

Position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires

par Johanne Renaud et Claude Marquette

ACTUELLEMENT, au Québec, le suicide est la première cause de décès chez les personnes âgées de 15 à 39 ans, et la deuxième chez les adolescents âgés de 10 à 14 ans, derrière les accidents de véhicules à moteur¹. Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique.

Selon la Déclaration d'Adélaïde, ratifiée en juin 1997 par le conseil exécutif de l'Association internationale pour la prévention du suicide et appuyée par l'Organisation mondiale de la santé, la première stratégie de prévention passe par le traitement des maladies mentales². En effet, selon les études consultées³⁻⁶, la maladie mentale est associée à jusqu'à 90 % des décès par suicide. Chez les jeunes, ces maladies mentales sont principalement les troubles de l'humeur, les troubles liés à l'abus d'alcool et de drogues et les troubles des conduites. Il en ressort qu'il est impératif de dépister les maladies mentales, de les évaluer et de les traiter.

En 1995, à la suite du suicide d'un adolescent suivi par les centres jeunesse et de la plainte déposée par ses parents, et sur les recommandations du coroner, un comité spécial a été

La D^{re} Johanne Renaud, psychiatre et chercheuse boursière aux Instituts de recherche en santé du Canada, et le D^r Claude Marquette, psychiatre, exercent à l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal.

Les D^{rs} François Maranda et Patricia Garel, psychiatres, exercent à l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal.

Trois courtes histoires de cas accompagnant la position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires

par Johanne Renaud, François Maranda et Patricia Garel

ALEXANDRE, 15 ANS

Alexandre est âgé de 15 ans. Il a un frère cadet et il est en secondaire III. Il consulte à l'urgence parce qu'il a voulu se jeter sous le métro.

Il vit avec ses parents et n'a pas d'antécédents psychiatriques personnels. Son père aurait été traité pour un épisode dépressif survenu à l'âge de 18 ans. Un de ses oncles paternels souffrirait d'un trouble de l'humeur de type bipolaire, et son grand-père paternel aurait traversé un épisode dépressif. Chez plusieurs membres de la parenté, on signale une tendance à la consommation abusive d'alcool.

L'anamnèse révèle qu'Alexandre présente depuis trois mois les symptômes suivants : tendance à s'isoler, tristesse et irritabilité, sommeil agité, perte d'appétit et de poids (environ 2,5 kg), difficultés de concentration et baisse du rendement scolaire. Ses activités habituelles ne l'amuse plus et, depuis environ un mois, il est obsédé par l'idée du suicide.

Il y a moins de deux semaines, Alexandre se serait attardé devant l'armoire à pharmacie de la maison et aurait finalement décidé de ne pas commettre de geste suicidaire. Il avoue avoir été très « jongleur » et penser constamment à la lettre qu'un ami lui avait remise la veille, lui signifiant la fin de leur amitié. Cet incident le perturbe énormément, et il précise qu'il était sur le point de se jeter sous le métro lorsqu'une voix intérieure lui a dit d'appeler son père pour l'informer de ses intentions. Il est convaincu que c'est cette pensée qui lui a sauvé la vie.

L'examen permet de constater que l'enfant est triste, songeur et inquiet, et que les idées suicidaires sont récurrentes. Il n'est cependant pas délirant et il coopère bien pendant l'entrevue.

Cette histoire de cas met en lumière un épisode probable de dépression majeure survenu chez cet adolescent, dans le cadre d'une possible maladie affective bipolaire. Les éléments suicidaires se situent au niveau des idées, s'accompagnant d'une intention manifeste et de l'ébauche d'un plan qui occupe de plus en plus son esprit. Les moyens envisagés sont accessibles, et l'intensité de la détresse fait craindre le pire. L'examen clinique mental de ce jeune et les facteurs de risque associés au suicide facilitent l'évaluation adéquate du cas. On sait que la dépression majeure est un trouble qui peut mener à un suicide en bonne et due forme. De plus, les antécédents familiaux de troubles de l'humeur renforcent l'importance de ce facteur de risque. Il faut également qu'on tienne compte du fait que le père peut, lui aussi, traverser un épisode dépressif, ce qui est susceptible d'entraîner des problèmes supplémentaires chez Alexandre. À cet égard, il serait intéressant de vérifier s'il y a des antécédents de tentative de suicide chez le père ou chez les autres membres de la famille. Par ailleurs, il faut souligner la présence d'un facteur ayant accentué les idées suicidaires et accru le risque de passage à l'acte, en l'occurrence, un conflit interpersonnel, une perte, dans un moment de grande vulnérabilité. Enfin, il est toujours important de valider les informations reçues lors de rencontres avec les parents ou leurs substituts et l'adolescent.

