enjeux de valeur et les attitudes sous-tendant l'estimation.

Les thèmes suivants ont été abordés par l'analyse qualitative du matériel :

- **processus d'utilisation des outils** (forces, faiblesses, adaptations requises, faisabilité de l'implantation auprès des intervenants œuvrant avec des clientèles DITSA;
- **résultats de l'utilisation des outils**, capacité de soutenir le jugement clinique, utilité pour comprendre le suicide chez les usagers et développer des stratégies d'action à court terme pour assurer la sécurité et des stratégies d'intervention à long terme pour réduire le risque de récurrence des MAAS;
- **recommandations** par les intervenants participants pour favoriser la faisabilité d'utilisation des outils et pour améliorer leur implantation dans les milieux cliniques.

Les valeurs et enjeux sous-jacents identifiés sont discutés dans ces différents thèmes dans lesquels ils ont été identifiés.

## 4. Résultats

La section résultats commence par présenter l'échantillon de participants, puis les synthèses de l'analyse qualitative sur les trois thèmes retenus (processus et résultats d'utilisation, recommandations).

### 4.1. Échantillon

Entre novembre 2016 et janvier 2017, 51 intervenants ont été formés à l'utilisation du *Processus AUDIS-Estimation* dans 8 services DI, TSA, DP des CIUSSS ou CISSS partenaires. Les intervenants formés sont des psychologues, des psychoéducateurs, des travailleurs sociaux. Ils interviennent dans les dossiers des usagers à titre d'intervenant pivot ou professionnel ponctuel dans le cadre d'un épisode de service. Leur intervention se fait parfois seul, parfois dans le contexte d'une consultation multidisciplinaire.

Dans une perspective d'utilisation de bonnes pratiques d'estimation du danger suicidaire (référence au guide de bonnes pratiques et grille SAM), les milieux ont formé des estimateurs pouvant œuvrer en soutien à différentes équipes au sein de la direction DI-TSA-DP du CIUSSS ou du CISSS. Ces estimateurs sont appelés par les intervenants pivots, les milieux d'intervention ou les milieux d'hébergement lorsqu'une personne présente des comportements inquiétants quant à la présence d'idéations suicidaire ou un risque de tentative de suicide. Ils se présentent alors sur place dans un délai le plus bref possible pour procéder à l'estimation du danger et recommander des actions à court terme et des interventions à plus long terme. Certaines personnes formées au *Processus AUDIS-Estimation* sont amenées à jouer ce rôle d'estimateur.

Entre novembre 2016 et mars 2017, l'outil a été utilisé auprès de 17 usagers pour lesquels l'information a été acheminée à l'équipe de recherche.

La faible taille de l'échantillon par rapport aux attentes initiales est due à plusieurs facteurs complémentaires. L'équipe de recherche a perdu sa coordonnatrice-formatrice durant cette période, ce qui a compliqué considérablement le suivi auprès des intervenants formés durant la période d'utilisation de l'outil. D'autre part, l'outil a présenté certaines difficultés d'adaptation au contexte organisationnel et à la structure d'intervention en cas de situation suicidaire, qui n'ont pas facilité son utilisation et qui seront décrites plus loin dans la section résultats.

Des informations ont été recueillies sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes présentant une DI ou un TSA auprès desquelles le processus AUDIS a été utilisé. Elles sont également partielles, mais elles indiquent que l'âge moyen des participants est de 32,7 (ET : 17,5) et 61 % sont des femmes. Parmi les participants, neuf personnes sont identifiées comme présentant une DI légère, une ayant une DI modérée et une un TSA. De plus, trois ont un trouble de l'humeur, une a un trouble du comportement, deux ont un TDAH, deux ont un trouble d'apprentissage ou du langage et trois ont un trouble bipolaire ou de la personnalité. En termes de capacités d'expression, dix sont verbales, trois ont des difficultés d'expression et une utilise des supports visuels. Les capacités de compréhension ont été estimées bonnes pour sept participants, avec des difficultés pour comprendre les notions abstraites pour trois et moyennes pour quatre.

Tableau 69 - Sources d'information incluses dans l'analyse qualitative d'utilisation du Processus AUDIS-Estimation

	N	%	Résultats obtenus par l'estimation
Sphère 1 –repérage	10	59%	Pas de MAAS identifiées suite au repérage : 2 Idéations suicidaires : 6 Idéations suicidaires incluant une planification : 2
Sphère 2 – estimation du danger	9	59%	Risque inexistant : 2 Risque faible :5 dont 1 a été hospitalisé et vu par un psychiatre Danger grave à court terme : 0 Danger immédiat ou imminent : 0 Résultat d'estimation manquant : 2
Sphère 3 – évaluation du risque	8	47%	Suite à une estimation du danger : 4 En dehors de période de danger : 4
Sphère 4 – option suicide	5	29%	Suite à une estimation du danger : 3 En dehors de période de danger : 2
Total	17	100	

En plus de ces données issues des outils complétés, 14 questionnaires ont été complétés (82% des cas) par les intervenants suite à l'utilisation des outils.

Le tableau 69 décrit les données disponibles sur les sphères 1 à 4 de l'outil. Comme le montre le tableau 69, les données sont très partielles. Sur les 17 cas recueillis, le *Processus AUDIS-Évaluation* a été utilisé au complet dans seulement deux cas (12%). Plusieurs intervenants ont utilisé les sphères 3 et 4 en l'absence de MAAS actuellement afin de cerner les facteurs de risque à plus long terme. D'autres n'ont utilisé que les sphères 1 et 2 de repérage et estimation du danger, indiquant qu'ils n'ont pas eu le temps de faire les sphères 3 et 4 avec l'usager.

Quelques intervenants ont utilisé par courriel le processus de soutien offert durant le projet. Les questions qu'ils ont posées étaient en lien avec la pertinence de proposer la participation à certains usagers, compte tenu de leurs situations et des risques anticipés d'agitation ou d'anxiété en lien avec l'utilisation des formulaires de consentement. Quelques questions ont été également posées concernant l'utilisation du Processus AUDIS-Estimation.

#### 4.2. Résultats de l'analyse inductive

L'analyse inductive a permis la combinaison des informations et processus sous-tendant l'utilisation de l'outil par les intervenants dans leur contexte de travail. Elle a également permis d'observer certains enjeux et attitudes sous-jacents à l'utilisation d'outils d'estimation. La section suivante présente le résultat du processus d'analyse et d'interprétation des données en fonction des thèmes identifiés lors du développement du plan d'analyse (le processus d'utilisation, la capacité perçue à soutenir le jugement clinique, les recommandations pour l'amélioration de l'outil). Les résultats sont également présentés à la lumière des objectifs de l'outil et de son utilisation afin d'identifier adéquatement les manières dont les participants ont suivi les recommandations ou s'en sont éloignés et pourquoi.

#### 4.2.1. Processus d'utilisation des outils

Cette première section aborde la question des manières dont les intervenants ont utilisé l'outil dans leur intervention d'estimation.

##### *a. Remplir un formulaire versus utiliser un outil pour soutenir une intervention*

La manière dont les différentes sections de l'outil ont été complétées et les commentaires des utilisateurs dans le questionnaire révèlent deux approches assez différentes des intervenants dans leur manière d'utiliser l'outil lors de leur intervention auprès de la personne :

#### **Utiliser l'outil comme un guide de réflexion**

Certains intervenants ont pris l'outil comme un guide sur lequel se baser pour orienter leur exploration du danger et du risque, utilisant certains domaines et certaines sphères en fonction des besoins ou de leurs préoccupations.

- « Le fait de les placer dans les différents espaces a fait en sorte d'en arriver plus facilement à tirer des hypothèses quant à la fonction du comportement. L'outil a pu permettre de faire des liens entre les différents éléments (idéalisations, changements dans la routine, gains quant aux MAAS) et de faire des propositions quant aux futures interventions à explorer. » (C06)
- « J'ai utilisé l'outil comme un moyen de dépistage. Je n'ai pas utilisé toutes les sphères, mais plutôt j'ai sélectionné quelques domaines pour effectuer un dépistage selon la séquence d'exploration proposée pour estimer la présence du risque suicidaire auprès de la personne n'ayant pas présenté de MAAS dans la situation actuelle. » (C07)

Ils ont utilisé l'outil pour structurer leur démarche d'estimation du danger et d'évaluation du risque, le plus souvent en collaboration avec d'autres intervenants et en consultant le dossier de la personne.

- « Il m'a guidé dans mes questions et me permet d'avoir un portrait global de la situation » (C08)
- « Je dirais que l'ensemble des questions des formulaires sont vraiment pertinentes et elles nous amènent à aborder certains éléments qui sont importants mais auxquels je n'aurais pas pensé. » (C13)

Ces intervenants ont semblé plus à l'aise avec leur propre jugement clinique, et ont perçu une utilité à enrichir ce jugement avec des informations issues de l'outil et auxquelles ils n'auraient pas spontanément pensé. L'outil leur a donc permis d'approfondir leur jugement clinique.

#### **Remplir un formulaire**

Certains utilisateurs ont perçu l'outil comme un formulaire dont il fallait remplir toutes les cases et ont éprouvé des difficultés à inscrire les informations dans les « bonnes cases ». Leur utilisation de l'outil a été fastidieuse, longue et ils l'ont perçue comme peu aidante en cours de processus. Toutefois, une fois complété, l'outil leur a permis d'avoir une vision d'ensemble ce qui leur a permis de tracer un portrait global de la personne et de son risque suicidaire.

L'outil peut alors être perçu comme un document clinico-administratif, plutôt que comme un soutien au jugement clinique. « Remplir les cases » semble alors être une fin en soi pour plusieurs utilisateurs, ce qui les gêne dans leur processus d'intervention.

- « Je ne suis pas arrivé à compléter le formulaire en présence de madame car celle-ci ne parle pas fort et je devais faire beaucoup de reformulations. Dans ce contexte, j'ai dû vraiment consacrer toute mon énergie à interagir avec madame. J'ai complété par la suite le formulaire en me référant à mes notes. » (C13)

- « L'outil devrait être plus court et moins long à remplir puisque lors d'une situation de crise nous devons agir rapidement ce qui fait en sorte que la collecte de données devrait se faire avant qu'une situation survienne et lors d'une situation, l'outil à remplir devrait être plus léger. »(C04)

Pour ces participants, l'outil n'a souvent pas été perçu comme vraiment aidant puisqu'il ne permettait pas une gradation ou une pondération du danger basée sur des critères externes objectivables, et repose malgré tout sur le jugement clinique.

- « La lourdeur et la précision des infos demandées dans la cueillette de données demandent beaucoup de temps pour compiler le tout dans les tableaux des sphères 1 et 2 avant d'être en mesure de se positionner quant à l'estimation du risque de passage à l'acte. - Je trouve qu'il y a peu de référence pour se positionner sur le risque. L'échelle de risque n'a aucune pondération et donne peu de détails donc l'estimation repose davantage sur le jugement clinique de l'intervenant estimateur qui ne connaît pas nécessairement d'avance l'utilisateur (l'imputabilité est grande). » (C12)

Cela donne l'impression que ces intervenants auraient souhaité obtenir un « score de danger » extérieur, validé objectivement et par une démarche externe à leur opinion personnelle.

### **Utilisation des informations recensées dans la prise de décision**

Les intervenants ont noté les informations dans les pages de l'outil mais n'ont généralement pas utilisé les sections de synthèses, les considérant comme redondantes. Ils ont également rarement noté leur décision sur le niveau de danger ou de risque, même s'il est clair qu'une décision a été prise puisque des indications d'interventions sont notées.

Plusieurs intervenants ont indiqué que le fait d'avoir suivi le processus comme un guide d'exploration du danger et du risque leur avait permis de bien comprendre la situation de la personne et avait appuyé leur décision. A partir de ce qui a été noté dans les outils, on observe que l'outil a permis de structurer l'exploration du risque, de comprendre le développement de la suicidalité, d'émettre des hypothèses quant aux fonctions des MAAS et d'adapter les différents plans d'action et plans d'intervention en place. Les analyses et synthèses n'ont donc pas été inscrites dans l'outil, mais elles ont été faites, puis notées dans les outils cliniques utilisés par ailleurs avec la personne dans les interventions habituelles.

- [L'outil m'a permis de]« structurer la démarche d'estimation » (C02)
- « Il m'a guidé [l'outil] dans mes questions et me permet d'avoir un portrait global de la situation » (C08)
- « L'outil m'a permis d'aller chercher beaucoup d'informations non colligées au dossier de l'utilisateur. Il permet de poser des questions pertinentes pour l'estimation du risque suicidaire » (C09)
- [L'outil m'a permis de] « Décortiquer les situations mettant Monsieur à risque » (C03)

#### *b. Prendre les notes dans l'outil au fur et à mesure ou après la rencontre*

Certains participants ont signalé avoir été gênés lors de l'utilisation de l'outil, du fait de remplir les cases au fur et à mesure de l'estimation, devant la personne, durant la rencontre. Elles ont donc décidé de prendre leurs notes après la rencontre. Ces participants ont également eu tendance à percevoir l'outil comme un formulaire à remplir et ont été gênés par le volume des détails inclus dans le processus.

D'un point de vue clinique, le fait de prendre des notes pendant ou après la rencontre ne semble pas faire de différence dans le processus de décision sur le niveau de danger ou de risque.

*c. Contraintes organisationnelles liées à l'utilisation du Processus AUDIS-Estimation*

De façon générale, les intervenants ont utilisé les sphères 1 et 2 ou bien les sphères 3 et 4. Plusieurs ont eu des difficultés à appliquer le processus complet d'évaluation avec une même personne.

Certaines difficultés d'utilisation de l'outil peuvent être associées à la manière dont les services sont structurés et comment les interactions entre les usagers, les proches, les éducateurs et les professionnels sont organisés. Pour être utiles, des outils d'estimation doivent s'adapter à ces structures organisationnelles, mais il est important également de bien comprendre la manière dont ces structures peuvent affecter les processus cliniques qui y prennent place.

Il y a souvent un délai important entre le moment où une personne exprime des MAAS (verbalisations plus ou moins explicites, changements importants dans son fonctionnement) et le moment où l'estimateur (un professionnel formé à l'estimation du danger ou formée à l'utilisation du *Processus AUDIS-Estimation*) peut se rendre sur place pour effectuer l'estimation du danger (que ce soit dans le cadre du projet ou dans les pratiques habituelles). Ce délai allant de plusieurs heures à une journée fait en sorte que la personne peut ne plus avoir d'idées suicidaires fortes au moment où elle rencontre l'estimateur et ne collabore pas facilement à l'estimation. De plus, le résultat de cette estimation ne reflète pas le niveau de danger dans lequel la personne se trouvait au plus fort de l'épisode de MAAS. Cette situation est présente quel que soit l'outil d'estimation utilisé. Dans le cadre de la présente évaluation, la sphère 2 du *Processus AUDIS-Estimation* est alors utilisée de façon partielle.

- « Il y a eu un trop grand délai entre rencontre avec l'édu et rencontre de soutien pour l'étape 4 (d'autres besoins cliniques ciblés à cause du délai) » (C02)
- « La référence a été faite tardivement » (C10)

Il est important ici de se souvenir que les sphères 3 et 4 ne sont pas conçues pour être utilisées sous forme d'entrevue lors d'une consultation ponctuelle effectuée pour une estimation du danger dans une situation particulière, elles prennent trop de temps et d'énergie pour la personne et le professionnel et ne sont pas nécessaires à l'estimation du danger. Les éléments d'évaluation du risque à plus long terme sont conçus pour être utilisés en équipe multidisciplinaire afin d'établir un plan d'intervention visant à réduire la détresse à long terme et prévenir la récurrence des MAAS.

Malgré cela, des participants ont tenté d'appliquer seuls les sphères 3 et 4 en entrevue avec la personne présentant un risque suicidaire. Ils ont perçu ne pas avoir l'information pour le faire efficacement durant leur entrevue avec la personne, ce qui confirme la nécessité de faire l'évaluation des facteurs de risque et de protection, de la fonction potentielle des MAAS et de l'option suicide (sphères 3 et 4) en dehors de l'épisode de MAAS et avec du recul.

Le processus d'évaluation du risque suicidaire (sphères 3 et 4) est bâti sur le modèle du plan d'analyse multimodale dans le sens qu'il doit être fait de façon cyclique, qu'il doit pouvoir s'enrichir de nouvelles données recueillies par l'équipe et s'adapter à l'évolution de la personne. Certains intervenants ont pu l'utiliser de cette façon, mais d'autres n'avaient pas accès aux ressources et informations pour le faire, puisqu'ils effectuaient une estimation seuls.

Il semble donc que, dans plusieurs cas, le fait que l'outil puisse être utilisé en étapes n'a pas été envisagé par les estimateurs présents de façon ponctuelle auprès de la personne et c'est le manque de temps qui a été invoqué pour ne pas le faire.

Les estimateurs sont souvent extérieurs au dossier de la personne, appelés pour gérer une crise ou une situation d'urgence et prendre une décision rapide basée sur peu d'informations. L'outil d'estimation du danger (sphères 1 et 2) demandent de connaître, recueillir ou discuter des informations diverses que l'estimateur n'a pas forcément facilement à sa disposition s'il agit seul. Il demande une bonne connaissance de la personne et du dossier pour pouvoir se prononcer sur le danger, particulièrement dans un contexte où les verbalisations de la personne peuvent ne pas être la source la plus fiable d'information. Le processus d'estimation du danger devrait être collaboratif, entre le professionnel et les intervenants proximaux. La structure de service et d'implication des estimateurs externes semble ne pas permettre d'exploiter cette collaboration à son plein potentiel et les estimateurs ne semblent pas avoir utilisé l'outil comme base de collaboration avec l'entourage de la personne pour effectuer leur estimation.

D'après les expériences rapportées, une fois que le contact est établi, le processus d'estimation du danger (sphères 1 et 2) prend une vingtaine de minutes si la personne n'est pas en danger immédiat ou imminent (en tentative ou à risque de faire une tentative dans les prochaines minutes), mais le processus d'évaluation du risque (sphères 3 et 4) peut s'étaler sur plusieurs jours. Le plus souvent, à cause du sentiment d'urgence, les participants perçoivent que les intervenants demandent une action rapide à court terme pour apaiser la crise. Le suivi pour un plan d'intervention à plus long terme est alors difficile à faire à cause de la difficulté à maintenir un contact d'équipe étroit sur une plus longue période de temps. Les participants peuvent alors avoir tendance à se replier sur des outils qu'ils perçoivent comme plus brefs, mais qui ne prennent pas en considération les spécificités des personnes présentant une DI ou un TSA.

- « les intervenants veulent des aménagements rapidement, ce qui presse le processus. Pour bien le maîtriser, il faudrait en faire beaucoup, spontanément, on retourne aux critères de SAM [La grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire développée pour la population générale]» (C02)

Il semble également qu'une fois le danger évalué et l'épisode « géré », la nécessité d'évaluer le risque à plus long terme de façon à réduire la détresse et renforcer les facteurs de protection paraît moins importante surtout dans un contexte où il existe des hypothèses préalables sur les fonctions des MAAS et où les estimateurs ne sont pas présents pour faire l'évaluation avec l'équipe multidisciplinaire.

La continuité des contacts entre estimateurs, éducateurs et professionnels ainsi que le partage d'information sont donc des enjeux majeurs de l'estimation qui dépendent de la manière dont sont structurés les équipes, les contacts et les échanges d'information entre les intervenants.

Les intervenants semblent comprendre et apprécier le processus dans son ensemble (les sphères 1 à 4 et leur rôle complémentaire dans un continuum d'évaluation de la personne pour guider des interventions à court et long terme), mais le contexte de segmentation des contacts avec la personne rend difficile son application au quotidien.

*d. Remplir l'outil versus prendre des notes évolutives – ne pas se répéter mais tout noter – noter les choses pour faire quoi?*

Certains participants ont utilisé l'outil de façon systématique, en inscrivant l'information dans les différentes sections visant à appuyer leur décision. Par contre, quelque uns ont éprouvé des difficultés à arrimer les notes évolutives qui font partie des pratiques quotidiennes de suivi des dossiers avec la prise de notes dans l'outil, soulevant une préoccupation importante quant à la duplication de l'information dans divers documents clinico-administratifs.

- « Mes notes d'évolution (dossier) doivent refléter mes actions au fur et à mesure alors que l'outil rassemble les différentes étapes du processus et peuvent être bonifiées en tout temps. J'ai dû séparer les différentes sections du document et les déposer au dossier de l'usager séparément pour faire mes notes d'évolution. Dans les étapes ultérieures, il est important d'avoir les informations collectées aux étapes précédentes, alors le document s'allongeait peu à peu et je devais indiquer dans ma note d'évolution que ma note concernait une partie du document en particulier, mais que certains ajouts avaient pu être faits ailleurs. » (C14)

*4.2.2. Capacité perçue des outils à soutenir le jugement clinique*

Les intervenants ont été questionnés sur la manière dont ils ont perçu l'utilité de l'outil pour soutenir leur processus d'estimation du danger et du risque. Les questions étaient divisées en deux étapes : sphères 1 et 2 (repérage et danger – court terme) et sphère 3 et 4 (risque et option suicide – plus long terme).

*a. Sphères 1 et 2*

Les sphères de repérage et d'estimation du danger ont généralement été considérées comme aidantes pour structurer l'information, s'assurer d'explorer tous les aspects importants des MAAS et de leurs facteurs associés afin de bien cerner la présence des idéations suicidaires et le niveau de danger.

- « Les sphères 1 et 2 se complètent bien et permettent une cueillette d'informations intéressantes. La sphère 2 permet d'aller chercher des informations que nous retrouvons rarement à la lecture d'un dossier (facteurs de risque et facteurs de protection). Ces deux sphères permettent d'aller chercher plusieurs éléments nous permettant une orientation clinique et orientant le plan d'action. » (C09)

Mais, pour certains intervenants, l'outil est long à utiliser particulièrement pour un estimateur externe au dossier.

- « Je trouve que l'outil est très bien fait pour faire l'analyse du comportement mais il demande beaucoup de temps pour compiler la cueillette de données afin d'en arriver à faire l'estimation du risque de passage à l'acte. Cet outil est lourd à porter pour un estimateur qui n'est préalablement pas impliqué au dossier d'un usager, il demande une réflexion clinique et une connaissance du dossier poussée afin d'être en mesure de se positionner quant au risque de passage à l'acte » (C12)

L'analyse des notes prises dans les outils montre que de façon générale, l'information est présente dans les notes des participants et semble avoir été utilisée pour porter un jugement clinique sur la présence de MAAS et sur le danger. Par contre, dans certains cas, l'information notée lors du repérage ou de l'estimation concerne des facteurs de risque distaux ou l'histoire ancienne de la personne, ou encore des

changements s'étant produits plusieurs mois auparavant. Il semble parfois difficile de circonscrire l'information dans le temps (la période sur laquelle se fait l'estimation du danger). A travers cette difficulté, il est possible de percevoir l'ambiguïté de l'estimation du danger et de son aspect très ponctuel. Le résultat de l'estimation n'est valable que pendant une courte période de temps et tant que la situation de la personne n'a pas changée. La manière dont les notes sont prises ne reflète pas toujours clairement cet aspect éphémère du résultat de l'estimation du danger. Ceci laisse penser qu'il existe une confusion sur la notion de danger et de ce qui peut aider à le comprendre, ainsi que son lien avec le risque à plus long terme.

Dans le même ordre d'idée, il est parfois difficile de rattacher l'information recueillie dans l'outil à l'épisode actuel de MAAS, les informations sont parfois générales, comme si les intervenants décrivaient un pattern général de MAAS, plutôt que l'épisode actuel. Ceci reflète un problème sous-jacent observable à travers tout le processus d'utilisation de l'outil. Il semble que parfois, l'outil soit utilisé pour valider une perception préexistante se basant sur une analyse fonctionnelle du comportement et des hypothèses déjà formulées plus ou moins ouvertement plutôt que pour explorer de façon prospective une situation actuelle.

Lorsque la suicidalité de la personne est bien connue de l'équipe d'intervenants et que des hypothèses ont été formulées, l'outil n'est pas utilisé pour aller plus loin et analyser les sources potentielles de détresse sous-jacente ni le développement de l'acceptabilité du suicide comme moyen de communiquer pour la personne. Les intervenants ne le considèrent alors pas comme utile.

#### *b. Sphères 3 et 4*

Les sphères 3 et 4 apportent une perspective plus large, systémique et sur le risque à plus long terme à la compréhension des MAAS. Elles soutiennent donc le développement d'un plan d'intervention à plus long terme. Cette partie ne semble parfois pas, a priori être perçue comme directement aidante pour la personne, mais utile lors des rencontres cliniques afin d'analyser la situation plus en profondeur.

- « si une rencontre clinique devait avoir lieu, ce document serait le premier à présenter pour dresser un résumé de l'historique de personne. Je ne peux, par contre, nommer qu'il a été aidant pour la personne directement. » (C06)
- « Meilleure compréhension du contexte dans lequel les MAAS sont survenues et hypothèse sur la fonction des MAAS. Cela pourra être utilisé pour la prévention lors de moments critiques à venir » (C11)

La sphère 3 a paru redondante avec la sphère 2 pour quelques participants, particulièrement ceux qui ont éprouvé des difficultés à circonscrire leur analyse du danger aux éléments proximaux de l'épisode de MAAS dans la sphère 2. Ils n'ont pas perçu la distinction entre analyse de la situation présente et analyse des facteurs sous-jacents.

Certains participants n'ont également pas perçu d'utilité aux sphères 3 et 4 du *Processus AUDIS-Estimation*, surtout une fois que l'épisode de MAAS est résorbé. Ce sont les mêmes intervenants qui ont perçu que les sphères 3 et 4 doivent être faites dans la continuité avec les sphères 1 et 2 et avec la collaboration directe et systématique de l'utilisateur, dans une estimation à court terme.

- « L'utilisateur semblait vouloir changer rapidement de sujet. Insister n'aurait pas été une bonne solution » (C02)

La sphère 4 en particulier est perçue comme moins adaptée aux personnes ayant moins d'introspection, particulièrement lorsqu'elle est perçue par les intervenants comme un outil à utiliser sous forme de questions à poser directement à la personne. Les indicateurs donnés dans l'outil ont parfois été traduits en questions directes, difficiles à aborder avec les personnes.

- « La sphère 4 est difficile à compléter puisqu'elle requiert un niveau de compréhension un peu plus avancé (comprendre ce qu'est la mort) et pour la clientèle avec laquelle nous travaillons cela représente un défi. » (C09)

Certains participants ont vu des limites à l'outil proposés en lien avec la communication et les capacités d'introspection des personnes. Ces limites perçues reflètent partiellement leur inconfort à questionner les personnes sur le suicide, à varier les modalités d'exploration (observation, changement de niveaux des questions par exemple) mais aussi à la difficulté d'impliquer l'entourage dans le processus d'estimation. Avec des clientèles présentant des difficultés de communication et d'introspection, la collaboration de personnes extérieures qui connaissent bien la personne dans le processus d'estimation du danger et du risque est essentielle. Il semble que la structure dans laquelle se déroulent certaines estimations ne permet pas suffisamment cette collaboration au moment de l'épisode de MAAS et dans les jours suivants.

- « Les limitations de certains clients et le peu de connaissances sur les conséquences de leurs comportements amènent un degré de difficulté à l'utilisation de l'outil. » (C03)
- « Cet outil permettra de laisser des informations au dossier concernant les MAAS identifiés chez l'utilisateur, son analyse et les facteurs contributifs » (C09)

Parfois, des participants ont copié dans la sphère 3 des informations notées dans la sphère 2, surtout en ce qui concerne la partie d'analyse des patterns de MAAS. Ceci confirme que souvent, ces participants avaient une hypothèse préalable sur la fonction des MAAS et l'ont notée dans la sphère 2, puis reproduite dans la sphère 3, ce qui ne correspond pas à l'utilisation prévue de cette partie de l'outil.

Il semble que des participants ont éprouvé des difficultés à faire le lien entre les sphères 1 et 2 (qui se répètent à chaque épisode de MAAS afin d'estimer le danger d'un épisode spécifique) et les sphères 3 et 4 (qui sont relativement stables dans le temps et s'enrichissent des informations acquises lors des différents épisodes de MAAS et permettent d'identifier les facteurs de risque à long terme et les patterns s'il y en a). La raison principale du sentiment de répétition observé par les intervenants vient de cette confusion entre les deux niveaux distincts d'estimation visant à guider deux niveaux d'intervention complémentaires mais s'étalant dans le temps.

La sphère 3 comprend la recension des facteurs de risque et de protection d'un côté et les éléments nécessaires à l'évaluation fonctionnelle de l'autre. Il semble que plusieurs participants n'aient pas fait de lien conceptuel entre ces deux sections, faisant une hypothèse de la fonction des MAAS indépendante des facteurs de risque notés précédemment.

De façon générale, des décisions d'intervention clinique ont été prises en se basant sur les informations recueillies dans le cadre de la sphère 3. Dans plusieurs cas, les ajustements ont été inscrits aux plans d'intervention pour tenter de réduire l'importance de certains facteurs de risque identifiés lors de l'analyse (renforcement de l'estime de soi, augmentation de l'autonomie, traitement de la dépression,

etc.). Ceci correspond à l'utilisation prévue de l'outil et semble avoir aidé les participants dans leur processus de décision.

La sphère 4 (option suicide) a rarement été utilisée parce qu'elle a paru trop complexe et abstraite aux participants. Une difficulté dans l'utilisation de la sphère 4 vient du fait que les informations ne peuvent pas être recueillies par un questionnaire direct avec la personne. La compréhension de l'option suicide se bâtit au fur et à mesure des interactions avec la personne et des expériences qu'elle vit avec la mort et le suicide, ce qui peut être difficile dans le cadre de la structure des interactions possibles dans les milieux d'intervention.

### *c. Le rôle du jugement clinique et des outils dans l'estimation du danger suicidaire*

Un des problèmes rencontrés dans l'utilisation de l'outil touche le fait que l'outil « est long à remplir, lorsque la situation se présente » (C04). En effet, les épisodes de MAAS et les interventions d'estimation se produisent le plus souvent dans des moments de crise, ou il est difficile de penser de compléter plusieurs documents.

Il existe une tension importante entre le fait de devoir faire une estimation du danger dans un moment de crise et le fait de vouloir appuyer ce jugement sur un outil clinique structuré (et donc accompagné de documents écrits). Cette tension se reflète également dans une dialectique entre rapidité et profondeur de l'analyse menant au jugement, apparaissant à travers les données recueillies dans le cadre de cette étude.

