

# L'ÉVALUATION DU RISQUE DE SUICIDE CHEZ L'ADOLESCENT

Vendredi après-midi avant une longue fin de semaine.

Votre avant-dernier patient, un jeune de 16 ans non accompagné, a des pulsions suicidaires. Quel est le meilleur moyen d'évaluer et de gérer le risque de suicide de cet ado ?

Perry S. J. Adler et Elena Zoe Paraskevopoulos

Le suicide est la deuxième cause de décès chez les adolescents canadiens, devancé uniquement par les accidents<sup>1</sup>. Il est la cause du quart des décès chez les jeunes de 15 à 19 ans. Si les tentatives de suicide sont rares chez les enfants prépubères, elles augmentent de façon marquée pendant l'adolescence. Pour chaque suicide, on compte une vingtaine de tentatives<sup>1</sup>.

Les médecins de famille jouent un grand rôle dans la prévention du suicide chez les adolescents. En effet, 90 % des jeunes suicidaires ont vu un médecin de première ligne au cours des douze mois précédents<sup>2</sup>. Le quart de ceux qui ont fait une tentative ont cherché de l'aide dans le mois précédent<sup>3</sup>. Repérer les jeunes à risque et intervenir tôt peut faire la différence entre la vie et la mort. Tous les médecins de famille peuvent apprendre à le faire.

## L'ÉVALUATION DU RISQUE DE SUICIDE

Pour faire une appréciation approfondie du risque de suicide, évaluez le type de pensées suicidaires du patient et leur gravité à l'aide de questions précises. Vous devez ensuite vérifier la présence d'intentions suicidaires, de signes précurseurs, de comportements préparatoires et de facteurs de risque ou de protection (encadré 1<sup>2,4,5</sup>).

### LES IDÉES SUICIDAIRES

Au moment d'évaluer les idées suicidaires, demandez à votre patient s'il éprouve un sentiment de désespoir et s'il pense à la mort. Vérifiez la présence de pulsions suicidaires. Informez-vous du début, de la durée, de l'intensité et de la fréquence des pensées suicidaires. Différenciez une idée active (ex. : Je planifie de m'enlever la vie) d'une idée passive (ex. : J'aimerais disparaître pendant un certain temps). Faites la distinction entre une idée suicidaire (vouloir se blesser dans l'intention de se tuer) et une blessure que le patient s'inflige à lui-même en l'absence d'idées suicidaires (se mutiler pour atténuer sa détresse émotionnelle). Évaluez la dangerosité

### ENCADRÉ 1

#### ÉTAPES DE L'ÉVALUATION DU RISQUE DE SUICIDE<sup>2,4,5</sup>

1. Évaluez les idées et les intentions suicidaires ainsi que les signes précurseurs qui peuvent augmenter le risque à court terme.
2. Explorez les facteurs de risque et de protection qui peuvent changer les probabilités de suicide. Ciblez vos interventions sur les facteurs de risque modifiables.
3. Observez attentivement le comportement du patient pendant l'anamnèse. L'agitation psychomotrice, l'isolement du patient ou sa difficulté à établir un contact avec vous peuvent constituer des indices d'un risque accru.

du projet de suicide de votre patient (ex. : surdose ou blessure par arme à feu). Vérifiez les événements déclencheurs ou les facteurs de stress (ex. : fin d'une relation amoureuse ou maladie). Déterminez les facteurs qui intensifient ou qui réduisent les pensées suicidaires. Demandez à l'adolescent s'il existe un lien entre ses pensées suicidaires et son degré d'intoxication.

### LES INTENTIONS SUICIDAIRES

Évaluez jusqu'à quel point le patient veut mourir. Vérifiez quelles sont ses intentions précises à l'aide des trois questions de l'encadré 2<sup>6</sup>. Comparez l'intensité de ses pulsions suicidaires à son degré de contrôle des impulsions. Passez en revue attentivement ses projets de suicide. Vous pourrez alors l'aider à comprendre les conséquences probables de ses gestes.

