

L'ado qui parle suicide

5

par Patricia Garel et Johanne Boivin

Une de vos patientes vous demande avec insistance de rencontrer son fils de 16 ans qui parle de suicide. Est-ce vraiment de votre ressort de voir ce garçon que vous vous souvenez vaguement avoir vacciné quand il était petit ? Comment pouvez-vous vraiment l'aider, vous qui n'êtes pas toujours à l'aise avec les adolescents qu'on ne sait jamais « par quel bout prendre » ? Ne vaudrait-il pas mieux l'orienter tout de suite vers le travailleur social de l'école qui, lui, « sait parler aux ados » ou encore vers la psychologue de l'équipe de santé mentale, laquelle, au moins, a suivi une formation sur cette mystérieuse période de la vie ? Vous avez bien sûr renoncé à vous adresser en pédopsychiatrie qui vous inscrit, en général, sur une liste d'attente de plus d'un an...

NOUS ALLONS TENTER de vous convaincre, par le biais de ces quelques pages, que votre rôle de médecin de famille est essentiel dans l'évaluation du risque suicidaire, tout comme dans l'orientation et dans la prise en charge des adolescents suicidaires. « Essentiel » ne signifie pas « exclusif », et délimiter clairement votre champ d'expertise et vos limites vous permet de définir un espace de travail confortable, dans lequel vous vous sentez en sécurité.

Vous acceptez donc finalement, malgré vos réticences et votre horaire chargé, de rencontrer ce jeune homme.

Avant l'entrevue, vous reprenez son dossier : rien de particulier n'est arrivé durant ses premières années de vie : développement normal, scolarité sans problèmes, vaccinations à jour... Vous réfléchissez donc sur la façon de l'accueillir.

● Pouvez-vous l'interroger d'emblée sur ses préoccupations suicidaires ?

● Comment lui poser ces questions délicates, qui risquent peut-être de le déstabiliser ?

La D^{re} Patricia Garel, pédopsychiatre, est chef du service de psychiatrie à l'Hôpital Sainte-Justine à Montréal, professeure agrégée de l'Université de Montréal et rédactrice en chef de la revue PRISME. La D^{re} Johanne Boivin est psychiatre au service de consultation-liaison de l'Hôpital Sainte-Justine à Montréal.

● Et s'il est déterminé à se tuer, comment allez-vous l'en empêcher ?

● Le laisserez-vous repartir seul ?

● Comment mener l'entrevue pour qu'elle soit utile à ce jeune garçon ?

Vous n'êtes pas certain que cette évaluation relève vraiment de votre expertise médicale. Pourtant, en tant que médecin, vous avez appris à raisonner en vertu d'une démarche rigoureuse : devant le symptôme présenté, vous effectuez une collecte de données permettant d'éclaircir ce symptôme et de lui donner un sens, compte tenu des autres symptômes recueillis, dans un contexte qui correspond à l'histoire du patient.

Ces réflexes évidents devant une fièvre, une éruption (état général, autres symptômes, voyage récent à l'étranger, etc.) vont orienter vos explorations complémentaires et votre prise en charge, grâce à cette démarche connue sous le nom de « diagnostic différentiel ».

La première étape consiste donc à garder vos réflexes et votre façon habituelle d'évaluer une situation, car un comportement suicidaire n'est qu'un symptôme, que vous allez devoir explorer comme tout autre symptôme non spécifique manifesté par un patient.

Ce comportement reflète essentiellement une impasse subjective dans laquelle se trouve momentanément un

61

Un comportement suicidaire n'est qu'un symptôme, que vous allez devoir explorer comme tout symptôme non spécifique manifesté par un patient.