Dans ce contexte, des participants ont donné des indications quant à leurs attentes vis-à-vis d'outils d'estimation et quant à leurs valeurs, besoins et parfois insécurités par rapport à leur propre jugement clinique.

Dans certains cas, les participants ont perçu qu'il manquait quelque chose à l'outil pour orienter leur jugement clinique. Ils ont évoqué qu'il faudrait une indication de degré de risque basé sur une compilation des informations recueillies, une sorte de score du danger. La plupart des outils cliniques d'estimation du risque, dont la grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire (Lavoie et al., 2012) utilisé pour la population générale au Québec s'appuient sur une forme ou une autre de codification du niveau de danger ou de risque à court terme. L'outil développé ici ne propose pas de codage systématique de niveau de danger basé sur des indicateurs pondérés ou chiffrés (cet aspect de l'outil est discuté dans la phase 2 et répond aux considérations théoriques et pratiques les plus récentes en prévention du suicide). Dans le cadre de l'outil, il a été décidé de placer le jugement clinique au cœur du processus et de donner aux intervenants des pistes sur lesquelles l'appuyer. Cette approche a rendu certains intervenants mal à l'aise.

- « IMPORTANT : Il me manque quelque chose pour soutenir ma décision concernant le degré de risque. Cet outil doit soutenir mon jugement clinique et orienter mes actions, ce qui n'est pas le cas » (C14)
- « Je trouve qu'il y a peu de référence pour se positionner sur le risque. L'échelle de risque n'a aucune pondération et donne peu de détails donc l'estimation repose davantage sur le jugement clinique de l'intervenant estimateur qui ne connaît pas nécessairement d'avance l'utilisateur (l'imputabilité est grande). » (C12)

Par contre, d'autres intervenants ont utilisé l'outil comme un guide de réflexion pour appuyer leur processus de jugement clinique, ce qui correspond à l'intention de son développement.

- « J'ai utilisé l'outil comme un moyen de dépistage. Je n'ai pas utilisé toutes les sphères, mais plutôt j'ai sélectionné quelques domaines pour effectuer un dépistage selon la séquence d'exploration proposée pour estimer la présence du risque suicidaire auprès de la personne n'ayant pas présenté de MAAS dans la situation actuelle. J'ai utilisé les domaines « facteurs proximaux pouvant augmenter le danger ou protégé », « moments critiques » et « exigence du milieu » de la sphère 2. Ces domaines m'ont aidé dans l'identification des facteurs de risques et de protections de la personne. L'ensemble des facteurs m'a permis de voir s'il avait la prédominance des facteurs de risques dans la situation actuelle de la personne ou des protections. De plus, l'analyse de la gravité de la situation des crises de la personne dans son milieu familial m'a permis de vérifier s'il avait la présence des moments critiques ainsi que le niveau de l'exigence du milieu de vie de la personne » (C07).

Ceci constitue selon nous un exemple d'utilisation adaptée en fonction des besoins cliniques et du jugement de l'intervenant qui explore une situation et se sert des outils disponibles pour soutenir son jugement.

#### *d. Évaluation fonctionnelle des MAAS et estimation du danger et du risque suicidaire*

L'évaluation fonctionnelle du comportement est un outil de travail important en DI-TSA et l'approche comportementale sous-tend une grande partie des évaluations et des interventions effectuées par les intervenants dans le cadre de leur travail auprès des personnes présentant une DI ou un TSA. Les sphères 3 et 4 de l'outil permettent une évaluation fonctionnelle des MAAS. La sphère 3 permet l'analyse combinée de plusieurs épisodes de MAAS à la lumière des facteurs de risque plus distaux et l'identification de patterns potentiels.

Elle combine donc deux approches : analyse des facteurs de risque et de protection (développer des interventions cliniques visant à renforcer les protections de la personne) et analyse de la fonction des MAAS (déconstruction de patterns et interventions plus comportementale).

Nous avons cependant observé que, même s'ils notent les facteurs de risque et de protection, plusieurs participants insistent sur la fonction perçue des MAAS et les interventions visant à les faire disparaître. La perspective d'évaluation du comportement semble dominante et sous-tendre le paradigme dans lequel les intervenants utilisent l'outil d'estimation.

- « Je trouve que l'outil est très bien fait pour faire l'analyse du comportement. » (C12)
- « Pour cette situation, l'outil ne m'a pas vraiment aidé puisqu'au fil des interventions avec cet usager, il avait déjà été déterminé que cet usager utilisait ce moyen pour attirer l'attention » (C04)
- « L'intervenante concernée détenait la plupart des informations mais le fait de les placer dans les différents espaces a fait en sorte d'en arriver plus facilement à tirer des hypothèses quant à la fonction du comportement. L'outil a pu permettre de faire des liens entre les différents éléments (idéalisations, changements dans la routine, gains quant aux MAAS) et de faire des propositions quant aux futures interventions à explorer. » (C06)

Dans ce contexte, les participants ne semblent pas utiliser l'outil comme une occasion d'explorer plus en avant les raisons pour lesquelles la personne utilise les MAAS pour communiquer ou attirer l'attention, plutôt qu'un autre comportement. Ils n'ont pas non plus utilisé la sphère 4 (option suicide) dans ce contexte. De plus, une fois qu'une fonction a été attribuée à des MAAS, les participants ne semblent pas voir l'utilité de refaire une estimation du danger (sphères 1 et 2) lors d'un épisode subséquent. L'investigation du sens de ces MAAS et de la présence de détresse sous-jacente semble ne plus être

perçue comme pertinente et l'analyse d'un épisode de MAAS semble servir de base à l'interprétation des épisodes subséquents.

*e. Évaluation de la détresse et du désespoir*

Le désespoir est une composante essentielle de l'évaluation du danger et du risque. Il a été exploré dans la majorité des cas par les intervenants, même s'il est difficile d'évaluer la place qui lui a été donnée lors de la prise de décision sur le niveau de danger. En effet, dans plusieurs cas, la personne présentait de nombreux signes et facteurs de désespoirs significatifs (notés dans l'outil), mais ces indices n'ont pas été retenus lors de l'établissement d'hypothèses quant à la fonction des MAAS.

Par contre, l'identification des idéations suicidaires et l'estimation du danger ne sont pas systématiquement accompagnées de l'exploration de la détresse. L'approche comportementale semble ici encore privilégiée, et l'estimation semble viser d'une part à établir la nécessité d'une intervention d'urgence et d'autre part à mettre en place un plan d'action visant à agir sur la fonction des MAAS. L'exploration de la détresse apparaît alors comme une option.

- « Intéressant à utiliser quand nous voulons explorer la détresse et que nous avons du temps devant nous. » (C08)

L'outil semble être le plus souvent utilisé dans une perspective d'analyse comportementale, qui se reflète dans le vocabulaire utilisé lors de la prise de notes, ce qui n'intègre pas l'exploration de la détresse potentielle sous-jacente.

- « elle n'est pas non plus dans une période critique ou de dysfonctionnement comportemental » (C11)
- « Puisque les propos suicidaires sont très fluctuants et que le psychiatre juge que l'utilisateur a des propos suicidaires afin d'obtenir ce qu'il veut, il n'est pas approprié d'accentuer l'attention donnée à l'utilisateur sur ses comportements inadéquats en rencontrant l'utilisateur pour ces questions (étape 3) » (C14)

Dans un cas, par exemple (C06), les notes indiquent de clairs indices de désespoir et de détresse chez la personne (pas de projet de vie, désir de tout abandonner, se percevoir comme un fardeau, prendre conscience des limites imposées par son handicap). Ces éléments de détresse peuvent contribuer fortement aux idéations suicidaires et aux éléments de planification suicidaire, en combinaison avec d'autres, également recensés dans la sphère 3. Cependant, une hypothèse comportementale est émise (propos suicidaires pour faire de l'évitement de situations qui sortent la personne de sa zone de confort) et le plan d'action adresse cette hypothèse comportementale sans toucher aux sources de détresse et désespoir notés.

#### 4.2.3. Recommandations des intervenants pour l'amélioration du processus AUDIS-Estimation

Les participants ont, de façon générale, apprécié l'outil comme source de réflexion et d'apprentissage sur les problèmes liés au suicide. Ils ont utilisé les différentes sphères pour améliorer leur compréhension des situations complexes vécues par les usagers. L'outil, dans sa forme actuelle a pu apporter un soutien assez ciblé à l'évaluation du risque suicidaire mais doit être ajusté pour répondre aux contraintes et aux besoins des personnes, des intervenants et de leurs milieux de pratique.

Les intervenants ont fait des recommandations pour l'amélioration de l'outil sur plusieurs dimensions. Elles sont synthétisées ci-dessous.

#### *a. Utilisation d'échelles de gradation et de scores*

Des intervenants ont reproché à l'outil de ne pas inclure d'échelle de gradation des changements observés ou de pondération de la sévérité des comportements suicidaires, comme dans la grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire. Ils voudraient que l'outil permette d'attribuer un niveau standardisé, objectivable, extérieur à leur jugement clinique sous forme d'un score de danger, par exemple.

D'autres auraient souhaité avoir une forme de gradation pour les différents indicateurs inclus dans l'outil afin de pouvoir effectuer plus facilement un suivi de la personne et de son évolution après un épisode de MAAS

- « Une échelle de gradation pour les deux domaines « changements dans le fonctionnement habituel de la personne » et « les facteurs de risque et de protection ». Cela aiderait à avoir une vision globale du changement majeur dans les comportements et leur dégradation. L'intervenant peut ainsi effectuer une comparaison de données avec d'autres épisodes du passé. Cela peut être utile dans l'aide à la décision de la présence de MAAS ou pas pour les personnes qui présentent les difficultés langagières. » (C07)

#### *b. Simplifier et raccourcir le processus de recueil de données et l'utilisation de l'outil*

Ayant trouvé le processus de remplir l'outil trop long et intrusif dans le processus clinique, des intervenants ont suggéré de simplifier et de raccourcir sa présentation et son utilisation.

Ils ont souligné l'importance de trouver un compromis entre le niveau de détail des informations et des éléments décrits et demandés (qui est pertinent et éclairant) et la complexité et la longueur d'utilisation (qui est contraignante).

## 5. Discussion et conclusion

Le processus d'utilisation de l'outil, tel que réparti en quatre sphères complémentaires permet de structurer l'estimation au sein des activités cliniques habituelles, mais doit être ajusté afin de mieux s'adapter aux contraintes des milieux d'intervention et au rôle de l'estimateur dans l'équipe interdisciplinaire impliquée auprès de la personne. Les sphères 2 et 3 doivent en particulier être mieux distinguées et expliquées comme des processus d'évaluation distincts et complémentaires.

Les données analysées ont montré qu'il a existé deux types d'utilisateurs du *Processus AUDIS-Estimation*. Le premier groupe a utilisé l'outil comme un guide de réflexion pour soutenir leur jugement clinique quant au danger actuel et aux besoins d'intervention à plus long terme. Ces intervenants ont été à l'aise avec l'outil et l'ont utilisé comme il a été conçu. Un second groupe d'utilisateurs a trouvé l'outil moins malléable, l'a utilisé comme une grille d'évaluation standardisée et a moins bien compris les différentes sphères et leur rôle dans l'estimation. Malheureusement, l'échantillon était trop petit pour nous permettre de faire des analyses approfondies sur les caractéristiques pouvant distinguer ces deux types d'intervenants. Ces résultats montrent tout de même qu'il est important de prendre le temps de former les intervenants adéquatement. Une seule journée de formation peut ne pas avoir suffi pour permettre à

des intervenants potentiellement moins expérimentés avec le suicide de s'approprier l'outil et de se sentir à l'aise avec leur propre jugement clinique. Une version subséquente de l'outil devra prendre ces difficultés en considération et mieux permettre aux intervenants de s'approprier le processus.

L'objectif de l'outil est de soutenir le jugement clinique d'intervenants connaissant bien la clientèle, et de ne pas de se substituer à la prise de décision en offrant la possibilité de « calculer » un score de danger. Des intervenants ont semblé être confortables à utiliser l'outil de cette façon mais d'autres ont senti qu'ils auraient eu besoin de plus de soutien sous la forme de codage ou de scores lors de la prise de décision.

Les recommandations basées sur les meilleures pratiques en prévention du suicide spécifient l'importance du jugement clinique dans l'estimation et l'utilité des outils comme soutien au recueil d'informations complémentaires. Ces outils font donc partie intégrale des bonnes pratiques d'estimation et d'intervention. Par contre les grilles d'estimation, les outils standardisés n'ont pas fait la preuve de leur efficacité pour identifier efficacement les personnes qui feront un geste suicidaire dans le futur (Lotito & Cook, 2015; Owens & Kelley, 2017). Il n'est donc pas recommandé de se baser sur des scores de danger dans le processus d'estimation. En effet, la présence d'un score chiffré ou par des couleurs de niveau de risque peut donner un faux sentiment de certitude aux intervenants et les rassurer quant au résultat de leur estimation alors qu'il n'existe aucune indication scientifique que ce devrait être le cas.

La grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire (Lavoie et al., 2012), qui est utilisée par plusieurs des participants, propose un code de couleur pour figurer visuellement le niveau de danger de la personne au moment de l'estimation. Ce code de couleur est basé sur une pondération des facteurs de risque et de protection et vise à soutenir le jugement clinique.

Les données recueillies dans le cadre de la présente évaluation de l'outil montrent que certains participants souhaitent se reposer sur un tel score afin de valider leur jugement clinique, ce qui n'est pas recommandé par les données récentes de la recherche. Introduire un codage dans les outils, même si c'est dans le but de faciliter la définition du niveau de danger ou de risque peut induire une utilisation détournée de ce codage en score pseudo-objectif, externe au jugement clinique et faussement rassurant pour les intervenants. Dans ces cas, le code de couleur semble se substituer au jugement clinique dans la prise de décision, même si ce n'est pas son objectif initial. Lors du développement de l'outil, il a été décidé de ne pas introduire de système de pointage afin de limiter le risque d'utilisation détournée d'un tel système. L'inconfort de plusieurs utilisateurs dû à l'absence de ce système de pointage laisse penser que les craintes des chercheurs étaient fondées quant à cet enjeu. Il est important, dans les versions ultérieures des outils d'estimation et dans les formations des intervenants d'adresser efficacement les insécurités que les intervenants ressentent par rapport à leur propre jugement clinique afin de consolider leur niveau de confiance et de bien leur expliquer pourquoi il n'est pas recommandé d'avoir un outil avec un score indiquant le niveau de risque.

Le processus de prise de décision clinique quant au niveau de danger et de risque peut être mieux accompagné dans l'outil pour permettre sa documentation et son transfert au sein des équipes cliniques. En effet, les intervenants ont pris les notes concernant les facteurs de risque, de protection, les déclencheurs, les types de MAAS observés, mais n'ont pas exploité les documents de synthèse pour appuyer ou documenter leur processus de jugement clinique. Ces derniers doivent être mieux articulés dans l'outil d'estimation ou dans les processus de synthèse d'information clinico-administrative utilisés quotidiennement par les intervenants. Un système plus efficace de notation du processus de prise de décision des intervenants basé sur les informations recueillies permettrait également de consolider la confiance de ces intervenants et des équipes dans le jugement clinique posé et son utilisation dans le

déploiement d'interventions en prévention du suicide. Cela réduirait par la même occasion le besoin de se baser sur une codification ou gradation apparemment objective.

L'intégration de pratiques collaboratives d'estimation du danger et du risque suicidaire dans les pratiques des équipes d'intervention représente un enjeu important. La manière dont les services sont structurés ne permet pas toujours un accès immédiat de la personne ayant des MAAS à un estimateur formé. La division des tâches et de l'expertise au sein des équipes et la rareté des MAAS a poussé au développement d'estimateurs œuvrant sur un territoire donné en collaboration avec plusieurs équipes. Cette approche permet la formation d'experts en estimation, qui ont l'occasion de pratiquer leurs acquis suffisamment souvent pour maintenir leur expertise. Par contre, la plupart du temps, ces estimateurs ne connaissent pas la personne de manière approfondie et ne disposent pas de beaucoup de temps pour faire et transmettre l'estimation aux éducateurs spécialisés et intervenants de premier niveau. Dans les cas où l'estimation passe essentiellement par un entretien avec la personne, ceci peut constituer un frein à la qualité de cette estimation. Le *Processus AUDIS-Estimation* est structuré de telle manière que plusieurs personnes peuvent utiliser des aspects différents de l'outil à des moments différents. Dans le contexte d'une inquiétude issue du milieu, un intervenant de première ligne peut effectuer le repérage à l'aide de la sphère 1, l'estimateur effectue ensuite l'estimation du danger à l'aide des informations issues de la sphère 1 qu'il complète avec la sphère 2, soit en entrevue directe avec la personne, soit lors d'échanges avec l'intervenant référant. L'intervenant pivot, avec l'équipe interdisciplinaire peut ensuite utiliser les sphères 3 et 4 pour construire un plan d'intervention à plus long terme. Dans une telle approche, l'expertise se veut partagée entre des intervenants de différents niveaux et de différentes disciplines et l'estimation se construit dans un processus collaboratif. Le rôle de l'estimateur est donc de soutenir la prise de décision par rapport au danger à court terme et guider l'intensité de l'intervention visant à assurer la sécurité. Par contre, l'exploration du risque à long terme et des facteurs de risque et protection sur lesquels devrait porter le plan d'intervention dépasse le rôle de l'estimateur et nécessite une connaissance approfondie de la personne, de son histoire et de son dossier. Seuls les intervenants pivots et l'équipe interdisciplinaires sont outillés pour effectuer efficacement cette partie de l'estimation avec le soutien des résultats des sphères 1 et 2. Cependant, la présente évaluation tend à montrer que cet aspect collaboratif et de co-construction de l'estimation à différents niveaux n'est pas nécessairement favorisée par l'organisation des équipes et de l'intégration du rôle de l'estimateur dans la structure de services.

De plus, le rôle de l'estimateur est compliqué par le fait que le niveau de danger peut varier très rapidement durant un épisode de MAAS. Le délai entre l'identification d'un risque suicidaire et l'intervention d'un estimateur peut être assez grand pour que la personne se sente mieux, n'exprime plus d'idéations, et refuse de reparler de ce qui s'est passé plus tôt. Ce type de situation peut induire un effet pervers ou l'intervenant témoin repérant un risque de MAAS décide de ne pas faire appel à l'estimateur à cause des délais d'intervention et prend une décision sur le danger en minimisant le danger (ex : puisque ça passe rapidement et que lorsque l'estimateur vient, tout est fini, la personne n'est pas vraiment suicidaire) ou en intervenant de façon trop intense par rapport au besoin (ex : je préfère l'envoyer à l'hôpital plutôt que prendre le risque que la personne fasse une tentative de suicide alors qu'elle est sous ma responsabilité en attendant l'estimateur).

L'outil devrait permettre d'aider à combler cette difficulté en permettant aux intervenants non spécialisés en estimation de faire une première évaluation de la présence de MAAS et d'adapter leur intensité d'intervention à la situation observée puis de pouvoir discuter de leurs observations avec l'estimateur qui prendra note de l'épisode, même s'il est fini et pourra alimenter le travail de l'équipe interdisciplinaire qui travaille sur le risque à long terme à l'aide des sphères 3 et 4.

L'évaluation a permis de montrer que l'outil présente un bon potentiel pour soutenir les intervenants dans leur jugement clinique sur le danger et le risque suicidaire. Par contre, des adaptations doivent être faites pour favoriser son intégration dans les services actuels et son utilisation dans une perspective interdisciplinaire.

### 5.1. Forces et faiblesses de la phase 3

Cette évaluation préliminaire de l'outil d'estimation est basée sur son utilisation en milieu naturel auprès de leurs clientèles habituelles par des intervenants formés. Elle a donc permis de vérifier directement la manière dont l'outil se comporte en situation clinique réelle, avec des utilisateurs représentant fidèlement les intervenants visés.

Par contre, l'évaluation demeure préliminaire et partielle, à cause de la faible taille de l'échantillon et les résultats ne peuvent pas être généralisés. Ils permettent toutefois de faire les ajustements nécessaires à l'outil afin d'augmenter les chances qu'il soit acceptable et utilisable dans les milieux d'intervention.

### 5.2. Production de la version 2 du *Processus AUDIS-Estimation* suite à l'évaluation

Les analyses menées dans le cadre de ce projet, même si elles sont partielles et portent sur un petit échantillon permettent de comprendre les forces et faiblesses essentielles du *Processus AUDIS-Estimation* dans le contexte de l'offre de service dans les directions DI, TSA, DP des CIUSSS et CISSS.

L'analyse approfondie des mécanismes d'utilisation de l'outil et des recommandations faites par les utilisateurs permet de proposer une version améliorée du processus AUDIS-Estimation qui pourra faire l'objet d'un processus rigoureux d'évaluation dans le cadre d'un projet subséquent.

Cette version 2 du processus AUDIS comprend les caractéristiques suivantes :

- Une meilleure distinction entre les temps d'utilisation des sphères 1,2, 3 et 4
- Une meilleure intégration du processus de prise de décision dans le processus de prise d'information pour chaque sphère
- Une simplification des documents et un allègement de la structure générale de l'outil
- Un processus plus approfondi d'analyse de la fonction des MAAS distincte du recueil d'information sur les facteurs de risque et de protection dans la sphère 3
- Une meilleure intégration de la sphère 4 et de son rôle dans l'évaluation du risque et le choix d'interventions à plus long terme

La version 2 du *Processus AUDIS-Estimation* adaptée suite à l'évaluation est présentée en annexe 7.

### 5.3. Utilisation des résultats de cette phase

Le *Processus AUDIS-Estimation* ajusté suite à son évaluation préliminaire sera diffusé dans les milieux de l'intervention et de la réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme au Québec et dans les milieux francophones du Canada afin de répondre aux demandes des intervenants et professionnels œuvrant auprès de ces clientèles.

La diffusion du *Processus AUDIS-Estimation* se fera par l'intermédiaire d'un site web et de l'implication de champions dans les divers organismes de service intéressés.

Une version en anglais sera développée et testée avec des intervenants et clients anglophones avant d'être diffusée plus largement dans le réseau de la réadaptation au Canada et aux États-Unis.

## Conclusion générale du projet

Ce projet en trois étapes a permis de développer des connaissances nécessaires pour les milieux de pratique. Les données de la recherche étaient trop partielles pour soutenir le développement d'outils adaptés d'estimation du danger et du risque suicidaire. Ce projet constitue une avancée intéressante tant d'un point de vue théorique que clinique pour les milieux de la prévention du suicide et de la DI et du TSA.

Une de ses forces principales est qu'il est issu d'une demande des milieux d'intervention en DI et TSA. Il répond donc à un besoin concret qui favorise l'utilisation de ses résultats. Dans cette perspective, au-delà de la diffusion du rapport dans les milieux participants et de la publication d'articles scientifiques, une série de présentations sera faite auprès des milieux intéressés et un site web est en cours de développement, pour recenser et mettre à disposition des intervenants les concepts et outils développés. Un accompagnement sera également offert pour favoriser l'appropriation de ces outils tout au long de l'année 2017-2018.

Le projet a également permis la collaboration de différents intervenants (psychologues, éducateurs, psychiatres, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, éducateurs spécialisés, etc) au développement de nouvelles connaissances et pratiques pouvant répondre à leurs besoins et le développement de partenariats et d'un intérêt (et investissement cognitif et professionnel dans les contenus développés) de la part des intervenants participants et leurs milieux qui favorisent les processus ultérieurs d'appropriation des connaissances et des pratiques.

Ce projet a été innovant grâce à l'application d'une méthode mixte pour explorer un domaine complexe pour lequel trop peu d'études étaient disponibles. En combinant dans un processus itératif de développement de connaissances des explorations conceptuelle, des analyses empiriques, des analyses qualitatives approfondies, des consultations d'expert et une expérimentation de terrain, le projet a permis de consolider un corpus de connaissances cohérent basé sur un cadre théorique solide. La structure du rapport, basé sur la description des phases successives du projet permet également de suivre pas à pas le déroulement des différents segments méthodologiques et l'intégration de leurs résultats dans les segments suivants.

Cette approche mixte a également permis l'implication de différents partenaires du milieu aux différentes phases selon leurs disponibilités et besoins. Cette diversité a favorisé la participation puisque les milieux pouvaient adapter leur participation à leur situation, sans être surchargés par le projet de recherche dans un contexte de changements profonds de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Compte tenu de la diversité de partenaires, il a également été possible de prendre en considération un large éventail de situations organisationnelles, contraintes et besoins, ainsi que des caractéristiques d'une grande variété de clientèles dans le projet. Ceci augmente notre niveau de confiance en la validité des résultats obtenus et leur capacité à représenter assez fidèlement les enjeux associés à l'estimation du risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA.

Le modèle du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA proposé ici constitue à notre connaissance la première formulation d'un modèle dynamique du risque chez ces clientèles, basés sur les considérations théoriques contemporaines. Il devra être validé plus rigoureusement auprès de groupes différents de clientèles ayant une DI ou un TSA et dans différents contextes (clinique, psychiatrique, communautaire). Son apport le plus intéressant à notre sens et qui mérite des explorations empiriques subséquentes est « l'option suicide » dont l'utilité clinique semble prometteuse pour comprendre le développement du risque et planifier des interventions adaptées.

Les recommandations pour des pratiques d'estimation proposées ici sont fondées sur une analyse approfondie de la littérature existante, de l'expérience d'experts en prévention du suicide (Phase 2b) et de l'analyse des caractéristiques et besoins des clientèles (phase 1) et des intervenants (phase 2a). Elles constituent, à notre connaissance, la démarche la plus complète à ce jour pour le développement d'outils cliniques adaptés aux clientèles ayant une DI ou un TSA. Malgré ses limites importantes, la phase 3 du projet a permis la mise au point d'un outil clinique au fort potentiel d'intérêt pour les milieux d'intervention. Il reste à effectuer une validation empirique de cet outil et de ses capacités réelle à soutenir adéquatement le jugement clinique des intervenants pour identifier les MAAS et réduire le risque de passage à l'acte à court et long terme.

Cette étude présente quelques limites dont il faut tenir compte dans l'utilisation de ses résultats. D'abord, l'échantillon utilisé pour la phase 1 était constitué uniquement de personnes recevant des services réguliers de la part des centres de réadaptation en DI ou TSA au Québec. Cela signifie qu'il n'est pas représentatif de la population entière des personnes ayant une DI ou un TSA. Les études existantes montrent que les personnes ayant une DI plus légère sont plus à risque de suicide (Patja, 2004; Patja et al., 2001) et l'impression des intervenants est que les personnes avec un TSA et ayant un plus haut niveau de fonctionnement sont également plus à risque (voir phase 2a du projet). Ces personnes sont plus présentes dans la communauté et moins susceptibles de recevoir des services spécialisés. Il sera important de vérifier l'applicabilité du modèle et de l'outil à ces groupes moins facile à rejoindre.

Ensuite, la phase 3 du projet n'a pas atteint ses objectifs initiaux en termes d'échantillonnage, ce qui limite la portée de l'évaluation effectuée. Cependant, la richesse des données recueillies et l'analyse inductive effectuée ont permis de faire une première adaptation pertinente de l'outil. Cette phase du projet ne correspond pas à une évaluation empirique de l'outil et il convient de rester prudent dans l'utilisation de ses résultats pour justifier de la validité de l'outil.

Les résultats de cette étude représentent tout de même une avancée intéressante et constituent la base pour le développement de projets futurs de recherche et de collaboration avec les milieux d'intervention en DI ou TSA et en prévention du suicide.

Au-delà des activités de diffusion et de partage planifiés et en cours avec les partenaires du projet, deux projets de recherche sont prévus. Le premier consistera à faire l'évaluation empirique du Processus AUDIS-Estimation et de sa capacité à soutenir le jugement clinique des intervenants. Le second projet visera à valider le concept d'option suicide auprès de groupes plus variés de personnes ayant une DI ou un TSA ainsi qu'auprès d'autres groupes de personnes suicidaires présentant un risque de récurrence.

## Références

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Gibb, B. E., Hankin, B. L., & Cornette, M. M. (2000). The hopelessness theory of suicidality. In T. Joiner & D. Rudd (Eds.), *Suicide Science: Expanding the boundaries* (pp. 17-41). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Balfe, M., & Tantam, D. (2010). A descriptive social and health profile of a community sample of adults and adolescents with Asperger syndrome. *BMC Res Notes*, 3, 300.
- Benson, B., & Laman, D. (1988). Suicidal tendencies of mentally retarded adults in community settings. *Aust NZ J Dev Disabil*, 14, 49-54.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Boudreault, E., & Horowitz, L. (2014). Suicide Risk Screening and Assessment Designing Instruments with Dissemination in Mind. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3S2), S163-S169.
- Carlson, G. A., Asarnow, J. R., & Orbach, I. (1994). Developmental aspects of suicidal behavior in children and developmentally delayed adolescents. *New Dir Child Dev*, 64, 93-107.
- Chu, J., Floyd, R., Diep, H., Pardo, S., Goldblum, P., & Bongar, B. (2013). A Tool for the culturally competent assessment of suicide: the Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS) measure. *Psychological Assessment*, [xx]([xx]), [xx-xx]. doi: 10.1037/a0031264
- Chung, Y., & Jeglic, E. L. (2015). Challenges for suicide assessment. In D. A. L. N. J. Kaslow (Ed.), *Advancing the science of suicidal behavior: Understanding and intervention* (pp. 55-74). Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers.
- Claassen, C. A., Harvilchuck-Laurenson, J. D., & Fawcett, J. (2014). Prognostic models to detect and monitor the near-term risk of suicide: State of the science. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3, Suppl 2), S181-S185. doi: 10.1016/j.amepre.2014.06.003
- Cornette, M. M., Abramson, L. Y., & Bardone, A. M. (2000). Toward an intergrated theory of suicidal behaviors: merging the hopelessness, self-discrepancy, and escape theories. In T. Joiner & M. D. Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding the boundaries* (pp. 43-66). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- de Leo, D. (2011). The World Health Organization: Approach to evidence-based suicide prevention. In M. Pompili & R. Tatarelli (Eds.), *Evidence-Based Practice in Suicidology: A Source Book* (pp. 55-64). Cambridge, MA, US: Hogrefe Publishing.
- Emerson, E., Hatton, C., & Bromley, J. (1998). *Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities*: Chichester, John Wiley & Sons.
- Galynker, I., Yaseen, Z., & Briggs, J. (2014). Assessing risk for imminent suicide. *Psychiatric Annals*, 44(9), 431-436. doi: 10.3928/00485713-20140908-07
- Gardner, W. I. (2002). *Aggression and other disruptive behavioral challenges: Biomedical and psychosocial assessment and treatment*: NADD Press.
- Griffiths, D., Gardner, W., & Nugent, J. (1998). Behavioral supports: Individual centered interventions: A multimodal functional approach: Kingston, NY: NADD Press.
- Gunn, J. I., & Lester, D. (2015). *Theories of Suicide: Past, present and future*. Springfield, Il: Charles C Thomas Publisher.
- Hardan, A., & Sahl, R. (1999). Suicidal behavior in children and adolescents with developmental disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 20(4), 287-296. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0891-4222\(99\)00010-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0891-4222(99)00010-4)
- Heisel, M., & Flett, G. (2006). The development and initial validation of the geriatric suicide ideation scale *American Journal of Geriatric Psychiatry. Special Issue: Theme: Progress in Identifying Risk and Protective Factors in Older Suicidal Adults*, 14(9), 742-751.
- Howlin, P., Charman, T., & Ghaziuddin, M. (2011). *The SAGE handbook of developmental disorders*: Sage.