En plus de la recherche des faits actuels et anciens, il est impératif d'évaluer les autres facteurs de risque et les facteurs de protection, à savoir : l'abus éventuel d'alcool ou de drogues, l'état mental du patient lui permettant ou non d'établir une alliance thérapeutique avec le médecin, la volonté sincère d'Alexandre de coopérer avec ce dernier et la capacité des parents et du milieu à encadrer et à soutenir l'enfant, ainsi que la disponibilité de ces personnes. L'évaluation globale de la situation permettra de déterminer si on peut mettre en route le traitement approprié. Selon le cas, cette prise en charge pourra associer une psychothérapie, des interventions dans le milieu de vie du jeune et, éventuellement, une pharmacothérapie.

VANESSA, 14 ANS

Vanessa est une adolescente âgée de 14 ans, fille unique, hospitalisée depuis quelques jours en pédiatrie dans un hôpital périphérique en raison d'une deuxième tentative sérieuse de suicide en l'espace de trois mois, par intoxication médicamenteuse. L'évaluation est demandée par le pédiatre, inquiet des projets suicidaires que l'adolescente n'a toujours pas abandonnés ; il s'interroge sur l'opportunité de transférer la patiente en psychiatrie.

Le diagnostic retenu après la première tentative de suicide avait été celui d'un trouble oppositionnel. On a proposé à Vanessa une psychothérapie individuelle du fait qu'il n'existait pas de maladie familiale. Elle avait rencontré une psychologue à quelques reprises, mais elle n'a jamais vraiment adhéré à la démarche thérapeutique, qu'elle considérait comme une contrainte imposée par les parents. Bien qu'on dise qu'elle est « brillante et performante », on la décrit comme une jeune fille réservée, qui a du mal à s'exprimer.

Lors de l'examen clinique, les parents et l'adolescente se montrent d'emblée très inquiets et dépassés par les événements. Ils expriment diverses émotions : incompréhension, colère, désarroi, impuissance. Cette deuxième tentative de suicide a lieu alors que les parents pensaient que la situation s'améliorerait. Ils se montrent, par ailleurs, incapables de repérer un facteur déclenchant : selon eux, Vanessa semblait plus sociable et plus détendue.

Vanessa, assise entre ses parents, les bras croisés et un petit sourire sur les lèvres, semble fermée et plus ou moins absente. Elle répète souvent : « Je ne sais pas, je ne me souviens plus », et s'efface lorsque ses parents expriment leur inquiétude.

Tout en se montrant très inquiets, les parents, quant à eux, tendent à se blâmer mutuellement. Très rapidement, on comprend qu'ils sont en conflit. Pendant l'entretien, il ressort que les parents ont pensé à se séparer, sans en avoir jamais dit un mot à leur fille, et insistent sur le fait qu'ils restent ensemble pour elle.

La jeune fille semble prise dans une situation paradoxale. Ses parents ne demeurent en couple que pour elle. Or, elle ressent très intensément leur mécontentement. En disparaissant, elle leur permettrait de se séparer. Ses comportements suicidaires, par contre, les gardent ensemble et semblent apaiser leurs différends. À l'évocation de ces difficultés que les parents expriment ouvertement, l'attitude de l'adolescente change. Le travail d'exploration familiale permet à la jeune fille de sortir de l'impasse dans laquelle elle se trouvait et aux parents d'envisager un travail de couple.