### LES SIGNES PRÉCURSEURS

Évaluez les comportements préparatoires du patient à l'aide des questions suivantes. Avez-vous établi le lieu où vous voulez vous suicider? Quelle est la probabilité que quelqu'un

Le Dr Perry S. J. Adler, psychologue clinicien, est le directeur adjoint de l'unité sur la santé des adolescents au Centre de médecine familiale Herzl de l'Hôpital général juif de Montréal.

La Dr<sup>e</sup> Elena Zoe Paraskevopoulos, médecin de famille, exerce au Centre de médecine familiale Herzl de l'Hôpital général juif de Montréal.

## ENCADRÉ 2

### QUESTIONS À POSER POUR ÉVALUER L'INTENTION SUICIDAIRE<sup>6</sup>

- ▶ Quelle est la probabilité, sur une échelle de 0 % à 100 %, que vous tentiez de vous tuer au cours des 48 prochaines heures ?
- ▶ Cherchez-vous à mourir ou plutôt à mettre fin à vos souffrances ?
- ▶ Si je pouvais vous aider à réduire grandement vos souffrances, seriez-vous plus enclin à rester en vie ?

Les deux dernières questions ont à la fois valeur d'évaluation et de traitement. En effet, la vaste majorité des patients suicidaires ne désirent pas vraiment mourir. Ils veulent plutôt cesser de souffrir. Par conséquent, leur offrir des solutions de rechange pour mettre fin à la souffrance peut s'avérer thérapeutique.

vous trouve ou vous interrompe ? Avez-vous fait des recherches sur des moyens de vous suicider ? Avez-vous répété votre projet de suicide (ex. : révision mentale de la tentative) ? Avez-vous essayé de vous procurer des objets pour vous tuer (ex. : stockage de médicaments, achat d'une corde ou d'un fusil) ? Avez-vous commencé à préparer votre départ (ex. : donner vos choses, dire adieu aux gens que vous aimez, rédiger un testament ou une note de suicide) ?

Vérifiez la présence d'autres signes précurseurs qui indiquent de possibles comportements suicidaires nécessitant une attention immédiate (tableau I<sup>3,5</sup>). Il est important de demander à votre patient la permission d'aller chercher des informations auprès d'autres sources, comme sa famille, ses dossiers médicaux, ses thérapeutes. De nombreux signes précurseurs peuvent être influencés par des interventions rapides.

### LES FACTEURS DE RISQUE

Un certain nombre de facteurs de risque modifiables et non modifiables sont recensés dans la littérature. Une évaluation adéquate des facteurs de risque et de protection peut faciliter le repérage des patients qui présentent un risque élevé de passage à l'acte et qui exigent une attention immédiate.

### FACTEURS DE RISQUE NON MODIFIABLES

Le risque de suicide chez les hommes est trois fois plus élevé que chez les femmes<sup>17</sup>. Les femmes sont, quant à elles, trois ou quatre fois plus nombreuses à rater leur tentative de suicide<sup>4</sup>. Le taux de suicide des adolescents autochtones est quatre ou cinq fois plus élevé que celui des jeunes d'autres communautés<sup>18</sup>. Les antécédents familiaux de maladie psychiatrique ou les tentatives de suicide d'un proche accroissent aussi le risque de suicide. Enfin, les membres de la communauté LGBTQ sont trois fois plus susceptibles d'envisager le suicide que les personnes hétérosexuelles<sup>9</sup>.

