

Les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

Au Québec ou ailleurs au Canada, l'existence d'une problématique de suicide affectant particulièrement les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) semble faire consensus, malgré le manque de données à l'échelle populationnelle¹. Des recherches effectuées au sein de plusieurs pays démontrent que ces personnes sont significativement plus susceptibles de faire une tentative de suicide ou de mourir par suicide comparativement à la population générale^{2,3,4}. Les personnes présentant un TSA de haut niveau présenteraient un risque encore plus élevé : une étude menée récemment en Ontario estime que 35 % d'entre elles font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie⁵. En ce qui a trait à la déficience intellectuelle, les données convergent dans le même sens, une recherche a démontré une prévalence à vie de 11 % de tentatives de suicide et de 23 % d'idéations suicidaires chez des patients recevant des services spécialisés en réadaptation⁶. Malgré ces hauts taux de prévalence, le risque suicidaire demeure mal compris chez ces personnes en situation de vulnérabilité.

Concernant la construction du risque suicidaire, une grande partie des facteurs de risque associés au suicide et identifiés auprès des personnes présentant une DI ou un TSA est similaire à ceux de la population générale. Parmi les plus cités, on retrouve l'expérience d'intimidation, les

antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, les comportements de prise de risque ou d'automutilation, le désespoir et la présence de trouble de santé mentale. Notons que les personnes présentant un TSA souffrent souvent de troubles psychiatriques concomitants, notamment

de dépression et d'anxiété^{1,7,8,9}. Ces troubles dépressifs peuvent interférer de manière significative avec leur fonctionnement au quotidien et leur qualité de vie, provoquant ainsi de la détresse psychologique sévère^{1,7,8}.

De plus, plusieurs spécificités associées à la DI ou au TSA peuvent augmenter le risque, en particulier la prévalence très élevée de facteurs de vulnérabilité connus, par exemple la violence physique et l'isolement social^{1,7}. Aussi, des caractéristiques développementales, émotionnelles, cognitives, sociales et communicationnelles peuvent augmenter le risque, comme la difficulté à comprendre et à exprimer ses émotions, la représentation du concept de la mort, la présence d'intérêts restreints^{1,7}.

Ces difficultés inhérentes à la DI ou au TSA peuvent constituer des obstacles supplémentaires à la compréhension de la détresse de la personne et à la collecte d'informations nécessaires à l'estimation du risque suicidaire et la mise en place d'intervention appropriée et efficace. Il est donc important de concevoir des stratégies de prévention du suicide adaptées aux particularités de ce groupe. C'est à ce titre que le Processus AUDIS (Autisme, Déficience Intellectuelle, Suicide) est présenté à la fin de ce document. Ce processus, reconnu scientifiquement, fournit un ensemble de connaissances et de compétences qui visent à soutenir le jugement clinique des intervenants auprès de ce groupe.

Plusieurs spécificités associées à la DI ou au TSA peuvent augmenter le risque, en particulier la prévalence très élevée de facteurs de vulnérabilité connus, par exemple la violence physique et l'isolement social^{1,7}



