

# ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE

## DÉVOILER LES SECRETS DES PATIENTS DISCRETS

Vous êtes de garde à l'urgence. Il ne vous reste qu'un seul patient à évaluer, accompagné de son père. Âgé de 44 ans, père de deux enfants en bas âge, cet homme a des idées suicidaires depuis sa séparation récente. Il dit venir demander de l'aide, manifeste de la colère contre son épouse et semble très préoccupé par le divorce et ce qui s'ensuivra. Il présente des idées suicidaires sans plan, mais avoue qu'il possède une arme à feu. Son père lui offre un bon soutien et est prêt à l'accueillir chez lui. Quelle est l'évaluation à faire ?

William Semaan

### ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE

#### SUICIDE DANS LE MONDE

Le suicide est un problème de santé publique mondial. Un million de personnes en meurent chaque année dans le monde<sup>1</sup>, dont 30 000 aux États-Unis<sup>2</sup>. Certains pays d'Asie sont parmi les plus touchés, suivis des pays scandinaves. Plusieurs facteurs (culturels, religieux, économiques et autre<sup>3</sup>) contribuent au taux élevé à ces endroits. Des données statistiques intéressantes sur le suicide au Québec se trouvent dans l'encadré<sup>4</sup> et le tableau I<sup>4</sup>.

### QUEL EST LE PROFIL DES PERSONNES À RISQUE ?

#### FACTEURS CONTRIBUTIFS, PRÉDISPOSANTS ET PRÉCIPITANTS

Certains facteurs contributifs fragilisent davantage la personne, soit la consommation de drogues et d'alcool<sup>6</sup> et un milieu familial défavorable. Les facteurs prédisposants qui viennent du passé et rendent le patient vulnérable sont les antécédents familiaux et personnels<sup>5</sup>. S'ajoute à cela les facteurs précipitants qui constituent des éléments déclencheurs, comme la séparation, le deuil, le chômage et le congédiement. Les autres facteurs de risque de suicide sont indiqués dans le tableau II.

#### EXISTE-T-IL DES ÉLÉMENTS DE PROTECTION ?

Habituellement, les enfants sont considérés comme des éléments de protection, suivis de la famille et des amis. La vie de couple joue aussi un rôle positif par rapport au fait de vivre seul, tout comme les croyances, surtout la foi, plus particulièrement dans le cas des religions monothéistes qui voient le suicide comme un péché.

Le Dr William Semaan, psychiatre, exerce aux soins intensifs et à l'urgence psychiatrique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Il est chef de service des approches intensives et professeur agrégé de psychiatrie à l'Université de Sherbrooke.

#### ENCADRÉ

#### SUICIDE AU QUÉBEC : QUELQUES DONNÉES<sup>4</sup>

Le taux de suicide au Québec a augmenté jusqu'en 1999, le taux ayant alors atteint 22,2 pour 100 000 habitants. Depuis, on constate une diminution presque constante. Le taux est maintenant de 13,7 pour 100 000 personnes, hommes et femmes confondus. Au Canada, le taux est de 11 pour 100 000.

Au Québec, de 2008 à 2010, des variabilités régionales ont été notées. Le taux le plus élevé était en Abitibi, avec 19,6 pour 100 000 personnes tandis que le plus faible était à Laval, avec 10,7 pour 100 000.

En 2008, les Québécois qui ont songé au suicide totalisaient 2,3% et ceux qui ont fait une tentative de suicide représentaient 0,5%.

- ▶ 2% des Québécois meurent par suicide ;
- ▶ trois personnes meurent par suicide tous les jours au Québec ;
- ▶ huit personnes sont hospitalisées chaque jour pour une tentative de suicide.

Le tableau I contient d'autres données sur le suicide au Québec.

Le clinicien doit posséder de bonnes connaissances pour évaluer les éléments de risque, principalement les facteurs contributifs, prédisposants et précipitants, mais également les éléments de protection qui constituent la structure de base de toute évaluation du risque suicidaire.