R E P È R E

Principaux facteurs de risque

- **Un diagnostic psychiatrique (posé ou non dans chaque cas) est associé à presque 90 % des suicides « complétés » : dépression majeure, troubles bipolaires, début de schizophrénie, troubles anxieux, troubles du comportement et troubles de la personnalité (personnalité antisociale et personnalité limite, surtout).**
La drogue et l'alcool sont également en cause dans bon nombre de cas de suicides « complétés ». La triade « dépression, troubles du comportement et abus de drogue ou d'alcool » constitue une association à très haut risque.
- L'importance des antécédents familiaux doit être soulignée : antécédents de suicide chez un membre de la famille, antécédents psychiatriques chez les parents, dysfonction du système familial et gravité de la pathologie familiale relationnelle et, par la suite, faiblesse ou absence du soutien familial.
- Les antécédents personnels de l'adolescent et les traits de personnalité qui lui sont propres sont des caractéristiques considérées comme très importantes pour le pronostic : l'impulsivité, le perfectionnisme, la « rigidité » cognitive, un pessimisme et un manque d'espoir plus ou moins permanent (en dehors d'une symptomatologie dépressive) sont tenus pour des éléments de vulnérabilité.
- Les antécédents d'abus physique et sexuel, les expériences traumatiques, comme une expérience de perte précoce, sont fortement associés au suicide, en particulier chez l'enfant. Une maladie chronique entraîne également un élément de fragilité potentielle.
- Une tentative antérieure de suicide constitue un facteur de risque ; cependant, la plupart des suicides « complétés » ont lieu lors de la première tentative.
- On sait que les difficultés concernant l'orientation sexuelle, plus particulièrement les troubles d'identité sexuelle, contribuent à la vulnérabilité de l'adolescent.
- Enfin, la présence d'une arme à feu dans l'environnement immédiat est un facteur de risque qu'il faut toujours prendre en ligne de compte.

adolescent, quelles qu'en soient les raisons. Cette impasse peut relever d'un événement de vie (rupture, échec scolaire...) qui dépasse ses capacités d'adaptation, ou de l'émer-

nant dans le comportement suicidaire, insiste sur l'aspect superficiel du motif invoqué, et sur la valeur de « camouflage » qu'il peut prendre : camouflage inconscient, établi

gence d'une pathologie psychiatrique qui désorganise sa pensée. L'adolescent est face à un mur, il est sans solution et n'entrevoit d'autre issue que celle d'échapper à la confusion en faisant appel à l'idée du suicide, en en parlant ou en faisant un geste suicidaire. Il mènera rarement à terme son projet ; plus souvent, il tentera de se sortir de l'impasse ou d'arrêter cette souffrance incompréhensible.

Ce qu'il faut savoir du suicide des jeunes avant de rencontrer cet adolescent

Les adolescents suicidaires représentent un ensemble hétérogène, regroupant des jeunes aux prises avec des idées envahissantes, qui verbalisent ces idées, font des gestes les mettant en danger ou d'authentiques tentatives de suicide, qui mènent parfois à ce qu'on nomme pudiquement « suicide complété (abouti) » (tableau II).

L'enquête épidémiologique confirme par ailleurs la banalité des motifs évoqués au lendemain du passage à l'acte et leur caractère peu spécifique. La démesure entre la gravité de l'acte et la futilité apparente de l'explication donnée *a posteriori* ne doit pas faire conclure qu'il s'agit de simulation ou de chantage. Le terme de « facteur événementiel », introduit par Haim pour qualifier tout événement fortuit, dont on suppose qu'il a joué un rôle détermi-

Un diagnostic psychiatrique (posé ou non dans chaque cas) est associé à presque 90 % des suicides « complétés » : dépression majeure, troubles bipolaires, début de schizophrénie, troubles anxieux, troubles du comportement et troubles de la personnalité.

La drogue et l'alcool sont également en cause dans bon nombre de suicides « complétés ».

T A B L E A U II

Facteurs déclenchants

- Problèmes familiaux prenant la forme de disputes entre les parents et l'adolescent ;
- Revendications autour du manque d'autonomie ;
- Problèmes relationnels entre les parents ;
- Perte ou rupture de liens amicaux significatifs pour l'adolescent ;
- Problèmes scolaires plus ou moins importants ;
- Sanction disciplinaire réelle ou appréhendée, sur le plan scolaire, judiciaire ou familial.

par l'adolescent lui-même pour masquer ses véritables difficultés, camouflage et banalisation souvent favorisés par un entourage qui ne peut faire face à une culpabilité justifiée ou non face au geste accompli.

