

Enjeux liés au suicide: mieux comprendre pour mieux intervenir auprès de nos patients

© Natali Sanlian, Ph.D., psychologue

Mars 2019

- ▶ Aucun conflit d'intérêt à déclarer en lien avec cette présentation

Objectifs de la présentation

- ▶ Identifier les facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire
- ▶ Mieux connaître les facteurs de protection chez les patients
- ▶ Mieux évaluer le risque suicidaire
- ▶ Aborder les interventions auprès d'un patient suicidaire

Mythes sur le suicide

- ▶ Seuls les patients connus pour une maladie mentale seraient à risque suicidaire
- ▶ Poser des questions sur le suicide peut induire des pensées suicidaires
- ▶ Ça n'arrive pas aux personnes âgées
- ▶ Les patients qui menacent de se suicider sont les plus à risque
- ▶ Les patients hospitalisés ne sont pas à risque suicidaire

Quelques statistiques canadiennes (Public Health Agency Canada, 2016)

- ▶ H > F
- ▶ T.S. > suicide accompli
- ▶ Méthodes :
 - ▶ F = Rx (moins léthal)
 - ▶ H = pendaison et armes (léthal)
- ▶ Groupes d'âge: 40-59 ans > 15-34 ans
- ▶ Mariage = facteur de protection contre suicide

Facteurs de risque (Public Health Agency Canada, 2016)

Multifactoriel:

- ❑ Individuels
- ❑ Relationnels
- ❑ Socio-économiques
- ❑ Culturels

Facteurs individuels

- ▶ T.s. ou comportements auto-destructeurs passés (Bolton, Gunnell & Turecki, 2015)
- ▶ Présence d'une maladie mentale (Dépression)
- ▶ Addiction (substances, jeu, etc.)
- ▶ Maladie physique ou santé physique défailante
- ▶ Hx de la personne - hx de violence ou d'abus, etc.

Facteurs relationnels

- ▶ Conflits interpersonnels
 - ▶ Séparation
- ▶ Intimidation
 - ▶ Harcèlement
 - ▶ Discrimination
- ▶ Exposition à des événements traumatiques (guerre, catastrophes naturelles, etc.)

Facteurs socio-économiques

- ▶ Pauvreté
- ▶ Manque d'emploi, chômage
- ▶ Itinérance
- ▶ Manque de soins en santé
- ▶ Isolement social
- ▶ Faible niveau d'éducation

Facteurs culturels

- ▶ Instabilité dans la communauté - premières nations
- ▶ Tissus social effrité

Facteurs de protection

- ▶ Bonne estime de soi
- ▶ Relations saines (famille et sociale)
- ▶ Identité culturelle
- ▶ Inclusion sociale
- ▶ Support communautaire
- ▶ Mécanismes de défense adaptés
- ▶ Sentiment d'appartenance à une communauté ou à la famille

Défis dans l'évaluation du risque suicidaire

- ▶ Évaluation du risque suicidaire - sujet de controverse car pas de standards
- ▶ Risque de suicide augmente
 - ▶ une semaine post-hospit (risque de suicide accru lors de l'hospit)
 - ▶ Post-congé de l'urgence
- ▶ Source d'information souvent unique
 - ▶ Discours du patient
 - ▶ Tests peu fidèles et peu valides pour prédire le risque suicidaire (Bolton, Gunnell & Turecki, 2015)
- ▶ Difficile à évaluer l'urgence et le moment de passage à l'acte

Évaluation du risque suicidaire

ÉVALUATION CLINIQUE

- ▶ Hx des t.s. passées ou comportements suicidaires ou para-suicidaires passés
- ▶ Évaluer les idées suicidaires ainsi que le plan (COQ)
- ▶ Présence d'un sentiment de désespoir
- ▶ Présence des éléments de stress
- ▶ Présence d'un trouble mental
- ▶ Impulsivité
- ▶ Accessibilité à une méthode
- ▶ Évaluation des facteurs de protection
- ▶ Suivi thérapeutique

Recommandations de l'OMS

- ▶ Toute personne de 10 ans et plus ayant un dx de trouble mental ou ayant un autre facteur de risque devrait être questionné par rapport à son risque suicidaire
- ▶ L'usage de tests ou d'outils est contesté
- ▶ Un des meilleurs prédicteurs pour t.s. ou comportements auto-destructeurs est l'hx passée
- ▶ Bergen et al. (2010): importance de l'effet thérapeutique (alliance) car le questionnement sur les idées suicidaires peut être un facteur de protection

Traitements

- ▶ Rx (faire attention aux effets pervers)
- ▶ Psychothérapie (approches variées) - dirigée vers idées suicidaires
 - ▶ Diminue de 32% la possibilité de comportements auto-destructeurs (Brown et Jager-Hyman, 2014)
- ▶ Suivis divers (case management, follow-up, etc.)
 - ▶ Suivis par téléphone post-hospit
 - ▶ Envoi de lettres
 - ▶ Évaluations par téléphone de l'état de santé et des idées suicidaires
- ▶ Consultations à l'urgence psychiatrique
 - ▶ Peut diminuer le risque de passage à l'acte sur le coup

Suicide - traité comme une maladie

- ▶ Traité de manière binaire et médicale (présence / absence)
 - ▶ Recherches démontrent la présence de pensées suicidaires inconscientes ou implicites (Nock, Park & Finn, 2010)
 - ▶ Faire attention au seul récit du patient - présence de facteurs implicites
 - ▶ Aller chercher de l'information collatérale (hx personnelle, facteurs socio-économiques, facteurs de stress, maladie, etc.)
 - ▶ Même s'il y a consultation à l'urgence = ce sont les jours suivants où le patient est le plus à risque!