- Hurley, A., Folstein, M., & Lam, N. (2003). Patients with and without intellectual disability seeking outpatient psychiatric services: diagnoses and prescribing pattern. *J Intellect Disabil Res*, 47(1), 39-50.
- Hurley, A., & Sovner, S. (1998). Suicidal behavior in mentally retarded persons. *PsychiatrAspects Ment Retard*, 1, 35-38.
- Kato, K., Mikami, K., Akama, F., Yamada, K., Maehara, M., Kimoto, K., & Matsumoto, H. (2013). Clinical features of suicide attempts in adults with autism spectrum disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(1), 50-53.
- Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M., & Camirand, R. (2010). Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (pp. 99). Québec: Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Lavoie, B., Lecavalier, M., Angers, P., & Houle, J. (2012). Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : Fondements théoriques et pratiques. In C. D.-C. I. u. s. I. d. e. S. A. Montréal (Ed.). Montréal, QC: Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal.
- Lotito, M., & Cook, E. (2015). A review of suicide risk assessment instruments and approaches. *Mental Health Clinician*, 5(5), 216-223.
- Lunsky, Y. (2004). Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation. *Res Dev Disabil*, 25(3), 231-243.
- Lunsky, Y., & Canrimus, M. (2005). Gender issues, mental retardation and depression. In S. P (Ed.), *Mood disorders in people with mental retardation* (pp. p.113-129). Kingston, NY: NADD.
- Matson, J. L., & Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1107-1114. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2009.06.003>
- Mayes, S. D., Gorman, A. A., Hillwig-Garcia, J., & Syed, E. (2013). Suicide ideation and attempts in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(1), 109-119. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2012.07.009>
- Menolascino, F. J., Lazer, J., & Stark, J. A. (1989). Diagnosis and management of depression and suicidal behavior in persons with severe mental retardation. *Journal of the multihandicapped person*, 2(2), 89-103.
- Mikami, K., Inomata, S., Hayakawa, N., Ohnishi, Y., Enseki, Y., Ohya, A., & Matsumoto, H. (2009). Frequency and clinical features of pervasive developmental disorder in adolescent suicide attempts. *Gen Hosp Psychiatry*, 31(2), 163-166.
- Mills, J. F., Green, K., & Reddon, J. R. (2005). An evaluation of the Psychache Scale on an offender population. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35(5), 570-580.
- Mishara, B. L. (1996). A dynamic developmental model of suicide. *Human Development*, 39(4), 181-194.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention : Research, policy and practice* (pp. 181-198). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Ouimet, A.-M., Mongeau, C., & Morin, D. (2013). L'expérience d'intervenants spécialisés en DITED de leur utilisation de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (SAM et CDC). Rapport d'analyse de la séance de travail tenue le 22 juillet 2013 et organisée conjointement par le CRISE et le CRDITED de Montréal dans le cadre des travaux sur la prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TED (pp. 22). Montréal CRDITED de Montréal.
- Owens, D., & Kelley, R. (2017). Predictive properties of risk assessment instruments following self-harm: RCP.

- Paquette-Smith, M., Weiss, J., & Lunsy, Y. (2014). History of Suicide Attempts in Adults With Asperger Syndrome. *Crisis*, 35(4).
- Patja, K. (2004). Suicide cases in a population-based cohort of persons with intellectual disability in a 35-year follow-up. *Mental health aspects of developmental disabilities*, 7(4), 117-123.
- Patja, K., Iivanainen, M., Raitasuo, S., & Lonqvist, J. (2001). Suicide mortality in mental retardation: a 35-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(4), 307-311.
- Pfeffer, C. R., Jiang, H., & Kakuma, T. (2000). Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): a screen for risk for early onset suicidal behavior. *Psychological Assessment*, 12(3), 304-318.
- Pisani, A. (2015). Assessing and managing suicide risk: Core competencies for behavioral health professionals. *University of Rochester, Copyright*.
- Raja, M. (2014). Suicide risk in adults with Asperger's syndrome. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 99-101. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70257-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70257-3)  
<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215036614702573.pdf?id=haav78Ehp2YigSnKohJu>
- Raja, M., Azzoni, A., & Frustaci, A. (2011). AUTISM Spectrum Disorders and Suicidality. *Clinical Practice Epidemiology and Mental Health*, 7, 97-105.
- Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: current status and future directions. *Journal of clinical psychology*, 65(12), 1291-1299.
- Richa, S., Fahed, M., Khoury, E., & Mishara, B. (2014). Suicide in Autism Spectrum Disorders. *Archives of Suicide Research*, null-null. doi: 10.1080/13811118.2013.824834
- Sabourin, G., & Lapointe, A. (2014). Analyse et intervention multimodales en troubles graves du comportement – Grille et lexique. Montréal, Canada: FQCRDITED | SQETGC.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., . . . Reeve, A. (2011). *Déficiência intellectuelle: définition, classification et systèmes de soutien (11e éd.)*[trad. sous la direction: D. Morin].
- Schiepek, G., Fartacek, C., Sturm, J., Kralovec, K., Fartacek, R., & Plöderl, M. (2011). Nonlinear Dynamics: Theoretical Perspectives and Application to Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(6), 661-675. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00062.x
- Shea, S. (2012). The interpersonal art of suicide assessment: Interviewing techniques for uncovering suicidal intent, ideation, and actions. In R. Simon & R. Hales (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management* (pp. 29-56). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*: Jason Aronson.
- Shtayermman, O. (2007). Peer victimization in adolescents and young adults diagnosed with Asperger's Syndrome: a link to depressive symptomatology, anxiety symptomatology and suicidal ideation. *Issues in Pediatric Nursing*, 30(3), 87-107.
- Shtayermman, O. (2013). Suicide and suicidal ideation among individuals diagnosed with an autism spectrum disorder. In C. Franklin, M. B. Harris & P. Allen-Meares (Eds.), *The school services sourcebook: A guide for school-based professionals (2nd ed.)* (pp. 261-271). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Silverman, M. M., & Berman, A. L. (2014). Suicide risk assessment and risk formulation part I: A focus on suicide ideation in assessing suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 420-431.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.264

- Storch, E. A., Sulkowski, M. L., Nadeau, J., Lewin, A. B., Arnold, E. B., Mutch, P. J., & Murphy, T. K. (2013). The Phenomenology and Clinical Correlates of Suicidal Thoughts and Behaviors in Youth with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*: Sage.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American journal of evaluation*, 27(2), 237-246.
- van Heeringen, K. (2012). Stress-diathesis model of suicidal behavior. In Y. Dwivedi (Ed.), *The neurobiological basis of suicide* (pp. 113-123). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. doi: 10.1037/a0018697
- Walters, A. S., Barrett, R. P., Knapp, L. G., & Borden, M. C. (1995). Suicidal behavior in children and adolescents with mental retardation. *Res Dev Disabil*, 16(2), 85-86.
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behaviour : elaborating the entrapment model. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour: From science to practice* (pp. 71-89). Oxford: Oxford University Press.

## Annexe 1 - Grille de recueil de données : fonctionnement général

### Grille de cotation générale

Codeur :

Code du cas :

Date de collecte :

Date début feuille temps :

Dossier SIPAD  Dossier papier

Date fin feuille de temps :

Profil récurrent  Profil incidents isolés

Raison du choix de la période de temps analysée : \_\_\_\_\_

Impression générale sur la personne

--

### Données Socio - Démographiques et DI / TSA générales

Date de naissance \_\_\_\_\_

Genre: Homme  Femme

Variable	Définition	Consigne	Notes
Minorité visible	Appartenance ethnique et communautaire de la personne.	Noter l'information si la personne appartient à un groupe minoritaire.	
DI, Niveau de DI	Présence de DI Niveau de DI Âge auquel la DI a été diagnostiquée.	Noter toutes les informations concernant le diagnostic de DI.	
TSA, Type de TSA	Présence de TSA Niveau de TSA Âge auquel le TSA a été diagnostiqué.	Noter toutes les informations concernant le diagnostic de TSA.	
Incapacité et déficience physique	Type d'incapacité (Motrice, visuelle, auditive, verbale, etc.) Niveau d'incapacité.	Noter toutes les informations sur les limitations physiques que rencontre la personne. Noter les limitations constantes ou celles pour lesquelles on n'a pas de date d'apparition.	
Scolarisation	Niveau plus élevé atteint, scolarité complétée.	Noter le niveau d'étude le plus élevé atteint et aussi l'historique de scolarisation (incluant les différents échecs et succès scolaires).	
Histoire d'emploi	Types d'emplois occupés temps plein ou partiel.	Noter ici l'historique d'emploi (incluant succès et échecs d'emplois, les emplois rémunérés officiels ou non, ou supervisés, bénévoles).	

Variable	Définition	Consigne	Notes
Occupations hobbies	Tout autre type, intérêts, hobby, sports, loisirs.	Décrire ici les activités de loisir de la personne.	
Antécédents suicidaires familiaux	Décès par suicide, tentative ou comportements suicidaires dans la famille, ou dans le proche entourage.	Noter ici toutes indications sur l'historique des comportements suicidaires dans la famille de la personne, avec les dates (connus ou non par la personne, l'indiquer).	
Historique	Évènements de vie et situations vécues pouvant aider à comprendre la personne et s'étant produites en dehors des périodes de la feuille de temps.	Résumé de la vie de la personne, facteurs prédisposants.	
Famille composition et relations	Composition de la famille d'origine ou d'accueil, présence de parents, visites régulières, fratrie, grands-parents... taille du réseau familial. décès, naissances, etc.	Noter les éléments qui permettent de décrire la situation familiale actuelle et son historique général ainsi que la qualité des relations entre la personne et les membres de sa famille.	
Conditions socio-Économiques et Gestion Argent	Revenu d'emploi, Revenus de l'aide-sociale, soutien financier des parents, Niveau de conditions de vie. Façon dont la personne s'occupe de l'argent dont elle dispose.	Noter ici toutes les informations pertinentes pour comprendre la situation économique actuelle de la personne ainsi que les comportements de la personne avec son argent et sa gestion de son argent.	
Résidence	Lieu et conditions de résidence dans l'histoire de la personne.	Noter ici toutes les formes de résidence, les différents changements notés au dossier et qui n'entrent pas dans la période couverte par la ligne de temps.	
Relations avec le personnel	Présence de relation de confiance dans la structure des services.	Indiquez ici si la personne est capable de développer des relations de confiance et de travail positives avec les intervenants ou si elle a des relations généralement conflictuelles.	
Relations d'amitié	Présence et qualité de relations amicales.	Indiquez ici les différents amis de la personne, les aspects positifs et négatifs de ces relations.	
En couple	Actuellement en couple, qualité de la relation, rupture récente, etc.	Noter les éléments descriptifs de la qualité de la relation de couple.	
Sexualité	Type de comportements sexuels.	Indiquer ici si la personne est sexuellement active, quels sont ses comportements sexuels, et s'ils posent problème. On peut noter les préoccupations en lien avec la sexualité.	

## Caractéristiques individuelles

Cette section décrit le fonctionnement habituel de la personne en dehors de situations de crise ou de désorganisation.

Variable	Définition	Consigne	Notes
Planification général	Capacité de planifier <b>adéquatement</b> des activités ou des actions (prévoir un effet, organiser une séquence d'actions, prévoir l'utilisation et l'accès à des ressources, etc.).	S'il n'y a pas de données directes (ou synthèses cliniques) sur le sujet, noter les informations qui vous donnent une idée de la capacité de planification des activités de la personne (donner des exemples de situations). Si la personne fait des plans non réalistes ou a des projets irréalisables, indiquez l'inadéquation de la planification.	
Expression (langage)	Habilité d'expression verbale et non-verbale. Par le langage, les signes ou d'autres moyens efficaces et compris par des personnes de son entourage.	Noter les informations disponibles concernant les modes habituels d'expression des besoins, de l'état, de répondre aux demandes et questions, etc.	
Lecture	Capacité de lire.	Noter les informations sur le niveau de compétence de lecture de la personne, ou si pas d'information directe, donner des exemples de ces comportements.	
Écriture	Capacité d'écrire.	Noter les informations sur le niveau de compétence d'écriture de la personne, ou si pas d'information directe, donner des exemples de ces comportements.	
Dessin	Capacité de dessiner et d'exprimer une émotion ou une situation ou un personnage par un dessin.	Noter les informations sur le niveau de compétence de dessin de la personne, ou si pas d'information directe, donner des exemples de ces comportements.	
Compréhension	Niveaux de compréhension du langage des autres autour de lui.	Noter ici les indications de la capacité de compréhension du langage parlé Indicateurs possibles : tient une conversation +/- complexe, comprend des instructions ou une consigne, exécuter une tâche +/- complexe suite à une explication, etc.	
Sociabilité	Tendance à s'isoler ou à rechercher la compagnie. Est intégré dans un / des réseaux et des activités (indépendamment du sentiment d'appartenance ou de rejet vécu). Types et qualités des relations sociales.	Indices de sociabilité de la personne dans son quotidien (a des amis, fait des activités avec d'autres, participe à des activités organisées, organise des activités avec d'autres, évite les espaces communs, préfère faire des activités seul, etc.). Attention, les changements de comportements sociaux sont à noter dans la feuille de temps.	
Sentiment de rejet	Se sent rejeté par les autres.	Indiquer les contextes où ce sentiment apparaît en général (ex : école, lieu de travail, lieu de vie).	
Estime de soi	Capacité d'être fier, de se reconnaître des talents, qualités et habiletés. Sollicite l'appréciation des autres.	En fonction des notes du dossier, quelle est l'impression générale qui se dégage de la personne. Indiquer spécifiquement s'il y a une note au dossier sur l'estime de soi.	
Autonomie	Niveau d'autonomie général dans les activités quotidiennes.	S'il n'y a pas de classification faite dans le dossier, noter les indices d'autonomie (s'occuper de soi et son hygiène, s'habiller, s'occuper de ses affaires et de ses activités, connaître son horaire et le respecter, etc.) et les indices de dégradation de l'autonomie (capacité de prendre soin de soi).	

Variable	Définition	Consigne	Notes
Rigidité cognitive et capacités d'adaptation	Facilité ou difficulté à s'adapter aux changements. Présence d'idées fixes, rituels, etc.	Si les notes au dossier claires n'existent pas, noter des indices comportementaux.	
Contrôle et impulsivité	Capacité de réguler ses émotions et ses actions, se réajuster, ou présence d'impulsivité habituelle pouvant varier selon les circonstances (consommation, situation de frustration, colère).	Si les notes au dossier claires n'existent pas, noter des indices comportementaux.	
Consommation dépendances	Présence de consommation de drogue ou d'alcool ou de jeu.	Décrire le patron de consommation de drogues ou d'alcool de la personne.	
Résolution de problèmes	Réfléchir aux moyens de résoudre un problème, prendre du recul, demander de l'aide, essayer des stratégies.	Si les notes au dossier claires n'existent pas, noter des indices comportementaux. Indiquer aussi en lien avec résoudre problèmes alimentaires.	
Concept de mort	Notion de permanence de la mort vs mourir et arrêter d'être mort à volonté, pensée abstraite.	Noter toute observation inscrite au dossier pouvant aider à comprendre si la personne comprend la mort comme inévitable, universelle, permanente.	
Notion du temps	Capacité de concevoir les notions de passé et de futur, pensée abstraite.	Noter toute observation inscrite au dossier permettant de saisir le concept du temps de la personne (mettre des jours et des activités dans l'ordre, se projeter dans le futur proche ou lointain, comprendre l'irréversibilité du temps).	

### Problèmes de santé et traitements

Les informations à inclure ici :

- Diagnostics de santé mentale, leur date de début et leur durée si indiquée
- Diagnostics de santé physique, incluant les conséquences physiques, psychologiques, leur date de début et leur durée si indiquée. On ne considère pas ici les maladies saisonnières bénignes ou maladies infantiles traditionnelles)
- Développement de limitations physiques ou sensorielles (non indiquées comme présentes au début du suivi par le CRDITED) dues à un problème ponctuel, à la détérioration d'une condition sous-jacente ou à un accident

Informations pertinentes à relever si elles sont présentes	
Date où le problème a commencé ou bien ou le diagnostic a été posé.	
Ce qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé.	
Impacts du problème sur le fonctionnement général au plan moteur, cognitif, de la communication, etc.	
Détresse associée au problème de santé.	

Pharmacothérapie et autre type de suivis : psycho, ergo, centre de jour, autres programmes, etc.	
Est-ce que l'usager suit le Tx tel que prescrit ou non, préciser.	
Est-ce que le Tx produit les effets escomptés.	

### Niveaux habituels d'humeur – ne pas oublier d'inclure les éléments positifs et négatifs pour la personne

Variable	Définition		Consigne	Notes
Affect stabilité	Humeur, émotions, sentiments habituellement stable ou changeants?		<p>Cette section vise à décrire le fonctionnement habituel de la personne</p> <p>Indiquer également les types de circonstances dans lesquelles ces émotions et humeurs se produisent</p>	
Affect type	Manifestations habituelles d'émotivité. Types d'affects dominants chez la personne.			
Parmi les types d'humeurs habituellement présents chez la personne, peut-on noter la présence de:	Agressivité	Verbale (cris, insultes), ou physique (envers objets ou personnes), habituellement présente ou absente? Prise fréquente de PRN peut être un indicateur.		
	Agitation	Hyperactivité, tremblements, instabilité habituels. Prise fréquente de PRN peut être un indicateur.		
	Anxiété	Présence et niveaux habituels. Types de manifestations. Prise fréquente de PRN peut être un indicateur.		
	Autres comportements	Régression, troubles alimentaires, du sommeil, manifestations somatiques, retrait, isolement, etc.		
Intérêt ou apathie	Présente de l'intérêt, enthousiasme, capacité d'avoir du plaisir, ou manque d'intérêt habituel, apathie, anhédonie. Facilement mobilisable ou besoin d'encouragements			
Comportement oppositionnel	Comportement oppositionnel habituellement présent ou non?			

### Désorganisation

La personne vit-elle **régulièrement** des périodes de désorganisation importantes (Désorganisation ou crise majeures)?    Oui Non

Variable	Définition	Consigne	Notes
Pattern habituel de désorganisation majeure	Si la personne vit des crises importantes, indiquer s'il existe une structure de montée et de résolution de la crise qui se répète. Ce pattern n'a pas à être présent pour toutes les crises, mais le décrire s'il est commun.	On parle de Désorganisation majeure quand une intervention importante est nécessaire, qui sorte des interventions habituellement faites pour calmer la personne (rencontre spéciale avec l'intervenant pivot, intervention de la police, hospitalisation, arrêt d'agir).	
Déclencheurs habituels crise	Identifier ici les éléments déclencheurs notés au dossier ou que vous remarquez comme étant habituels reliés à des crises majeures.		

La personne vit-elle **régulièrement** des périodes de petites désorganisation modérées ou contrôlable par les moyens habituellement mis en place? Oui  
Non

Variable	Définition	Consigne	Notes
Pattern habituel de petite désorganisation	Si la personne vit des périodes de désorganisation, indiquer s'il existe une structure de montée et de résolution de la crise qui se répète. Ce pattern n'a pas à être présent pour toutes les périodes de désorganisation, mais le décrire s'il est commun.	On parle de petite désorganisation quand la personne semble perdre le contrôle et que des interventions sont faites pour la calmer, au sein des services habituels (lui donner un PRN, fiche de désescalade, mise en place des stratégies de coping).	
Déclencheurs habituels désorganisation	Identifier ici les éléments déclencheurs notés au dossier ou que vous remarquez comme étant habituels reliés à des épisodes de désorganisation.		

### Manifestations auto-agressives (pas clairement identifiées au dossier comme suicidaires)

Questions :

- La personne a déjà été l'objet d'inquiétudes chez les intervenants, proches ou autres personnes et milieux quant à sa sécurité physique avec danger plus ou moins grave pour la vie, à cause de comportements auto-agressifs non clairement identifiés comme suicidaires :
  - o Oui Non
- La personne a déjà été l'objet d'inquiétudes chez les intervenants, proches ou autres personnes et milieux en lien avec des comportements risquant de blesser ou mettre sa vie en danger mais non identifiés comme étant suicidaires :
  - o Oui Non

Variable	Définition	Consigne	Notes
Automutilation	Blessures auto-infligées volontairement mais sans intention de se tuer, (recherche de soulagement émotionnel), avec répétition. Interventions effectuées. Inclure les comportements de blessure / Automutilation faites devant témoin afin d'obtenir une réaction (ex : se couper les bras devant un intervenant ou une infirmière). <i>Intention connue ou non identifiée.</i>	<i>Quels comportements, rapportés par qui?</i> <i>Fréquence.</i> <i>Intensité.</i> <i>Contexte.</i> <i>Spécifier si l'intention est connue et quelle est-elle?</i> <i>Interventions effectuées.</i>	
PICA	Le pica fait partie des troubles du comportement alimentaire qui touchent principalement les femmes et les enfants. Il se caractérise par l'ingestion d'objets ou de substances non comestibles comme la craie, le charbon, le savon, le métal, le sable, etc. Des complications peuvent survenir selon les substances ingérées.		
Blessure	S'est déjà infligé des blessures sans historique d'automutilation. Épisode sans répétitions ou très rare.		



## Annexe 3 - Grille d'entrevue pour les intervenants interrogés lors de la phase 2a

### Caractéristiques sociodémographiques (*genre, âge*)

### Histoire d'emploi et expérience avec les usagers DI-TSA (*type d'emploi, expériences passées, etc.*)

### Avec combien d'usager DI-TSA présentant des manifestations suicidaires avez-vous travaillé?

#### 1. Selon ce que vous avez observé au cours de votre pratique, quels sont les éléments qui vous font penser qu'un individu DI-TSA puisse être suicidaire ?

##### a. Pistes de relances

- i. Signes; indices; manifestations;
- ii. Ce qui vous inquiète dans le comportement ou l'humeur de la personne.

##### b. Sous-questions

- i. Selon vous, comment est-ce qu'un usager DI-TSA suicidaire se distingue-t-il d'un usager non-suicidaire ?
- ii. Avez-vous vu une différence entre les manifestations suicidaires des usagers déficients intellectuels et celles des usagers qui présentent un TSA? Si oui, laquelle?

#### 2. Comment réagissez-vous face à un usager qui présente des manifestations suicidaires?

##### a. Pistes de relance

- i. personnellement (ce que ça vous fait à vous? insécurité? Anxiété? Indifférence?...);
- ii. cliniquement (stratégies pour détecter le risque ou la détresse suicidaire).

#### 3. Abordez-vous la question du suicide avec vos usagers DI-TSA quand ils présentent des manifestations suicidaires?

##### a. Pistes de relances

- i. Si oui...
  1. Comment?
    - a. De façon directe ou indirecte (ex. : suicide, se tuer vs idées noires)
    - b. Moyen de communication
    - c. Niveau de langage
    - d. Moments propices

##### ii. Si non...

1. Pourquoi?

##### b. Sous-question

- i. Selon vous, parler du suicide avec un usager DI-TSA peut-il induire des pensées suicidaires chez lui? *Élaborer.*
- ii. Avez-vous un outil formalisé dans votre CRDITED pour l'estimation du risque suicidaire? Si oui, l'utilisez-vous?

**4. Selon ce que vous avez observé au cours de votre pratique, quels sont les éléments qui augmentent le risque suicidaire chez vos usagers DI-TSA?**

a. Pistes de relances

- i. Événements traumatiques
- ii. Changement dans les symptômes
- iii. Situations et contextes
- iv. Déclencheurs autres

b. Sous-question

- i. Les gens sont parfois affectés ou influencés par les histoires de suicide qu'ils entendent à la télévision, sur internet, dans les journaux ou par leurs proches. Avez-vous déjà vécu une situation où vous avez pensé que l'un de vos usagers avait subi ce type d'influence en lien avec :

- 1. L'augmentation de ses manifestations suicidaires
- 2. L'augmentation de sa détresse?

**5. Selon ce que vous avez observé au cours de votre pratique, existe-t-ils des éléments qui protègent les individus DI-TSA du risque suicidaire?**

- a. Facteurs de protection dans la vie des usagers (réseau social, croyances, valeurs, comportements, fonctionnement cognitif)

**6. Selon ce que vous avez observé au cours de votre pratique, quelle est l'importance (proportion/fréquence) des manifestations suicidaires dans la population DI-TSA?**

a. Sous-question

Selon vous, quelle proportion des manifestations suicidaires indique un vrai risque de tentative de suicide?

**7. Selon ce que vous avez observé au cours de votre pratique, quelles interventions semblent être les plus efficaces auprès des usagers DI-TSA présentant des manifestations suicidaires?**

Précisions :

- a. Pour prévenir le développement d'idéations suicidaires
- b. Pour intervenir afin d'empêcher un passage à l'acte suicidaire

- c. Pour effectuer un suivi après un geste suicidaire
- d. Acteurs impliqués (professions de tous, niveau hiérarchique, espace multidisciplinaire (ex : réunion en commun?) et le rôle de la famille
- e. Pistes de relance
  - i. Outils de communication
  - ii. Stratégies d'intervention
  - iii. Défis

**8. Lorsque vous soupçonnez la présence d'un risque suicidaire chez l'un de vos usagers DI-TSA, vers quelles ressources vous tournez-vous pour obtenir de l'aide ou des informations?**

- a. Pistes de relance
  - i. Ressources dans le milieu de pratique
  - ii. Ressources hors du milieu de pratique
  - iii. Soutien clinique
  - iv. Soutien émotionnel
  - v. Soutien scientifique (*Consultez-vous des écrits, articles, etc.*)
  - vi. Soutien hiérarchique (*En parlez-vous avec un supérieur, un superviseur, un professionnel?*)
  - vii. Comment abordez-vous le suicide entre collègues en ce qui concerne le soutien clinique et émotionnel
- b. Sous-questions
  - i. Avez-vous déjà suivi une formation sur l'intervention auprès d'une personne suicidaire (type de formation, durée, quand)?

**9. Comment votre milieu de pratique pourrait-il mieux vous soutenir lorsque vous devez intervenir auprès d'un usager DI-TSA présentant des manifestations suicidaires (au plan clinique ou émotionnel)?**

- a. Sous-questions
  - i. Qu'est-ce qui, d'après vous, pourrait favoriser l'adoption d'une nouvelle pratique au sein de votre milieu de pratique?
  - ii. De quels **types d'outils** auriez-vous besoin pour mieux intervenir auprès de vos usagers DI-TSA présentant des manifestations suicidaires?
  - iii. Quels **types de stratégies d'intervention** devraient être développés afin de vous aider à mieux intervenir auprès de vos usagers DI-TSA présentant des manifestations suicidaires?

- iv. Quels **types de formation** aimeriez-vous recevoir afin de vous aider à mieux intervenir auprès de vos usagers DI-TSA présentant des manifestations suicidaires (durée, forme)?
  
- v. Quel **type de soutien émotionnel** aimeriez-vous avoir pour vous-mêmes? (**lorsque vous devez intervenir auprès d'un usager DI-TSA présentant des manifestations suicidaires) ou après être intervenus**

## Annexe 4 – extrait du tableau de classement des contenus pour l'analyse des entrevues faites par les intervenants participant à la phase 2a

Numéro du participant	Manifestation de la détresse suicidaire chez les individus DI-TSA?	Différence entre usager DI-TSA suicidaire et usager DI-TSA non-suicidaire?	différence entre les manifestations suicidaires des usagers DI et des usagers TSA	Réactions face à un usager suicidaire	aborder la question du suicide avec les usagers	Influence du fait de parler de suicide sur le développement de comportements suicidaires
9	C'est beaucoup des verbalisations de menaces suicidaires (clientèle fonctionnelle, DI avec double diagnostique (santé mentale, souvent de la bipolarité)) Ne sait pas si elle se distingue (détresse suicidaire VS non-suicidaire) car quand c'Est arrivé c'était surtout de la verbalisation de souffrance non-suicidaire, recherche d'attention, pas nécessairement de risque, expression d'émotions malhabile,		N'a pas intervenu avec usager TSA	Affectif = pas beaucoup impliqué, travaille pas directement avec client/ Clinique = va regarder ce qui amène à être dans cette situation-là, historique récent (contexte), reconnaître la détresse de la personne, fait une évaluation du risque suicidaire (SAM_dollard_cormier)	Les intervenants le font directement (le verbalise) = les usagers sont fonctionnels et verbaux/ moments propices = dans la ressource les intervenants sont en présence constante donc ils le font sur le coup (au moment que ça arrive),	Peut induire des moyens d'aller chercher de l'attention ou de créer un lien avec l'intervenant, le fait de regarder ce qui se passe (analyse de la situation) peut donner de l'attention/différence d'une personne qui n'a pas de DI = la personne DI va apprendre que c'est un comportement qui donne des résultats attendu donc elle va le reproduire (induit un renforcement)
8	Ils vont vivre plus intensément ce que personnes normales (au niveau relationnel) + la compréhension de la situation (sociale) pas toujours là, ont moins de vision des autres solutions = (lp=causes perçues)/ verbalisations/ 2 opposées = soit que la personne est plus isolée ou elle devient plus extravertie/ changement radical de la personnalité de l'usager/ ces changements s'observent très très rarement (par rapport au fonctionnement normal)/ ex: une personne qui aimait VRAIMENT (touche pas à mes		Pas vu d'idéation TSA/ les TSA qu'elle a côtoyés étaient plus atteints (pas verbaux)	Personnel = c'est jamais fun, personne veut un suicide sur la conscience/ Formation je vis (3 jours), ils suivent la procédure et essaient de se couper de tout ça/ quand il y a un risque prends pas de chance et appel urgence psychiatrique	Aborde directement le suicide verbal (di légère), avec la formation et la grille	Non, elle ne pense pas, ça vient automatiquement dans la tête de l'individu. Au contraire ça peut les reconforter (usagers) de voir qu'ils sont à l'aise d'en parler(intervenants), quand ça leur traverse l'esprit ils ne sont pas gêné d'en parler.