## TABLEAU I

### SIGNES PRÉCURSEURS DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES CHEZ L'ADOLESCENT<sup>3,5</sup>

- ▶ Désespoir : croyance que la vie ne peut s'améliorer d'aucune façon, sentiment d'être pris au piège
- ▶ Absence de buts : aucune raison connue de vivre
- ▶ Abus de substances psychoactives : consommation accrue ou excessive
- ▶ Colère ou comportements agressifs : violence ou volonté de se venger
- ▶ Anxiété importante, agitation (sursaute, « est sur le point d'exploser »)
- ▶ Insouciance, impulsivité, sentiment de perte de contrôle, adoption de comportements à risque sur le coup d'une impulsion
- ▶ Isolement
- ▶ Changements d'humeur marqués, anhédonie
- ▶ Sentiment accablant de culpabilité, de honte, de remord, incapacité à se pardonner
- ▶ Insomnie ou hypersomnie importante

### FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES

Les troubles mentaux constituent un des facteurs de risque les plus fiables pour prédire un suicide. Le risque de suicide est plus élevé chez les personnes qui souffrent d'un trouble dépressif majeur<sup>10</sup>. Pas moins de 90 % des adolescents qui se suicident avaient des problèmes de santé mentale<sup>11</sup>. La maladie bipolaire, les troubles psychotiques, la toxicomanie et les troubles de personnalité (surtout le trouble de la personnalité limite et les traits antisociaux) augmentent aussi le risque. Des troubles du sommeil et des troubles anxieux, surtout le syndrome de stress post-traumatique et le trouble panique, constituent d'autres facteurs de risque.

Des tentatives de suicide passées augmentent également les probabilités de tentatives futures<sup>11,12</sup>. Lorsque vous vérifiez si le patient a déjà essayé de mettre fin à ses jours, déterminez les circonstances entourant le passage à l'acte (événements déclencheurs, méthodes utilisées, conséquences, rôle des drogues et de l'alcool consommés). Évaluez jusqu'à quel point le patient comprenait alors la dangerosité de ses gestes. Est-ce qu'il a lui-même interrompu sa tentative de suicide ou est-ce quelqu'un d'autre qui l'a fait ? Avait-il pris des mesures pour ne pas être trouvé ? Si le patient a mis fin de lui-même à ses tentatives passées, cherchez à savoir comment il a résisté à la pulsion d'aller jusqu'au bout. Cette information pourrait être utile pour prévenir des récives.

Vérifiez si votre patient a subi des pertes récemment. Demandez-lui s'il a vécu un deuil dernièrement. S'il a perdu

TABLEAU II | INTERVENTIONS AUPRÈS D'UN PATIENT SUICIDAIRE SELON LE DEGRÉ DE RISQUE DE SUICIDE<sup>5</sup>

**Risque de suicide élevé à court terme**

- ▶ Garder le patient en observation constante
- ▶ Transférer immédiatement le patient en psychiatrie pour une évaluation ou à l'hôpital
  - Ne pas confier la surveillance ou l'accompagnement du patient à l'urgence à un autre adolescent
  - Utiliser les services ambulanciers au besoin

**Risque de suicide modéré à court terme**

- ▶ Faire évaluer l'adolescent par un expert de la santé mentale
  - Établir, selon le tableau clinique, si le patient doit être dirigé sans tarder à l'urgence
  - Traiter le patient au service de consultation externe si ce dernier confirme au médecin que sa sécurité peut être maintenue par le recours à un plan de sécurité et à des stratégies d'adaptation non préjudiciables à son bien-être

**Risque de suicide faible à court terme**

- ▶ Consulter un expert de la santé mentale pour déterminer si le patient doit être orienté en spécialité pour ses symptômes et si le patient présente des problèmes de sécurité
- ▶ Faire un suivi pour réévaluer le patient

**Risque de suicide très faible à court terme**

- ▶ Traiter le trouble psychiatrique conformément aux lignes directrices
- ▶ Faire un suivi pendant les examens courants et revoir périodiquement si le patient a des idées suicidaires

Les patients suicidaires sous l'influence de la drogue ou de l'alcool doivent être évalués à l'urgence et doivent rester en observation jusqu'à ce qu'ils soient redevenus sobres.

un être cher, demandez-lui si cette personne s'est suicidée<sup>8</sup>. Vérifiez s'il a connu une rupture amoureuse, le rejet de ses pairs, la fin d'une thérapie, la perte d'un statut ou du respect des autres, s'il a été humilié, s'il a subi de l'intimidation, de la violence, un échec scolaire ou s'il a des problèmes disciplinaires. Vérifiez l'existence de facteurs de stress chroniques, comme des querelles familiales, un faible soutien social ou de mauvaises relations interpersonnelles.