Selon les problèmes en présence, des enjeux relationnels sans preuve de trouble mental majeur peuvent mener à des menaces ou à des gestes suicidaires effectifs. Ce n'est qu'à travers une évaluation globale que l'on trouvera un sens à ces comportements, et cette compréhension pourra orienter la prise en charge.

mis sur pied par le Protecteur du citoyen afin d'étudier la question avec des représentants de l'Association des centres jeunesse du Québec et du Collège des médecins⁷. Les recommandations de ce comité vont dans le sens de la reconnaissance de la maladie mentale et de son traitement. Au cours de la même période, un comité de travail a été créé par le Collège des médecins. Il avait comme mandat de définir la position du Collège quant à l'accessibilité aux soins médicaux et psychiatriques de la clientèle des adolescents. Un document a été produit⁸.

Partant de ces faits, un groupe de pédopsychiatres de l'Hôpital Sainte-Justine, concerné par ce problème, a organisé des rencontres de réflexion sur le sujet en marge d'un Colloque suprarégional sur le suicide des adolescents qui a eu lieu en novembre 1998. Ce colloque, qui a réuni des représentants de différents milieux de la santé, des services sociaux et de l'éducation, a mis en

Suite page 93 >>>

VICTOR, 13 ANS

Âgé de 13 ans et demi, il est le cadet d'une famille de deux garçons (l'aîné a 15 ans). Il demeure avec sa mère et son frère depuis le décès de son père, il y a 12 ans, mort dans un accident de voiture.

Selon sa mère, Victor est, depuis sa prime enfance, impulsif, agressif, irritable, téméraire, agité et turbulent. Il aurait régulièrement été menacé d'être expulsé de l'école. En plus de se placer souvent en situation dangereuse (prédisposition aux accidents), Victor ferait des crises de colère impressionnantes. À l'école, il serait souvent « dans la lune » et limité dans sa capacité de comprendre (difficultés d'apprentissage et redoublement de la première année d'école primaire).

Depuis environ trois ans, Victor ferait différents bruits avec la bouche, présenterait des tics moteurs (se touche la hanche, cligne des yeux, bouge le nez) et serait obsédé par certains thèmes (par exemple, compter sans relâche les numéros de loto). Finalement, il avoue être régulièrement envahi par des idées suicidaires.

Victor aurait fait récemment, sans raison apparente, une tentative de suicide par électrocution dans son bain (il aurait été épargné du fait que les fusibles ont sauté à cause de la surcharge électrique).

Les antécédents familiaux révèlent que le père aurait été un adolescent très impulsif, ayant connu des troubles d'apprentissage. Le décès par accident demeure équivoque.

Pendant l'examen, Victor est prêt à coopérer. Il se montre sympathique et alerte, mais présente des tics moteurs (bouge continuellement le nez, cligne des yeux). Aucun symptôme dépressif n'est noté.

Cette histoire de cas illustre le tableau clinique d'un jeune adolescent atteint du syndrome de Gilles de la Tourette et de trouble déficitaire de l'attention. Les éléments suicidaires semblent se situer à l'intérieur d'un mode de pensée rigide, d'allure obsessionnelle, ayant des implications surtout sur le plan de l'impulsivité.

L'évaluation de l'état mental révèle également que l'impulsivité et les troubles de comportement semblent associés à l'idée de suicide, et qu'ils pourraient s'accompagner d'un trouble de l'humeur. Une évaluation complémentaire orientera les grandes lignes du traitement et ciblera les aspects de la maladie qu'il faut prendre en charge en priorité, en particulier l'impulsivité. Ainsi, le jeune pourra gagner peu à peu une emprise sur ses pensées et être moins « pris » sur le plan cognitif. Répétons qu'un éventuel abus d'alcool ou de drogues pouvant entraîner des perturbations graves du jugement, ajouté au niveau d'impulsivité de base, augmente les risques de suicide.

Selon le cas, le suivi proposé pourra comporter une pharmacothérapie, un suivi individuel et familial et, souvent, une aide de type orthopédagogique.