Numéro du participant	Manifestation de la détresse suicidaire chez les individus DI-TSA?	Différence entre usager DI-TSA suicidaire et usager DI-TSA non-suicidaire?	différence entre les manifestations suicidaires des usagers DI et des usagers TSA	Réactions face à un usager suicidaire	aborder la question du suicide avec les usagers	Influence du fait de parler de suicide sur le développement de comportements suicidaires
-----------------------	--	--	---	---------------------------------------	---	--

affaires) ses affaires donnaient ses choses (détresse suicidaire VS non-suicidaire) Avec les verbalisation (clientèle verbale), parfois utilisé comme moyen d'avoir de l'attention (j'ai besoin de parler viens me voir), moyen d'entrer en contact avec un intervenant/ on vient qu'on le sait avec les discussions qu'on a avec eux si c'Est une phrase qui veut réellement dire qu'elle veut mourir/ Si elles ont un doute elle contacte l'urgence psychiatrique

Consultation 1

## Nos hypothèses et questions sur les manifestations suicidaires

Constat	Hypothèses	Questions	Matériel à votre disposition	Réponse
Les communications suicidaires sont parfois interprétées comme un levier de négociation et non comme un signe de détresse	Les intervenants utilisent une approche comportementale qui limite la compréhension et la prise en compte des émotions dans les interventions quotidiennes	Quel sont les risques possibles pour les personnes dont on interprète les verbalisations comme des comportements de recherche d'attention?  Comment évaluer et gérer des communications suicidaires qu'on perçoit comme un levier de négociation avec les intervenants?		
	Les personnes DITSA utilisent les communications suicidaires comme un levier de négociation lors des situations difficiles	Observez-vous ce phénomène et comment se manifeste-t-il?  Ce processus est-il également observé dans la population générale?  Quel est le risque d'aggravation des comportements suicidaires quand ces communications sont comprises comme étant un levier de négociation (si les verbalisations ne suffisent pas, est-ce que la personne risque de faire une TS)?		

Constat	Hypothèses	Questions	Matériel à votre disposition	Réponse
<p>Une proportion importante de notre échantillon de personnes DITSA présente un profil de récurrence des épisodes suicidaires. Avec nos données il est difficile de savoir si les proportions sont similaires à la population générale</p> <p>Les facteurs de risque pour la récurrence des comportements suicidaires dans la population générale sont : avoir déjà eu des comportements suicidaires, être ou avoir été victime d'abus sexuel, fonctionnement général faible, trouble de santé mentale, suivre un traitement psychiatrique, dépression, anxiété, abus de substances. Les personnes DITSA récurrentes ne semblent pas se distinguer des non récurrentes sur ces dimensions.</p>	On retrouve souvent un profil de récurrence des communications suicidaires chez les personnes TPL. Les DITSA partagent des caractéristiques avec les TPL et certaines ont même un diagnostic TPL en comorbidité avec la DITSA	Quel est le lien entre verbalisations suicidaires récurrentes et développement de comportements suicidaires plus graves (tentatives) dans le temps?  Est-ce que le lien entre les traits TPL et le suicide sont les mêmes chez les personnes DITSA que dans la population générale?		
	Les facteurs de risque pour la récurrence des comportements suicidaires sont relativement fréquents chez les personnes DITSA en général. Donc, compte tenu de la faible taille de notre échantillon, nous ne pouvons observer de différences statistiques entre les groupes	Selon votre expérience, est-ce que ces facteurs de risque sont liés à la répétition des comportements suicidaires chez les personnes DITSA?	Données de comparaison entre les personnes récurrentes et non récurrentes	

Constat	Hypothèses	Questions	Matériel à votre disposition	Réponse
<p>Les verbalisations suicidaires directes sont très présentes dans l'échantillon que nous avons analysé, plus que nous l'anticipions.</p> <p>Les verbalisations indirectes sont rares et difficiles à analyser en dehors du contexte dans lequel elles ont été formulées.</p>	<p>Le critère d'identification des cas par les intervenants était : « indiquez-nous des personnes dont vous savez qu'elles ont eu des manifestations suicidaires ».</p> <p>Nous pensons qu'il y a donc un biais de sélection des personnes ayant fait des verbalisations suicidaires faciles à interpréter et qu'un nombre probablement élevé de personnes DITSA ont des verbalisations indirectes ou des types de manifestations que nous n'avons pas pu recenser.</p>	<p>Dans votre expérience avec les personnes DITSA, avec les enfants ou avec des adultes en général, quelles manifestations indirectes comportementales ou verbales associez-vous à une problématique suicidaire?</p>	<p>Résultats adultes (Vidéo - lien)</p> <p>Liste d'exemples de manifestations suicidaires</p>	
<p>Les TSA semblent avoir moins d'épisodes suicidaires que les DI, mais leurs épisodes comprennent plus souvent une TS.</p>	<p>Les TSA peuvent avoir plus de filtres que les DI, expriment moins directement leurs idéations suicidaires et leur souffrance. Sachant que les TSA sont plus souvent des garçons et des hommes, cette tendance peut refléter ce qu'on trouve chez les hommes en général.</p>	<p>Est-ce quelque chose que vous constatez dans votre pratique?</p> <p>Pensez-vous qu'il y a des caractéristiques spécifiques à la DI et au TSA pouvant expliquer ces différences?</p>	<p>Chiffres sur les différences DI / TSA dans les manifestations suicidaires</p>	

Document de travail - ne pas diffuser

10

Constat	Hypothèses	Questions	Matériel à votre disposition	Réponse
<p>Il semble que les gestes suicidaires soient plus impulsifs chez les DI et plus planifiés chez les TSA.</p> <p>L'impulsivité est souvent présente lors d'un passage à l'acte suicidaire (le moment du passage à l'acte est fait sous le coup d'une impulsion). Par contre il ne faut pas prendre pour acquis qu'il n'y a pas eu de planification parce qu'on ne l'a pas vue.</p>	<p>Les dossiers ne contiennent que peu d'information sur la planification suicidaire parce que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les intervenants ne prennent pas l'information en note</li> <li>- Les intervenants ne sont pas outillés pour recueillir cette information</li> </ul> <p>Les personnes DI peuvent avoir des comportements plus impulsifs, dont les manifestations suicidaires</p>	<p>Est-ce qu'on observe plus de planification de geste suicidaire chez les TSA?</p> <p>Comment intervient l'impulsivité dans le déroulement des désorganisations et des épisodes suicidaires (dans la population générale et chez les personnes DITSA)?</p> <p>Comment joue l'impulsivité lors d'un épisode suicidaire chez une personne qui est généralement impulsive en tout temps?</p>	<p>Données sur la planification dans les dossiers</p> <p>Note - L'impulsivité pourrait être vue comme une cause proximale à un passage à l'acte (fait sans planification ni processus apparents, cependant un acte impulsif en apparence pourrait dans les faits être le point culminant d'un processus de pensée et de planification qui s'est développé sur une certaine période de temps, mais qui n'avait pas encore atteint son point de bascule (traduit de Silverman et al., 2007)</p>	

Document de travail - ne pas diffuser

11

Constat	Hypothèses	Questions	Matériel à votre disposition	Réponse
Même si dans l'ensemble, les personnes suicidaires sont généralement plus agressives que les personnes non suicidaires, lors des crises, elles tendent à être soit hétéro-agressives, soit auto-agressives (suicidaires)	Lors des crises suicidaires, très peu de notes sont inscrites au SIPAD concernant d'autres manifestations, comme si la présence d'un comportement suicidaire éclipsait l'observation d'autres types de manifestations.	Quelle association observez-vous entre comportements suicidaires, automutilation et comportements agressifs tournés vers l'extérieur dans la population générale (jeunes et adultes) et chez les personnes DITSA?	Données sur les liens entre agressivité et comportements suicidaires	
	Freud avait raison : l'agressivité se tourne soit contre l'extérieur, soit contre soi lorsqu'elle est refoulée.		Résumé de la théorie de Freud	
Nous n'avons pas de données concernant les personnes avec une DI sévère	La DI sévère est un facteur de protection	Est-il possible que les personnes ayant une DI sévère aient des pensées suicidaires? Quelles formes peuvent prendre leurs manifestations suicidaires? Peut-on comparer ces manifestations avec celles des enfants?		
	Les types de manifestations suicidaires sont méconnus, donc difficiles à observer chez les personnes avec une DI sévère			

Document de travail - ne pas diffuser

12

Constat	Hypothèses	Questions	Matériel à votre disposition	Réponse
Les manifestations de détresse des personnes DITSA semblent similaires à ceux observés chez la population générale	Les DI plus légers sont majoritaires dans notre échantillon, donc avec un fonctionnement plus proche de la population générale	Existe-t-il des manifestations de détresse (particulièrement non verbales) que nous n'avons pas recensé et qui selon vous peuvent nous aider à comprendre la souffrance émotionnelle et les manifestations suicidaires chez les personnes DITSA?	Données sur les comportements de détresse et suicidaires	
La plupart des modèles du suicide sont construits à partir d'un raisonnement rationnel (décrivant une succession d'évènement / états) amenant la personne à exprimer des idéations, planifier et tenter un suicide. La personne en crise n'est pas rationnelle lors de la crise et elle est imprévisible pour elle-même autant que pour l'entourage.	La place importante et implicite de la rationalité dans les modèles du suicide peut nous limiter dans la compréhension du suicide chez les personnes DITSA	Comment pensez-vous qu'on puisse comprendre le suicide chez les personnes DITSA à partir de notre raisonnement rationnel? Comment inclure la dimension irrationnelle dans un processus d'estimation du risque / danger suicidaire?	Nos idées sur la question!	

Document de travail - ne pas diffuser

13

## Nos hypothèses et questions – les facteurs de risque proximaux associés au suicide (précurseur / déclencheur)

Constat	Hypothèses	Questions	Réponse
Honte et culpabilité ont été relevées par les intervenants interviewés mais n'apparaissent pas dans le SIPAD	Les intervenants ayant participé aux entrevues sont plus intéressés et sensibles à la problématique de la détresse et du suicide (puisque'ils étaient volontaires à participer). Ils remarquent plus les sentiments associés au suicide comme la honte et la culpabilité, alors que les notes prises dans le SIPAD sont prise par l'ensemble des intervenants et ne vont pas dans ces détails.	Avez-vous observé la présence de ces facteurs de risque dans vos pratiques?  Quelle importance pensez-vous que la honte et la culpabilité ont dans le développement d'une crise suicidaire chez les différents groupes DITSA?	
La consommation de substances n'apparaît pas comme un facteur de risque dans nos données	Les personnes dont nous avons analysé les dossiers reçoivent des services étroits par les CRDITED. Ils vivent le plus souvent avec leur famille ou en RI-RAC ou la consommation de substances est plus réglementée ou difficile.	Dans votre expérience, observez-vous ce faible taux de consommation? Est-ce que ça reflète la situation des personnes DITSA en général? Quel est le lien entre consommation et suicide chez les personnes DITSA?	

Document de travail - ne pas diffuser

### Facteurs proximaux - déclencheurs

Constat	Hypothèses	Questions	Réponse
Le sentiment d'être un fardeau et le désespoir n'apparaissent pas dans nos données	Certaines caractéristiques de la DI et du TSA font que les personnes ne se perçoivent pas comme un fardeau (capacité de se projeter dans la position des autres)	Est-ce que ce sentiment d'être un fardeau est commun chez les personnes DITSA?  Comment le sentiment d'être un fardeau peut se manifester chez les personnes DITSA?	
		Quelle est sa pertinence dans un modèle du suicide chez les DITSA?	
	Le désespoir n'est pas pris en note comme tel dans le SIPAD	Le désespoir est-il une notion présente chez les personnes DITSA? Et est-ce une notion prise en compte par les intervenants?	
	L'approche l'intervention dans les CRDITED est très comportementale. Le désespoir est une émotion complexe qui n'est pas nécessairement prise en compte dans l'intervention	Quelle est la pertinence du désespoir dans un modèle du suicide chez les personnes DITSA?	
		Comment se manifeste le sentiment de désespoir chez les personnes DITSA?	

Document de travail - ne pas diffuser

Constat	Hypothèses	Questions	Réponse
La demande d'aide est très présente lors des épisodes suicidaires (juste avant ou pendant), surtout chez les DI	L'épisode suicidaire s'inscrit dans une demande d'aide lors d'une désorganisation ou d'une situation critique (il fait partie des stratégies de demande d'aide)	Est-ce que les menaces de se suicider sont utilisées pour obtenir de l'aide ou pour communiquer jusqu'à tel point l'aide demandée est importante ?	
	Les personnes DITSA ont assez facilement accès à des intervenants et peuvent demander de l'aide lorsqu'elles sont en difficulté. La demande d'aide lors des épisodes suicidaires est un signe de bons mécanismes d'adaptation	Selon vous, les personnes qui expriment leurs idées suicidaires font-elles preuve de meilleures capacités d'adaptation que celles qui n'en expriment pas?	
L'humeur peut changer très vite chez certaines personnes DITSA et l'impact des facteurs de risque proximaux (déclencheurs) peut se manifester à très court terme	Le niveau d'humeur est un indicateur peu fiable du risque suicidaire à moyen terme (quelques jours) ou même à court terme (quelques heures) si la personne peut changer rapidement.	Comment le niveau d'humeur instable peut être inclus dans l'estimation, en lien avec les facteurs de risque proximaux (déclencheurs, moments critiques) ?	

Document de travail - ne pas diffuser

6

Constat	Hypothèses	Questions	Réponse
Les conditions de vie des personnes DITSA apportent des facteurs de risque particuliers (ceux qui vivent en RI par exemple sont plus souvent suicidaires)	Il y a une interaction étroite entre milieu de vie et comportements suicidaires parce que les personnes ne vivant pas avec leurs familles ont un fonctionnement plus difficile (qui a pu justifier le placement) et le fait d'être placé et séparé de la famille augmente à son tour le risque.	Est-ce que différents types de <b>milieux résidentiels</b> sont des facteurs de <b>risque ou de protection</b> ? Quels milieux augmentent le risque et quels milieux diminuent le risque ? Ou bien, est-ce que ce sont les personnes qui sont plus à risque qui se retrouvent dans ces milieux ?	
Il semble que de nombreux comportements suicidaires apparaissent suite à une frustration importante.		Comment intégrer l'évaluation de la frustration dans l'estimation du risque / danger suicidaire?	

Document de travail - ne pas diffuser

## Facteurs proximaux - déclencheurs

Constat	Hypothèses	Questions	Réponse
Les changements et événements importants (changement de milieu de vie, de travail, passage en cour...) sont moins souvent suivis d'un épisode suicidaire que nous anticipions par rapport à la population générale. Certains de ces événements ne sont pas non plus accompagnés de désorganisations notables.	L'accompagnement étroit par des intervenants lors des événements et changements prévus d'avance est efficace à réduire la détresse et l'anxiété et donc les désorganisations. <b>Cependant, une accumulation d'événements apparemment mineurs mène à des désorganisations et communications suicidaires.</b>	Comment intégrer les événements apparemment de moindre importance qui peuvent déclencher des désorganisations majeures et des épisodes suicidaires dans un outil d'estimation?	
Dans la population générale, être en couple est considéré comme un facteur de protection. Parmi les personnes Di ou TSA, celles qui sont en couple (qu'elles aient ou non des conflits importants) sont plus susceptibles d'avoir des comportements suicidaires.	Le fait d'être en couple pose des problèmes importants à cause des difficultés de compréhension des situations sociales, des difficultés de compartiments associés aux émotions et à l'affection, du manque d'autonomie et de certains comportements sexuels inappropriés.	Est-ce pertinent d'utiliser ces notions en lien avec le couple dans l'estimation du risque / danger suicidaire?  Existe-t-il d'autres facteurs de protection connus dans la population générale qui peuvent avoir également cet effet contrituitif chez les personnes DITSA?	

Document de travail - ne pas diffuser

## Facteurs proximaux - déclencheurs

Constat	Hypothèses	Questions	Réponse
Les personnes Di ou TSA peuvent avoir une perception différente du temps. Certains vivent dans le moment présent d'une manière plus importante que dans la population générale.	-	Comment cela affecte l'estimation du danger et du risque? Est-ce un facteur de risque ou de protection?  Comment doit-on considérer la présence de comportements suicidaires antérieurs chez ces personnes?  <b>Moment présent</b> - Quand une PD/TSA a eu des manifestations suicidaires et qu'elle va mieux au moment présent, comment revenir sur les faits et faire le suivi, si la personne est bien et se demande pourquoi on parle encore de ça?  Comment aborder la crise suicidaire passée quand la personne est calme sans relancer la crise?	
Certaines personnes Di ne perçoivent pas la mort comme définitive, universelle et inévitable.		Comment comprendre des propos suicidaires dans ce contexte? Doit-on avoir une bonne évaluation de cette compréhension pour faire une estimation adéquate du risque et du danger suicidaire? Comment peut-on parler de la mort avec une personne DITSA suicidaire ou à risque de développer des comportements suicidaires?	

Document de travail - ne pas diffuser

## Facteurs proximaux - déclencheurs

Constat	Hypothèses	Questions	Réponse
Une proportion importante de personnes DITSA suicidaires ont eu un ou plusieurs proches ayant eu des comportements associés au suicide	Il s'agit d'un facteur de risque bien connu dans la population générale, mais il semble particulièrement exacerbé chez les personnes DITSA à cause de leur structure cognitive.	Comment est-ce que le suicide ou les comportements suicidaires dans les <b>médias, télé, cinéma, jeux vidéo</b> influencent l'idée du suicide chez les PDITSA?	
		Dans votre expérience, comment la confrontation avec l'idée de la mort lors de la nouvelle d'un décès dans l'entourage, peut-elle influencer les pensées sur la mort ou sur le suicide?	
		Est-ce qu'il se fait du recadrage ou de l'éducation quand le <b>sujet du suicide</b> se présente dans la vie des PDITSA? Existe-t-il des lignes directrices pour les intervenants? A-t-on besoin de développer des pratiques dans ce domaine? Comment?	

Document de travail - ne pas diffuser

## Facteurs proximaux - déclencheurs

Constat	Hypothèses	Questions	Réponse
Il y a des différences entre les DI et les TSA dans la présence de certains facteurs de risque : - Agressions (femmes DI) - Problèmes de couple (DI) - Problèmes en lien avec la sexualité (DI) - Événements annuels (TSA) - Anticipation d'événements (TSA) - Lien fragilisé avec la famille (DITSA) - Vivre un refus (DITSA)	Les capacités cognitives et le mode de vie <b>exposent</b> les personnes DI et TSA à des événements et des risques différents.  Les personnes DI ou TSA sont <b>sensibles</b> à des éléments différents en fonction de leurs capacités cognitives, affectives et sociales.	Comment adapter un outil d'estimation à ces différences?	

Document de travail - ne pas diffuser

## Nos hypothèses et questions – les facteurs de risque / protection distaux associés au suicide chez les adultes DITSA

Constat	Hypothèses	Questions	Réponse
Les intervenants interrogés indiquent que l'intégration à plusieurs réseaux peut constituer un facteur de risque	Dans la population générale, être intégré à un bon nombre de réseaux sociaux et d'activités sociales est un facteur de protection. La multiplication des interactions sociales est coûteuse en énergie et en estime de soi pour les personnes DITSA qui éprouvent des difficultés à comprendre adéquatement les situations sociales.	Dans quelles situations ou dans quelle proportion les facteurs en lien avec l'intégration sociale peuvent constituer un risque ou une protection par rapport au suicide?  Puisque la relation entre intégration sociale et risque suicidaire semble complexe, est-ce que cet indicateur est pertinent pour l'estimation du risque suicidaire?	
Les troubles de santé mentale sont très présents dans notre échantillon (suicidaire et non suicidaire). Le lien est donc difficile à établir entre la présence de troubles de santé mentale et les comportements suicidaires	Ce n'est pas la présence de troubles mentaux qui augmente le risque suicidaire, mais certaines combinaisons de ces problèmes avec des problèmes liés à la DITSA, à l'environnement, aux événements de vie qui déclenchent de la détresse psychologique.	Quels sont les patterns spécifiques et les conséquences des troubles mentaux pouvant être associés clairement au risque suicidaire chez les personnes DITSA?	

## Nos hypothèses et questions – les facteurs de risque / protection spécifiques de la DI et du TSA associés au suicide

Constat	Hypothèses	Questions	Réponse
Les personnes DITSA suicidaires ont moins de difficultés cognitives que les non suicidaires. Parallèlement, les personnes non suicidaires ont plus souvent des problèmes de communication	Il s'agit d'un biais de sélection puisque, dans notre échantillon nous n'avons que des personnes dont les manifestations associées au suicide étaient clairement identifiables (verbalisations et gestes)	Quel lien faites-vous entre la sévérité de la DI ou du TSA et la possibilité de présenter des comportements associés au suicide?  Est-ce que la DI est aussi un facteur de protection contre la détresse?	
Par contre, une perte de capacités cognitives (réduction ponctuelle) est associée à l'apparition de comportements suicidaires	La sévérité de la DI est un facteur de protection contre le suicide  Des capacités cognitives plus élevées favorisent la perception de sa différence et des difficultés sociales attachées	Pourquoi et comment une augmentation des difficultés cognitives peut être un indicateur de risque suicidaire ou d'augmentation de la détresse?	

## Facteurs spécifiques à la DI et au TSA

Constat	Hypothèses	Questions	Réponse
Les personnes suicidaires sont plus souvent des personnes faisant de l'automutilation, mais elles ont des comportements d'automutilation moins fréquents que les personnes non suicidaires	Les comportements auto-agressifs sont perçus comme de l'automutilation mais sont suicidaires  Les dossiers ne sont pas fiables quant au recensement des comportements d'automutilation, il est donc difficile de faire un lien clair entre les 2 dans nos données	Nous n'avons pas d'indicateurs de sévérité de l'automutilation fiables dans les dossiers. Selon vous quel est le lien entre automutilation et comportement suicidaire chez les personnes DITSA?  Peut-on le comprendre comme dans la population générale chez qui l'automutilation est vue comme un comportement de soulagement de tension?	
Les intervenants associent une augmentation des comportements d'automutilation aux comportements suicidaires mais nos données montrent que les crises suicidaires ne sont généralement pas associées à de l'automutilation	Le comportement suicidaire étant le plus grave, c'est celui qui est noté dans le dossier et l'automutilation n'est pas systématiquement recensée lors de ces crises  Il existe un lien étroit entre automutilation et comportement suicidaire chez les personnes DITSA	Quel liens observez-vous entre comportements suicidaires et automutilation?  En quoi ces liens peuvent être similaires ou différents à ceux de la population générale?	

Document de travail - ne pas diffuser

14

## Facteurs spécifiques à la DI et au TSA

Constat	Hypothèses	Questions	Réponse
Les personnes suicidaires (surtout les TSA) sont plus susceptibles de faire des fixations cognitives avant un épisode suicidaire	Le développement de fixations sur la mort ou sur un moyen de se suicider peut envenimer la situation et augmenter le risque d'un passage à l'acte	Quels liens observez-vous entre fixations cognitives et comportements associés au suicide?	
Les personnes suicidaires ont généralement un affect plus instable que les personnes non suicidaires, peu importe le sens de cette stabilité (stable déprimé ou stable positif)	L'instabilité de l'affect crée une volatilité plus grande de l'humeur lorsqu'un déclencheur potentiel survient.  L'instabilité de l'affect est liée à l'impulsivité	Doit-on utiliser cette instabilité comme un critère d'estimation du risque / danger?	oui
		Quels liens observez-vous entre l'instabilité de l'affect et l'impulsivité chez les personnes DITSA?	

Document de travail - ne pas diffuser

15

Constat	Hypothèses	Questions	Réponse
Dans les données issues des dossiers, les problèmes liés à la différence sont peu apparents, mais ils sont nommés comme importants par les intervenants.	L'information est manquante dans les dossiers	La perception de sa différence et les difficultés sociales associées semblent constituer un facteur de risque suicidaire. <ul style="list-style-type: none"> <li>- En êtes-vous témoin?</li> <li>- Est-ce différent dans la population générale?</li> <li>- Comment, et quand cette conscience devient assez souffrante pour constituer un facteur de risque suicidaire?</li> </ul>	
Une bonne compréhension des situations sociales est à la fois considérée comme un facteur de risque et de protection. On la retrouve plus souvent chez les personnes suicidaires de notre échantillon et les intervenants la citent comme un facteur à la fois de risque et de protection.	Ce n'est pas la compréhension des situations sociales qui constitue un facteur de risque, mais le fait que cette compréhension amène à une augmentation du sentiment de rejet et d'exclusion et à une diminution de l'estime de soi.	Comment expliqueriez-vous la relation ambiguë de la compréhension des situations sociales avec le suicide chez les personnes DITSA?  Comment utiliser les capacités de compréhension des situations sociales comme critère dans l'estimation du risque / danger suicidaire?	

Plan général de la consultation



Détails des facteurs analysés

## Facteurs de risque statiques intra-individuels – case 1

- Ces facteurs de risque sont stables, statiques. Ils ne peuvent pas changer dans le temps avec la maturation ou à travers l'effet d'intervention. Ils peuvent être importants dans le développement du risque suicidaire et dans l'évaluation du risque à long terme, mais pas nécessairement pour le danger d'un passage à l'acte à court terme
- Fonctionnement de base – facteurs prédisposants

Facteur	Cote 1-5	commentaires
Lacunes dans les cognitions sociales (difficultés à comprendre et interpréter adéquatement le comportement d'autrui)		
Théorie de la pensée déficiente		
Rigidité cognitive		
Faible capacité d'adaptation		
Fonctionnalité cognitive généralement plus élevée (bonne notion du temps, bonnes compréhensions des situations sociales)		
Affect généralement anxieux		
Humeur instable (labilité générale de l'affect, quelle que soit la nature des affects dominants)		
Problèmes d'attachement		

Document de travail - no	1	2	3	4	5
	Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Facteurs de risque dynamiques intra-individuels – case 2

- Ces facteurs de risque sont plutôt stables, ils peuvent changer dans le temps, mais lentement. Ils peuvent être importants dans le développement du risque suicidaire et dans l'évaluation du risque à long terme, mais pas nécessairement pour le danger d'un passage à l'acte à court terme
- Fonctionnement de base – facteurs contributifs

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Sentiment d'être limité et dépendant		
Perception de soi comme différent, anormal		
Méconnaissance et réactions au diagnostics DITSA		
Faible estime de soi		
Comparaison sociale négative		
Niveau développemental		
Processus d'autonomisation en cours		
Troubles de santé mentale		
Comportements d'agressivité physique, verbale et d'intimidation envers les autres		

Document de travail - no

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Facteurs de protection intra-individuels – case 18

- Ces facteurs de protection sont associés à la personne, peuvent être statiques ou dynamiques. Ils peuvent être importants dans le développement du risque suicidaire et dans l'évaluation du risque à long terme, mais pas nécessairement pour le danger d'un passage à l'acte à court terme
- Certains peuvent aussi être des facteurs de risque chez certaines personnes

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Difficultés à se projeter dans l'avenir – vivre dans le présent		
Être capable de se calmer rapidement		
Difficultés à comprendre les situations sociales de rejet		
Théorie de l'esprit très limitée		
Capacité d'identifier des solutions et de disposer de plusieurs stratégies d'adaptation		
Sentiment de contrôle sur sa vie		

Document de travail - no

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Facteurs de risque statiques externes – case 3

- Ces facteurs de risque sont issus de l'interaction de la personne DITSA avec son environnement. Ils sont stables, immuables. Ils peuvent être importants dans le développement du risque suicidaire et dans l'évaluation du risque à long terme, mais pas nécessairement pour le danger d'un passage à l'acte à court terme
- Fonctionnement de base – facteurs prédisposants

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Négligence, abandon (dans l'enfance et la jeunesse), incluant placement non souhaité		
Abus (Sexuels, physiques, psychologiques dans l'enfance et la jeunesse)		
Histoire d'intimidation		
Expérience négative avec la scolarité		
Dysfonctions familiales		
Comportements sexuels inappropriés		
Avoir eu des relations et des difficultés de couple		

Document de travail - ne

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Facteurs de risque dynamiques externes – case 4

- Ces facteurs de risque sont associés à l'environnement et aux interactions de la personne. Ils sont stables, mais peuvent changer dans le temps.
- Ils peuvent être importants dans le développement du risque suicidaire et dans l'évaluation du risque à long terme, mais pas nécessairement pour le danger d'un passage à l'acte à court terme
- Facteurs contributifs

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Structure inadéquate des occupations de la personne (incompatibilité avec d'autres personnes dans l'environnement, risque de modélisation des comportements, densité élevée d'usagers, manque d'activités valorisantes, séparation d'avec des personnes significatives)		
Relations toxiques avec la famille, les proches, les intervenants, les pairs, les amis, etc.)		
Problèmes en lien avec le suivi médical en santé mentale (incluant sur-médication)		
Isolément social et rejets répétés		
Intégrations à des réseaux sociaux inadéquats (en qualité et quantité)		
Difficultés avec le projet de vie		
Situation ou milieu qui réduit les opportunités de choix et d'autodétermination en deçà des capacités de la personne		

Document de travail - ne

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Facteurs de protection externes – case 19

- Ces facteurs de protection sont statiques ou dynamiques. Ils peuvent être importants dans le développement du risque suicidaire et dans l'évaluation du risque à long terme (dans l'intervention et dans le suivi), mais pas nécessairement pour le danger d'un passage à l'acte à court terme

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Adéquation entre les demandes du milieu et les capacités de la personne, suivi régulier et recadrage dans le milieu de vie		
Intégration sociale adaptée		
Personnes présentes dans l'environnement pour assurer la sécurité		
Présence de sources de satisfaction		
Connaissance et acceptation du diagnostic DITSA par les proches		
Implication de la famille		

Document de travail - ne

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Déclencheurs, moments critiques : chronicisation d'une situation d'impuissance– case 5

- Ces facteurs proximaux sont souvent observés dans les jours / heures précédant un épisode suicidaire. Ils peuvent être utilisés dans l'Estimation de l'urgence suicidaire (apparition imminente de propos ou de comportements associés au suicide chez la personne).