**Le Québec occupait le dixième rang mondial en 2007-2010 en ce qui a trait aux suicides tout sexe confondu, malgré une amélioration du taux de suicide dans la province au cours des dix dernières années. La méthode la plus utilisée par les hommes pour se suicider est la pendaison ou la strangulation.**

TABLEAU I	QUELQUES NOTIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN LIEN AVEC LE SUICIDE AU QUÉBEC <sup>4</sup>	
	Hommes	Femmes
Rang mondial du Québec 2007-2010	10 <sup>e</sup>	10 <sup>e</sup>
Variabilité selon le sexe	3 fois plus d'hommes que de femmes	
Modalité de suicide la plus fréquente 2007-2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Strangulation ou pendaison (55%)</li> <li>▶ Arme à feu (15%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Prise de médicaments (38%)</li> <li>▶ Strangulation (37,2%)</li> </ul>
Âge le plus à risque 2008-2010	35-49 ans (34,7/100 000 habitants)	50-64 ans (10,5/100 000 habitants)

## QUELS TYPES DE PATIENTS MINIMISENT LEURS SYMPTÔMES ET POURQUOI ?

Lors de l'entretien médical, que ce soit à l'urgence, en milieu hospitalier ou dans une clinique médicale, nous rencontrons des patients qui vivent de multiples situations de stress. Toutefois, lors de l'évaluation du risque suicidaire, le patient se renferme, parle peu, minimise ses symptômes ou nie toute idée ou tout plan suicidaire.

Différentes raisons amènent un patient à cacher ses intentions suicidaires :

- ▶ honte d'avoir des idées suicidaires ;
- ▶ manque de maîtrise de ses émotions et incapacité à gérer ses sentiments vus comme un signe de faiblesse ;
- ▶ crainte d'une stigmatisation de trouble psychiatrique, comme celle qu'on trouve dans les anciens films ou même dans le milieu politique et économique où on désigne parfois les affections psychiatriques de façon péjorative ;
- ▶ peur d'être envoyé en établissement psychiatrique avec des patients psychotiques ou ayant un degré d'agressivité élevé ;
- ▶ peur de perdre la garde de ses enfants ;
- ▶ peur d'être jugé ou considéré comme « fou » ;

## ATTITUDE DU MÉDECIN DEVANT UN PATIENT SUICIDAIRE

Le clinicien doit apprendre à être moins inquiet en présence de patients suicidaires, notamment en se rappelant que seulement 1% des patients présentant des idées suicidaires se suicident.

## MAÎTRISER LA TECHNIQUE D'ENTRETIEN SIMPLE POUR DÉVOILER DES SECRETS COMPLEXES

**Atténuation de la honte :** Le clinicien formule sa question de manière qu'une réponse positive ne paraisse pas trop embarrassante. Il doit le faire sans aucun jugement. Ex. : La consommation d'alcool peut amener certaines personnes à penser à se tuer. Cela vous est-il déjà arrivé ?

**Amplification des symptômes :** Quand le clinicien sent que le patient minimise la fréquence et l'intensité de ses comportements, il les amplifie dans sa question. Ex. : Combien de temps pensez-vous au suicide au cours d'une journée ? 60 %, 80 % ou plus ?

**Simplicité, clarté et précision :** Le médecin utilise les vrais mots pour évaluer le risque, en demandant par exemple, directement au patient s'il a l'intention de se tuer ou s'il a des idées suicidaires au lieu d'employer un euphémisme. Ex. : Est-ce que vous avez l'intention de vous faire du mal ? Le patient doit sentir que vous êtes à l'aise d'aborder cette question.

**Normalisation :** Le médecin doit rendre le fait de penser à la mort comme étant naturelle chez certaines personnes en cas d'accumulation de stress<sup>7</sup>. Ex. : Vous avez perdu votre conjointe, vous êtes au chômage, vous avez des difficultés financières et vos enfants ont des problèmes scolaires. Dans une telle situation, les gens pensent parfois à la mort comme solution. Est-ce que ça vous arrive d'avoir des idées semblables ?

**Réfutation d'une question ciblée :** Le médecin doit reformuler sa question, surtout en cas de doute. Ex. : Est-ce que vous avez un plan ? Si le patient répond non et que le médecin croit que c'est faux, ce dernier doit continuer à poser d'autres questions plus précises. Ex. : Avez-vous l'intention d'utiliser une arme à feu ? De prendre des médicaments ? De sauter en bas d'un pont ? Avez-vous un autre plan ? Si le patient a un plan, les probabilités qu'il le dévoile s'accroîtront.

**Supposition douce :** Le clinicien suppose qu'un comportement donné se produit et formule sa question en conséquence. Ex. : Pensez-vous souvent au suicide ?