Pratiques à promouvoir

- **Se référer au niveau de fonctionnement de base de la personne afin d'identifier tout changement pouvant indiquer la présence d'une souffrance psychologique ou d'un épisode suicidaire¹.** Il s'agit d'investiguer tout changement dans le fonctionnement cognitif, affectif et social ainsi que dans la routine de vie de la personne et d'observer également la présence ainsi que les effets d'évènements stressants (ex. : deuils, transitions de vie) ou de facteurs de protection (ex. : entourage attentionné)^{1,9}. Des changements se produisant dans le fonctionnement de base sont considérés comme des indices importants du risque suicidaire¹.
- **Privilégier un langage simple et concret, et évaluer la compréhension de la personne quant au sens des mots utilisés¹².** Ces personnes ont souvent un langage concret, comprenant un énoncé dans son sens littéral immédiat. Elles peuvent également avoir des difficultés à se situer dans le temps. Par exemple, la question « avez-vous des pensées suicidaires? » peut être interprétée littéralement comme « en ce moment, pensez-vous au suicide? » plutôt que « avez-vous déjà eu des pensées suicidaires? »¹². Il est important de toujours partir des mots qu'utilise la personne, sans présumer du sens qu'elle leur donne. Par ailleurs, l'usage d'un support visuel adapté aux limitations des capacités de communication peut être aussi facilitant^{1,7,12}.
- **Diversifier les sources d'information.** La présence de difficultés cognitives, émotionnelles, sociales et communicationnelles peut rendre difficile et peu fiable l'autoévaluation des pensées et gestes suicidaires par ces personnes. Ainsi, il est conseillé de faire appel à des observateurs externes (parents, entourage) pour compléter l'information obtenue auprès de la personne et avoir un portrait plus complet et exact du risque qu'elle encoure^{1,7,12}.
- **Favoriser le développement d'un réseau de soutien social bienveillant et aidant¹².**
- **S'assurer de la prise en charge médicale et psychosociale des troubles de santé mentale concomitants (ex. : dépression) pendant tout le parcours de vie de ces personnes.** Cette pratique s'avère essentielle à l'intervention considérant l'occurrence de ces troubles mentaux chez elles et leur association au risque suicidaire¹².
- **Favoriser le développement de l'estime de soi et de l'autonomie,** notamment en stimulant le développement des capacités en communication et en interaction sociale. De cette manière, ces personnes disposeront d'une certaine indépendance et de compétences personnelles indispensables au succès de l'intervention ainsi qu'à la mise en place de certains facteurs de protection comme la capacité de demander de l'aide lors des épisodes de détresse⁹.

- **Restreindre l'accès aux moyens potentiellement mortels, notamment de source médicamenteuse.** Les jeunes présentant un TSA reçoivent souvent un traitement à base de produits psychotropes. Il s'agit de prévenir des surdosages intentionnels en cas de crise suicidaire¹².
- **Prévenir l'intimidation et intervenir dans ces cas, particulièrement chez les jeunes¹².** Les enfants autistes sont davantage victimes de gestes d'intimidation à l'école. Des données indiquent que 46 % de ces jeunes subissent de l'intimidation, alors que les enfants non autistes sont victimes de gestes d'intimidation dans une proportion de 10,6 %¹³.

Pour aller plus loin

Pour accroître et approfondir vos connaissances, nous vous invitons à consulter le [Processus AUDIS*](#). Issu du croisement des savoirs scientifiques et expérientiels, le Processus AUDIS regroupe un ensemble d'outils de soutien à la décision clinique et à l'intervention auprès des personnes présentant une DI ou un TSA et des comportements suicidaires. Il comprend quatre composantes :

- **AUDIS-Modèle** : un modèle théorique dynamique, basé sur les modèles diathèse-stress du suicide, qui explique le développement de la suicidalité (la tendance à la pensée suicidaire, à la tentative de suicide ou au suicide) chez une personne présentant une DI ou TSA.
- **Repérage** : un processus de repérage des idéations et comportements suicidaires chez les personnes présentant une DI ou un TSA, pouvant être utilisé dans différents milieux de vie de la personne.
- **Gestion de l'épisode suicidaire** : un ensemble d'indicateurs et un processus clinique pour estimer le danger et mettre en place des interventions d'intensité adaptées aux besoins de la personne lors d'un épisode suicidaire.
- **Réduction du risque à long terme** : un ensemble d'outils pour évaluer les facteurs de risque et de protection ainsi que les processus en jeu dans le développement du risque suicidaire afin de mettre en place des interventions à long terme visant la réduction de la détresse et du risque de récurrence des comportements suicidaires.

* Le Processus AUDIS a été développé par la professeure Cécile Bardon en collaboration avec la Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement de l'Université de Québec à Montréal, le Laboratoire de recherche comportementale appliquée, le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratique de fin de vie et le Réseau de la réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme du Québec. Vous pouvez communiquer avec le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement qui soutient le déploiement du Processus AUDIS dans les milieux.