Position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires

Préambule

Cette démarche découle d'une volonté de mieux définir le rôle médical dans ce domaine sans cependant sous-estimer celui qui revient à la société d'offrir des conditions de vie et un environnement psychosocial de qualité et de rendre accessibles les ressources appropriées et nécessaires à la prévention du suicide chez les jeunes.

La position qui suit s'inscrit dans le cadre des différentes lois entourant la pratique médicale et des règles de l'art lui servant de guide, incluant la notion de confidentialité.

Problématique

Au Québec, le suicide chez les jeunes est un problème de santé publique sérieux qui doit faire l'objet d'une action prioritaire. Bien que le suicide frappe plus souvent des adolescents, il peut aussi être le fait d'enfants plus jeunes. Les connaissances actuelles montrent qu'il s'agit d'un problème à déterminants multiples dans lequel interagissent des composantes médicales, biopsychosociales et environnementales.

Selon les intervenants concernés par cette réalité du suicide chez les jeunes, l'absence de consensus entre les différents groupes de dispensateurs de services quant au cadre général d'intervention, l'absence de concertation entre les ressources ainsi que le manque d'intensité du suivi et de continuité dans les prises en charge sont autant d'obstacles majeurs qui empêchent l'atteinte des objectifs et la réussite des interventions auprès des jeunes qui présentent un risque suicidaire élevé.

Ainsi, il nous apparaît important de dégager au sein du monde médical un consensus sur les principes sous-jacents à la prévention, à l'évaluation et à l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires. Nous espérons que cette contribution sera utile et s'inscrira dans le mouvement actuel de concertation entre les différents dispensateurs de services des réseaux psychosociaux, de la santé, de la ré-

adaptation, de l'éducation, de la justice et des organismes communautaires.

Les comportements suicidaires sont considérés comme un ensemble de manifestations où peuvent se recouper, sans continuité linéaire, l'idéation suicidaire, la menace, l'intention manifeste, la tentative et le suicide complété. Ces comportements ne découlent pas d'une motivation unique ou spécifique et peuvent refléter des situations très différentes, depuis le geste d'appel jusqu'à l'agir ou l'épisode révélant une maladie psychiatrique grave. Ce caractère non spécifique ne devrait pas empêcher de définir certaines lignes directrices susceptibles d'orienter la prise en charge, notamment face à la situation d'impasse et au risque qui s'ensuit pour la vie du jeune. Fait à noter, les études récentes d'autopsies psychologiques¹⁻⁴ des jeunes décédés par suicide ont permis de dégager un certain nombre de facteurs de risque, le premier étant la présence d'un ou de plusieurs diagnostics psychiatriques, qui se retrouvent dans 90 % de ces décès.

Prévention du suicide

Il existe actuellement dans la littérature diverses opinions quant aux méthodes de prévention du suicide, et aucune recommandation formelle n'en ressort. Les recommandations générales que l'on peut retenir sont les suivantes :

La prévention consiste à sensibiliser les parents, les pairs et toute personne directement engagée auprès d'enfants ou d'adolescents aux signaux d'alerte habituellement perceptibles dans ces cas. Dans ce sens, tout en tenant compte des responsabilités propres aux intervenants agissant dans un réseau, il faut les sensibiliser, les informer ou même les former à reconnaître les signes de psychopathologie afin de leur permettre d'intervenir adéquatement dans le cadre de leurs fonctions et, si cela est nécessaire, d'orienter l'enfant ou l'adolescent vers les services indiqués.

Le dépistage des troubles mentaux chez les jeunes en

difficulté constitue un élément important d'une stratégie de prévention du suicide. La mise en place de ce type de prévention doit s'appuyer sur les connaissances cliniques récentes en pédopsychiatrie et être soutenue par des ressources appropriées et une organisation cohérente des services cliniques à fournir à cette population.