L'étude de cette population est complexe, car ces sous-groupes se recoupent, reflètent des situations différentes et mettent en jeu plusieurs facteurs de risque. Il est néanmoins possible de schématiser la répartition de ces adolescents à des fins cliniques, selon deux pôles.

● **Premier pôle :** Les adolescents qui « se tuent », c'est-à-dire qui réussissent leur suicide, et chez lesquels, dans 80 à 90 % des cas, les études d'autopsies psychologiques* révèlent un ou plusieurs diagnostics psychiatriques. Il s'agit quatre fois plus souvent de garçons, âgés de 18 à 24 ans.

● **Second pôle :** Les adolescents qui font un geste suicidaire ou des menaces de suicide, chez lesquels on retrouve rarement une pathologie psychiatrique aiguë, mais qui présentent ce que nous avons appelé une pathologie d'ordre relationnel. Il s'agit majoritairement de filles plus jeunes. Ces difficultés relationnelles renvoient en général à un processus d'autonomisation et d'individuation insatisfaisant pour différentes raisons – vulnérabilité individuelle, complexité du système familial, traumatisme antérieur, etc.

Ces deux groupes se recoupent et, entre ces deux pôles, tous les cas de figure intermédiaires sont possibles. Un sui-

* L'autopsie psychologique est la « procédure utilisée pour reconstituer la vie psychologique de l'individu, après les faits, en particulier son style de vie, ses pensées, ses sentiments et les comportements qu'il a manifestés durant les semaines ayant précédé le décès, dans le but d'arriver à une meilleure compréhension des circonstances psychologiques ayant mené au suicide. » (Gagné, 1995)

T A B L E A U III

Facteurs de protection

- Soutien des proches ;
- Traitement d'un trouble psychiatrique ;
- Espoir encore présent, capacité à recevoir de l'aide ;
- Compétences relationnelles ;
- Qualité des relations interpersonnelles ;
- Engagement social, valeurs spirituelles.

cide est évité par chance, malgré sa planification et la létalité du moyen, parce qu'une personne, arrivée par hasard, a interrompu un geste fatal (ce que certains appellent « suicide échoué ») ou encore, un geste ambivalent se termine par la mort d'un jeune qui n'avait pas évalué les conséquences dramatiques possibles de ce qui n'était pour lui qu'une forme d'appel à l'aide.

L'évaluation d'un adolescent suicidaire va ainsi se baser sur la reconnaissance des facteurs de risque qui découlent, en grande partie, des études d'autopsies psychologiques, en sachant qu'il n'existe pas de formule à valeur prédictive absolue, c'est-à-dire que le cumul des facteurs de risque ne signifie pas que le passage à l'acte aura lieu, mais illustre la vulnérabilité et la dangerosité de la situation de l'adolescent (*tableau I*).

Il faut aussi considérer les facteurs de protection qui vont faire contrepoids aux facteurs de risque, et influencer sur la prise en charge (*tableau III*).