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Chronicisation d'une situation difficile pour la personne, à laquelle elle ne parvient pas à s'adapter et sur laquelle elle n'a aucun pouvoir (ex: placement non voulu, relations difficiles avec la famille, etc)		

Document de travail - ne

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Déclencheurs, moments critiques : Accumulation d'évènements mineurs – case 6

- Ces facteurs proximaux sont souvent observés dans les jours / heures précédant un épisode suicidaire. Ils peuvent être utilisés dans l'estimation de l'urgence suicidaire (apparition imminente de propos ou de comportements associés au suicide chez la personne).
- Ces stresseurs peuvent être perçus comme mineurs de l'extérieur, mais il est important de les comprendre en fonction de ce qu'ils peuvent signifier pour le sentiment de contrôle, l'estime de soi ou encore la compréhension des situations par la personne.
- Dans notre analyse, nous observons que plusieurs stresseurs sont être présents dans différentes sphères de la vie quotidienne de la personne lorsqu'il y a un risque suicidaire
- Facteurs précipitants

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Échec en lien avec la socialisation (conflit interpersonnel, difficulté à faire valoir ses besoins, mauvaise compréhension d'une situation sociale, etc)		
Entrave à la liberté (refus par rapport à des éléments en lien avec le contrôle sur soi et sur sa vie)		
Deuil, perte d'objets		
Problèmes de médication (arrêt de médication, introduction d'un nouveau médicament, refus de prendre ses médicaments, etc)		
Échec en lien avec un accomplissement (école, travail, activités sociales)		
Anticipation d'un évènement prévisible (vacances, fin de l'école, déménagement, etc)		

Document de travail - ne

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Déclencheurs, moments critiques : Évènements majeurs prévisibles – case 7

- Ces facteurs proximaux sont souvent observés dans les jours / heures précédant un épisode suicidaire. Ils peuvent être utilisés dans l'estimation de l'urgence suicidaire (apparition imminente de propos ou de comportements associés au suicide chez la personne).
- Les évènements prévisibles sont ceux que la personne et le milieu peuvent anticiper et préparer. Si la personne est bien accompagnée dans ces évènements, ils ont moins de risque d'être associés à des comportements suicidaires. Ils peuvent donc être importants à repérer. Ce sont des indicateurs pour orienter l'intervention afin de prévenir la crise suicidaire.
- Facteurs précipitants

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Changement (résidence, école, vacances, milieu de travail, etc)		
Évènement annuel (anniversaire, fêtes de fin d'années, etc.), incluant les phénomènes cycliques qui ont pu être observés chez la personne (dépression saisonnière, anniversaire d'un deuil, etc.)		
Transitions développementales (passage vers l'âge adulte, puberté, etc.)		

Document de travail - ne

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Déclencheurs, moments critiques : Évènements majeurs imprévisibles – case 8

- Ces facteurs proximaux sont souvent observés dans les jours / heures précédant un épisode suicidaire. Ils peuvent être utilisés dans l'estimation de l'urgence suicidaire (apparition imminente de propos ou de comportements associés au suicide chez la personne).
- Les évènements imprévisibles sont ceux dont ni la personne, ni les intervenants n'ont pu anticiper l'arrivée. Leur effet peut être majeur sur la personne, si elle ne parvient pas à exprimer ses émotions ou à s'adapter.

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Deuil, perte en lien avec des personnes (incluant entrave du lien avec la famille)		
Conflit interpersonnel, incluant problèmes de couple et en lien avec la sexualité		
Rejet par autrui, épisode d'intimidation, agression (subi)		
Comportement inadéquat sérieux de la personne (violence verbale ou physique, agression commise, comportement sexuel inapproprié, etc.)		
Perte d'adéquation entre les demandes du milieu et les capacités de la personnes (perte fonctionnelle de la personne ou augmentation des attentes)		

Document de travail - no

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Déclencheurs, moments critiques : Aggravation des symptômes – case 23

- Ces facteurs proximaux sont souvent observés dans les jours / heures précédant un épisode suicidaire. Ils peuvent être utilisés dans l'estimation de l'urgence suicidaire (apparition imminente de propos ou de comportements associés au suicide chez la personne).
- Dans ce cas, il n'y a pas forcément d'évènement extérieur identifiable. Dans certains cas, la personne a déjà un trouble connu de santé mentale et les symptômes s'aggravent ou de nouveaux symptômes apparaissent. Dans d'autres cas, la personne devient malade.

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Symptômes de troubles mentaux		
Symptômes de troubles physiques		
Apparition de problèmes de santé		
Accumulation de problèmes de santé		

Document de travail - no

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Facteurs de protection proximaux – case 20

- Ces facteurs proximaux sont souvent observés dans les jours / heures précédant un épisode suicidaire. Ils peuvent être utilisés dans l'estimation de l'urgence suicidaire (apparition imminente de propos ou de comportements associés au suicide chez la personne).
- Les facteurs proximaux apparaissent dans les heures / jours précédant l'épisode suicidaire et nous avons pu observer qu'en présence de facteurs de risque, ils semblaient limiter l'apparition des comportements associés au suicide

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Suivi médical approprié (incluant la collaboration étroite des milieux médicaux et psychosocial)		
Présence d'un soutien concret lors des événements prévisibles		

Document de travail - no

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Effets, réactions aux facteurs déclencheurs : Changement dans les cognitions – case 9

- Ces facteurs proximaux sont observés dans le comportement de la personne dans les jours / heures / minutes précédant les comportements associés au suicide.
- Nous les avons séparés en : cognitifs, comportements, émotions et neurovégétatifs.
- Certains de ces éléments apparaissent chez la personnes, suite à un évènement plus ou moins facile à identifier.
- D'autres éléments semblent plutôt refléter une dégradation importante par rapport au fonctionnement habituel.

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Perception d'une dépendance subie (perception de perte de contrôle sur les événements et les décisions)		
Bonne compréhension de la situation stressante		
Insatisfaction d'un besoin non comblé, frustration		
Incapacité de s'adapter à une situation (incluant des situations ou l'adaptation à un coût très élevé pour la personne)		
Pensées catastrophistes (pas nécessairement lié à un délire ou fixations)		

Document de travail - no

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Effets, réactions aux facteurs déclencheurs : changements dans les comportements – case 10

- Ces facteurs proximaux sont observés dans le comportement de la personne dans les jours / heures / minutes précédant les comportements associés au suicide.
- Nous les avons séparés en : cognitifs, comportements, émotions et neurovégétatifs.
- Certains de ces éléments apparaissent chez la personnes, suite à un évènement plus ou moins facile à identifier.
- D'autres éléments semblent plutôt refléter une dégradation importante par rapport au fonctionnement habituel.

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Demande d'aide		
Donner ses choses		
Agressivité (verbale ou physique)		
Recherche d'attention		

Document de travail - ne

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Effets, réactions aux facteurs déclencheurs : changements dans les émotions – case 11

- Ces facteurs proximaux sont observés dans le comportement de la personne dans les jours / heures / minutes précédant les comportements associés au suicide.
- Nous les avons séparés en : cognitifs, comportements, émotions et neurovégétatifs.
- Certains de ces éléments apparaissent chez la personnes, suite à un évènement plus ou moins facile à identifier.
- D'autres éléments semblent plutôt refléter une dégradation importante par rapport au fonctionnement habituel.

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Atteinte à l'estime de soi (sentiment de rejet, d'exclusion, de stigmatisation, sentiment d'échec, honte, propos négatifs sur soi, s'attend à être puni, se blâme pour ses problèmes, a peur d'être rejeté, sentiment d'incompétence, etc.)		
Sentiment d'abandon		
Sentiment d'impasse (être bloqué, limité, impuissant, dépendant)		
Culpabilité		
Sentiment de deuil par rapport au DITSA, et à une vie normale		

Document de travail - ne

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Effets, réactions aux facteurs déclencheurs : Dégradations observables – case 13

- Ces facteurs proximaux sont observés dans le comportement de la personne dans les jours / heures / minutes précédant les comportements associés au suicide.
- Nous les avons séparés en : cognitifs, comportements, émotions et neurovégétatifs.
- Certains de ces éléments apparaissent chez la personnes, suite à un évènement plus ou moins facile à identifier.
- D'autres éléments semblent plutôt refléter une dégradation importante par rapport au fonctionnement habituel.

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Dégradations cognitives (pertes d'Acquis, diminution des cognitions sociales adéquates, pertes d'intérêts, surtout les intérêts restreints, diminution de la motivation; diminution de la mobilisation, fixations et distorsions cognitives)		
Dégradations émotionnelles (changements dans les niveaux habituels de : colère, détresse, anxiété, humeur, tristesse, deuil)		
Dégradation des comportements (augmentation des comportements problématiques – agressivité - oppositions, retrait social, perte de routine, comportements stéréotypés, comportements d'anxiété)		
Dégradation neurovégétative (changement dans le sommeil, l'alimentation, les plaintes physiques, l'agilité et la mobilité)		

Document de travail - ne

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Effets, réactions aux facteurs déclencheurs : facteurs de protection – case 21

- Ces facteurs proximaux sont observés dans le comportement de la personne dans les jours / heures / minutes précédant les comportements associés au suicide.
- Nous les avons séparés en : cognitifs, comportements, émotions et neurovégétatifs.
- Certains de ces éléments apparaissent chez la personnes, suite à un évènement plus ou moins facile à identifier.
- D'autres éléments semblent plutôt refléter une dégradation importante par rapport au fonctionnement habituel.

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Bonne interprétation du comportement par les intervenants et intervention adéquate sur les émotions associées		
Options variées et adaptées d'expression de la frustration		
Être dans le moment présent		

Document de travail - ne

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Facteurs de risque et de protection de nouvel épisode suicidaire – cases 22

- Ces facteurs de risque de nouvel épisode suicidaire sont important dans une perspective de suivi longitudinal des personnes DITSA ayant eu des comportements associés au suicide. Ils permettent d'identifier des cibles d'intervention visant à réduire le risque de nouvel épisode suicidaire.
- Ils sont issus des facteurs importants pour anticiper et comprendre l'apparition des épisodes suicidaires et peuvent être spécifiques à chaque personne, une fois que le pattern de crises a été identifié

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Avoir déjà eu des comportements associés au suicide		
Problèmes de santé mentale		
Avoir des relations interpersonnelles négatives, conflictuelles		
Avoir des comportements de prise de risque et de blessures intentionnelles		
Avoir un niveau plus élevé de fonctionnement cognitif		
Avoir reçu un suivi adapté à la situation		
Avoir développé des mécanismes d'adaptation et d'Expression de la détresse adaptés		

Document de travail - ne

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Acquisition et développement de l'option suicide : facteurs distaux – case 14-15

- Aux fins de l'exercice que nous faisons, nous avons séparé les facteurs de risque que nous avons associés à l'acquisition de l'option suicide. L'option suicide se comprend en parallèle avec l'estimation du risque suicidaire, et s'enrichit au fur et à mesure des crises. L'option suicide est un élément qui se construit ou se déconstruit avec le temps et les expériences chez la personne. Les interventions ciblées peuvent aider à déconstruire l'option suicide et rendre le suicide moins acceptables pour la personne.
- Il semble que chez les personnes DITSA, ces processus ne suivent pas nécessairement ceux observés chez la population générale (en particulier à cause des processus d'imitation). Aussi, d'un point de vue d'intervention, il peut être très pertinent d'étudier cet aspect spécifiquement, afin d'intervenir adéquatement, avant, pendant et après l'épisode suicidaire

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Historique d'automutilation		
Avoir déjà eu des manifestations associées au suicide		
Capacité de planifier une série d'actions et de prévoir leurs conséquences		
Niveau de compréhension de la mort : - Bonne : la personne comprend ce qu'est mourir et peut avoir une intention suicidaire claire - Faible : la personne peut penser qu'elle vivra si elle meurt et avoir des comportements dangereux		
Avoir des personnes suicidaires dans son entourage et dans son environnement (incluant avoir été témoin d'un geste suicidaire dans son milieu)		
Avoir vécu le décès d'un proche		
Avoir entendu parler de la mort en positif (ex: un endroit où on est en paix) ou en association avec certaines émotions (ex : avec la tristesse ou la dépression) Normalisation / banalisation de la mort		
Réactions de l'entourage aux comportements suicidaires antérieurs (plus d'attention, plus de soins, s'est fait dire qu'on l'aime et qu'on serait triste, etc.)		
Moyens habituels de négociation liés aux menaces suicidaires ou de violence		

Document de travail - ne

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Acquisition de l'option suicide : évènements déclencheurs – case 16

- Aux fins de l'exercice que nous faisons, nous avons séparé les facteurs de risque que nous avons associés à l'Acquisition de l'option suicide.
- Il semble que chez les personnes DITSA, ces processus ne suivent pas nécessairement ceux observés chez la population générale. Aussi, d'un point de vue d'intervention, il peut être très pertinent d'étudier cet aspect spécifiquement, afin d'intervenir adéquatement, avant, pendant et après l'épisode suicidaire

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
Deuil – avoir vécu un deuil récent (par suicide ou non) Expérience avec la mort		
Être témoin ou avoir vécu un comportement associé au suicide dans l'entourage - récent		
Être témoin d'un comportement suicidaire dans les média (nouvelles, film, TV, jeu)		
Avoir vécu des effets « positifs » de comportements associés au suicide précédents (avoir obtenu ce qu'il voulait, de l'attention, de l'affection)		

Document de travail - no

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Acquisition de l'option suicide : Effets, réactions – case 17

- Aux fins de l'exercice que nous faisons, nous avons séparé les facteurs de risque que nous avons associés à l'Acquisition de l'option suicide.
- Il semble que chez les personnes DITSA, ces processus ne suivent pas nécessairement ceux observés chez la population générale. Aussi, d'un point de vue d'intervention, il peut être très pertinent d'étudier cet aspect spécifiquement, afin d'intervenir adéquatement, avant, pendant et après l'épisode suicidaire

Facteur	Cote 1 -5	commentaires
imitation du comportement suicidaire observé chez d'autres		
Fixations sur la mort et sur le suicide		
Épisode récent ou en cours d'autoutilisation		
Préoccupation avec la mort		

Document de travail - no

1	2	3	4	5
Absolument inutile	Peut être inutile	Ne sais pas	Peut être utile	Absolument nécessaire

## Annexe 6 - Questionnaire à remplir après chaque utilisation de l'outil par les intervenants impliqués

Code de l'utilisateur participant :

Date / période d'utilisation de l'outil :

Nom de l'intervenant :

Fonction de l'intervenant :

Quelles étapes du processus d'évaluation avez-vous faites?

Si vous n'avez pas utilisé les 4 sphères, expliquez brièvement pourquoi.

### Sphères 1 et 2



1. Quels aspects de l'outil vous ont le plus aidé pour ce participant? Comment l'outil vous a-t-il aidé?
2. Quels aspects de l'outil vous ont le moins aidé pour ce participant? Pourquoi?
3. Comment l'outil s'est / ne s'est pas adapté à la situation de ce participant? Comment avez-vous adapté l'outil?
4. Quelles sont vos observations générales et suggestions sur l'utilisation de l'outil dans le cas présent?

### Sphères 3 et 4



1. Quels aspects de l'outil vous ont le plus aidé pour ce participant? Comment l'outil vous a-t-il aidé?
2. Quels aspects de l'outil vous ont le moins aidé pour ce participant? Pourquoi?
3. Comment l'outil s'est / ne s'est pas adapté à la situation de ce participant? Comment avez-vous adapté l'outil?
4. Quelles sont vos observations générales et suggestions sur l'utilisation de l'outil dans le cas présent?

### Information sur l'utilisateur participant

Code du participant :

Âge :

Genre :

Diagnostiques (co-morbidité) :

Santé physique :

Mode d'expression (verbal, non-verbal, moyens) :

Niveau de compréhension :

Milieu de vie actuel :

Réseau familial – proches :

Annexes

Services offerts :

Ajouts, commentaires :

[Annexe 7 - Version 2 du processus AUDIS-Estimation et guide d'utilisation](#)



Autisme,  
Déficience Intellectuelle,  
Suicide

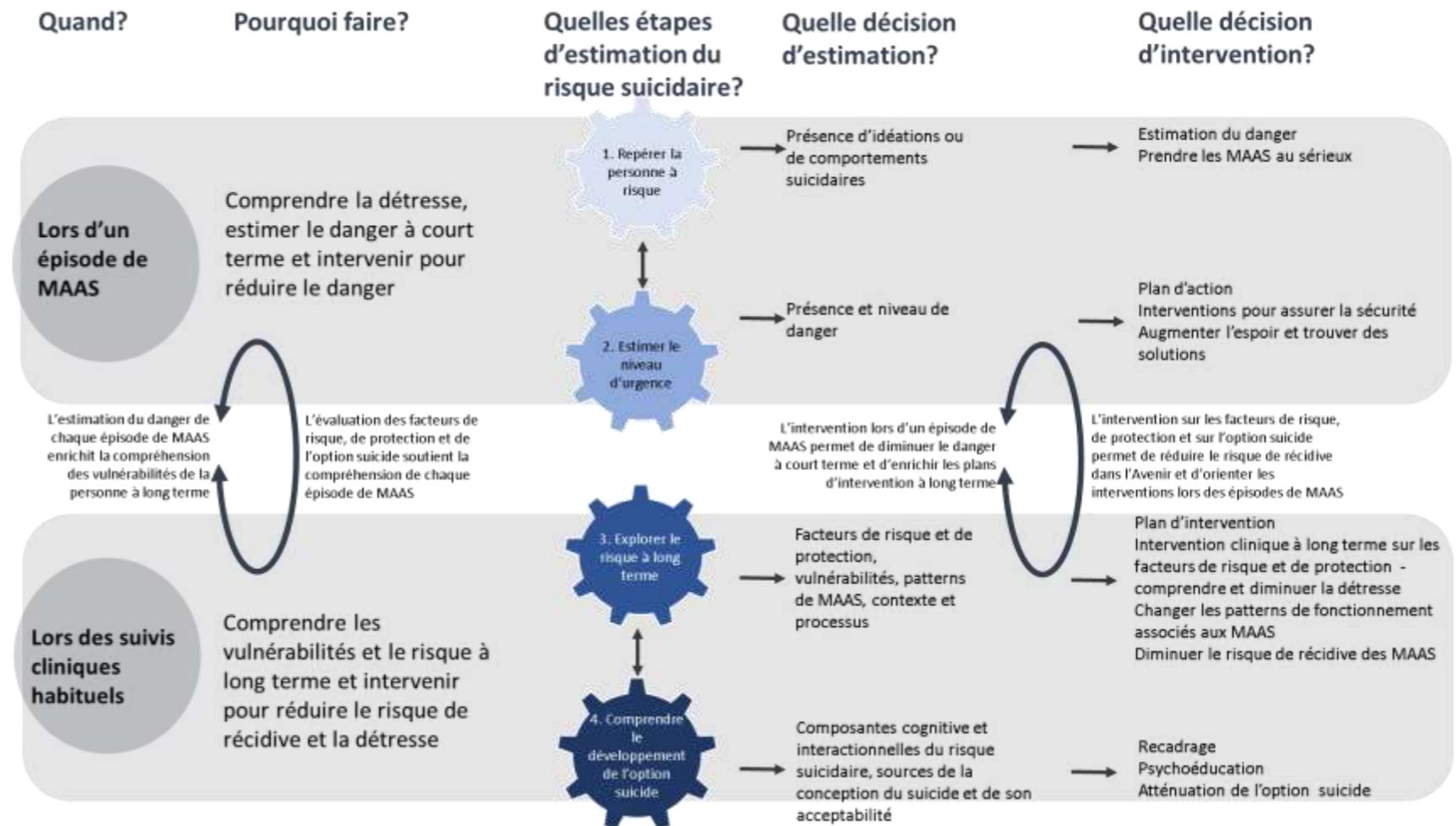
**Estimation**

## Processus de soutien à la décision clinique dans l'estimation du risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA

### Objectifs

- Soutenir le processus d'estimation du danger à court terme et du risque à long terme
- Documenter les épisodes suicidaires, l'analyse des facteurs de risque et de protection et les interventions faites pour le suivi clinique

### Intégration du *Processus AUDIS – Estimation* dans l'intervention de prévention du suicide



# Repérage de la personne à risque d'épisode suicidaire dans un temps rapproché

Nom :

Date du repérage :

Date et heure des MAAS :

Nom de la personne ayant fait le repérage (et lien avec l'usager) :

1. Repérer la personne à risque

1. Repérer la personne à risque

**Quand?** Lorsqu'un individu inquiet et qu'il n'est pas clairement en train de vivre un épisode de MAAS. Si les propos ou comportements suicidaires sont clairs, le repérage est fait.  
**Qui?** Toute personne en contact direct avec l'individu et qui s'inquiète de ses comportements, propos ou cognitions à partir d'observations et de questionnements de l'individu  
**Pourquoi?** Pour identifier la présence de MAAS et référer à une estimation complète du danger 9Sphères 1 et 2 complètes)

Le repérage est complété dès que des idées ou comportements suicidaires sont identifiés, donc il est inutile de faire un repérage auprès de quelqu'un qui exprime clairement des idées ou est en tentative de suicide. On fait alors directement l'estimation du danger (sphère 2)

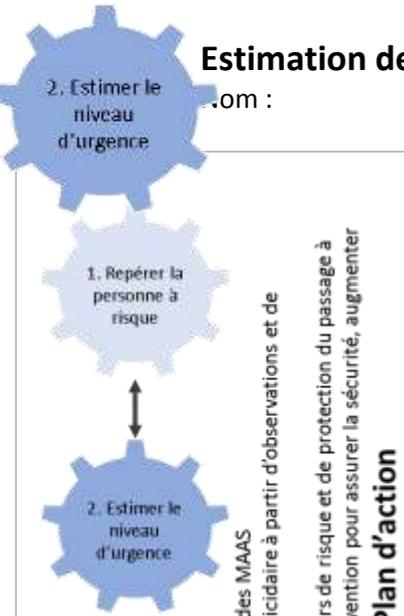
Domaines	Information à recueillir – indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant à la présence de MAAS	Information sur le motif et les résultats du repérage	Décision issue du processus de repérage	Décision d'intervention suite au repérage
<p>Manifestations associées au suicide (MAAS) <b>actuelles</b></p> <p>Changements récents dans le fonctionnement habituel de la personne <b>amenant une inquiétude sur la possibilité de MAAS</b> (incluant la période sur laquelle s'est observé le changement)</p> <p>Signes de désespoir et de détresse <b>actuels</b></p>	<p>Types de MAAS (inscrire les propos exacts)</p> <p>Éléments de planification suicidaire : moyen, moment, lieu</p> <p>Danger : accès au moyen, létalité du moyen, létalité perçue du moyen</p> <p>Cognitions</p> <p>Comportements</p> <p>Émotions</p> <p>Indices neurovégétatifs</p> <p>Indices somatiques</p> <p>Indices psychiatriques</p> <p>Pertes d'acquis et difficultés d'adaptation dans la situation actuelle</p>	<p><b>Sources : questions à l'usager, observation, questions à des intervenants ou des proches, dossier</b></p>	<p>La personne présente des Manifestations associées au suicide :</p> <p><b>Oui</b></p> <p><b>Non</b></p> <p>Nature :</p>	<p>Estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire</p> <p>Exploration des sources de changement dans le fonctionnement habituel</p> <p>Identification de la détresse et de ses sources</p> <p><b>Interventions pour réduire la détresse</b></p>
<p>Motif et facteurs déclencheurs de l'épisode de MAAS <b>actuel</b></p>	<p>Motif apparent de l'épisode de MAAS ou des changements observés</p>			

## Estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire dans la situation actuelle

Nom :

Date de l'estimation :

Nom de la personne ayant fait l'estimation (et lien avec l'utilisateur) :



Quand? Lorsqu'un individu a été repéré comme ayant des MAAS  
 Qui? Une personne formée à l'estimation du danger suicidaire à partir d'observations et de questionnements de l'individu  
 Pourquoi? Pour estimer le niveau de danger, les facteurs de risque et de protection du passage à l'acte et les moments critiques, choisir le niveau d'intervention pour assurer la sécurité, augmenter l'espoir, réduire la détresse et trouver des solutions - **Plan d'action**

Domaines	Information à recueillir – indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant au danger suicidaire	Information	Décision issue u processus d'estimation du danger	Décision d'intervention suite à l'estimation du danger PA
Facteurs proximaux pouvant augmenter le danger ou protéger dans la situation actuelle	<b>Facteurs de risque</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédents de MAAS (lesquels, quand?).</li> <li>- Comportement suicidaire ou décès, par suicide ou non, dans l'entourage (moins de 1 an).</li> <li>- Niveau d'impulsivité / agressivité.</li> <li>- Troubles mentaux et troubles associés (TGC, TDAH, etc)</li> <li>- Type et niveaux de DI et TSA</li> <li>- Relations interpersonnelles négatives ou isolement.</li> <li>- Comportements de prise de risque ou de blessure.</li> <li>- État de désorganisation actuel.</li> <li>- État d'intoxication actuel.</li> <li>- Désespoir, exaspération, découragement (court, moyen terme).</li> <li>- capacité de planification (en général et du geste suicidaire).</li> </ul>	Sources : questions à l'utilisateur, observation, questions à des intervenants ou des proches, dossier  Facteurs de risque actuels :  Facteurs de protection actuels :  Moments critiques actuels :	Absence de danger de passage à l'acte ≠ Absence d'idéations suicidaire et de détresse  Ne pas oublier de tenir compte de l'intensité et de l'intrusivité des idéations suicidaires dans la période actuelle, au-delà du danger de passage à l'acte  Les MAAS ne sont pas des comportements à éliminer, mais font partie d'une demande d'aide à entendre	Assurer la sécurité  Réduire le risque de passage à l'acte suicidaire  Suivi étroit  Susciter l'espoir  Trouver des solutions  Prendre les MAAS au sérieux (ne pas banaliser ni minimiser)
	<b>Facteurs de protection</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Options variées d'expression (besoins, émotions, frustrations, demande d'aide), et de résolution de problèmes.</li> <li>- Présence de soutien lors des événements prévisibles ou entraînant une augmentation du stress.</li> <li>- Raisons de vivre.</li> <li>- Ambivalence par rapport au suicide.</li> <li>- Soutien social.</li> </ul>			
Moments critiques liés à l'épisode actuel de MAAS	<b>Chronicisation d'une situation d'impuissance</b>			
	<b>Accumulation d'évènements (même mineurs en apparence)</b>			
	<b>Évènements majeurs prévisibles</b>			
	<b>Évènements affectifs majeurs imprévus</b>			
Exigence du milieu	Inadéquation entre les capacités actuelles de la personne et les demandes du milieu.			
Conséquences	Conséquences de l'épisode de MAAS sur les relations, les activités, les émotions, les cognitions, l'entourage, etc.			



## Conclure une rencontre d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire dans la situation actuelle

Nom : \_\_\_\_\_ Date de l'estimation : \_\_\_\_\_ Nom de la personne ayant fait l'estimation (et lien avec l'utilisateur) : \_\_\_\_\_

	Domaines	Checklist des éléments à vérifier	Notes évolutives complémentaires sur le processus d'estimation de la dangerosité
 <p><b>Quand?</b> A la fin de la rencontre d'estimation de la dangerosité  <b>Qui?</b> La personne ayant fait l'estimation et si possible un intervenant habituel de l'individu  <b>Pourquoi?</b> Pour conclure l'estimation et s'assurer que l'individu comprend et se sent à l'aise avec les conclusions de l'estimation et le plan d'action mis en place</p>	<p><b>Vérifier avec la personne comment elle se sent par rapport à ses idées suicidaires, aux changements qu'il y a eu, au plan d'action</b></p> <p><b>Vérifier les effets potentiels d'avoir abordé les questions en lien avec les MAAS</b></p>	<p>Confort de la personne avec le plan d'action (qui inclut les solutions)            Volonté et mobilisation de la personne par rapport au plan d'action (collaboration)            Capacités de la personne à mettre en œuvre le plan d'action            Aide à apporter à la personne pour mettre en place le plan d'action (comment l'aider, qui fera quoi? Quand?)            Moments critiques à surveiller dans les heures, jours, semaines suivantes            État des idées suicidaires            État du plan suicidaire :</p> <p>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.</p> <p>Renforcer les facteurs de protection, souligner les bonnes stratégies d'adaptation, valider la demande d'aide, souligner les forces et les qualités, rappeler les raisons de vivre.</p> <p>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.</p>	



## Suivi post épisode suicidaire : Vérification de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire dans les heures – jours suivant l'épisode de MAAS initial

Nom :

Date du suivi :

Nom de la personne ayant fait le suivi (et lien avec l'utilisateur) :

2. Estimer le niveau d'urgence	Domaines	Information – indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant à l'évolution du danger suicidaire	Décision sur l'évolution du danger et de l'épisode de MAAS	Décision d'intervention Ajustement du PA suite au suivi
<p>1. Repérer la personne à risque</p> <p>2. Estimer le niveau d'urgence</p> <p>Suivi post épisode de MAAS</p> <p>3. Évaluer le danger à court terme</p> <p>4. Évaluer le danger à long terme</p>	Types de MAAS présent lors du suivi	Changement dans les MAAS  Changement dans les déclencheurs :  Changement dans les facteurs de risque et de protection actuels :	Changement dans le danger à court terme pour la personne    Arrimage avec le langage de la grille d'estimation de la dangerosité :	Augmenter ou réduire le suivi étroit  Ajuster les solutions du PA
	Éléments de planification suicidaire présents lors du suivi : moyen, moment, lieu			
	Danger lors du suivi : accès au moyen, létalité du moyen, capacité de planification			
	Facteurs de risque proximaux pouvant augmenter le danger lors du suivi			
	Bons moments et moments plus difficiles ces derniers jours (depuis l'épisode initial de MAAS)			
	Moments critiques identifiés lors du suivi (en cours ou anticipés)			
Facteurs de protection présents lors du suivi				





Nom :  
Équipe ayant fait l'évaluation :

Date de l'évaluation des facteurs de risque et de protection à long terme :

Quand? En dehors de toute période de désorganisation ou d'épisode de MAAS.  
Qui? Équipe multidisciplinaire et intervenant pivot à partir des informations recueillies auprès de l'individu, ses proches, son milieu, son dossier  
Pourquoi? Pour identifier les vulnérabilités de la personne, ses facteurs de risque et de protection à long terme et développer des interventions visant à renforcer les facteurs de protection et réduire les facteurs de risque

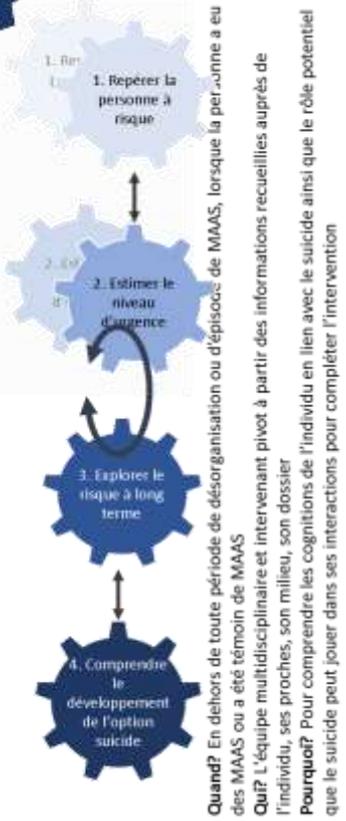
Les facteurs de risque et protection sont présents même en l'absence de MAAS. La compréhension de ces facteurs s'enrichit au fur et à mesure des épisodes de MAAS. Cette partie de l'évaluation ne doit pas être remplie à chaque épisode avec l'individu, mais s'enrichit à chaque épisode et intervention

Domaine		Information à recueillir		Information – indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant au risque à long terme et aux patterns de MAAS	Décision suite au processus d'évaluation des facteurs associés au suicide	Décision d'intervention suite à l'évaluation des facteurs associés PI pour réduire le risque suicidaire à long terme
<b>Risque et protection</b>	<b>Facteurs de risque prédisposants</b>	<b>individuels</b>	<b>mentaux</b>	Sources : questions à l'utilisateur, observation, questions à des intervenants ou des proches, dossier, discussion d'équipe	L'individu présente des facteurs de risque sur lesquels il est important d'agir pour diminuer la détresse et le risque de récurrence de MAAS	Réduire le risque de récurrence
		<b>environnementaux</b>				
	<b>Facteurs de risque contributeurs</b>	<b>individuels</b>				
		<b>environnementaux</b>				
	<b>Facteurs ayant précipité des crises précédentes</b>	<b>individuels</b>				
<b>Facteurs de protection</b>	<b>individuels</b>					
<b>Comprendre les patterns et fonctions, risque de répétition et chronicité en cas d'épisodes multiples de MAAS</b>	<b>Moments critiques et conséquences recensés lors des différents épisodes de MAAS</b>		Déclencheurs :	L'individu présente des patterns de MAAS pouvant faire l'objet d'intervention	Traiter les problèmes de santé (physique et mentale)	
	<b>Présence de MAAS antérieures</b>		Types de MAAS :			
	<b>Comprendre la fonction des examinateurs un ou plusieurs MAAS en épisodes (évaluation fonctionnelle)</b>		Éléments de détresse / désespoir associés :			<b>Oui</b>
			Conséquences :	<b>Non</b>	Travailler l'estime de soi	
			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?) :			

**4. Comprendre le développement de l'option suicide**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Équipe ayant fait l'évaluation : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation de l'option suicide : \_\_\_\_\_



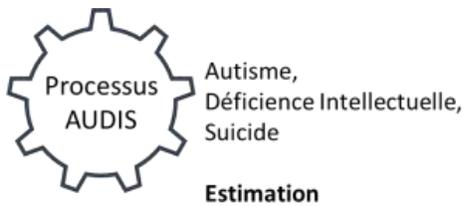
L'option suicide se construit au fil du temps et des expériences avec le suicide et la mort. Elle peut se développer même si un individu n'a pas eu de MAAS observables.