Réalisation

L'Équipe des projets nationaux en transfert des connaissances de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a conçu les fiches « Prévenir le suicide - besoins et réalités de groupes spécifiques » dans le cadre de la Politique gouvernementale de prévention en santé. Elles contribuent également à la mise en œuvre de la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 « Rallumer l'espoir ».

Rédaction principale

Medjine Léonard, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Consultation

Cécile Bardon, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie de l'Université du Québec à Montréal

Direction artistique et design graphique

ouiflo.ca : Noémie Ledoux et Marie-Anne C. Duplessis

Les fiches « Prévenir le suicide - besoins et réalités de groupes spécifiques » présentent une synthèse de l'information sur les besoins et les réalités de groupes spécifiques en matière de prévention du suicide.

Elles s'ajoutent aux différents outils et formations développés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ses mandataires pour favoriser la prévention du suicide au Québec. Les professionnels et intervenants sont d'ailleurs encouragés à suivre la formation « *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger* »* pour organiser leurs interventions en fonction d'un processus clinique structurant en prévention du suicide.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publie annuellement des données sur les comportements suicidaires au Québec. Elles sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/publications/sujets/suicide>. Les différents acteurs en prévention du suicide sont invités à s'y référer.

Il est à noter que la présente fiche ne se substitue pas au jugement clinique des intervenants. Ce jugement doit s'exercer au moment de recourir aux pratiques présentées dans cette fiche, et ce, dans l'optique d'en arriver à une prise de décision éclairée pour intervenir auprès d'une personne qui pense au suicide ainsi qu'auprès de son entourage.

* La formation est accessible via l'Environnement numérique d'apprentissage pour les intervenants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et via la plateforme FCP-Partenaires pour les intervenants des organismes et partenaires.

Bibliographie

1. Bardon, C. et Morin, D. (2016). Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. *Revue CNRIS : magazine scientifique et professionnel*. 7(2). 4-9.
2. Hirvikoski, T., et al. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 208(3). 232-238.
3. Kirby, A. V., Bakian, A.V., Zhang, Y., Bilder, D.A., Keeshin, B.R. et Coon, H. (2019). A 20 year study of suicide death in a statewide autism population. *Autism Research*. 12(4). 658-666.
4. Cassidy, S.A., Robertson, A. Townsend, E., O'Conner, R.C. et Rodgers, J. (2020). Advancing Our Understanding of Self-harm, Suicidal Thoughts and Behaviors in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 50. 3445-3449.
5. Paquette-Smith, M., Weiss, J. et Lunsky, Y. (2014). History of Suicide Attempts in Adults With Asperger Syndrome. *Crisis*. 35(4). 273- 277.
6. Lunsky, Y. (2004). Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*. 25(3). 231-243.
7. Bardon, C., Morin, D., Ouimet, A.-M. et Mongeau, C. (2015). Comprendre le risque suicidaire chez les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*. 26. 102-116.
8. Balfe M. et Tantam, D. (2010). A descriptive social and health profile of a community sample of adults and adolescents with Asperger syndrome. *BMC Research Notes*. (3)300.
9. Abadie, P., Balan, B., Chretien, M. et Simard, C. (2013). Suicidalité chez les adolescents appartenant au spectre de l'autisme. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 61(7). 409-414.
10. 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 Comprehensive Pediatric Nursing*. 30(3). 87-107.
11. Huguet, G., Contejean, Y. et Doyen, C. (2015). Troubles du spectre autistique et suicidality. *L'encéphale*. 41(4). 362-369.
12. Hill, R. M. et Katusic, M. (2020). Examining suicide risk in individuals with autism spectrum disorder via the interpersonal theory of suicide: Clinical insights and recommendations. *Children's Health Care*. 49(4). 472-492.
13. Ministère de la Famille. *Programme de soutien financier ensemble contre l'intimidation*. <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/PSF-intimidation.pdf>