## CONSEILS EN OR LORS D'UN ENTRETIEN AVEC UN PATIENT SUICIDAIRE

- ▶ Évitez d'avoir l'air mal à l'aise lorsque vous abordez cette question : regard fuyant, gestes nerveux, ton brusque, soupirs, etc.
- ▶ Si le patient répond « Non, pas vraiment », c'est parfois une bonne indication qu'il a déjà eu des idées suicidaires concrètes.
- ▶ La moindre hésitation dans la réponse du patient peut indiquer qu'il a déjà eu des idées suicidaires.

- ▶ Évitez de prendre des notes afin de vous concentrer sur le comportement verbal et non verbal.
- ▶ Faites le mieux possible pour ne pas paraître pressé.
- ▶ Dans l'évaluation du risque, le patient doit se sentir très à l'aise avec vous bien qu'il ne le soit pas avec sa propre souffrance. L'intensité de sa souffrance surpasse parfois les tabous qui l'auraient empêché de se confier<sup>8</sup>.

### ENTRETIEN SIMPLE LORS D'UNE JOURNÉE CHARGÉE. EST-CE POSSIBLE?

L'évaluation du risque survient parfois au mauvais moment pendant une journée très chargée, lorsque le clinicien est fatigué, etc. Pour cette raison, il faut bien mentionner que la plupart des mauvaises décisions cliniques ne sont pas prises à la suite d'un raisonnement clinique erroné, mais plutôt à la suite d'une bonne décision clinique faite à partir de données peu fiables et partielles.

L'objectif est d'avoir recours à une stratégie d'évaluation utilisable malgré la fatigue et la charge de travail, facile à apprendre et à retenir. Cette méthode, appelée ECES (évaluation chronologique des événements suicidaires), est constituée de quatre étapes chronologiques allant du passé lointain au présent. Elle consiste à évaluer les événements suicidaires, c'est-à-dire le désir de mourir, les pensées et les tentatives de suicide.

#### ÉTAPE 1 : EXPLORATION DES ÉVÉNEMENTS SUICIDAIRES ACTUELS

Les informations détaillées sur les circonstances des gestes donnent au clinicien une image précise du degré de dangerosité :

- ▶ Comment le patient a-t-il fait sa tentative?
- ▶ A-t-il averti quelqu'un avant de faire son geste?
- ▶ A-t-il fait des allusions au suicide avant de passer à l'acte?
- ▶ L'endroit où le geste a eu lieu était-il isolé?
- ▶ A-t-il choisi son horaire pour ne pas être découvert trop rapidement?
- ▶ A-t-il rédigé un testament?
- ▶ Par quel moyen a-t-il commis son geste?

Il faut accéder aux meilleures informations pour avoir une idée de la gravité du geste.

#### ÉTAPE 2 : EXPLORATION DES ÉVÉNEMENTS SUICIDAIRES RÉCENTS

Les événements récents ont eu lieu dans les deux mois avant l'entretien. À cette étape, le médecin veut obtenir des informations sur le degré de planification et sur l'intention suicidaire du patient. C'est la sphère la plus riche pour découvrir le degré d'urgence suicidaire.

#### ÉTAPE 3 : EXPLORATION DES ÉVÉNEMENTS SUICIDAIRES PASSÉS

Le clinicien consacre parfois beaucoup de temps à explorer les événements suicidaires passés, plus qu'ils ne le méritent. Les points pertinents à vérifier sont : la tentative la plus grave et le degré de récurrence. Par ailleurs,

TABLEAU II | FACTEURS DE RISQUE DE SUICIDE

Personnes à risque	Facteurs
Hommes, célibataires, 39-54 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Risque de :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Divorce ou séparation</li> <li>• Perte d'emploi</li> <li>• Maladie (cancer)</li> </ul> </li> <li>▶ Accroissement des responsabilités familiales et professionnelles</li> </ul>
Personnes ayant une douleur chronique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Lourde polypharmacie</li> <li>▶ Usage fréquent des urgences</li> <li>▶ Sentiment de rejet par la société et l'entourage</li> <li>▶ Harcèlement par les compagnies d'assurance (arrêt maladie)</li> </ul>
Personnes endeuillées, 50 ans ou plus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Perte d'un membre de la famille (fils, fille, etc.)</li> </ul>
Personnes âgées vivant dans une résidence	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Contact limité avec la famille</li> <li>▶ Perte d'autonomie</li> <li>▶ Manque de chaleur humaine</li> <li>▶ Sentiment d'abandon</li> <li>▶ Solitude et idées noires</li> </ul>
Jeunes de 19-25 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Impulsivité</li> <li>▶ Antécédents d'hétéroagressivité</li> <li>▶ Démêlés avec la justice</li> <li>▶ Prise de substances intoxicantes (alcool, drogues, etc.)</li> </ul>
Patients atteints d'une maladie psychiatrique (taux de suicide : 10%-15%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Dépression</li> <li>▶ Bipolarité</li> <li>▶ Schizophrénie (hallucinations impératives)</li> </ul>