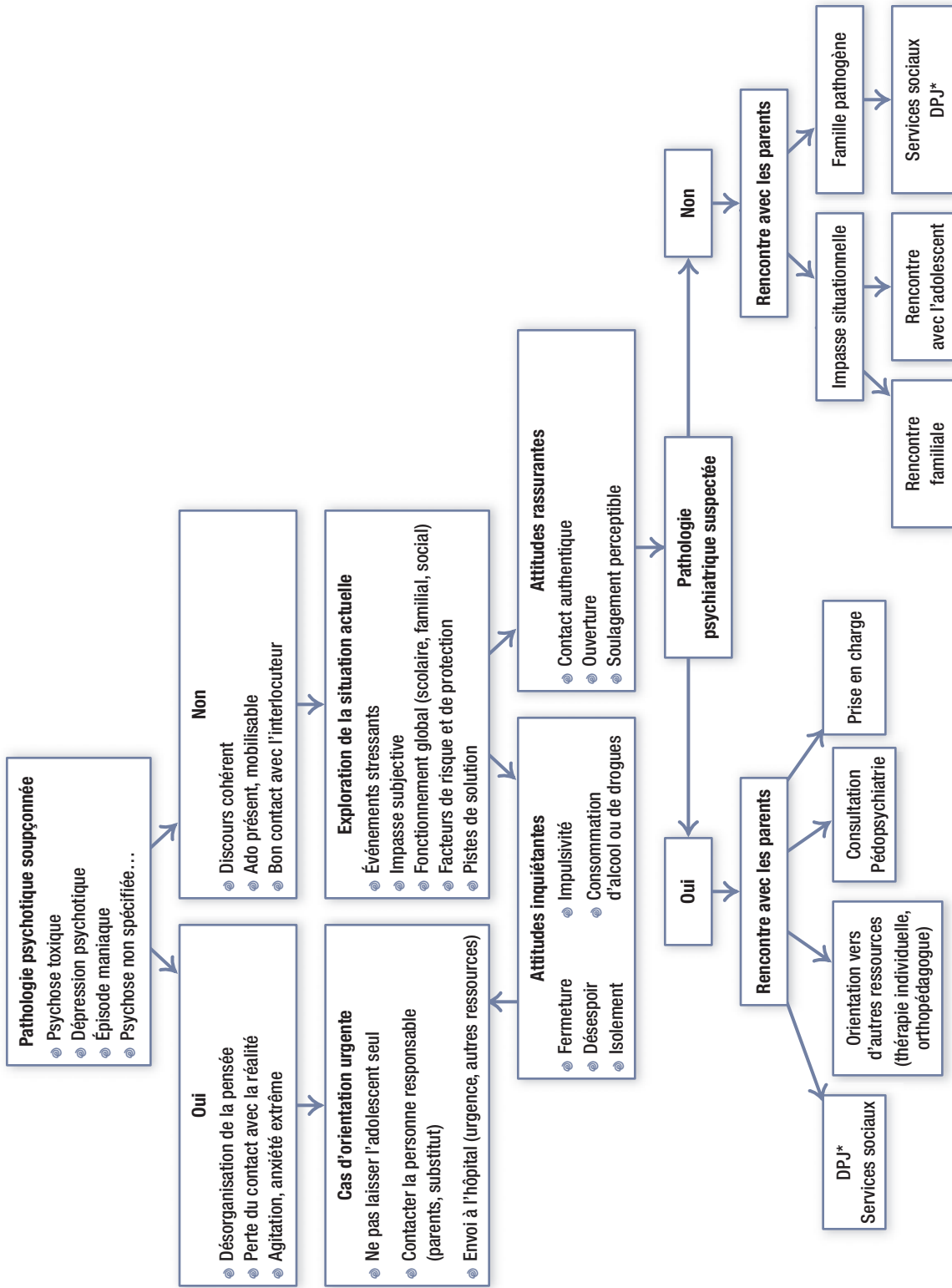
Revenons au jeune homme que vous devez évaluer

Le jeune homme que vous allez évaluer arrive à l'heure à son rendez-vous, et patiente calmement dans la salle d'attente ; il vous semble un peu sombre et préoccupé, mais vous ne relevez rien de particulier quant à son allure ou à son comportement. Il entre dans votre bureau, s'installe un peu gêné d'être là, ne sachant par où commencer. Après vous être présenté et lui avoir rappelé votre dernière rencontre, il y a quelques années, vous démarrez l'entretien selon votre style, en mentionnant ce que vous savez des raisons de sa visite, et en lui **demandant de préciser les informations dont vous disposez.**

Cette introduction vous permet d'éliminer rapidement une pathologie psychiatrique aiguë qui désorganise la

FIGURE

Comportements suicidaires : algorithme décisionnel



* Direction de la protection de la jeunesse.
Il est important de consigner votre démarche au dossier.

pensée. Vous avez en face de vous un garçon cohérent, présent, qui exprime ses difficultés en termes clairs, qui semble dépassé par ce qui lui arrive, et qui confirme qu'il pense souvent au suicide depuis quelque temps, suicide dont il a menacé sa mère à l'occasion d'une dispute.