Vérifiez la présence de problèmes de santé qui peuvent accroître le risque de suicide :

- ▶ traumatisme crânien;
- ▶ nouveau diagnostic d'une maladie importante;
- ▶ maladie mortelle ou en phase terminale;
- ▶ aggravation d'une maladie chronique;
- ▶ sevrage (alcool, opioïdes, stimulants);
- ▶ syndrome de douleur chronique.

**LES FACTEURS DE PROTECTION**

Les facteurs de protection peuvent réduire le risque de suicide. En cas de crise, ils peuvent toutefois être insuffisants. Ces facteurs comprennent :

- ▶ des liens forts avec la famille et les amis ainsi que le soutien de la communauté;
  - le sens des responsabilités et du devoir envers les autres, y compris envers ses animaux de compagnie,

- un environnement raisonnablement sûr et stable sans violence ni traumatisme;
- ▶ des traits de personnalité positifs;
  - une facilité à aller chercher de l'aide,
  - des aptitudes à la résolution de problèmes ou de conflits,
  - une facilité d'adaptation et une tolérance à la frustration,
  - un sentiment d'appartenance, un sens de l'identité, une bonne estime de soi,
  - des croyances culturelles, spirituelles et religieuses sur la valeur ou le sens de la vie.

Lorsque vous évaluez un jeune, surtout s'il présente un risque de suicide, vous devez créer une alliance thérapeutique et témoigner un intérêt pour son bien-être global. Servez-vous du questionnaire HEADSS comme guide pour l'évaluation des adolescents (voir l'article du D<sup>r</sup> Perry Adler, intitulé : « L'entrevue avec un adolescent : du grand art encadré par des règlements », dans ce numéro)<sup>6,13</sup>. Ce questionnaire permet de recueillir beaucoup d'informations pertinentes pour l'évaluation du risque de suicide.

**LA GESTION DU RISQUE DE SUICIDE**

Après une évaluation approfondie des idées et des intentions suicidaires, des signes précurseurs ainsi que des facteurs de risque et de protection, établissez la catégorie de risque du patient et l'intervention associée adéquate (tableau II<sup>5</sup>). Le

**TABLEAU III****PLAN DE SÉCURITÉ  
À REMETTRE AU PATIENT<sup>2,4,5,11</sup>**

Quand je me sens accablé, sans espoir et que je pense à me suicider, je dois :

- ▶ prendre une grande respiration, trouver ce qui me trouble et me rappeler que ces sentiments ne dureront pas et que je finirai par me sentir mieux ;
- ▶ coucher mes sentiments sur papier et tenter de comprendre chaque pensée négative qui m'assaille, puis trouver ensuite des solutions saines qui changeront mon opinion ;
- ▶ faire des choses qui m'aident à me sentir mieux pendant au moins 30 minutes (ex. : aller marcher, parler à un ami ou le texter, écouter de la musique) ;
- ▶ téléphoner à mon contact d'urgence, soit \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_, si mes idées suicidaires ne cessent pas ;
- ▶ si cette personne n'est pas disponible, appeler la ligne de crise 24 heures au \_\_\_\_\_ ou le Centre de prévention du suicide du Québec au 1 866-APPELLE (277-3553) ;
- ▶ me rendre à l'urgence de l'hôpital le plus près si je pense toujours à me suicider et si je ne me sens pas en maîtrise de moi-même.

groupe le moins à risque est composé de patients souffrant de troubles psychiatriques sans pensées suicidaires récentes et n'ayant pas eu de comportements suicidaires actifs ni de tentatives de suicide dans le passé. Tous les autres groupes sont composés de patients ayant des idées suicidaires, allant de la contemplation récente à faible risque à des pensées plus préoccupantes associées à un risque élevé. Les patients dont le risque va de modéré à très élevé ont des projets de suicide. À partir de la catégorie «risque élevé», les patients présentent un ou plusieurs des éléments suivants : intention de se suicider, comportements préparatoires, tentative de suicide récente, signes précurseurs, importante agitation psychomotrice, anxiété, impulsivité ou antécédents de psychose.