Dans le cadre des activités de prévention en santé mentale, on ne devrait pas encourager les exposés portant spécifiquement sur le suicide qui sont faits à des groupes d'enfants et d'adolescents en milieu scolaire, car des études démontrent que ces séances n'ont pas suscité une recherche d'aide accrue. Qui plus est, selon ces études, il y aurait chez les jeunes déjà suicidaires exposés à de telles séances une recrudescence des idées suicidaires⁵⁻⁸.

En ce qui a trait aux lignes d'écoute visant la prévention du suicide, bien qu'elles soient très répandues en Amérique du Nord, leur efficacité reste à démontrer et la recherche en matière d'interventions à mettre sur pied est plus que jamais nécessaire dans ce domaine.

Actuellement, il n'existe pas de résultats d'études démontrant que si l'on réduit l'accès à certains moyens, les personnes ne chercheront pas un autre moyen pour réaliser leur plan suicidaire. Malgré ces réserves, on doit recommander la disposition sécuritaire des armes à feu et des substances toxiques. De manière générale, on devrait encourager les mesures visant à restreindre ou à empêcher l'accès à d'autres moyens dangereux.

Les effets de contagion liés à un suicide dans un milieu donné ou à la suite de la couverture médiatique de suicides dans les journaux, à la radio et à la télévision font présentement l'objet d'études⁹⁻¹¹. Il apparaît souhaitable que les médecins et les autres cliniciens participent à l'élaboration de règles de présentation d'événements liés à un ou des suicides en intervenant auprès des médias plutôt que d'en être absents ou d'éviter d'y participer.

Évaluation et intervention

Les troubles psychiatriques les plus fréquemment associés au suicide complété sont les troubles de l'humeur, les troubles liés aux substances, les troubles du contrôle des impulsions, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les troubles psychotiques. Chez les enfants, l'on doit en plus de la psychopathologie prendre en compte spécifiquement l'immaturation cognitive, la très

grande dépendance au système familial et scolaire, la vulnérabilité extrême à la perte d'un parent ainsi que les situations d'abus et de négligence. Le rôle du médecin est de reconnaître et de traiter ces maladies dans le cadre d'une prise en charge globale et, s'il y a lieu, d'interpeller les autres acteurs concernés.

La participation des médecins à la prévention du suicide est essentielle. Selon les enquêtes, plusieurs adolescents auraient consulté un médecin dans les jours précédant leur passage à l'acte. S'il parvient à détecter le jeune qui présente un risque suicidaire, le médecin peut jouer un rôle crucial dans la prévention du suicide. La nécessité de former des médecins omnipraticiens, médecins de famille et pédiatres pour déceler les symptômes et reconnaître les indices de vulnérabilité chez les jeunes à risque est une priorité.

L'engagement de la famille, tout autant que celui des intervenants, est primordial à la réussite de l'évaluation et de l'intervention. La compréhension du milieu de vie (famille et substituts parentaux tels les intervenants en milieu scolaire, en milieu d'hébergement, dans les CLSC ou les centres jeunesse, etc.) doit permettre de cerner la qualité du soutien que le jeune peut obtenir auprès de ses parents (ou de leurs substituts). L'évaluation devrait inclure une appréciation de l'engagement des parents et de leurs substituts dans le plan de soins en tenant compte de la cohésion du milieu familial et des conflits intra-familiaux.

Lors d'une consultation médicale, tous les médecins (omnipraticiens, pédiatres, psychiatres ou autres) devraient systématiquement évaluer le risque suicidaire chez un jeune reconnu comme faisant partie d'un groupe à risque élevé.

S'il existe des grilles applicables à l'évaluation du risque suicidaire, elles ne peuvent néanmoins être utiles qu'à l'intérieur d'un examen clinique plus complet. L'évaluation du risque suicidaire s'inscrit dans une évaluation médicale globale et s'appuie sur les connaissances actuelles en matière de facteurs de risque. Elle comprend :