Voici le temps venu d'explorer avec lui la teneur et le sérieux de ses préoccupations suicidaires :

- en définissant la place qu'elles prennent dans le fonctionnement quotidien ;
- en précisant depuis combien de temps ces idées l'envahissent ;
- en déterminant si elles sont associées à des projets précis ;
- en lui demandant s'il a déjà fait un tel geste auparavant ;
- en essayant de lui faire trouver un lien avec des événements récents ;
- en l'interrogeant sur sa façon de combattre ces idées ;
- en lui demandant s'il se sent parfois en danger de passer à l'acte.

Après avoir précisé ces points, vous explorerez avec l'adolescent les différents aspects de sa vie (famille, école, amis, vie amoureuse, intérêts particuliers...) afin d'esquisser un tableau de la vie de ce jeune homme, de son intégration sociale, et de connaître ses projets.

Ce tour d'horizon vous éclairera sur ses compétences et sur ses vulnérabilités et vous ouvrira, pour schématiser, deux avenues possibles (*figure*) :

- Les préoccupations suicidaires vous semblent être directement liées à une impasse situationnelle (rupture amoureuse, échec scolaire, événement déstabilisant) chez un adolescent bien entouré et qui n'est pas particulièrement fragile. Le risque de suicide vous paraît modéré. Vous allez pouvoir explorer avec lui des pistes de solutions, et évaluer la pertinence d'une rencontre avec ses parents, surtout s'il est plus jeune, en fonction du soutien qu'ils pourraient apporter et des conflits potentiels à désamorcer de ce côté.

Il est important dans cette circonstance, comme dans celles qui vont suivre, de consigner votre démarche au dossier.

Cette rencontre sera suivie par une autre, qui vous permettra de confirmer votre évaluation, compte tenu de l'évolution du cas, ou par une rencontre avec les parents, pour éclaircir les zones d'ombre.

- Dans d'autres cas, les difficultés présentées vous apparaissent plus « chroniques », si l'adolescent est dysfonctionnel depuis longtemps. Il peut s'agir de problèmes scolaires, vous faisant suspecter des troubles d'apprentissage,

un trouble d'attention ou un déficit de concentration ayant déjà eu un impact sur l'estime de soi, tout comme d'une vulnérabilité anxieuse associée à un perfectionnisme contraignant, rendant la vie de ce garçon insatisfaisante, ou encore de faibles compétences relationnelles et d'un isolement vous permettant de penser à un problème de phobie sociale. Vous pourrez également suspecter une dysthymie ou une dépression chez un adolescent pessimiste et anhédonique, ou enfin un dysfonctionnement familial, du fait de parents peu disponibles ou incapables de répondre aux besoins de l'enfant, voire, dans certains cas, abusifs...

Ces difficultés de longue date, éventuellement accentuées par des événements récents, vous invitent à poursuivre l'évaluation, d'abord par une rencontre avec les parents, puis par des examens complémentaires (évaluation psychologique ou orthopédagogique, par exemple). Selon les données de cette évaluation, vous pourrez alors envisager d'orienter le patient en pédopsychiatrie, si vous soupçonnez une pathologie (troubles anxieux, trouble de l'humeur, etc.). Une thérapie individuelle ou familiale vous paraîtra éventuellement indiquée, selon des critères et des objectifs que vous aurez précisés avec l'adolescent et sa famille.

Dans certains cas, malgré la cohérence du discours et le contact avec la réalité, vous demeurez inquiet à cause de la détresse exprimée par l'adolescent, de son sentiment d'isolement, d'impuissance et de désespoir ou encore à cause d'une impulsivité marquée, l'exposant au risque de passer à l'acte.

La rencontre avec les parents et (ou) les substituts parentaux est alors indispensable, et vous devez exprimer votre inquiétude et exposer votre plan d'action pour ce qui est des mesures de protection à envisager selon les données de l'évaluation. Vous pourrez, par exemple, signaler le cas à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), si le milieu se montre incapable de protéger l'adolescent, demander une évaluation pédopsychiatrique urgente ou même une éventuelle hospitalisation, en vue de faire un bilan.