**Comment la conception du suicide et son acceptabilité se sont développées chez la personne? Qu'est-ce qui l'alimente et peut la contrer?**



Les informations pertinentes pour comprendre l'option suicide sont issues de l'estimation du danger et de l'évaluation du risque à long terme (sphères 1 à 3) ainsi que de l'histoire de vie de la personne et sont complétées par des observations supplémentaires si besoin

Information – indicateurs sur lesquels appuyer votre jugement clinique quant à l'option suicide	Décision d'intervention pour réduire l'option suicide
Sources : questions à l'utilisateur, observation, questions à des intervenants ou des proches, dossier, discussion d'équipe	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
	Recadrage 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)



## Processus de soutien à la décision clinique dans l'estimation du risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA

### Guide d'utilisation

Ce cahier comprend les instructions d'utilisation du *processus AUDIS-Estimation*, un processus de soutien à la prise de décision clinique quant au danger et au risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Il s'agit de l'une des trois composantes du *processus AUDIS* (*AUDIS-Modèle*, *AUDIS-Estimation* et *AUDIS-Intervention*) développé à partir des résultats d'un projet de recherche (Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA) et d'une recherche postdoctorale (Intervenir auprès des personnes suicidaires présentant une DI ou un TSA). Ce cahier est le fruit de la collaboration entre le milieu de la recherche et plusieurs milieux de pratique.

Le *processus AUDIS-Estimation* a été élaboré avec le soutien important de plusieurs intervenants qui ont participé au développement et à la révision des interventions proposées. Nous remercions chaleureusement ces intervenants et leurs équipes.

## Table des matières

<a href="#">Rappel du contexte de l'estimation du danger et du risque suicidaires</a> .....	209
<a href="#">Le modèle dynamique du suicide chez les personnes présentant une DI ou un TSA (<i>processus AUDIS-Modèle</i>)</a> .....	209
<a href="#">Le processus de soutien à la décision clinique quant au risque suicidaire (<i>processus AUDIS-Estimation</i>)</a> .....	211
<a href="#">Intervenir auprès de la personne suicidaire (<i>processus AUDIS-Intervention</i>)</a> .....	211
<a href="#">Objectifs du processus AUDIS – Estimation</a> .....	212
<a href="#">Consignes générales d'utilisation du <i>processus AUDIS – Estimation</i></a> .....	213
<a href="#">Déploiement du <i>processus AUDIS- Estimation</i></a> .....	214
<a href="#">Consignes spécifiques aux 4 sphères du processus de soutien au jugement clinique d'estimation du risque suicidaire chez les personnes présentant un DI ou un TSA</a> .....	217
<a href="#">Sphère 1 – repérage et recueil d'information sur les manifestations associées au suicide (MAAS) – à explorer lors de chaque épisode suspecté de MAAS</a> .....	218
<a href="#">Description détaillée des différents domaines d'exploration à utiliser lors du repérage, c'est-à-dire lors de l'analyse de la situation immédiate et à court terme de la personne.</a> ....	219
<a href="#">Sphère 2- Estimer le niveau de danger suicidaire - sphère à explorer lors de chaque épisode suicidaire afin d'effectuer l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire</a> .....	220
<a href="#">Description détaillée des différents domaines d'exploration à utiliser lors de l'estimation du danger</a> .....	221
<a href="#">Décision sur les mesures de sécurité en fonction du niveau de danger suicidaire estimé en fin de processus (sphères 1 et 2)</a> .....	222
<a href="#">Conclure le processus d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire</a> .....	223
<a href="#">Suivi post épisode suicidaire : Vérification du danger suicidaire dans les heures – jours suivant l'épisode suicidaire initial</a> .....	225
<a href="#">Sphère 3 – Explorer le risque suicidaire à long terme</a> .....	227
<a href="#">Description détaillée des différents domaines d'exploration à utiliser lors de l'évaluation des facteurs de risque, de protection et des processus en jeu dans la suicidalité de la personne</a> .....	228
<a href="#">Sphère 4 - Comprendre le développement de l'option suicide</a> .....	229
<a href="#">Annexe - Recueillir l'information auprès d'un usager sur la présence d'idées suicidaires</a> .....	231
<a href="#">Approches pour obtenir l'information nécessaire auprès d'usagers présentant des MAAS</a> .....	231
<a href="#">Attitude de l'intervenant face à l'usager</a> .....	231
<a href="#">Validation de la demande d'aide</a> .....	231
<a href="#">Conditions facilitant l'exploration des MAAS</a> .....	231
<a href="#">Collaboration de la personne</a> .....	232
<a href="#">Retour sur la situation ou suivi</a> .....	233
<a href="#">Obtenir des informations sur la présence de MAAS lors de l'estimation du danger</a> .....	233
<a href="#">Poser des questions pour recueillir l'information auprès d'un usager sur la présence d'idées suicidaires</a> .....	233
<a href="#">Utilisation de vignettes</a> .....	233
<a href="#">Utilisation de choix de réponses</a> .....	234
<a href="#">Intégration de l'exploration des MAAS dans une activité d'expression non verbale</a> .....	235
<a href="#">Suggestions de questions directes et indirectes</a> .....	236

[Construction d'un scénario social du développement de sa détresse, la situation qui amène sa souffrance.](#) ..... 238

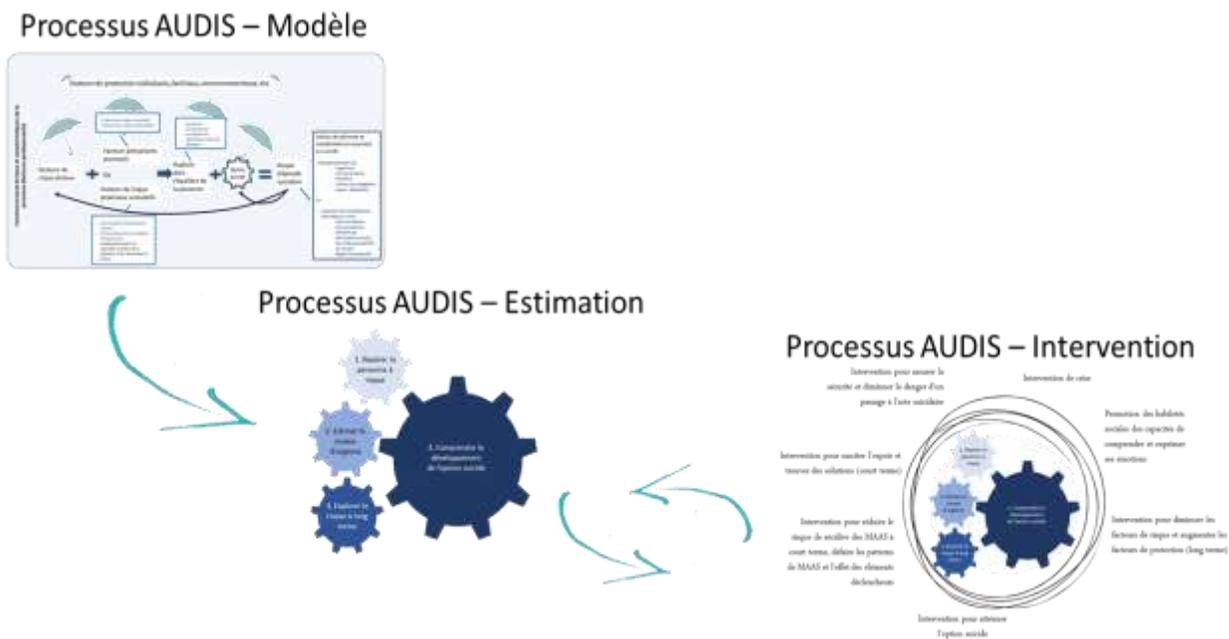
[Exemple de séquence d'exploration pour l'estimation du risque suicidaire auprès des personnes n'ayant pas présenté de MAAS, ayant présenté des MAAS vagues ou ayant présenté des MAAS directes, pour le repérage et l'estimation du danger](#) ..... 238

## Rappel du contexte de l'estimation du danger et du risque suicidaires

Le *processus AUDIS-Estimation* est l'une des trois composantes du *processus AUDIS* (Figure 1) et s'appuie sur le modèle dynamique du suicide chez les personnes présentant une DI ou un TSA (*processus AUDIS-Modèle*). Il soutient à son tour le *processus AUDIS-Intervention*, qui vise à sélectionner et appliquer des interventions adaptées aux besoins et spécificités des personnes ayant une DI ou un TSA suicidaires.

Le *processus AUDIS-Estimation* tient également compte des processus d'évaluation actuellement utilisés dans le milieu de la DI et du TSA et vise à s'adapter aux pratiques courantes auprès de la clientèle.

Figure 11 - Le processus AUDIS dans son ensemble

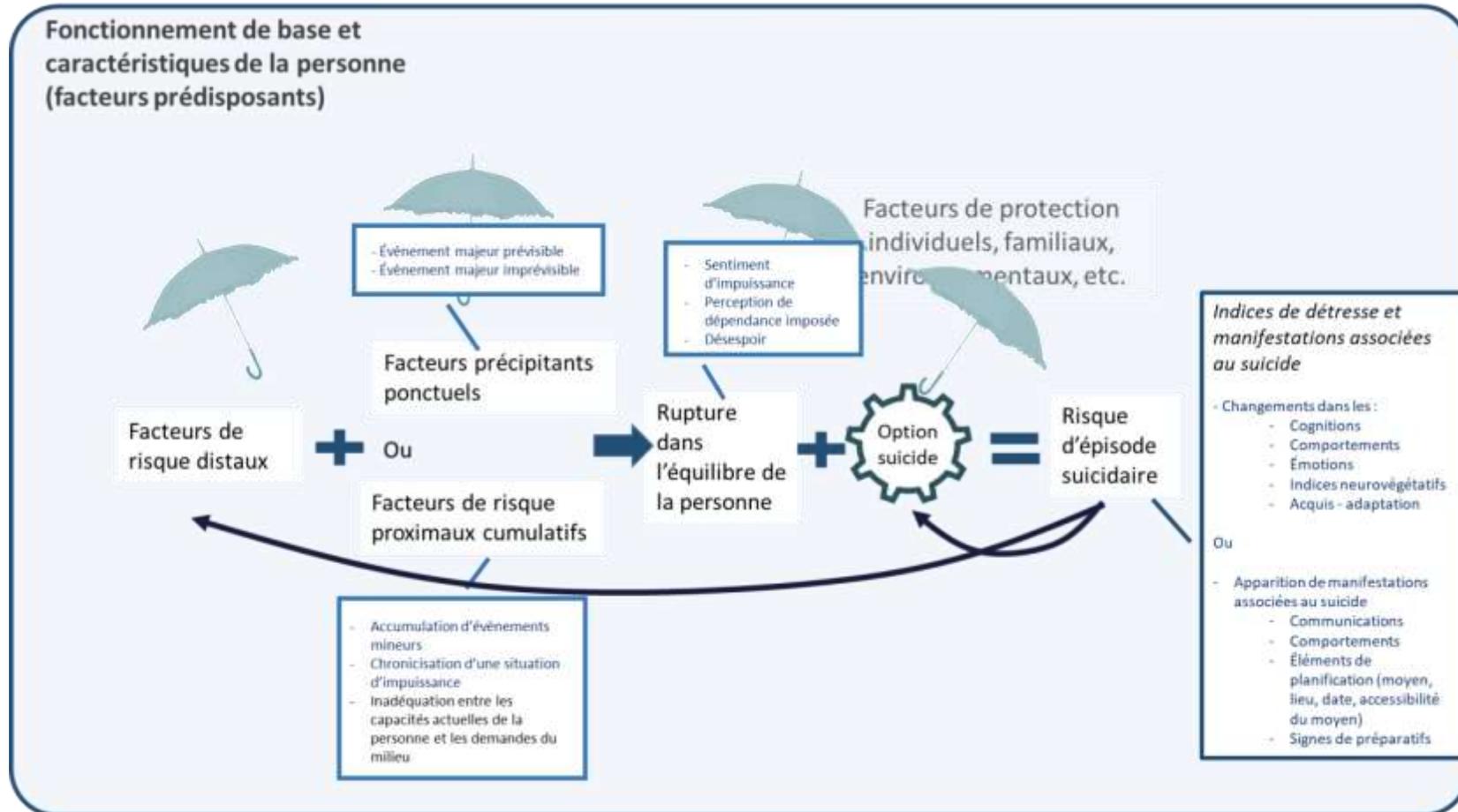


### Le modèle dynamique du suicide chez les personnes présentant une DI ou un TSA (*processus AUDIS-Modèle*)

Le modèle a été développé à partir de trois différentes sources : l'analyse de 100 dossiers clinico-administratifs d'usagers des CISSS et CIUSSS en réadaptation (suicidaires et non suicidaires), une recension des écrits sur les comportements suicidaires chez les personnes présentant une DI ou un TSA et la consultation d'experts en DI, TSA et prévention du suicide.

Ce modèle a servi de base au développement d'un outil clinique visant à soutenir les intervenants lors de l'estimation du risque suicidaire et le développement d'interventions adaptées aux besoins des personnes présentant une DI ou un TSA.

Figure 12 - Le processus AUDIS-Modèle théorique du suicide



## Le processus de soutien à la décision clinique quant au risque suicidaire (*processus AUDIS-Estimation*)

Le *processus AUDIS-Estimation* est constitué d'un ensemble d'outils conçus pour informer et soutenir la décision clinique quant au risque suicidaire.

Il a été développé de manière collaborative pour répondre, à court, moyen et long terme, aux besoins des personnes présentant une DI ou un TSA et aux besoins des milieux de la réadaptation et de l'intervention.

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

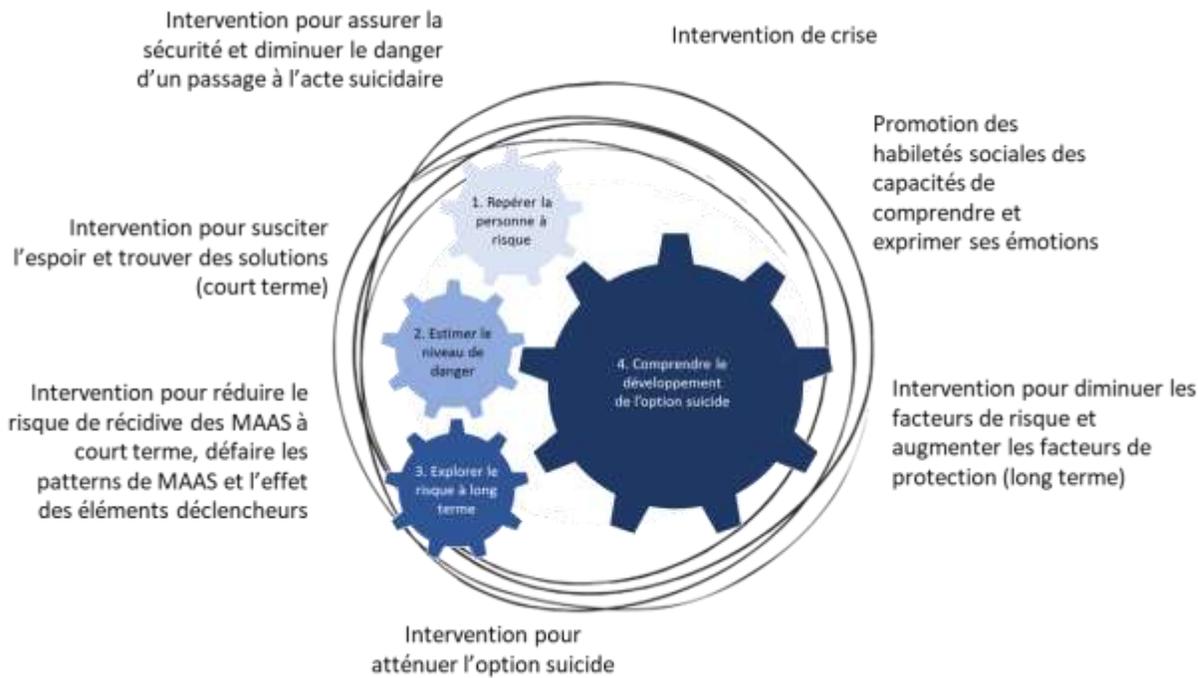
## Intervenir auprès de la personne suicidaire (*processus AUDIS-Intervention*)

De la même manière que l'évaluation du risque se déploie dans le temps, le type et l'intensité de l'intervention doivent être adaptés au moment où elle se produit (aux différentes phases de l'épisode suicidaire ou, de manière plus générale, pour adresser les composantes cognitives, affective, sociales des manifestations associées au suicide – MAAS de la personne, ainsi que ses facteurs de risque et de protection, en dehors des épisodes suicidaires).

Le *processus AUDIS-Intervention* vise à soutenir la prise de décision quant aux interventions à privilégier pour aborder ou traiter différents aspects de la suicidalité (danger, risque, facteurs de risque et de protection, option suicide, troubles mentaux, etc.) et ce, en fonction des résultats de l'estimation du risque suicidaire (par exemple, en utilisant le *processus AUDIS-Estimation*). Les interventions proposées ici ne sont pas exhaustives. Chaque intervenant peut développer ou adapter le matériel selon ses besoins et ses préférences. Il est cependant important de toujours rattacher les outils et les stratégies d'intervention retenus à un des objectifs d'intervention qui sont de réduire le danger de passage à l'acte suicidaire, diminuer la détresse et le désespoir, renforcer l'espoir et le bien-être général (Fig 3).

Les objectifs d'intervention sont définis par la littérature sur la prévention du suicide. Ils s'intègrent dans une démarche dynamique d'interaction constante entre les processus d'évaluation et d'intervention. Chaque étape du *processus AUDIS-Estimation* produit des informations utiles auxquelles correspondent des interventions spécifiques. Dans cette perspective, le processus d'estimation est au cœur du processus d'intervention, ce qu'illustre la Figure 4 par les lignes concentriques reliant les deux processus. Les objectifs d'intervention se déploient depuis les interventions d'urgence jusqu'au soutien clinique à long terme et reflètent l'étalement des interventions de prévention du suicide dans le temps.

Figure 13 - Le processus AUDIS-Intervention



Deux grands domaines d'intervention sont identifiés dans le *processus AUDIS-Intervention* : les interventions qui ciblent directement les composantes associées aux MAAS et celles qui ciblent les facteurs de risque et de protection.

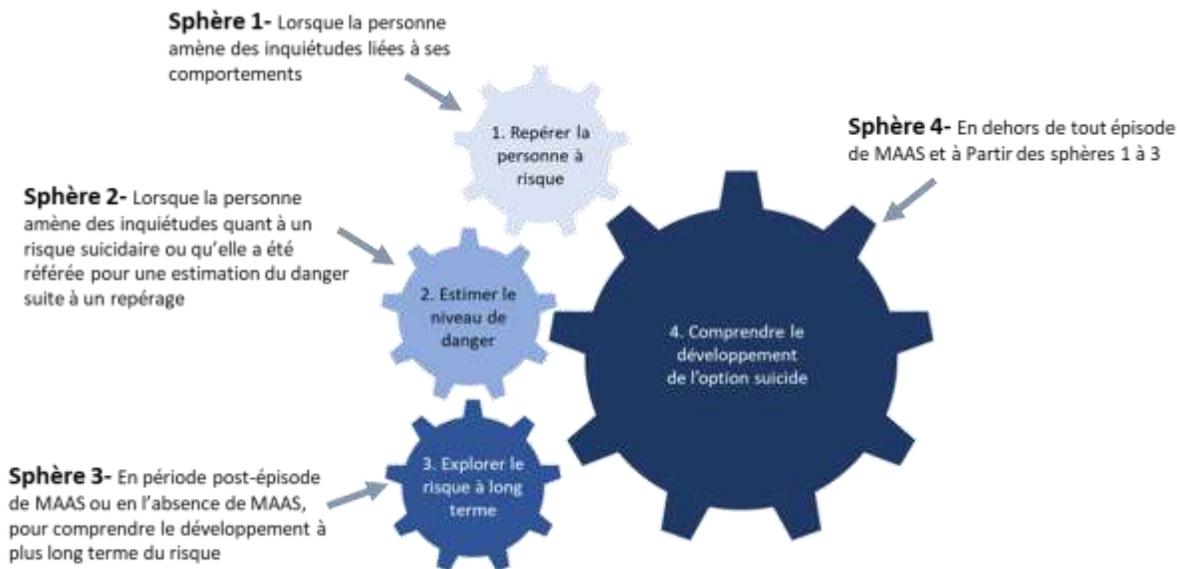
Les interventions ciblant les composantes associées aux MAAS visent à : assurer la sécurité et à diminuer le danger; susciter l'espoir et trouver des solutions; réduire le risque de récurrence et défaire les patterns de MAAS; atténuer l'option suicide. Ces interventions sont spécifiques, développées à partir des meilleures pratiques en prévention du suicide et adaptées aux caractéristiques et particularités des personnes présentant une DI ou un TSA.

Le deuxième ensemble d'interventions cible les facteurs de risque plus distaux associés au suicide. Ces interventions sont basées sur les meilleures pratiques cliniques en DI et TSA et sont disponibles dans les milieux d'intervention spécialisé. Plus particulièrement, ces interventions visent à diminuer les facteurs de risque et à augmenter les facteurs de protection, promouvoir et renforcer les habiletés sociales et les mécanismes d'adaptation. Cette seconde catégorie d'interventions est déjà largement utilisée auprès des personnes ayant une DI ou un TSA et ne nécessite pas d'adaptation spécifique pour la prévention du suicide. Par contre, l'utilité de ces interventions cliniques à long terme en matière de prévention du suicide est soulignée dans le présent cahier.

## Objectifs du processus AUDIS – Estimation

Le *processus AUDIS – Estimation* vise à soutenir les décisions cliniques d'estimation du danger suicidaire à court terme et du risque à long terme, à orienter les décisions quant aux interventions lors de l'épisode suicidaire et pour réduire le risque à plus long terme et à documenter les épisodes suicidaires, à effectuer l'analyse des facteurs de risque et de protection et identifier les interventions faites pour le suivi clinique. Ses quatre sphères sont utilisées pour des objectifs plus spécifiques :

Figure 14 - processus AUDIS-Estimation



Ces sphères peuvent être utilisées ensemble ou à différents moments dans le temps en fonction du processus suicidaire de la personne et de la disponibilité des ressources cliniques et des sources d'information.

### Consignes générales d'utilisation du processus AUDIS – Estimation

Le processus AUDIS-Estimation ne remplace pas le jugement clinique, il le complète et le soutient. Il constitue un cadre pour identifier les informations pertinentes et orienter la décision clinique sur le niveau de danger, le type de risque et les interventions nécessaires. Il constitue un moyen de conserver les informations et connaissances acquises lors de la gestion d'épisodes de MAAS pour transférer l'information, travailler en équipe, mettre en place des plans d'action (PA) et plans d'intervention (PI) visant à limiter le risque de récurrence et réduire la détresse des personnes suicidaires.

Le processus AUDIS-Estimation n'est pas une grille standardisée produisant un score de danger, un remplacement à l'expertise et au jugement clinique ni un formulaire à remplir après coup pour compiler une information inutile à l'intervention.

L'estimation du danger (sphères 1 et 2) est une première étape essentielle du processus d'évaluation des MAAS, mais l'estimation dans son ensemble ne doit pas s'arrêter là. L'évaluation du risque à long terme (sphère 3) et de l'option suicide (sphère 4) sont essentielles à la compréhension de la production du risque et à l'identification des interventions de prévention des épisodes suicidaires.

L'estimation du risque suicidaire est un processus collaboratif impliquant les personnes et professionnels qui connaissent bien l'utilisateur et les professionnels qui connaissent bien le processus d'estimation.

Dans ce contexte, la question de la validité des réponses de la personne se pose souvent. Quand une personne dit qu'elle veut se tuer, qu'est-ce qu'une réponse valide? Que sont des propos valides? Le processus AUDIS-Estimation tente de répondre à ces préoccupations à travers différentes méthodes. La triangulation des sources d'information aide à valider l'information (proche, intervenant, personne). De plus, combiner les stratégies peut renforcer la qualité des informations (observer et questionner). Questionner autrui par rapport aux comportements de la personne et aux changements observés dans le fonctionnement de la personne dans un court laps de temps est une bonne stratégie, mais elle ne doit pas être utilisée seule, les proches ayant souvent une perception biaisée des émotions de la personne. Bien connaître les styles de fonctionnement habituels de la personne est un atout important puisque les MAAS représentent le plus souvent un

changement par rapport à ce fonctionnement. Enfin, le *processus AUDIS-Estimation* indique les éléments à explorer afin d'établir la nature et l'ampleur du danger et du risque suicidaire. L'exploration peut se faire par différents moyens (questions directes, ouvertes ou fermées, observation, utilisation de pictogrammes, questionnement de l'entourage, etc). Diverses stratégies d'exploration sont présentées en annexe 1.

Le *processus AUDIS-Estimation* peut donc s'utiliser avec toutes les personnes ayant une DI ou un TSA pour lesquelles les intervenants ou les proches éprouvent une inquiétude quant à la présence de MAAS. La manière d'aborder les thèmes varie en fonction des capacités cognitives et communicationnelles de la personne.

Puisqu'il a été construit en lien avec les pratiques existantes d'évaluation, dans sa structure et son processus d'utilisation, il se rapproche donc particulièrement de l'analyse fonctionnelle du comportement couramment utilisée dans les milieux de la réadaptation.

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

La prise de note dans les documents associés au *processus AUDIS-Estimation* peut être faite après l'intervention pour conserver une trace transmissible de ce qui s'est produit. Il est évident que la prise de note n'est pas faite durant un épisode suicidaire aigu, durant une intervention d'urgence ou de crise. Les outils du *processus AUDIS-Estimation* sont avant tout un guide pour se souvenir des points pertinents à explorer avec la personne pour estimer le danger (lorsqu'il n'est pas clairement faible ou élevé) et évaluer le risque (lors des interventions habituelles, donc dans un contexte calme). Nombre des informations utilisées dans le *processus AUDIS – Estimation* sont déjà disponibles dans le dossier de la personne ou auprès des intervenants et proches. Il est possible de se référer à la prise des notes évolutives dans le *processus AUDIS-Estimation*, afin de ne pas recopier les notes prise ailleurs.

### Déploiement du *processus AUDIS- Estimation*

Le *processus AUDIS – Estimation* comprend 4 sphères complémentaires d'évaluation pouvant s'effectuer à différents moments dans le temps selon les besoins des personnes et des intervenants. La figure 5 décrit la manière dont ce processus interdépendant se déploie en étapes successives pour ensuite donner une vue d'ensemble évolutive de la suicidalité de la personne, sur laquelle se base ensuite l'intervention.

Le *processus AUDIS – Estimation* s'inscrit dans un processus d'intervention. À chaque étape d'estimation correspond une étape d'intervention. La figure 6 illustre l'interaction entre les deux et décrit l'influence que doit avoir l'estimation (repérage, estimation du danger, évaluation du risque, option suicide) sur les stratégies d'intervention.

