



Évaluation du suicide

(document préparé par le Dr Jonathan Lafontaine, représentant des résidents sur le CA de l'AMPQ - 2022)

Au cours des 20 dernières années, le taux de suicide a constamment diminué au Québec. Les chiffres les plus récents montrent un taux annuel de 12.4 suicides par 100 000 habitants (17.9 pour les hommes et 6.1 pour les femmes), alors qu'il dépassait les 20 suicides par 100 000 habitants à la fin des années 1990 (Lévesque, Pelletier & Perron, 2020). Malgré la diminution du taux de suicide, le niveau de détresse psychologique dans la population québécoise demeure élevé. En effet, la prévalence à 12 mois d'idées suicidaires et de tentatives de suicide est estimée à respectivement 2.4% (144 000 personnes) et 0.5% (28 000 personnes) comparativement à 0.012% (1 000 personnes) pour les suicides complétés (MSSS, 2012). Ces données sont importantes car elles illustrent que les suicides complétés sont un phénomène relativement rare et en diminution comparativement aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide. Il faut également noter que si le taux de suicides complétés a significativement diminué au Québec, le taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide a quant à lui constamment augmenté entre 2007 et 2018 passant 34.5 à 59.5 par 100 000 habitants pour les femmes et de 26.3 à 37.5 par 100 000 habitants pour les hommes (Lévesque, Pelletier & Perron, 2020).

Lexique du suicide

Avant de poursuivre sur l'évaluation du risque suicidaire, il importe de préciser le vocabulaire utilisé lorsqu'il est question du suicide. Le tableau 1. présente une définition des concepts importants à distinguer lors de l'évaluation du risque suicidaire.

Tableau 1. Lexique relatif au suicide

Idée de mort passive	Souhait de mourir qui n'implique pas que la personne s'enlève elle-même la vie (p.ex. souhaiter s'endormir et de ne pas se réveiller le lendemain matin).
Idée suicidaire	Souhait d'une personne de s'enlever la vie elle-même
Plan suicidaire	Plan d'une personne de s'enlever la vie, qui implique généralement un moyen et qui peut également comporter un lieu et un moment
Intention suicidaire	État d'esprit d'une personne qui a l'intention de mettre à exécution un plan suicidaire dans le but de s'enlever la vie
Menace suicidaire	Communication interpersonnelle de commettre un geste ou une tentative de suicide. Avec ou sans intention suicidaire réelle. Implicite ou explicite, verbale ou non verbale.
Geste parasuicidaire	Comportement ressemblant à une tentative de suicide, mais dont l'objectif ultime n'est pas de s'enlever la vie. L'objectif peut être de communiquer sa souffrance, d'attirer l'attention ou la sympathie des autres.
Tentative de suicide	Geste suicidaire commis dans le but de s'enlever la vie, mais dont le résultat final n'est pas la mort.
Suicide complété	Tentative de suicide dont le résultat final est la mort.

Les idées suicidaires peuvent avoir différentes caractéristiques qui vont influencer le niveau d'alerte qu'elles présentent. Par exemple, les idées suicidaires d'une personne peuvent être sporadiques, récurrentes ou invasives. Une personne peut avoir des idées suicidaires quelques fois par année d'une durée de quelques minutes seulement. Cela sera très différent d'une personne qui présentent des idées suicidaires envahissantes à tous les jours et dont elle n'arrive pas à se débarrasser. Une autre caractéristique importante est la position qu'a la personne par rapport à ses idées suicidaires (égosyntones vs. égodystones), c'est-à-dire si la personne est en harmonie avec les idées suicidaires ou si ces idées lui causent une détresse psychologique. Ces caractéristiques des idées suicidaires sont importantes et nous y reviendrons dans la section sur les facteurs dynamiques du risque suicidaire.