### LE PLAN DE SÉCURITÉ DU PATIENT SUICIDAIRE

Le médecin de famille qui n'hospitalise pas immédiatement un patient ayant des idées suicidaires doit, en collaboration avec ce dernier, rédiger un plan de sécurité personnalisé afin de l'aider à gérer sa crise<sup>5</sup>. Le plan de sécurité permet de restreindre l'accès aux moyens de se suicider, par exemple en éliminant ou en mettant sous clé les armes et tout autre matériel posant un danger potentiel et en confiant l'administration des médicaments aux parents de l'enfant. Vous devez rappeler au patient de faire appel à des stratégies d'adaptation ou de résolution de problèmes. Si votre patient a déjà planifié un suicide, demandez-lui pourquoi il n'est pas passé à l'acte afin de mettre en évidence les facteurs de protection auxquels il

**BOÎTE  
À OUTILS****RESSOURCES EN PRÉVENTION  
DU SUICIDE AU QUÉBEC**

- ▶ Ligne téléphonique du Centre de prévention du suicide du Québec, ouverte jour et nuit : 1-866-APPELLE (277-3553) ; l'appelant sera mis en lien avec une ressource de sa région
- ▶ Site Web de l'Association québécoise de prévention du suicide au [www.aqps.info](http://www.aqps.info) : information et liens sur des ressources pour la prévention du suicide partout au Québec
- ▶ Ligne téléphonique Jeunesse, J'écoute : 1 800 668-6868
- ▶ Site Internet JeunesseJecoute.ca ou KidsHelpPhone.ca
- ▶ Association canadienne de prévention du suicide : <http://suicideprevention.ca>
- ▶ Centre de prévention du suicide du Québec : [www.cpsquebec.ca/](http://www.cpsquebec.ca/)

pourrait de nouveau faire appel. Évaluez la stabilité et l'utilité de ces facteurs. Ainsi, « ne pas vouloir faire souffrir ses parents » peut être plus protecteur que « vivre avec un animal de compagnie ». Encouragez le recours aux stratégies de réinterprétation cognitive employées dans la thérapie cognitive. Vérifiez comment le patient peut accroître son soutien social et sa recherche d'aide. Établissez un réseau de personnes à contacter en cas d'urgence (membres de la famille, amis, professionnels de la santé). Explorez avec lui ses raisons de vivre. Repérez les signes précurseurs et les éléments déclencheurs propres au patient et élaborer avec ce dernier des stratégies d'adaptation. Encouragez-le à suivre un traitement pour régler les problèmes à l'origine de ses idées suicidaires. Avec le consentement de l'adolescent, transmettez le plan de sécurité à ses parents ou à des amis qui pourraient l'aider pendant une crise suicidaire. Une fois le plan de sécurité rédigé, faites-le signer par votre patient afin de passer un contrat avec lui. Conservez l'original dans le dossier médical et remettez-en une copie à votre patient. Considérez toute résistance à la création d'un plan de sécurité comme un signe précurseur important d'un passage à l'acte.

Le *tableau III*<sup>2,4,5,11</sup> contient un exemple de plan de sécurité pour un patient dont le risque de suicide à court terme est faible ou modéré.

### LE SUIVI ET LA SURVEILLANCE

Les adolescents présentant un risque de suicide doivent faire l'objet d'un suivi régulier. Les approches multidisciplinaires donnent les meilleurs résultats. Le fait d'entretenir une relation sur une longue période avec un jeune ayant des pensées suicidaires est inestimable. Servez-vous de votre jugement clinique pour établir la fréquence du suivi. Le soutien clinique doit comprendre le renforcement du plan de sécurité et sa

révision au besoin. Par ailleurs, il est souhaitable de remettre au patient une liste des ressources utiles en prévention du suicide (boîte à outils). Le suivi des patients ayant fait une tentative de suicide ou présentant un risque élevé à court terme doit se poursuivre au moins un an après la disparition des idées suicidaires et au moins six mois pour les individus dont le risque à court terme est modéré ou faible.