Figure 15 - Interdépendance des 4 sphères d'estimation

Le Processus AUDIS – Estimation est un processus de soutien au jugement clinique abordant l'estimation du risque suicidaire sous 4 angles complémentaires et interdépendants

Les 4 étapes du processus (sphères) s'abordent avec et sans la personnes dans le cadre des épisodes suicidaires et dans le cadre des suivis et interventions habituelles en fonction des besoins

La synthèse de ces 4 étapes (sphères) permet, dans un processus interdépendant et cyclique mené en équipe, de comprendre les épisodes suicidaires, les facteurs associés et de déterminer les plans d'action et d'intervention à mettre en place pour diminuer le risque suicidaire

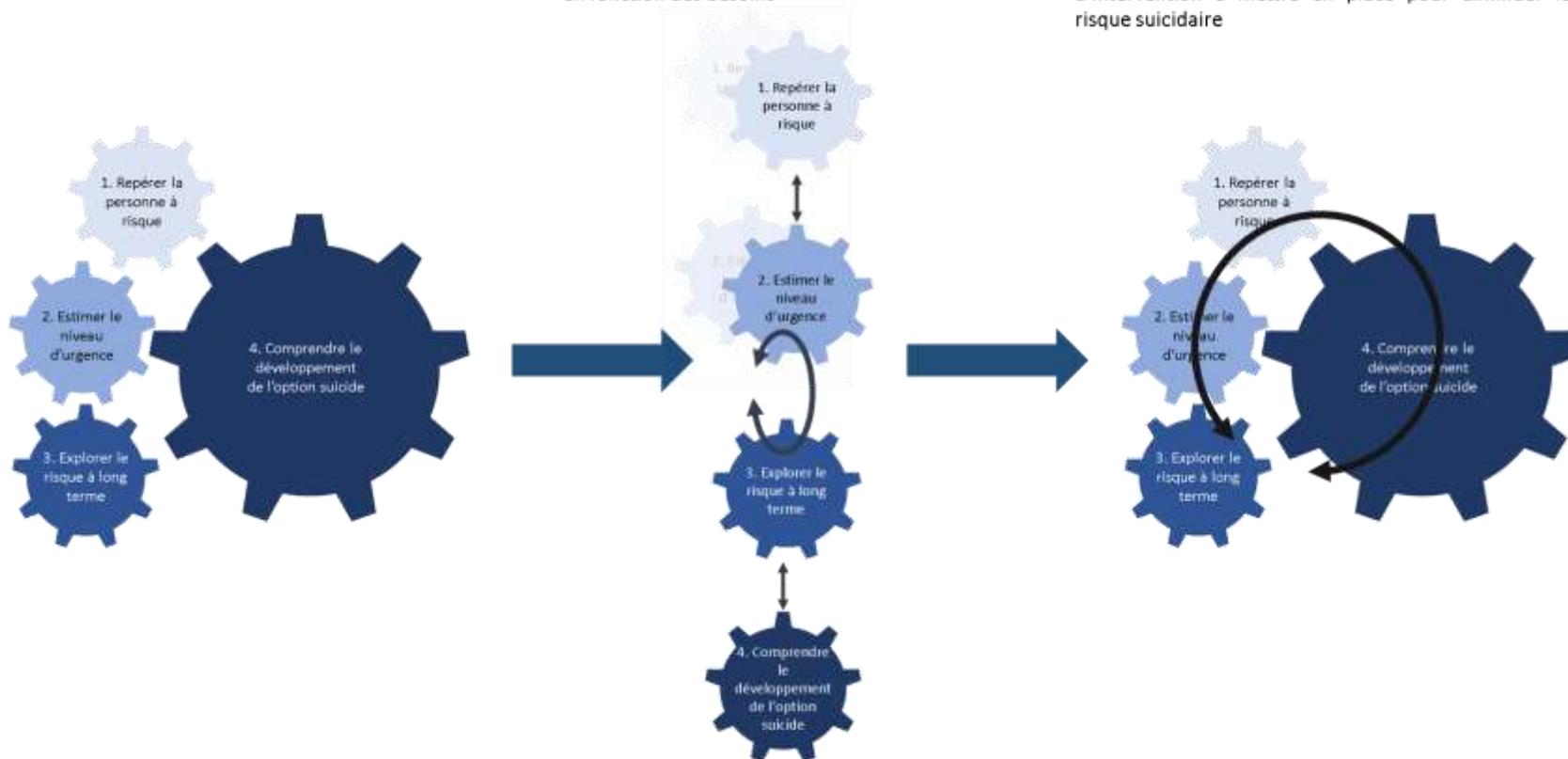
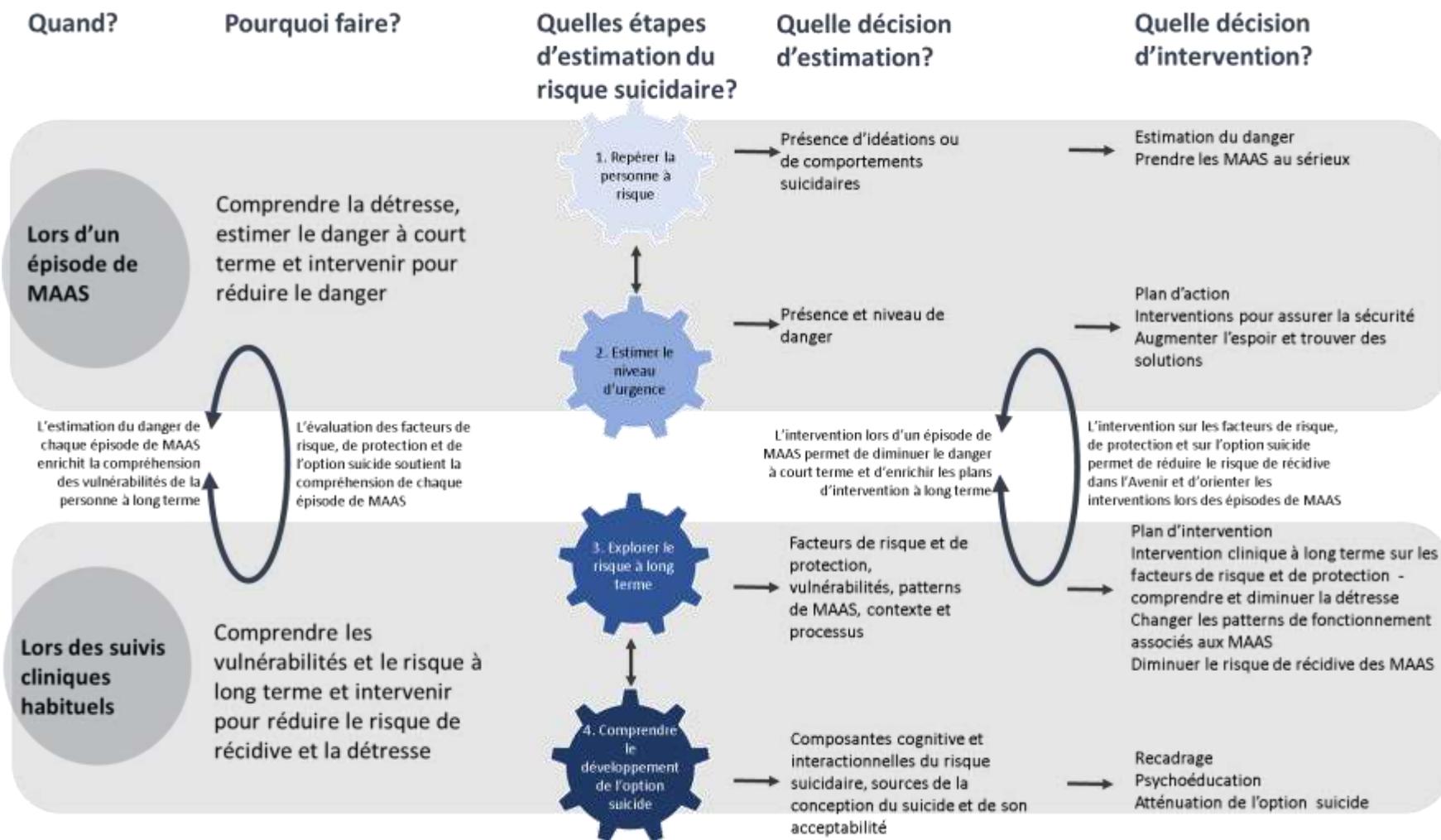


Figure 16 - Interaction entre estimation et intervention



## Consignes spécifiques aux 4 sphères du processus de soutien au jugement clinique d'estimation du risque suicidaire chez les personnes présentant un DI ou un TSA

Chaque sphère peut être utilisée indépendamment des autres en fonction des moments, des besoins et des conditions de la personne. Elles sont toutes bâties sur le même modèle dans le *processus AUDIS-Estimation* (tableau 1):

- Colonne 1 : schéma structurel du processus et place de la sphère dans le *processus AUDIS – Estimation*.
- Colonne 2 – 3 : Domaines et types d'informations à recueillir pour compléter l'analyse de la sphère (repérage / danger / risque / option suicide).
- Colonne 4 : Information recueillie auprès de / pour la personne.
- Colonne 5 : Analyse et décision concernant l'estimation du repérage, du danger, du risque ou de l'option suicide selon la sphère dans laquelle on se situe.
- Colonne 6 : Analyse et décision concernant les interventions à mettre en place suite au repérage, à l'estimation du danger, à l'évaluation du risque et à la compréhension de la structure de l'option suicide selon la sphère dans laquelle on se situe.

**Tableau 70 - Structure générale de chaque sphère d'estimation**

1	2	3	4	5	6
	Domaines	Information – Indicateurs (description)	Information recueillie	Décision prise suite au processus d'estimation	Décision d'intervention
<b>Instructions d'utilisation du processus AUDIS - Estimation</b>			<b>Prise de notes pour l'analyse des MAAS de l'utilisateur, analyse et décision sur les résultats de l'estimation ainsi que sur les actions et interventions à mettre en place</b>		

Les pages suivantes décrivent les instructions individuelles de chaque sphère du *processus AUDIS – Estimation*



Sphère 1 – repérage et recueil d’information sur les manifestations associées au suicide (MAAS) – à explorer lors de chaque épisode suspecté de MAAS

<p><b>1. Repérer la personne à risque</b></p> <p>2. L'évaluer le danger à court terme</p> <p>3. Comprendre le danger à long terme</p> <p>4. Comprendre le développement de l'épisode</p> <p><b>Quand?</b> Lorsqu'un individu inquiet et qu'il n'est pas clairement en train de vivre un épisode de MAAS. Si les propos ou comportements suicidaires sont clairs, le repérage est fait.  <b>Qui?</b> Toute personne en contact direct avec l'individu et qui s'inquiète de ses comportements, propos ou cognitions à partir d'observations et de questionnements de l'individu  <b>Pourquoi?</b> Pour identifier la présence de MAAS et référer à une estimation complète du danger (Sphères 1 et 2 complètes)</p>	<p>Cette sphère permet d’identifier la présence d’idées suicidaires et le danger à très court terme et ne peut être utilisée pour catégoriser une personne comme suicidaire ou non suicidaire à moyen ou long terme. L’information recueillie ici s’intègre dans le processus de compréhension du danger à court terme.</p> <p>Le repérage est complet lorsque des verbalisations ou des comportements suicidaires sont clairement identifiés chez la personne. Donc, une exploration détaillée est inutile lorsque la personne dit clairement et directement qu’elle veut se tuer ou lorsqu’une personne est en tentative de suicide ou a accès à un moyen immédiatement et indique vouloir l’utiliser.</p> <p>De plus, un repérage est inutile lorsque la personne va bien. Le repérage ne vise pas à identifier des MAAS passées, mais actuelles seulement.</p> <p>Le repérage est très utile dans les situations moins claires, lorsque la personne a des propos ambigus, fait des gestes ambigus ou vit un changement rapide dans son fonctionnement habituel. Il sert à clarifier la présence de MAAS avant d’effectuer un processus plus complet d’estimation du danger.</p> <p>Une personne qui, suite à un repérage, ne présente pas de MAAS peut tout de même être en difficulté ou en détresse. Cette détresse doit être explorée, comprise, reconnue et une intervention appropriée doit être faite</p>
---	---

Description détaillée des différents domaines d'exploration à utiliser lors du repérage, c'est-à-dire lors de l'analyse de la situation immédiate et à court terme de la personne.

Le tableau 2 décrit en détail chaque composante faisant partie de l'exploration utile au repérage des MAAS. Différentes options d'exploration de ces composantes sont suggérées en annexe 1. Cette exploration concerne la situation actuelle de la personne et vise à établir la présence de MAAS.

Tableau 71 - description des composantes de la sphère 1 - repérage

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

Les éléments identifiés par  sont utiles pour comprendre l'option suicide et sont donc facilement repérables aux différentes étapes du processus d'estimation.



## Sphère 2- Estimer le niveau de danger suicidaire - sphère à explorer lors de chaque épisode suicidaire afin d'effectuer l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

**Quand?** Lorsqu'un individu a été repéré comme ayant des MAAS  
**Qui?** Une personne formée à l'estimation du danger suicidaire à partir d'observations et de questionnements de l'individu  
**Pourquoi?** Pour estimer le niveau de danger, les facteurs de risque et de protection du passage à l'acte et les moments critiques, choisir le niveau d'intervention pour assurer la sécurité, augmenter l'espoir, réduire la détresse et trouver des solutions - **Plan d'action**

Pour compléter l'estimation lors d'un épisode suicidaire et planifier une intervention visant à assurer la sécurité si besoin, il convient de compléter les informations issues de la sphère 1 par celles issues de la sphère 2.

La sphère 2 permet de faire le point sur les éléments déclencheurs et autres facteurs proximaux importants dans l'estimation du danger d'un passage à l'acte suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA et dans le développement des idéations suicidaires au moment présent.

La sphère 2 n'est pas une grille standardisée fonctionnant sur un score et sur une pondération de facteurs de risque comme d'autres outils développés pour la population générale. Le poids relatif des différents facteurs varie en fonction du niveau de DI ou de TSA, de l'historique de vie de la personne, de ses capacités cognitives, sociales et affectives, ainsi que de son environnement de vie. Ce poids relatif est établi par l'intervenant effectuant l'estimation à partir de son jugement clinique et de sa bonne connaissance du fonctionnement habituel de la personne. La sphère 2 vise à soutenir l'exploration de facteurs associés au développement des idéations suicidaires et du danger dans le but de déployer une intervention d'intensité adéquate pour assurer la sécurité de la personne.

De plus, il est important de tenir compte du fait que la décision prise quant au danger est valable à plus ou moins court terme selon les situations. Une estimation du danger effectuée à un moment donné n'est plus valable lorsque les conditions changent pour la personne, par exemple ou après qu'une intervention ait été mise en place.

Afin de faciliter l'arrimage avec les intervenants n'utilisant pas le *processus AUDIS-Estimation*, les résultats de l'estimation du danger peuvent s'exprimer en niveaux et couleurs (vert-jaune-orange et rouge) correspondant à la grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.

Au-delà du danger à court terme de faire une tentative de suicide, les sphères 1 et 2 permettent également d'évaluer la forme et l'intensité des idéations suicidaires. Il est important de comprendre ce qui peut provoquer l'apparition d'idéations suicidaires et de mettre en place des interventions appropriées. La prévention du suicide ne se limite pas à la prévention du passage à l'acte suicidaire. La réduction des idéations et de la détresse doivent faire partie des objectifs de l'intervention.

## Description détaillée des différents domaines d'exploration à utiliser lors de l'estimation du danger

Le tableau 3 décrit en détail chaque composante faisant partie de l'exploration utile à l'estimation du danger suicidaire. Différentes options d'exploration de ces composantes sont suggérées en annexe 1. Cette exploration concerne la situation actuelle de la personne et vise à établir le niveau et l'intensité des interventions à court terme dans le cadre d'un épisode de MAAS spécifique.

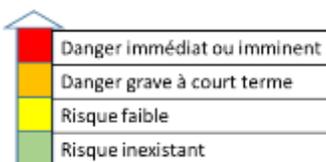
Tableau 72 - Description des composantes de la sphère 2 - estimation du danger

Domaines	Information à recueillir	Description et instructions
Facteurs proximaux pouvant augmenter le danger ou protéger dans la situation actuelle	<b>Facteurs de risque</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédents de MAAS (lesquels, quand?).</li> <li>- Comportement suicidaire ou décès, suicide ou non, dans l'entourage (moins de 1 an).</li> <li>- Niveau d'impulsivité / agressivité.</li> <li>- Troubles mentaux et troubles associés (TGC, TDAH, etc)</li> <li>- Type et niveaux de DI et TSA</li> <li>- Relations interpersonnelles négatives ou isolement.</li> <li>- Comportements de prise de risque ou de blessure.</li> <li>- État de désorganisation actuel.</li> <li>- État d'intoxication actuel.</li> <li>- Désespoir, exaspération, découragement (court, moyen terme).</li> <li>- capacité de planification (en général et du geste suicidaire).</li> </ul>	<p>Ces facteurs de risque servent à compléter l'information recueillie lors du repérage.</p> <p>Ils sont essentiels pour estimer la dangerosité et complètent l'information sur les éléments de planification suicidaire, qui sont importants mais insuffisants pour la prise de décision clinique, d'autant plus qu'avec les personnes présentant une DI ou un TSA, la planification est souvent très vague.</p> <p>Ils permettent de cibler les zones de vulnérabilité à considérer pour établir un plan d'action, assurer la sécurité, et pour le suivi à court, moyen et long terme.</p>
	<b>Facteurs de protection</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Options variées d'expression (besoins, émotions, frustrations, demande d'aide), et de résolution de problèmes.</li> <li>- Présence de soutien lors des événements prévisibles ou entraînant une augmentation du stress.</li> <li>- Raisons de vivre.</li> <li>- Ambivalence par rapport au suicide.</li> <li>- Soutien social.</li> </ul>	
Moments critiques liés à l'épisode de MAAS actuel	<b>Chronicisation d'une situation d'impuissance</b> : réactivité accrue à une situation dans laquelle la personne a un enjeu affectif, d'autonomie ou d'estime de soi.	<p>Ce type de moments critiques a été identifié dans l'étude comme étant plus souvent présents lors d'épisodes suicidaires chez des personnes présentant une DI ou un TSA. Ils peuvent être présents ou pas dans un cas particulier.</p> <p>Un moment critique observé une fois dans un épisode suicidaire ne sera peut-être pas présent lors d'un épisode subséquent.</p> <p>Des moments critiques peuvent être identifiées et anticipés en prévention.</p> <p>Il existe d'autres types de moments critiques que ceux qui sont mentionnés ici.</p>
	<b>Accumulation d'évènements (même mineurs en apparence)</b> : échecs de socialisation, entraves à la liberté, deuil ou perte d'objets.	
	<b>Évènements majeurs prévisibles</b> : Changements, événements récurrents annuels.	
	<b>Évènements affectifs majeurs imprévus</b> (deuil de personne, conflit, épisode de rejet, perte de l'adéquation entre les demandes du milieu et les capacités de la personne).	
Exigence du milieu	Inadéquation entre les capacités actuelles de la personne et les demandes du milieu.	On note ici les changements dans le fonctionnement de la personne en lien avec les exigences des milieux qu'elle fréquente : soit qu'elle n'est plus capable de faire des choses qu'elle pouvait faire auparavant, soit qu'elle s'ennuie ou se dévalorise parce que les exigences sont trop basses.
Conséquences de l'épisode de MAAS	Impact de l'épisode de MAAS sur les activités, les cognitions, l'environnement, les proches, les relations de la personne	On note ici ce qui a été changé dans la routine de vie ou dans les relations de la personne suite à l'épisode de MAAS, en positif ou négatif pour elle. Dns une perspective d'évaluation fonctionnelle du comportement, on explore ici la composante « conséquence » de la séquence ABC.

L'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire se fait à partir de l'ensemble des informations issues des sphères 1 et 2. Elle se base sur le jugement clinique des intervenants, en tenant compte des capacités de la

personne, de son niveau de collaboration pour assurer sa sécurité et des capacités de son environnement pour la protéger. Une fois la décision prise, elle peut être verbalisée à partir du code de couleurs utilisé dans la grille d'estimation de la dangerosité destinée à la population générale afin de favoriser communication et transfert d'expertise vers des milieux non spécialisés en Di et TSA (figure 7).

Figure 17 - Code de couleur applicable à l'estimation du danger



### Décision sur les mesures de sécurité en fonction du niveau de danger suicidaire estimé en fin de processus (sphères 1 et 2)

L'objectif est ici d'appliquer le niveau nécessaire de mesures pour assurer la sécurité et éviter un transport non nécessaire à l'hôpital. À titre indicatif, le tableau 4 identifie les niveaux et types d'interventions disponibles à ce stade de l'estimation, en fonction du niveau de danger (issu des travaux de SAM et AQPS). Cependant, la décision sur le niveau d'intervention doit être prise à partir du jugement clinique de l'intervenant et de préférence en équipe.

Tableau 73 - objectifs et intensité d'intervention selon le niveau de danger

	<b>Zone 1</b> - La personne ne présente pas de risque d'un passage à l'acte suicidaire dans un délai perceptible. N'a pas d'idées suicidaires	<b>Zone 2</b> - La personne présente un danger faible de passage à l'acte suicidaire dans un délai perceptible, mais a des idées suicidaires ou en a eu récemment	<b>Zone 3</b> - La personne présente un danger grave de passage à l'acte suicidaire à court terme	<b>Zone 4</b> - La personne est en train de se blesser ou est tellement agitée / agressive / perturbée, qu'elle représente un danger physique immédiat ou imminent pour elle-même ou pour autrui
Type d'intervention	Intervention pour augmenter l'espoir, réduire la détresse et les facteurs de risque à court terme et aider la personne à trouver des solutions, le temps que l'épisode suicidaire se résorbe et qu'il soit possible d'explorer le risque suicidaire à moyen / long terme (sphères 3 et 4) afin d'intégrer la suicidalité de la personne à son plan d'intervention à long terme.	Intervention pour assurer la sécurité de la personne, augmenter l'espoir, réduire la détresse et les facteurs de risque à court terme, et trouver des solutions, le temps que l'épisode suicidaire se résorbe et qu'il soit possible d'explorer le risque suicidaire à moyen / long terme (sphères 3 et 4) afin d'intégrer la suicidalité de la personne à son plan d'intervention à long terme.	Priorité : assurer immédiatement la sécurité de la personne. L'intervention pour augmenter l'espoir, réduire la détresse et les facteurs de risque à court terme, et trouver des solutions, devra se faire après que la personne ait été mise en sécurité et soit apte à poursuivre l'intervention.	

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas de nécessité d'assurer la sécurité</li> <li>▪ Établir un plan d'action avec des moyens pour que la personne se sente mieux</li> <li>▪ Faire une référence selon la problématique de l'usager</li> </ul>	<p>Obtenir la collaboration de la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enlever ou éloigner le moyen qui était envisagé</li> <li>▪ <b>et/ou</b></li> <li>▪ Voir à ce que la personne ne soit pas seule, surtout dans un moment critique</li> </ul> <p><b>Filet de sécurité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impliquer les proches significatifs</li> <li>• Informer les proches qui peuvent assurer une vigilance</li> <li>• Mettre en contact (l'usager et ses proches) avec un centre de crise ou de prévention du suicide</li> </ul> <p><b>Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer un suivi dans la semaine</li> <li>• Donner l'info (à l'usager et ses proches) sur un centre de crise ou prévention du suicide</li> <li>• Évaluer la pertinence d'une évaluation psychiatrique</li> <li>• Soutenir les proches</li> </ul>	<p>Obtenir la collaboration de la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enlever ou éloigner le moyen qui était envisagé</li> <li>▪ <b>et</b></li> <li>▪ Voir à ce que la personne ne soit pas seule à tout moment</li> </ul> <p><b>Filet de sécurité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impliquer les proches significatifs</li> <li>• Informer et outiller les proches qui peuvent assurer une vigilance</li> <li>• Mettre en contact (l'usager et ses proches) avec un centre de crise ou prévention du suicide</li> </ul> <p><b>Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer un suivi étroit (fréquence et intensité)</li> <li>• Évaluer la pertinence d'une évaluation psychiatrique</li> <li>• Soutenir les proches</li> <li>• Mettre en contact (l'usager et ses proches) avec un centre de crise ou prévention du suicide</li> </ul>	<p>Obtenir la collaboration de la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enlever ou éloigner le moyen qui était envisagé <b>et</b></li> <li>▪ Voir à ce que la personne ne soit pas seule à tout moment</li> <li>▪ L'acheminer vers le CH pour évaluation psychiatrique</li> </ul> <p><b>Si non-collaboration de la personne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transport au CH contre son gré (loi P-0038)</li> </ul> <p><b>Filet de sécurité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre hospitalier</li> <li>• Informer et outiller les proches significatifs</li> </ul> <p><b>Suivi après le congé du CH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer un suivi étroit (fréquence et intensité)</li> <li>• Soutenir les proches</li> <li>• Mettre en contact avec un centre de crise ou prévention du suicide (l'usager et ses proches)</li> </ul>
--	---	---	--

### Conclure le processus d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire

Le processus d'estimation du danger doit être conclu adéquatement. La check-list décrit dans le tableau 5 peut aider à conclure la rencontre.

Tableau 74 - Conclure la rencontre d'estimation

Vérifier avec la personne comment elle se sent par rapport à ses idées suicidaires, aux changements

<b>qu'il y a eu, au plan d'action</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Est-ce que la personne est à l'aise avec le plan d'action (qui inclut les solutions)?</li> <li>— Est-ce que la personne a la volonté de mettre en place le plan d'action (collaboration)?</li> <li>— Est-ce que la personne a la capacité de mettre en œuvre le plan d'action? Comment l'aider, qui fera quoi? Quand?</li> <li>— Quels sont les moments critiques à surveiller?</li> <li>— L'état des idées suicidaires:-</li> <li>— L'état du plan suicidaire :</li> </ul>	
<b>et</b>	
<b>Vérifier les effets potentiels d'avoir abordé les questions en lien avec les MAAS</b>	
	
<ul style="list-style-type: none"> <li>— 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.</li> <li>— Renforcer les facteurs de protection, souligner les bonnes stratégies d'adaptation, valider la demande d'aide, souligner les forces et les qualités, rappeler les raisons de vivre.</li> <li>— Indiquer que vous êtes content que la personne ne pense plus (ou moins) au suicide, que c'est une bonne chose pour elle.</li> <li>— Vérifier si certains éléments devraient aller dans le plan d'intervention à plus long terme ou dans la sphère 4</li> </ul>	

Le niveau de dangerosité de passage à l'acte suicidaire devrait être réévalué à la fin du processus d'estimation. En effet, le danger peut avoir changé durant la rencontre et il est important de garder trace de ce changement afin de pouvoir informer des interventions futures.



## Suivi post épisode suicidaire : Vérification du danger suicidaire dans les heures – jours suivant l'épisode suicidaire initial

	<p>Cette étape est souvent négligée et bien souvent les personnes présentant une DI ou un TSA ne souhaitent pas reparler d'un épisode de MAAS après que ce soit fini. Les intervenants éprouvent également une réticence à aborder de nouveau la question, souvent soucieux de provoquer une résurgence des idées suicidaires.</p> <p>Cependant, il est important d'effectuer un suivi dans un délai adéquat selon la situation, pour plusieurs raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un épisode de MAAS peut durer plus longtemps qu'il n'y paraît en surface après l'expression initiale de propos suicidaires.</li> <li>- Il y a une fluctuation naturelle à la suicidalité et au danger. Il est important de bien vérifier que l'épisode de MAAS s'est résorbé et qu'il ne s'agit pas d'une fluctuation passagère.</li> <li>- Un suivi permet d'enrichir la compréhension des conséquences de l'épisode de MAAS et son déroulement dans le temps.</li> <li>- Il permet d'ajuster le plan d'action en fonction de l'évolution de la personne et de vérifier l'efficacité des interventions effectuées dans la prise en charge de l'épisode suicidaire.</li> <li>- Faire un suivi fait partie de la démarche de « prendre au sérieux » les MAAS, en montrant à la personne qu'on tient compte de ce qui s'est passé et que c'est important.</li> </ul> <p>Le suivi se base sur les résultats de l'estimation initiale et se fait dans le cadre de discussions informelles ou d'interventions formelles avec la personne, selon les situations et besoins.</p>
--	--

**Important** : à la fin de la rencontre de suivi, il est utile de conclure la discussion à l'aide de la checklist suivante (tableau 6) :

Tableau 75 - Liste d'éléments pour clore la rencontre de suivi

<p>Vérifier avec la personne comment elle se sent par rapport à ses idées suicidaires, aux changements qu'il y a eu, au plan d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— État des idées suicidaires :</li> <li>— État du plan suicidaire :</li> <li>— Est-ce que la personne est toujours à l'aise avec les solutions et le plan d'action?</li> <li>— Ajustements qui ont été effectués au plan d'action</li> <li>— Est-ce que la personne a eu la capacité de mettre en œuvre le plan d'action? Comment cela s'est passé?</li> <li>— Est-ce que l'espoir est revenu et s'est maintenu?</li> <li>— Est-ce que la personne a la volonté de poursuivre avec le plan d'action? Comment ajuster le plan d'action à la situation actuelle?</li> <li>— Vérifier si certains éléments devraient aller dans le plan d'intervention à plus long terme.</li> </ul>
--

**et**

**Vérifier les effets potentiels d'avoir abordé les questions en lien avec les MAAS**

- Vérifier comment la personne se sent d'avoir parlé de ses MAAS. Explorer ce qui a aidé 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 les qualités, rappeler les raisons de vivre.
- Indiquer que vous êtes content que la personne ne pense plus (ou moins) au suicide, que c'est une bonne chose pour elle.