Facteurs épidémiologiques du suicide

Le suicide est un phénomène qu'il est impossible de prédire et il n'existe aucun algorithme efficace qui permette de prédire le suicide (Turecki & Brent, 2016). La responsabilité du psychiatre dans l'évaluation du risque suicidaire en est donc une de moyen et non de résultat. Certains acronymes, questionnaires et outils de dépistage existent dans la littérature et peuvent aider le clinicien à faire une évaluation du risque suicidaire, mais aucun de ces outils n'a pu démontrer son efficacité à prédire ou prévenir efficacement le suicide (Lebel et al., 2018). La plupart des facteurs de risque connus du suicide sont des facteurs épidémiologiques, statiques et non modifiables. Leur utilité est donc limitée et leur utilisation seule ne permet pas d'effectuer une évaluation individualisée du risque suicidaire d'un patient.

Il y a plus de 75 facteurs de risque connus du suicide (Lebel et al., 2018) et ce nombre augmente à mesure que nos connaissances sur le suicide progressent. L'objectif ici n'est pas d'énumérer l'ensemble de ces facteurs, mais plutôt de présenter les principaux facteurs de risque connus (tableau 2.). Avoir fait une tentative de suicide passée et la sévérité de cette tentative de suicide constituent un des principaux facteurs de risque suicidaire. Avoir un trouble de santé mentale constitue également un facteur de risque majeur. La plupart (70 à 80%) des personnes qui se sont suicidées souffraient de dépression au moment de se suicider et il est estimé que de 15 à 20% des patient bipolaires, 15% des patient alcooliques, 10% des patients schizophrènes, 8 à 10% des patients avec un trouble de la personnalité limite et 5% des patients avec un trouble de la personnalité narcissique vont mourir par suicide (Kaplan & Sadock's, 2015).

Tableau 2. Facteurs de risque épidémiologiques

Tentative de suicide antérieure
Histoire familiale de suicide
Trouble de santé mentale (troubles de l'humeur, personnalité et schizophrénie)
Abus de substances
Genre masculin
Âge (Hommes > 45 ans; Femmes > 55 ans)
État matrimonial (Célibataire, divorcé ou séparé)
Ethnicité (autochtones et caucasiens plus à risque)
Isolement social
Sans emploi
Perte récente

Plusieurs auteurs recommandent également de documenter les facteurs protecteurs de suicide. De manière générale, les facteurs protecteurs de suicide sont l'opposé des facteurs de risque connus (e.g. être en couple, avoir un bon réseau social, avoir un emploi, ne pas avoir de trouble de santé mentale ou d'abus de substances etc.). S'il peut être utile d'identifier les principaux facteurs de risque et protecteurs du suicide, il faut toutefois rappeler que ceux-ci permettent seulement de savoir si la personne possède des caractéristiques associées à des groupes qui sont plus à risque de commettre un suicide.

Facteurs dynamiques du risque suicidaire

L'évaluation du risque suicidaire est situationnelle et dynamique (Lebel et al., 2018). Elle implique de prendre en considération plusieurs éléments qui sont reliés à la situation présente du patient, qui fluctuent dans le temps, qui sont modifiables et sur lesquels le clinicien peut travailler avec le patient. Parmi les éléments les plus importants à prendre en considération dans l'évaluation du risque de suicide imminent, **il y a le niveau actuel de détresse émotionnelle, de désespoir et d'agitation du patient. Le risque de passage à l'acte est plus élevé lorsque le patient se trouve en « état de crise », lorsque son niveau de détresse est très élevé, qu'il est agité, qu'il n'a plus d'espoir. Le patient qui se trouve dans cette situation est à risque d'avoir une vision en tunnel et de ne plus voir aucune autre alternative que le suicide pour mettre fin à ses souffrances.**