- un examen clinique qui permet de préciser l'état mental du jeune et de mettre en évidence un trouble psychiatrique sous-jacent ;
- l'investigation sur l'intention suicidaire (et/ou) les idées suicidaires (récentes ou actuelles) et la létalité du

geste, s'il y a eu tentative suicidaire, se fait grâce aux éléments d'information concernant la motivation et la planification, les facteurs déclenchants ou les événements stressants, l'envahissement de la pensée par des idées suicidaires, les moyens utilisés ou envisagés et leur accessibilité, et de plus, s'il y a eu tentative de suicide, l'investigation sur les raisons et les circonstances entourant la survie du jeune, sa réaction au fait d'être toujours en vie et les enjeux relationnels liés à la tentative ;

- l'anamnèse sur les antécédents personnels et familiaux, avec une attention particulière à des tentatives antérieures et à leur analyse qualitative (degré de fermeté de l'intention et facteurs déclenchants) ;
- la compréhension du milieu de vie du jeune, incluant la présence de facteurs de psychopathologie et de protection ainsi que l'état de santé mentale des parents ;
- l'importance de la validation auprès d'un tiers significatif des informations communiquées par le jeune.

Le médecin doit, au cours de son évaluation, prendre immédiatement les mesures nécessaires pour amorcer le dénouement de la crise. Dans le cas d'un jeune chez qui il décèle un trouble psychiatrique, le médecin devrait s'assurer qu'un traitement est disponible (prise en charge psychothérapeutique, engagement des parents et des intervenants substitués dans le plan de soins et, si elle s'avère utile, intervention pharmacothérapeutique) ; s'il le juge indiqué, le médecin pourra orienter le jeune vers une consultation psychiatrique.

Recherche

Le suicide étant un problème majeur de santé publique, on doit poursuivre, voire même accentuer la recherche biopsychosociale qui permettra d'améliorer les modalités de dépistage, de prévention, d'évaluation et de traitement.

LA RÉALISATION OPTIMALE des projets découlant de ce consensus est tributaire de l'augmentation des ressources pour travailler sur ces différents plans, d'une part, et dépend d'autre part d'une meilleure concertation entre les instances et les services en cause.

Notre engagement découlant de cette position devrait

permettre d'améliorer, au cours des prochaines années, les stratégies de prévention et d'intervention des médecins et, grâce à celles-ci et à la concertation avec d'autres groupes d'intervenants en santé mentale, de diminuer de façon sensible le nombre de décès par suicide chez les jeunes Québécois. ❧

La Sapinière, le 17 novembre 2000. Parachevé en mars 2002.

Bibliographie*

1. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, Zelenak JP. Risk Factors for Adolescent Suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1988 ; 45 : 581-8.
2. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Schweers J, Balach L, Baugher M. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 ; 32 : 521-9.
3. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 339-48.
4. Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1985 ; 142 (9) : 1061-4.
5. Shaffer D, Vieland V, Garland A, Rojas M, Underwood M, Busner C. Adolescent suicide attempters: response to suicide-prevention programs. *JAMA* 1990 ; 264 (24) : 3151-5.
6. Shaffer D, Garland A, Vieland V, Underwood M, Busner C. The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991 ; 30 (4) : 588-96.
7. Spirito A, Overholser J, Ashworth S, Morgan J, Benedict-Drew C. Evaluation of a suicide awareness curriculum for high-school students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988 ; 27 (6) : 705-11.
8. Veiland V, White B, Garland A, Hicks R, Shaffer D. The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: an 18-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991 ; 30 (5) : 811-5.
9. Davidson LE. Suicide clusters and youth. Dans : Pfeiffer CR, éd. *Suicide Among Youth: Perspectives on Risk and Prevention*. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1989.
10. Gould MS, Kramer R. *Reporting a Suicide* [brochure]. New York : American Foundation for Suicide Prevention, 1999.
11. Velting DM, Gould MS. Suicide contagion. Dans : Maris RW, Silverman MM, éd. *Review of Suicidology*. New York : Guilford Press, 1997 : 96-137.

* La bibliographie sera disponible sur demande et accessible dès mai 2002 sur le site Web de l'Hôpital Sainte-Justine.

◀◀◀ *Suite de la page 88*

évidence les différents cadres de référence théoriques qui permettent de comprendre le suicide, ainsi que la nécessité de dégager un langage commun. Cette expérience a également démontré la pertinence d'un travail consensuel à l'intérieur de groupes plus homogènes, en particulier au sein du groupe des pédopsychiatres.