Votre premier objectif lors de cette rencontre a donc été de vous faire rapidement une idée de l'état mental de ce garçon, et sa façon de se présenter, son apparence physique, son discours et ses préoccupations vous ont rassuré sur le contact qu'il garde avec la réalité.

Rarement, l'agitation, l'incohérence, une anxiété extrême, le délire ou des hallucinations, des propos bizarres ou, au contraire, la fermeture ou l'hostilité, vous donneront le sentiment que vous n'avez pas pu établir un vrai contact avec

Quelques chiffres concernant le suicide

Sur une population de 100 000 jeunes de 14 à 24 ans, vivant dans un pays occidental :

- de 15 000 à 30 000 nourrissent des idées suicidaires (de 15 à 30 %, selon les études) ;
- de 2 000 à 7 000 font un geste suicidaire (de 2 à 7 %) ;
- 20 se suicideront effectivement (20/100 000).
- 50 % de ces 20 jeunes avaient consulté un médecin de famille dans les mois qui ont précédé leur suicide.

La démarche d'évaluation vise à repérer ces 20 jeunes par l'analyse des facteurs de risque et de protection, en sachant qu'il n'existe pas de formule prédictive absolue et que le médecin, comme tout autre intervenant, est tenu de prendre des moyens et non d'obtenir des résultats.

l'adolescent, qu'il est resté sur la défensive ou qu'il n'a pas pu sortir de son monde. Dans ce cas, une lumière rouge se met à clignoter... Vous ne le laisserez pas repartir seul : vous devez éliminer une pathologie psychiatrique aiguë (dépression psychotique, épisode maniaque, consommation de drogue...). Le risque d'un geste inconsidéré est très élevé ; vous prévenez ses parents et l'orientez vers l'urgence la plus proche. Si les parents ne sont pas joignables, vous pouvez faire appel à la police. C'est la situation la plus extrême, mais la moins fréquente, et celle qui pose paradoxalement le moins de problèmes, car l'orientation vers l'urgence ne peut pas faire l'objet de discussions.

L'exploration du risque suicidaire devrait-elle faire partie de toute consultation médicale ?

Un certain nombre d'études ont montré que les médecins interrogent très rarement leurs patients sur leurs antécédents suicidaires. Par ailleurs, les études d'autopsies psychologiques soulignent le fait que 50 % des jeunes avaient consulté un médecin de famille dans les mois qui ont précédé leur suicide. Ces deux constatations devraient inviter le médecin omnipraticien à interroger non pas tous les jeunes sur la présence d'idées de suicide, mais ceux qui présentent des symptômes évoquant un trouble psychiatrique possible ou qui paraissent traverser des périodes difficiles. Contrairement à la croyance de certains, le fait d'aborder le sujet ne « met pas d'idées dans la tête de l'adolescent », mais plutôt soulage souvent considérablement le jeune qui nourrit des idées suicidaires. Pouvoir exprimer

ces ruminations, sans que l'adulte en face de lui ne panique ni ne se fâche, l'aidera à prendre une certaine distance et à atténuer bien souvent sa honte et son désarroi. Une fois ces préoccupations révélées, la démarche évaluative sera la même que celle décrite précédemment. Le médecin peut percevoir ici la valeur « contenante » d'une rencontre avec un adulte significatif, qui permet de prendre un certain recul, et qui met la situation de l'adolescent sous un éclairage différent.

Lorsque les enjeux relationnels sont manifestement au premier plan

Contrairement à cette première entrevue, durant laquelle vous avez dû aller chercher avec insistance et subtilité les préoccupations suicidaires pudiquement enfouies dans le secret des pensées d'un adolescent réticent à les livrer, vous êtes parfois en face d'adolescents qui vous submergent de leurs menaces et projets de suicide. Les verbalisations suicidaires semblent alors une modalité relationnelle, une certaine façon pour le patient de valider le fait « qu'il existe ». Sans qu'il s'agisse d'un acte conscient, le besoin d'inquiéter, de maintenir en alerte son interlocuteur, entraîne le jeune dans une surenchère l'incitant à pousser ses menaces toujours plus loin. Ces échanges donnent facilement naissance à des impressions ambivalentes associant irritation, incrédulité, colère et inquiétude.