Évidemment, la présence ou non d'idées suicidaires, leur intensité, leur durée et leur fréquence sont des éléments importants à prendre en considération et à documenter. Lorsqu'elles sont présentes, il faut également distinguer les idées de mort passives (souhait de mourir mais sans intention de s'enlever la vie soi-même) des idées suicidaires actives (souhait de mettre fin à ses jours soi-même). Il importe également de noter l'intentionnalité suicidaire. Le patient exprime-t-il clairement le souhait de mettre fin à ses jours? Présente-t-il une ambivalence par rapport à ses idées suicidaires? A-t-il communiqué ses idées suicidaires à quelqu'un d'autre? Aussi, il est important de documenter la présence ou non d'un plan spécifique, incluant une date, un lieu, un moyen et la facilité d'accès à ce moyen. La présence d'un plan spécifique et l'accès au moyen identifié dans le plan (par exemple un policier ayant accès à une arme à feu) constituent des facteurs de risque importants dans l'évaluation du risque suicidaire. Le niveau de préparation constitue un autre drapeau rouge qu'il est important de documenter. Le patient qui a récemment fait ses arrangements funéraires, modifié son testament ou qui a écrit une lettre de suicide présente un risque imminent beaucoup plus élevé.

Si le patient est à la salle d'urgence à la suite d'une tentative de suicide, il faut chercher à déterminer les éléments de détresse qui ont mené à cette tentative et si ces éléments sont toujours présents. Plusieurs autres questions devraient également faire partie de l'évaluation. Est-ce que la tentative était planifiée ou impulsive? Si elle était planifiée, depuis combien de temps l'était-elle? Si elle était impulsive, y a-t-il des éléments (e.g. consommation de substances) qui ont contribué à précipiter la tentative? Comment la personne a-t-elle été retrouvée? A-t-elle appelé à l'aide elle-même? A-t-elle été retrouvée par chance? Est-ce que la personne avait « planifiée » être retrouvée ou avait-elle plutôt tout orchestré pour ne pas être retrouvée à temps? Quelle était la létalité du moyen choisi? À quel point la personne est-t-elle passée proche de mourir? Enfin, comment le patient se sent-il d'avoir fait une tentative de suicide et d'être toujours en vie? A-t-il des regrets et si oui quels types de regrets? Regrette-t-il d'avoir manqué sa tentative ou d'avoir fait une tentative? Malgré qu'il soit impossible de prédire le suicide, les réponses à ces questions aideront à déterminer le niveau de sévérité de la tentative de suicide et à orienter le clinicien sur le niveau de risque imminent du patient.

Dans certaines situations, il est fortement recommandé d'obtenir de l'information collatérale de la part d'un proche (conjoint, membre de la famille, amis, collègue etc.), surtout lorsque le patient est évasif dans ses réponses ou qu'il y a des raisons de croire qu'il minimise ses symptômes ou retient certaines informations. L'obtention d'informations collatérales est essentielle dans certains cas, comme par exemple lorsqu'un patient est amené à l'urgence par un proche qui s'inquiète du risque suicidaire. Une fois l'ensemble de ces informations obtenu et en tenant compte des facteurs de risque identifiés, le psychiatre peut alors stratifier le niveau de risque suicidaire immédiat du patient (faible, modéré ou élevé), expliquer ce qui a mené à établir ce niveau de risque et l'indiquer clairement dans sa documentation. Le plan de traitement et la disposition du patient seront déterminés en fonction de ces éléments.

Plan de traitement

Une fois l'évaluation complétée et le risque suicidaire déterminé, le psychiatre mettra en place un plan de traitement avec le patient. L'objectif de ce plan, au-delà de la prévention du suicide, est avant tout de s'occuper de la détresse du patient. Évidemment, tous les patients ayant des idées suicidaires ne peuvent être gardés à l'hôpital. Rappelons que la prévalence des suicides complétés est très faible comparativement à celle des idées suicidaires dans la population. Pour un suicide complété, plus de 150 personnes ont des idées suicidaires. Cela nécessiterait de devoir garder un nombre très élevé de patients à l'hôpital sans que cela ne soit médicalement requis. Rappelons également que la loi n'autorise pas le psychiatre à garder une personne à l'hôpital contre son gré sauf dans le cas d'un risque grave et imminent pour sa sécurité ou celle d'autrui.