Tableau de l'auteur.

un grand nombre de tentatives peut faire penser à de la manipulation.

#### ÉTAPE 4 : EXPLORATION DES ÉVÉNEMENTS SUICIDAIRES IMMÉDIATS

Évaluer l'intention suicidaire pendant la rencontre avec le patient et si le patient a des projets à très court terme.

**Le clinicien doit posséder de bonnes connaissances pour évaluer les éléments à risque, principalement les facteurs contributifs, prédisposants et précipitants, mais également les éléments de protection qui constituent la structure de base de toute évaluation du risque suicidaire.**

TABLEAU III | AIDE-MÉMOIRE : ÉVALUATION DE LA DANGÉROSITÉ SUICIDAIRE<sup>8</sup>

	Oui	Non
<b>Événements suicidaires actuels (24-48 heures précédentes)</b>		
▶ Idées		
▶ Plan		
▶ Accès au plan		
▶ Accès à une arme à feu		
<b>Événements suicidaires récents (deux derniers mois)</b>		
▶ Idées		
▶ Plan		
▶ Accès au plan		
▶ Accès à une arme à feu		
<b>Événements suicidaires antérieurs (les plus pertinents)</b>		
▶ Idées		
▶ Plan		
▶ Accès au plan (armes à feu, médicaments, etc.)		
<b>Événements suicidaires immédiats (lors de l'entretien)</b>		
▶ Idées		
▶ Plan		
▶ Accès au plan		
▶ Accès à une arme à feu		
<b>Facteurs de risque</b>		
▶ Maladie psychiatrique		
▶ Abus de drogue ou d'alcool		
▶ Isolement et absence des proches		
▶ Âge > 50 ans et deuil		
▶ Douleurs chroniques		
▶ Rupture amoureuse récente		
▶ Homme célibataire de 34 à 59 ans		
▶ Antécédents judiciaires ou d'hétéroagressivité		

L'objectif de la méthode ECES est d'aider le patient à se sentir en sécurité pour lui permettre d'inviter le clinicien à pénétrer dans le monde de ses pensées suicidaires. Le tableau III<sup>8</sup> constitue un aide-mémoire pratique et utile pour l'évaluation de la dangerosité suicidaire.

L'évaluation des événements suicidaires consiste à suivre les quatre étapes de la méthode ECES et également à repérer les différents facteurs de risque dans un climat de bon lien thérapeutique.

**L'évaluation des événements suicidaires se fait à l'aide de la méthode ECES en quatre étapes et également par le repérage des différents facteurs de risque dans un climat de bon lien thérapeutique.**



## RESSOURCES

### ► iStop suicide MD

<http://hyperexis.com/client/fr/istopsuicidemd/>

Application gratuite pour iPad et iPhone, destinée aux médecins, qui aborde les principes de dépistage et de prise en charge des personnes suicidaires. Elle repose sur le *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide* publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

### ► Échelle de Beck

[www.echelles-psychochirurgie.com/pdf/echelle-beck.pdf](http://www.echelles-psychochirurgie.com/pdf/echelle-beck.pdf)

Outil pour évaluer le risque suicidaire

### ► Prévention du suicide : Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-02.pdf>

Document coproduit par le Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale du ministère de la Santé et des Services sociaux et par l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

## CONCLUSION

L'évaluation de risque suicidaire pose des défis sur deux plans : le patient peut manifester une certaine réticence à en parler, et le clinicien doit consacrer le temps nécessaire à l'évaluation. Dans les deux cas, le clinicien doit se sentir à l'aise et mettre le patient à l'aise. Lors d'une évaluation urgente du risque, le clinicien doit prendre des décisions radicales à partir d'informations partielles ou incomplètes. Pour cette raison, dans un temps limité, il doit : 1) établir un bon lien de confiance ; 2) repérer les éléments à risque et 3) recueillir le plus possible d'informations concernant les événements suicidaires antérieurs et actuels à l'aide de la méthode ECES.