Au cours de l'année suivante, on a entrepris des démarches dans ce sens afin de poursuivre cette réflexion au niveau médical, et en particulier pédopsychiatrique. Il en est ressorti qu'il est nécessaire d'élaborer une position clinique permettant de mieux définir le rôle du médecin dans ce domaine, sans cependant sous-estimer celui qui revient à la société.

C'est ainsi qu'en novembre 2000, un deuxième colloque a été organisé par le même groupe de pédopsychiatres de l'Hôpital Sainte-Justine, avec la collaboration de pédopsychiatres du Québec, dans le but d'élaborer une position clinique consensuelle à propos de l'évaluation, de l'intervention et de la prévention des comportements suicidaires pendant l'enfance et l'adolescence. À cette occasion, l'ensemble des chefs des départements de pédopsychiatrie du Québec se sont réunis pendant deux jours à La Sapinière et ont rédigé une première version de cette position clinique à partir d'une revue de la littérature scientifique publiée sur le sujet, de nombreux exposés et de discussions cliniques approfondies.

Cette position clinique ne se veut pas exhaustive, et ne conteste pas la complexité de ce problème. Elle reconnaît l'importance de la psychopathologie, du diagnostic et du traitement de la maladie mentale, et confirme le fait qu'il faut trouver les moyens les plus efficaces possible pour y répondre. Elle s'inscrit dans un cadre théorique biopsychosocial et s'inspire également d'un document portant sur les paramètres de pratique clinique face aux comportements suicidaires, publié aux États-Unis à l'occasion du Congrès annuel de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, organisé à New York en octobre 2000⁹. La version finale prend en compte les commentaires des chefs des départements de pédopsychiatrie, dont la plupart ont participé à la démarche, des pédopsychiatres de l'ensemble du Québec et des différentes personnes consultées (psychiatres, pédiatres, omnipraticiens et intervenants travaillant dans les centres jeunesse). Elle a été révisée par le comité scientifique (voir ci-dessous la liste des membres du comité) au cours de l'année qui a suivi.

L'énoncé de cette position clinique a été présenté lors de la journée de la pédopsychiatrie organisée dans le cadre du Congrès annuel de l'Association des médecins psychiatres du Québec en juin 2001, et appuyé à l'automne 2001 par 118 pédopsychiatres ou psychiatres ayant une pratique axée sur des patients de moins de 18 ans.

On est actuellement en train de traduire cette position consensuelle en anglais.

Membres du comité scientifique :

- D^r Charles Bedwani
- D^r Bernard Boileau
- M^{me} Hélène Cabana
- D^r Jean-Yves Frappier
- D^{re} Patricia Garel
- D^r François Maranda
- D^r Claude Marquette
- D^{re} Johanne Piché
- D^{re} Marie Plante
- D^{re} Johanne Renaud

Bibliographie

1. *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1998.* Institut de la statistique du Québec, <http://stat.gouv.qc.ca>, août 2000.
2. Goldney RD. The IASP Adelaide Declaration on suicide prevention. *Crisis* 1998 ; 19 (2) : 50-1.
3. Shafiq M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1985 ; 142 (9) : 1061-4.
4. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, Zelenak JP. Risk factors for adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1988 ; 45 : 581-8.
5. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Schweers J, Balach L, Baugher M. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 ; 32 : 521-9.
6. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 339-48.
7. *Médecins et intervenants des centres jeunesse se concertent sur un plan commun de lutte au suicide. Le suicide chez les usagers des centres jeunesse : il est urgent d'agir !* Rapport préparé par le comité formé des représentants de l'Association des centres jeunesse du Québec, du Collège des médecins du Québec et du Protecteur du citoyen, avril 1999.
8. Accessibilité aux soins médicaux et psychiatriques pour la clientèle des adolescents. *Le Collège* avril 1999 ; XXXIX (1).
9. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001 ; 40 : 495-9.