La notion de risque imminent pour la sécurité amène donc à devoir distinguer le risque suicidaire immédiat du risque suicidaire chronique, de même que les facteurs de risques épidémiologiques de ceux qui sont modifiables. Certains patients peuvent avoir un niveau de risque suicidaire chronique élevé en raison de facteurs épidémiologiques non modifiables ou en raison de leur diagnostic (certains troubles de la personnalité limite sévères par exemple). Ainsi, lorsque cela est pertinent, le psychiatre devrait stratifier le niveau de risque suicidaire immédiat et le distinguer du niveau de risque chronique afin d'établir son plan de traitement. Lorsque le risque immédiat est très élevé, l'hospitalisation peut être nécessaire et dans ce cas, le psychiatre devrait garder le patient à l'hôpital, volontairement ou sous contrainte légale, le temps de travailler sur les éléments qui sont à l'origine du risque suicidaire immédiat élevé. Il importe cependant de rappeler qu'une hospitalisation n'est pas toujours cliniquement recommandée lorsque le risque suicidaire est chronique ou lorsque le risque imminent n'est pas élevé. Par exemple, l'hospitalisation de longue durée de patients avec un trouble de la personnalité limite est généralement considérée contre-thérapeutique puisqu'elle mène souvent à une régression et une détérioration de l'état.

Le psychiatre est donc souvent amené à donner congé de l'hôpital à des patients qui présentent des idées suicidaires et cela peut constituer un facteur de stress important tant pour le psychiatre que pour le patient et les proches du patient qui reçoit son congé. Lorsque cela se produit, il est important de mettre en place un plan de traitement sécuritaire et raisonnable dont l'objectif principal est de travailler sur la détresse sous-jacente (e.g. dépression, anxiété, psychose, isolement social etc.). Lorsqu'un patient reçoit son congé de l'hôpital ou de l'urgence malgré la présence d'idées suicidaires, il est fortement recommandé d'assurer un suivi dans un délai raisonnable à ce patient soit par le psychiatre lui-même, soit en le référant à un ou plusieurs autres services (e.g. son médecin de famille, le CLSC, clinique externe spécialisée etc.) lorsqu'il n'est pas le médecin traitant de ce patient.

Lorsque disponible, une référence à un centre de crise ou à des ressources communautaires est également recommandée et peut permettre de diminuer le risque de passage à l'acte en brisant l'isolement. Puis, tout en respectant le principe de confidentialité, il est fortement suggéré d'impliquer un membre de la famille ou un proche dans l'élaboration et la communication du plan de traitement. Cela peut permettre de diminuer le niveau de stress du proche qui est inquiet du risque suicidaire du patient et encore une fois contribuer à diminuer l'isolement du patient ayant des idées suicidaires. Ensemble, ces éléments permettent de constituer un filet de sécurité autour du patient ayant des idées suicidaires, mais dont le niveau de risque immédiat ne requiert pas une hospitalisation en psychiatrie. Enfin, ces éléments devraient être documentés dans le dossier du patient et mis à jour périodiquement, puisque, rappelons-le, le risque suicidaire est dynamique et évolue dans le temps.

Sources :

Levesque, P., Pelletier, É. & Perron, P. A. (2020). Le suicide au Québec : 1981 à 2017 — Mise à jour 2020. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 25 pages.

MSSS, 2012, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-202-04F.pdf>

Lebel et al.

<https://aqiism.org/wp-content/uploads/Outil-clinique-Cadre-de-référence-suicide-2018-Juillet-2018.pdf>

Sadock BJ, Sadock VA & Ruiz P. (2015) Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 11th edition.

Turecki & Brent, 2016

http://psychiatry.pote.hu/tavoktatas/DEPR_SUIC_4_Turecki_Basic.pdf