Le médecin se sent pris en otage par ces menaces qu'il ne peut pas négliger, mais dont il perçoit bien la composante « de chantage » ou de « manipulation », termes qu'il tente de repousser, mais qui colorent le dialogue.

Le piège est évident : s'il discrédite ou minimise les menaces, il risque d'entraîner l'adolescent dans une escalade avec risque de passage à l'acte pour « prouver » à l'adulte sa crédibilité ; à l'inverse, s'il cautionne le risque de suicide par une inquiétude démesurée, il va confirmer implicitement « qu'inquiéter » est, pour le patient, la seule façon d'obtenir de l'attention... L'inconfort qui en découle traduit les enjeux relationnels. Le médecin peut se dégager de ce bras de fer en prenant conscience de l'impuissance qui sous-tend le comportement de l'adolescent. Il faut se sentir bien démuni pour faire appel à des stratégies aussi risquées.

En percevant ce désarroi et ce manque de moyens, le mé-

decin s'évite le désagrément de se laisser gagner par l'irritation et peut, dans les meilleurs cas, ouvrir un dialogue qui permet d'aborder cette impuissance et ce sentiment de ne pas être considéré.

Après avoir fait sa démarche d'évaluation de la même façon, et une fois le diagnostic de pathologie psychiatrique écarté, le médecin peut exprimer son malaise en expliquant à l'adolescent que sa situation est inconfortable, et en tentant de lui faire prendre un recul critique face à ses propos.

« Réalises-tu la situation intenable dans laquelle tu me places en me disant que tu ne seras probablement plus là pour ton prochain rendez-vous, mais en me refusant le droit de rencontrer tes parents sous prétexte de la confidentialité de notre démarche ? »

Vous pouvez vous servir de différents exemples pour expliquer à l'adolescent votre façon de comprendre sa situation et pour l'aider à « changer de terrain », en abandonnant les menaces suicidaires. « Tu vois, depuis tout à l'heure nous discutons tous les deux, et je réalise que tu es un garçon (une fille) qui raisonne bien et qui comprend beaucoup de choses. Même si je te fournissais un garde du corps 24 heures sur 24, tu es suffisamment intelligent(e) pour déjouer sa surveillance et pour mettre en œuvre tes projets. Dans ce sens, il vaudrait mieux essayer de comprendre ensemble tes préoccupations suicidaires, pour t'aider à les mettre de côté pendant un certain temps. Je ne te demande pas de prendre un engagement à long terme, mais au moins à court terme, pour nous donner une chance. Nous ne pouvons pas travailler avec un fusil sur la tempe, n'est-ce pas ? »

Ce type d'intervention n'invalide pas le discours de l'adolescent, mais lui propose une trêve qui met à profit ses propres compétences et qui lui permet de reprendre la « direction des opérations ».

La rencontre avec les parents est indispensable dans la majorité des cas. Elle permet de compléter l'évaluation, notamment sur le plan de la recherche des antécédents familiaux de maladie mentale et de suicide, par l'histoire du développement de l'enfant et par la description du contexte familial. Cette rencontre permet également de préciser la dynamique relationnelle, les problèmes spécifiques vécus

par les parents, la compréhension qu'ils ont de leur enfant, le soutien et l'encadrement qu'ils sont à même d'offrir.

À l'occasion de ce type de rendez-vous, il est parfois possible de dénouer des malentendus ou des perceptions erronées de l'adolescent vis-à-vis de ses parents et vice versa.

UN ADOLESCENT N'IRA PAS facilement consulter un psychiatre. Par contre, le médecin de famille a accès, souvent par le biais de la santé physique, à un espace de discussion réel avec celui-ci.

Cet espace peut l'aider à prendre un recul critique face à l'impasse dans laquelle il a l'impression de se trouver, d'ajuster une distance inadéquate par rapport à ses parents, ou encore de faire le point sur des difficultés diverses nécessitant une consultation avec un pédopsychiatre ou l'orientation vers d'autres ressources.