*Chez le patient du début, on constate que les éléments de risque vont de faibles à modérés. Le patient possède une bonne capacité à demander de l'aide, un bon soutien familial et un solide attachement à ses enfants. Également, l'évaluation des événements suicidaires nous oriente vers un risque faible considérant l'absence d'événements suicidaires antérieurs et de plan actuel. Par conséquent, le patient pourrait recevoir son congé. L'accès à son arme à feu devra lui être retiré. Un suivi sera planifié. Commencez par un premier rendez-vous dans quarante-huit heures. Vous devrez prévoir au moins un rendez-vous par semaine avec un intervenant de la santé jusqu'à ce que le risque de suicide soit faible ou inexistant pendant trois rencontres successives<sup>9</sup>. //*

**Date de réception :** le 30 novembre 2013

**Date d'acceptation :** le 27 janvier 2014

Le Dr William Semaan a été consultant pour Bristol-Myers Squibb en 2012 et pour Pfizer en 2009 et 2012.

## SUMMARY

### **Assessment of Suicide Potential: Unveiling Closely Held Secrets.**

*Suicide is a worldwide public health problem. One million people commit suicide every year around the world. Some Asian countries, especially South Korea, China and Japan, and some Scandinavian countries rank at the top in terms of suicide rates; while Québec men rank tenth. Interestingly, the most common method of suicide in Québec is strangulation.*

*Clinicians must be alert to individuals' suicide risk profiles. These chiefly include single men aged 39-54 years; people with physical ailments, especially chronic pain; young people with aggressive behaviour history; and people over the age of 50 years who are grieving for a loved one.*

*The process for assessing suicide potential is based on three clinical steps: collecting data related to the risk factors; collecting data concerning suicide events; and making clinical decisions based on this information.*

## BIBLIOGRAPHIE

1. Park MH, Kim TS, Yim HW et coll. Clinical characteristics of depressed patients with history of suicide study in South Korea. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198 [10]: 748-54.
2. Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M. *Comprehensive clinical psychiatry*. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2008. p. 7334.
3. Caillard V, Chastang F. *Le geste suicidaire*. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2010. p. 56-8.
4. Légaré G, Gagné M, St-Laurent D. La mortalité par suicide au Québec: 1981 à 2010. Mise à jour 2013. Institut national de santé publique du Québec. Site Internet : [www.aqps.info/media/documents/Suicide\\_Qc\\_INSPQ\\_mise\\_ajour2013.pdf](http://www.aqps.info/media/documents/Suicide_Qc_INSPQ_mise_ajour2013.pdf) [Date de consultation : le 6 décembre 2013].
5. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2005; 133C [1]: 13-24.
6. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G et coll. Childhood adversities as risk factor for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2010; 197 [1]: 20-7.
7. Shea SC. *Psychiatric interviewing: the art of understanding*. Philadelphia: WB Saunders; 1998. p. 402.
8. Shea SC, Terra JL, Seguin M. *Évaluation du potentiel suicidaire. Comment intervenir pour prévenir*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2008.
9. Boileau JC, Corriveau-Durand S, Grondines L et coll. *Analyse des rapports des coroners des décès par suicide en Estrie: profils et recommandations*. CSSS-IUGS; 2011. Site Internet : [www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Analyse%20des%20rapports%20des%20coroners\\_final\\_r%C3%A9vis%C3%A9.pdf](http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Analyse%20des%20rapports%20des%20coroners_final_r%C3%A9vis%C3%A9.pdf) [Date de consultation : le 11 novembre 2013].

## ERRATUM

Deux petites erreurs se sont glissées dans le numéro de mars 2014 :

- À la page 27, sur la dernière ligne de la colonne de gauche, on devrait lire « compression de la moelle épinière » au lieu de « compression de la moelle osseuse ».
- À la page 47, dans la dernière phrase du 1<sup>er</sup> paragraphe de la colonne de gauche, on devrait lire : « Ce phénomène est rare dans la leucémie myéloïde chronique et encore plus rare dans la leucémie lymphoïde chronique (survient seulement quand les lymphocytes dépassent 1000 x 10<sup>9</sup>/l). »