## CONCLUSION

Le risque de suicide à court terme des adolescents suicidaires doit faire l'objet d'une évaluation approfondie. Le médecin doit vérifier les facteurs de risque et de protection, les pensées et intentions suicidaires, les signes précurseurs et les comportements préparatoires. Une gestion du risque correspondant à l'évaluation doit suivre, c'est-à-dire la création d'un plan de sécurité en collaboration avec le patient et le transfert possible avec accompagnement vers l'urgence. *C'est ainsi que vous avez mené l'entrevue de votre patient de 16 ans en ce vendredi après-midi. Vous évaluez que son risque de suicide est modéré et vous l'orientez directement vers votre collègue psychiatre à l'urgence de l'hôpital de votre secteur. //*

**Date de réception :** le 6 septembre 2016

**Date d'acceptation :** le 4 novembre 2016

Le Dr Perry S.J. Adler est président de la compagnie HumaNexus Corporation depuis 1997. La Dr<sup>e</sup> Elena Zoe Paraskevopoulos n'a signalé aucun conflit d'intérêts.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Navaneelan T. *Les taux de suicide : un aperçu*. Ottawa : Statistique Canada ; 2012. 12 p.
2. Neves MG, Leanza F. Mood disorders in adolescents: diagnosis, treatment, and suicide assessment in the primary care setting. *Prim Care* 2014; 41 (3) : 587-606.
3. Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 1: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry* 2007; 52 (6 suppl. 1) : S21-S33.
4. Nock MK, Green JG, Hwang I et coll. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry* 2013; 70 (3) : 300-10.
5. Bahraini N, Bradley J, Brenner LA et coll. *VA/DoD Clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide: guideline summary*. Washington : US Department of Veterans Affairs ; 2013. 76 p.

## CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Les médecins de famille jouent un rôle important dans la prévention du suicide chez les adolescents.
- ▶ Une évaluation du risque de suicide devrait inclure une évaluation des pensées et intentions suicidaires, des signes précurseurs, des comportements préparatoires ainsi que des facteurs de risque et de protection.
- ▶ Le médecin doit gérer le risque de suicide en fonction du degré de risque à court terme (élevé, modéré, faible). La création d'un plan de sécurité en collaboration avec le patient est recommandée.

6. Cappelli M, Gray C, Zemek R et coll. The HEADS-ED: a rapid mental health screening tool for pediatric patients in the emergency department. *Pediatrics* 2012; 130 (2) : e321-e327.
7. Langlois S, Morrison P. Suicide deaths and suicide attempts. *Health Reports* 2002; 13 (2) : 9-21.
8. Nanayakkara S, Misch D, Chang L et coll. Depression and exposure to suicide predict suicide attempt. *Depress Anxiety* 2013; 30 (10) : 991-6.
9. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS et coll. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *J Adolesc Health* 2011; 49 (2) : 115-23.
10. Ortin A, Lake AM, Kleinman M et coll. Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. *J Affect Disord* 2012; 143 (1-3) : 214-22.
11. Fleischmann A, Bertolote JM, Belfer M et coll. Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *Am J Orthopsychiatry* 2005; 75 (4) : 676-83.
12. Shaffer D, Gould MS, Fisher P et coll. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53 (4) : 339-48.
13. Goldenring JM, Cohen E. Getting into adolescent heads. *Contemp Pediatr* 1988; 5 : 75-90.

**Erratum.** Une erreur s'est glissée dans le tableau II de l'article de la Dr<sup>e</sup> Émilie Breton et de M<sup>me</sup> Jacinthe Roy-Petit à la page 45 du numéro de janvier 2017 sur les troubles neurocognitifs. Dans la section « Contre-indications absolues », c'est la galantamine, et non la rivastigmine, qui est contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale grave.