Le médecin qui connaît ses limites et son champ de compétence, qui ne dissocie pas santé physique et santé mentale, a ainsi un rôle majeur à jouer dans la prévention et dans les interventions auprès des jeunes suicidaires, sans que ce rôle devienne exclusif. Le recours à d'autres ressources, qu'il s'agisse de services sociaux, d'équipes de CLSC, d'organismes communautaires ou de services pédopsychiatriques est indispensable.

En aucun cas, le médecin ne doit rester seul avec ses inquiétudes face à un jeune dont il ne saisit pas bien la situation. Dans le doute, l'orientation vers l'urgence la plus proche reste la décision la plus sage.

Quelques mots sur la confidentialité

Après vous avoir livré ses projets de suicide, un adolescent de plus de 14 ans vous rappelle que vous êtes lié par le secret professionnel et la confidentialité. Que lui répondez-vous ?

La confidentialité s'applique à tous les secteurs de sa vie qui ne le mettent pas en danger. Par contre, s'il vous parle de suicide ou d'autres comportements dangereux, vous pourrez être amené à faire intervenir des tiers – en particulier ses parents – tout en précisant que vous l'informerez de toute démarche dans ce sens.

Le recours à d'autres ressources, qu'il s'agisse de services sociaux, d'équipes de CLSC, d'organismes communautaires ou de services pédopsychiatriques, est indispensable.

La confidentialité n'est plus de mise quand la vie de l'adolescent est en danger.

S U M M A R Y

The suicidal adolescent. Over the past few years, many studies have shown that the best way to lower the rate of suicide in teenagers is the promotion of an evaluation done by a family physician, partly because teenagers are reluctant to consult a psychiatrist. Family physicians are often the first to be seen by teenagers with suicidal ideas. Unfortunately, these doctors may deem themselves incompetent to evaluate the suicidal risk, or feel uncomfortable questioning adolescents about suicide.

A systematic symptom-based approach, as for any other illness, is essential to eliminate an acute major psychiatric decompensation, namely a psychotic depression or a manic episode which are at high risk of suicide.

By questioning the adolescent about physical and emotional difficulties, the physician may be able to establish a non-threatened reaction that could lead to the identification of a transitory developmental impasse or a psychiatric illness, such as social phobia or depression.

At one point or another, the physician will have to see the parents either to obtain more information or to work with them and the adolescent.

Key words: Adolescence, suicide, mental disorder, evaluation.

Vous faites ainsi preuve de respect à son égard et à l'égard du discours qu'il vous tient. La confidentialité n'est plus de mise quand la vie de l'adolescent est en danger. ☞

Date de réception : 20 mai 2003.

Date d'acceptation : 25 juin 2003.

Mots clés : adolescent, suicide, pathologie psychologique, évaluation.

Lectures suggérées

1. Collège des médecins. Atelier sur la reconnaissance de la dépression à l'adolescence. *Le médecin et l'ado qui déprime* 2000.
2. Chagnon F, Houle A, Renaud J, et al. Que savons-nous des éléments pouvant influencer le processus suicidaire chez les adolescents ? Le Centre jeunesse de Montréal, Hôpital Sainte-Justine, Suicide-Action Montréal 2002.
3. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. « Youth suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years ». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* avril 2003 ; 42 : 4.
4. Garel P. éd. Dossier Adolescents en danger de suicide. *PRISME*, Montréal, automne 1995 ; 5 (4) : 179 p.
5. Gagnon A, et al. *Démystifier les maladies mentales – Les troubles de l'enfance et de l'adolescence*. Gaëtan Morin éd. 2001.
6. Practice parameters about suicidal behavior. *AACAP* 2001.
7. Gagné P. Le suicide chez les moins de 20 ans. *PRISME*, Montréal, automne 1995 ; 5 (4) : 375-81.

Le Médecin du Québec



**La version intégrale des textes du *Médecin du Québec*
est disponible sur le site de la FMOQ en format PDF !**

<http://www.fmoq.org>