Ajustement du plan d'action en fonction du suivi :



## Sphère 3 – Explorer le risque suicidaire à long terme

<p><b>Quand?</b> En dehors de toute période de désorganisation ou d'épisode de MAAS.  <b>Qui?</b> Equipe multidisciplinaire et intervenant pivot à partir des informations recueillies auprès de l'individu, ses proches, son milieu, son dossier  <b>Pourquoi?</b> Pour identifier les vulnérabilités de la personne, ses facteurs de risque et de protection à long terme et développer des interventions visant à renforcer les facteurs de protection et réduire les facteurs de risque</p>	<p>La sphère 3 est à compléter alors que la personne n'est pas en danger immédiat.</p> <p>Elle vise à identifier les facteurs de risque plus distaux et compléter l'information recueillie dans les sphères 1 et 2 pour comprendre le processus suicidaire de la personne, prendre une décision sur le risque suicidaire à long terme (incluant le danger suicidaire d'un épisode subséquent) et déterminer les interventions pour réduire les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection.</p> <p>Cette sphère permet de recueillir de l'information en continu sur les facteurs de vulnérabilité au suicide qu'on peut modifier ou dont on peut atténuer les effets sur la personne et sur les pistes d'interventions pour réduire les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection. Les décisions prises à partir de cette information doivent être collégiales et incluses dans le plan d'intervention à long terme et les plans d'actions lors d'épisodes suicidaires subséquents. Les éléments recueillis peuvent être utilisés lors d'un suivi thérapeutique ou dans le développement des activités de la personne.</p> <p>Les facteurs prédisposants, contribuant de risque et de protection perdurent dans le temps, au-delà d'un épisode de MAAS. Lorsqu'une personne a plusieurs épisodes de MAAS, la sphère 3 s'enrichit de nouvelles informations. Lors d'un épisode subséquent de MAAS, on ne refait pas une évaluation des facteurs de risque et de protection, on complète ce qui est déjà su avec les nouvelles expériences et les effets des interventions appliquées.</p> <p>Le recueil des informations pour la sphère 3 se fait à partir de différentes sources (dossier, discussions avec différents intervenants impliqués, proches, entrevues, observations, lors de rencontres planifiées, lors des activités habituelles, etc). Il n'est pas nécessaire d'aborder la question du suicide pour explorer la plupart des facteurs de risque recensés.</p> <p>Une grande partie de l'analyse subséquente au recueil des données de cette sphère se fait sur le modèle de l'évaluation fonctionnelle du comportement. Elle peut être faite dans les grilles issues du <i>processus AUDIS – Estimation</i> ou directement dans les grilles d'analyse fonctionnelle du comportement utilisée dans le milieu, au choix des intervenants. Elle s'intègre également dans les plans d'analyse multimodale (PAM).</p> <p>La sphère 3 comprend deux grandes sections :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les facteurs de risque et de protection qui peuvent sous-tendre le développement du risque suicidaire à long terme et sur lesquels construire une intervention psychosociale et psychiatrique (plans d'intervention, activités de développement des habiletés)</li> <li>- Les patterns des MAAS, si la personne semble susceptible de vivre plusieurs épisodes. Cette analyse s'intègre dans l'approche d'analyse fonctionnelle et les PAM</li> </ul>
---	---

Description détaillée des différents domaines d'exploration à utiliser lors de l'évaluation des facteurs de risque, de protection et des processus en jeu dans la suicidalité de la personne

Le tableau 7 décrit en détail chaque composante faisant partie de l'exploration utile à l'évaluation du risque suicidaire à plus long terme. Cette exploration concerne les facteurs distaux et l'analyse des différents épisodes de MAAS dans une perspective longitudinale et vise à établir le niveau et l'intensité des interventions à long terme dans le but de réduire la détresse et limiter le risque de récurrence des MAAS.

Tableau 76 - Description des composantes de la sphère 3 - Évaluation du risque à long terme

Domaine		Information à recueillir	Description et instruction
Risque et protection	Facteurs de risque prédisposants	individuels	Rigidité cognitive, faible capacité d'adaptation, affect généralement anxieux, humeur instable, problèmes d'attachement, histoire de consommation de substances, troubles de santé mentale, type et niveaux de DI ou TSA, Troubles associés (TDAH, TGC, etc.)
		Environnementaux	Historique de vécu ou d'évènements marquants ou traumatiques incluant négligence, abandon, abus, agression, intimidation, dysfonctions familiales, difficultés dans le cheminement scolaire.
	Facteurs de risque contributifs	individuels	Sentiment d'être limité / dépendant, perception de soi comme étant anormal, méconnaissance du diagnostic, faible estime de soi, consommation de substances, impulsivité.
		Environnementaux	Structure inadéquate des occupations, problèmes de suivi en santé mentale, relations difficiles avec les proches, isolement / rejet, intégration sociale inadéquate, difficultés avec le projet de vie, milieu limitant les opportunités d'autodétermination.
	Facteurs ayant précipité des crises précédentes	individuels	Aggravation de troubles mentaux, consommation de substances actuelle, tout élément qui agit comme la goutte fait déborder le vase (déclencheur).
		Environnementaux	Tout élément qui agit comme la goutte fait déborder le vase (déclencheur) qui arrive de l'extérieur : mauvaise nouvelle, perte, etc.
Facteurs de protection	individuels	Capacité de se calmer rapidement, capacité d'identification des solutions et d'adaptation, sentiment de contrôle sur sa vie, présence de raisons de vivre. Capacité d'exprimer ses émotions et ses besoins.	
	Environnementaux	Adéquation entre les demandes du milieu et les capacités de la personne, intégration sociale adaptée, présence de personnes assurant la sécurité, présence de sources de satisfaction, connaissance et acceptation du diagnostic par l'entourage, présence de liens de confiance.	
Comprendre les patterns et fonctions, risque de répétition et chronification	Moments critiques recensés dans tous les épisodes de MAAS vécus par la personne et conséquences		Périodes difficiles vécues entre les rencontres de suivis et moments possiblement critiques prévisibles qui demandent la mise en place d'un filet de sécurité. L'identification des moments critiques se fait par l'observation des réactions de la personne dans son environnement et la consultation avec ses proches et les intervenants qui la côtoient.  <b>S'il n'y a qu'un épisode, ce n'est pas nécessaire de reprendre l'information ici. Cette section vise à comprendre les patterns sur plusieurs épisodes</b>
	Présence de MAAS antérieures et synthèse des différents épisodes vécus par la personne		Analyses basées sur l'évaluation fonctionnelle du comportement, en décrivant le pattern des MAAS, si un émerge de l'observation de plusieurs épisodes de MAAS.  Déclencheurs identifiés (plus que le déclencheur lui-même, indiquer sa catégorie) : Type de MAAS et structure d'escalade des MAAS (comportements précurseurs, mots utilisés, comportements, moyens, rituels, etc) : Conséquences immédiates (incluant les comportements des personnes proches, des autres usagers, des intervenants, les interventions d'urgences, consultations médicales ou avec un estimateur, les changements dans les attentes ou dans la routine, etc) :  <b>Ici encore, s'il n'y a qu'un épisode, ce n'est pas nécessaire de reprendre l'information ici. Cette section vise à comprendre les patterns sur plusieurs épisodes</b>
	Comprendre la fonction des MAAS en examinant un ou plusieurs épisodes de MAAS (Plan d'analyse multimodale)		

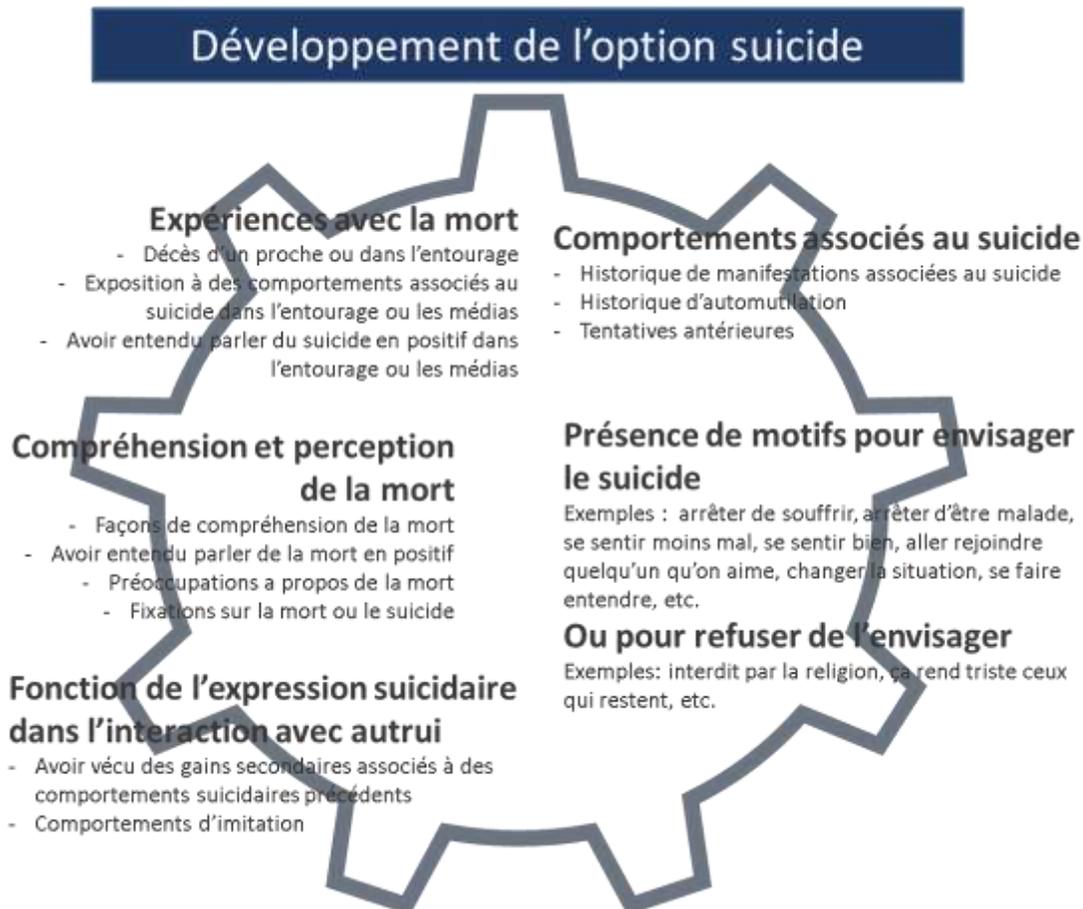


## Sphère 4 - Comprendre le développement de l'option suicide



La figure 8 décrit les composantes de l'option suicide qui peuvent être explorées afin de comprendre les cognitions et interactions sociales impliquées dans le développement des MAAS de la personne et identifier des interventions adaptées visant à les réduire.

Figure 18 - Développement de l'option suicide



## Annexe - Recueillir l'information auprès d'un usager sur la présence d'idées suicidaires

Cette section rassemble quelques suggestions pour aborder les questions en lien avec l'exploration de la suicidalité avec les personnes présentant une DI ou un TSA, de façon verbale directe, indirecte, utilisant des pictogrammes et des dessins, des propositions de scénarios sociaux ou des suggestions d'activités variées. Il est important également de varier les sources d'information et de ne pas négliger l'observation directe de la personne et son comportement, son attitude, ses expressions corporelles et d'émotions, ainsi que des changements perceptibles dans ces expressions.

Il est également important de tenir compte du fait qu'il est préférable de chercher à clarifier une information ambiguë de façon à prendre une décision éclairée, même si cela peut être stressant a priori.

### Approches pour obtenir l'information nécessaire auprès d'usagers présentant des MAAS

Différentes approches peuvent être utilisées pour explorer les MAAS chez les personnes présentant une DI ou un TSA, même chez les personnes dont le moyen de communication principal est verbal.

- Questions directes
- Questions indirectes
- Utilisation de supports visuels
- Observation
- Activités

### Attitude de l'intervenant face à l'usager

Une attitude bienveillante, chaleureuse, rassurante, patiente, accueillante est essentielle. L'accueil et l'établissement d'une relation de confiance sont essentiels. Montrer qu'on est disponible pour entendre et comprendre est crucial.

Par contre, dans le même temps, il est important d'être assez directif avec la personne (« *C'est important, on va s'asseoir et prendre le temps d'en parler.* »).

Il faut aussi pouvoir s'adapter au niveau émotionnel de la personne, en tenant compte de sa compréhension de ses émotions et de son niveau de désorganisation.

Ces éléments font en sorte qu'un intervenant familier, avec lequel la personne a un bon contact est la personne idéale pour faire l'estimation. Cela peut signifier que la rencontre se fait à deux personnes, le spécialiste en estimation et le spécialiste de la personne.

### Validation de la demande d'aide

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

### Conditions facilitant l'exploration des MAAS

Nous avons pu identifier quelques conditions facilitantes, comme :

- Tenir compte des capacités cognitives et sociales de la personne tout en posant des questions univoques. Adapter le niveau de langage au niveau de compréhension de la personne
- Partir de ce que la personne dit / comprend, sans mettre de mots dans sa bouche, surtout pas au début. Noter les termes utilisés par la personne pour parler de sa détresse et de ses MAAS, puis les réutiliser (ex : *Quand tu* (terme utilisé par la personne), *viens me le dire*).

- Utiliser un ton neutre dans les questions.
- Porter attention au non-verbal (celui de l'intervenant et celui de l'utilisateur). Partir du discours de la personne, de ses mots à elle, si vous reformulez, utiliser des termes simples.
- Rassurer la personne qu'on ne vise pas à la punir, mais à comprendre pour mieux l'aider.
- Rester ouvert afin bien comprendre sans faire dévier la pensée de la personne par trop de questions.
- Tolérer les silences, être patient.
- Encourager l'expression de la souffrance qui amène les idées suicidaires, écouter l'histoire de la personne selon sa perception, quelle que soit votre analyse de la situation.
- Pour les personnes ayant de la difficulté dans l'expression verbale et la compréhension, utiliser les moyens de communication qui lui sont familiers.

### Exemples

- Choisir petits bonhommes sourires (émoticons) pour identifier ses émotions : en faire choisir un au début de l'intervention et un à la fin pour vérifier la progression.
- Utiliser une échelle de 1 à 5, au début et à la fin de l'intervention, sur comment l'utilisateur se sent, ou selon ses capacités, sur le danger qu'il représente pour lui-même (ou pour les autres).
- Faire choisir parmi une série d'images pour aider à exprimer les sentiments actuels et les pensées, images joyeuses et tristes, calmes et en colère, images de jeux, vacances, croix, église, tombes, jolis parcs, animaux, repas, nourriture, crème glacée, etc. Les utiliser pour explorer la souffrance, les idées suicidaires ou de mort, les désirs et les souhaits.

### À éviter

- Éviter de mettre des mots dans sa bouche.
- Éviter de transmettre une impression de suggestion (ex : *As-tu pensé au suicide pour arrêter de souffrir?*) ou de désapprobation des idées suicidaires (ex : *J'espère que tu ne penses pas au suicide*)
- Éviter d'induire les réponses (ex : *Est-ce que tu as caché ce couteau pour te tuer?*)
- Éviter de couper le fil de pensée de la personne en posant trop de questions.
- Prendre soin de ne pas trop orienter les questions avec des interprétations. La personne peut avoir des difficultés à retrouver ce qu'elle voulait dire.
- Éviter la stigmatisation et la culpabilisation (ex : *As-tu pensé à la peine que tu ferais si tu te suicidais?*).
- Éviter les questions sur l'intention suicidaire : ce n'est pas un indicateur fiable de risque et ça peut changer très vite.
- Éviter de donner des passe-droits à cause des MAAS, ou à l'inverse, priver un usager d'une activité lorsqu'il a eu des MAAS. Cela pourrait être perçu par lui comme une punition et nuire à l'expression de ses besoins dans le futur.

### Collaboration de la personne

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

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

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

L'approche et l'établissement d'un contexte favorable sont alors importants pour la confiance et l'acceptation de parler de l'épisode suicidaire.

### Retour sur la situation ou suivi

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

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

### Obtenir des informations sur la présence de MAAS lors de l'estimation du danger

Cette section donne quelques options et suggestions pour explorer les pensées suicidaires avec les personnes présentant une DI ou un TSA. Ce sont des options que chacun peut adapter selon ses besoins.

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

- L'usager a présenté des communications suicidaires directes

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

- L'usager n'a pas présenté de communications suicidaires évidentes ou directes

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

Rassurer l'usager : quand on pense à quelque chose, ça ne veut pas dire qu'on va le faire.

L'exploration de la présence des MAAS se fait dans un dialogue continu.

### Utilisation de vignettes

Chaque vignette peut aborder un aspect des MAAS.

Ex : Pensées suicidaires		
Image	Texte : (Alex) est très frustré. Il/elle ne sait plus quoi faire pour que ça change. Il/elle voudrait mourir pour arrêter d'être frustré. Il/elle pense à trouver une façon de se tuer.	Questions : <ul style="list-style-type: none"><li>- Te sens-tu comme (Alex)?</li><li>- Quelles sont les pensées que tu as?</li><li>- Pourquoi tu te sens comme (Alex)?</li><li>- Pourquoi tu te sens pas pareil que (Alex)?</li><li>- Est-ce que tu te sens encore comme ça?</li></ul>

Ex : planification	
<p>Image</p>  <p>Texte : (Alex) pense à mourir, comme toi. Il/elle a trouvé un moyen pour se tuer (ou se faire du mal)</p>	<p>Question :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As-tu aussi pensé à une façon de te tuer / te faire du mal, comme (Alex)?</li> <li>- Et toi, à quel moyen as-tu pensé pour te tuer ou te faire du mal?</li> <li>- Penses-tu que tu vas mourir si tu fais ça?</li> <li>- Qu'est-ce qui t'a fait penser à ça?</li> </ul>

Ex : tentative de suicide	
<p>Image</p> <p>Texte : (Alex) est très triste. Il/elle est tellement triste qu'il/elle a essayé de se faire du mal, de se tuer.</p>	<p>Questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Te sens-tu comme (Alex)?</li> <li>- As-tu essayé de te tuer ou de te faire du mal?</li> <li>- Comment as-tu fait?</li> <li>- Pensais-tu que tu allais mourir en faisant ...?</li> <li>- As-tu envie de recommencer?</li> <li>- Pourquoi recommencerais-tu?</li> </ul>

### Utilisation de choix de réponses

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

Ex : exploration de l'objectif
<p>Quand tu as fait (description du geste suicidaire), que souhaitais-tu qu'il arrive?</p> <p>Souhaitais-tu mourir?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="background-color: #4CAF50; color: white; border-radius: 10px; padding: 10px 20px; text-align: center;">Oui</div> <div style="background-color: #FFC107; color: black; border-radius: 10px; padding: 10px 20px; text-align: center;">Je ne sais pas</div> <div style="background-color: #F44336; color: white; border-radius: 10px; padding: 10px 20px; text-align: center;">Non</div> </div> <p>Qu'est-ce que tu voulais?</p> <p><i>Appuyer la réponse avec la série d'images</i></p>

Ex : explorer les idéations
<p>Est-ce que tu penses parfois à être mort? Et maintenant?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="background-color: #4CAF50; color: white; border-radius: 10px; padding: 10px 20px; text-align: center;">Oui</div> <div style="background-color: #FFC107; color: black; border-radius: 10px; padding: 10px 20px; text-align: center;">Je ne sais pas</div> <div style="background-color: #F44336; color: white; border-radius: 10px; padding: 10px 20px; text-align: center;">Non</div> </div> <p>Comment ça pourrait arriver que tu sois mort?</p> <p>Qu'est qu'il arriverait si tu étais mort? Ça serait comment?</p> <p><i>Utiliser le dessin ou bien la série d'images pour soutenir la réponse.</i></p>

Ex : explorer l'ambivalence

Es-tu content d'être en vie en ce moment?

Oui Je ne sais pas Non

Es-tu fâché d'être en vie en ce moment?

Oui Je ne sais pas Non

Tu as essayé de te tuer et tu es en vie maintenant. Comment tu te sens d'être en vie?

Utiliser la série de bonhommes sourires pour illustrer la réponse



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

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

Exemples :

« Je voudrais que nous discussions de ce qui s'est passé, parce que je veux comprendre pour t'aider mieux si tu te sens de nouveau mal comme quand tu as (reprendre une brève description de l'évènement) »

S'asseoir avec la personne et faire un dessin

« C'est difficile et si tu n'arrives pas ce n'est pas grave, mais peux-tu dessiner comment tu te sentais quand... »

« Dessine ce que tu faisais quand tu étais fâché, triste... »

« Moi, je vais dessiner ce que je comprends que tu me racontes. Tu me diras si je me trompe »

« Montre-moi comment ça se passe dans ton corps quand tu te sens mal et que tu veux mourir »

« Montre-moi comment tu veux faire pour te faire du mal ou te tuer »

« Quand tu as mis un couteau dans ta chambre, c'était pourquoi? Tu voulais qu'il arrive quoi? Que voulais-tu faire avec ce couteau? »

## Suggestions de questions directes et indirectes

Recueillir l'information auprès d'un usager sur la présence d'idées suicidaires		
	<u>L'usager a présenté des communications suicidaires directes</u>	<u>L'usager n'a pas présenté de communications suicidaires évidentes ou directes</u>
Champ d'exploration	Intervention	
Expression de la détresse et des pensées	Utiliser des gestes, des images représentant les émotions et d'autres pictogrammes familiers à l'usager qui représentent son environnement pour l'amener à exprimer sa détresse, sa souffrance, les choses qui créent son malaise du moment, ses souhaits, ses désirs.	
Reconnaissance, validation et acceptation la détresse, quelle que soit sa forme d'expression (frustration, colère, agressivité, pleurs, tristesse, etc.)	Je vois que tu en as gros sur le cœur. Tu as dit (...), tu as fait (...). D'habitude tu fais ça quand ça ne va pas bien. Est-ce que c'est bien ça? C'est correct, il faut que ça sorte. Je t'écoute.	
Recherche d'indices de présence pensées suicidaires et exploration des pensées suicidaires.	Tu as dit à (...) que tu voulais (te tuer, mourir, etc.), est-ce que ça veut dire que tu penses (au suicide, à t'enlever la vie? Quand tu penses à mourir, c'est comment? Comment ça se passe dans ta tête? (question ouverte, exploration) Veux-tu dire que tu penses à te tuer? (question fermée) Quand tu penses à mourir c'est comment? Qu'est-ce que tu penses faire? Vérifier la planification en faisant raconter : raconte-moi comment c'est quand tu penses à t'enlever la vie, quelles sont les idées que tu as? Où est-ce que tu as trouvé ces idées (option suicide)? Quoi d'autre, continue. - Quand la réponse est oui, vérifier la planification directement.	Question de normalisation : Ça peut arriver parfois que des personnes qui vivent [nommer la situation difficile vécue par l'usager]. pensent à se tuer. Est-ce que toi tu y penses? Y as-tu déjà pensé avant? Quand on se sent très mal comme tu te sens maintenant, on peut avoir toutes sortes d'idées dans la tête, je comprends ça. Des fois on peut avoir envie de faire du mal quand on est en colère ou qu'on a de la peine. Des fois on a envie de se faire du mal. C'est des idées que des personnes peuvent avoir quand ça va trop mal. Tu peux m'en parler. Est-ce que tu as tellement mal que tu penses à mourir? T'enlever la vie? (question fermée). Quand tu te sens (refléter), t'arrive-t-il parfois de penser à mourir? Je vois que tu te sens très mal – mêlé – perdu – découragé – etc. J'aimerais beaucoup savoir comment tu te sens en dedans, quelles idées tu as quand tu te sens comme ça (exploration de la souffrance et des idées suicidaires). Est-ce que tu te sens tellement frustré – en colère – triste – fâché – que tu aurais envie de mourir – disparaître – te tuer?
Validation des éléments	J'ai remarqué que tu n'as pas l'air d'avoir du	J'ai remarqué que tu n'as pas l'air d'avoir du plaisir à (faire

observés	plaisir à (faire telle activité) comme avant, tu as dit que la vie ne vaut pas la peine, tu n'as pas l'air de te sentir bien, j'aimerais vérifier des choses avec toi. Quand tu dis que la vie ne vaut pas la peine, tu veux dire quoi au juste? Veux-tu dire que tu penses à mourir? Est-ce que tu veux dire que tu penses à te tuer?	telle activité) comme avant, tu n'as pas l'air de te sentir bien, j'aimerais vérifier des choses avec toi. Ça arrive parfois que quand ça ne va pas bien, des personnes pensent à mourir. Toi, est-ce que tu y penses?
Inclusion des éléments de validation de la compréhension du discours et du comportement de la personne. Utilisation du reflet et la reformulation avant de poser la question suivante	Tu avais l'air très fâché et tu as dit à (...) que tu voulais (te tuer, mourir, etc.). Des fois, il a des personnes qui disent ça quand ça va mal. Est-ce que ça va mal pour toi? Dis-moi ce qui ne va pas bien? (...) est-ce que c'est ça qui t'a fait dire que (reprenre ses mots, ou nommer ce qu'il a dessiné). Qu'est-ce que ça signifie pour toi? (...) Est-ce que ça veut dire que tu penses (au suicide, à t'enlever la vie, ou bien ça veut dire quelque chose d'autre?	Tu avais l'air très fâché et tu as dit à (...) que tu voulais que ça arrête. Des fois, il a des personnes qui disent ça quand ça va mal. Est-ce que ça va mal pour toi? Dis-moi ce qui ne va pas bien? (...) est-ce que c'est ça qui t'a fait dire que (reprenre ses mots, ou nommer ce qu'il a dessiné). Qu'est-ce que ça signifie pour toi? (...) Est-ce que ça veut dire que tu penses (au suicide, à t'enlever la vie, ou bien ça veut dire quelque chose d'autre?
Vers les solutions et le plan d'action : ouverture à une action visant à travailler avec la personne pour favoriser sa collaboration et commencer à réduire sa détresse	Tu vas voir, on va en parler, penser à ça, et ensemble, on va trouver des solutions - pour que tu te sentes mieux (quand on ne peut pas changer la situation) - pour améliorer cette situation (quand on peut changer la situation). Qu'est-ce que tu as pensé qui a fait diminuer – augmenter tes idées de mourir?	
Suivi post crise (quelques heures ou jours) : réévaluation de la présence d'idées suicidaires et de détresse.	Comment sont tes idées de mourir – suicidaires – comparé à la dernière fois? Moins fortes, plus fortes, pareilles (utiliser image d'échelle, de thermomètre)? Qu'est-ce qui les a fait diminuer / augmenter?	Comment tu te sens aujourd'hui? Comparé à l'autre fois? Tu te souviens quand je t'avais posé des questions sur les pensées suicidaires? As-tu repensé à ça ou non? Comment tu te sentais quand tu y as repensé? Tu n'y as pas pensé? C'est bien, (passer à un autre sujet).

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

Les scénarios sociaux sont des outils couramment utilisés avec les personnes ayant une DI ou un TSA. Ils peuvent également être appliqués à l'exploration du danger et du risque suicidaire. Le scénario social peut être écrit, dessiné ou illustré. Il peut permettre de décrire avec la personne le processus l'ayant amené à penser au suicide ou à avoir des comportements suicidaires. Il permet aussi d'identifier les moments dans le processus où on peut intervenir pour l'interrompre. Il faut par contre éviter de dessiner ou décrire le geste suicidaire dans le scénario social, et utiliser plutôt un symbole de la détresse de la personne ou des effets du geste suicidaire (comme la douleur, la peine) si possible. Un autre scénario social peut décrire l'intervention et la manière dont on a interrompu le processus suicidaire avec des actions menées en collaboration avec la personne.

### Exemple de séquence d'exploration pour l'estimation du risque suicidaire auprès des personnes n'ayant pas présenté de MAAS, ayant présenté des MAAS vagues ou ayant présenté des MAAS directes, pour le repérage et l'estimation du danger

**NB : personnes n'ayant pas présenté de MAAS :** À appliquer lorsqu'un usager nécessite une rencontre avec une intervenant dû à une désorganisation, escalade ou situation difficile ou de crise.

**Sphère 1 :** noter les éléments de la section « **Changements dans le fonctionnement habituel de la personne** » et « **Motifs et facteurs déclencheurs** » à partir de vos observations, et de celles de l'entourage de l'usager.

**Sphère 2 :** recueillir le plus d'information possible sur tous les facteurs décrits dans la sphère 2 à partir de vos observations, et de celles de l'entourage de l'usager et de son dossier.

Une fois que vous aurez recueilli cette information, vous pouvez aborder les questions suivantes en les adaptant au niveau de compréhension de l'usager.

#### Suggestions de questions servant à introduire le sujet du suicide

Je vais te poser quelques questions sur ton bien-être en général.

1. *Sur une échelle de 1 à 5, 1 étant très mal et 5 étant très bien, à combien tu évalues la qualité de ta vie aujourd'hui?*
2. *Sur une échelle de 1 à 5, 1 étant très mal et 5 étant très bien, à combien tu évalues la qualité de ta vie en général, quand ça va mieux qu'aujourd'hui?*
3. Ensuite, demander :
  - a. *Quelles sont les choses que tu aimes le moins dans ta vie?*
  - b. *Quelle est la chose qui te fait souffrir le plus en ce moment?*
4. Poser la question sur le suicide
  - a. *La personne n'a pas présenté de MAAS claires : Il arrive parfois que des personnes qui vivent des choses difficiles pensent à mourir? Toi, as-tu déjà pensé à mourir?*
  - b. *La personne a présenté des MAAS claires (propos ou comportements) : Tantôt du as dit/fait (reprendre les mots ou gestes que la personne a faits). Voulais-tu dire que tu penses à t'enlever la vie?*

Si oui à la question 4: *As-tu pensé à t'enlever la vie? (ou juste à être mort)?*

Si non à la question 4, dire : *Non? C'est bien.* Passer immédiatement à la question 5

Si pense juste à être mort mais pas à se tuer,

<p><u>Si oui : quand y as-tu pensé? ... y penses-tu encore?</u></p>	<p>valider et explorer : <i>À être mort comment?</i> S'il n'y a pas de pensées suicidaires, reconnaître sa souffrance et passer à la question 5</p>
<p><u>Si la personne y a pensé dans le passé mais n'y pense pas maintenant</u>, vérifier quand elle y a pensé et indiquer cette information dans la sphère 4 (voir dossier). Reprendre avec les questions 5 à 10.</p>	
<p><u>Si la personne y pense maintenant</u> : <b>poursuivre avec les questions sur l'estimation du danger, poser les questions sur la planification (sphère 1, première section) et effectuer l'intervention appropriée.</b> Au cours de l'intervention, après avoir estimé le danger et assuré la sécurité au besoin, reprendre les questions 5 à 10.</p>	

5. *Quelles sont les choses que tu aimes le plus dans ta vie?*
6. *Parle-moi de ta plus grande raison de vivre et d'aimer la vie.*
7. *Parle-moi de ce que tu trouves qui est le plus important dans la vie de quelqu'un.* (Si possible, aborder ses valeurs face à la vie – pourquoi c'est important de prendre soin de soi (exploration de l'option suicide).
8. *Quand tu vis des périodes difficiles dans ta vie, quelles sont les pensées ou les choses que tu fais qui t'aident à aller mieux?*
9. *Au début, tu m'as dit que tu étais à (ex. : 3) sur l'échelle. Que feras-tu pour être à (ex. : 4 - un degré de plus) aujourd'hui?*
10. Féliciter l'utilisateur, lui refléter ses qualités et revenir au sujet initial de l'intervention en poursuivant avec votre intervention habituelle.

Plus tard, quand l'utilisateur aura retrouvé son état d'équilibre habituel, lui demander s'il donne son autorisation pour que ses réponses à ces questions soient utilisées dans un projet de recherche portant sur le bien-être des personnes présentant une DI ou un TSA.