Que faire ?

- ▶ Évaluer le risque suicidaire lorsque vous le jugez pertinent
 - ▶ COQ
 - ▶ Hx lorsque possible
 - ▶ Écoute de la situation présente du patient (socio-économique, mx, etc.)
 - ▶ Vous informer sur les t.s. passées
- ▶ Si le risque vous semble présent:
 - ▶ Demander une consultation auprès d'un collègue psychologue/psychiatre
 - ▶ Si pt hospitalisé - MD traitant ou consult psy
 - ▶ Pacte de non-agir suicidaire
 - ▶ Au tél = demander au patient de se présenter à l'urgence ou sinon P-38

Cas clinique - Madame M.

HMA

- ▶ Patiente de 59 ans. Vit avec ami. Mère d'un fils de 33 ans et GM de 2 petites-filles
- ▶ Vue à la CAD pour fibromyalgie
- ▶ Douleurs multiples aux pieds, aux jambes, au dos au cou et aux hanches
- ▶ Troubles au niveau du sommeil - 2-3 heures par nuit
- ▶ Beaucoup d'anxiété causée par douleurs
- ▶ Patiente nie toute idéation suicidaire
- ▶ Consomme 4 g de cannabis par jour
- ▶ Consomme 2-3 verres par semaine: ROH dans le passé avec suivi D-C

Cas clinique - Madame M

Hx longitudinale:

- ▶ 4^e d'une fratrie de 7
- ▶ Élevée dans la «boisson et la chicane»
- ▶ Mère : femme «agressive», qui aurait fait des t.s. et nombreuses menaces suicidaires
- ▶ Abus physique : mère l'aurait pincée dans le cou en lui faisant très mal en lui laissant des traces
- ▶ Père: homme «tranquille», ROH (problèmes financiers)
- ▶ Conflits entre parents au niveau des finances
- ▶ Mère agressive physiquement avec père - mère aurait fait des fugues la nuit
- ▶ Patiente = angoissée +++

Cas clinique - Madame M

Histoire longitudinale (suite):

- ▶ Termine sec V
- ▶ Cours de secrétariat
- ▶ Séparation avec le père de son fils - relation difficile après 5 ans de vie commune (ce dernier = ROH)
- ▶ Autre conjoint pendant 9 ans : décrit comme «violent et enragé».

Cas clinique - Madame M (suite)

Antécédents:

- ▶ Consultations auprès de MD omni pour DM dans le passé
- ▶ Consultation à D-C : peu d'observance
- ▶ Consultation à la CAD

Objectifs thérapeutiques:

- ▶ Fournir un espace de parole
- ▶ Mieux identifier ses émotions et mieux les nommer

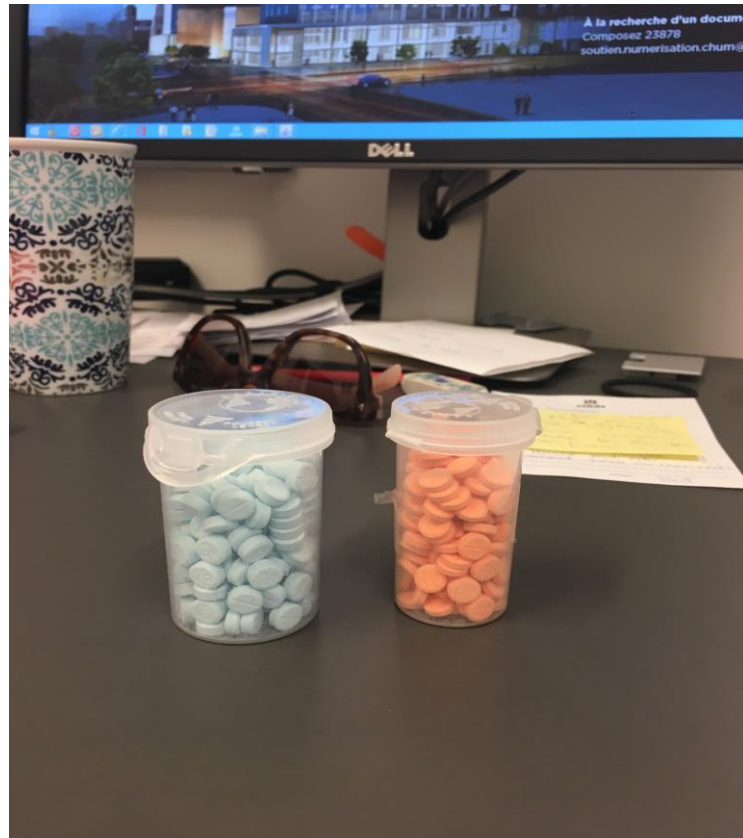
- ▶ Bonne alliance malgré grande anxiété

Cas clinique - Madame M (suite)

Psychothérapie

- ▶ Espace de parole
- ▶ Ciblons les émotions négatives - colère, désespoir
- ▶ Parle de sa consommation de marijuana
 - ▶ Consultation en toxico
 - ▶ Patiente diminue sa consommation - dit accumuler les Rx chez elle non utilisés. Lui demandons de les apporter

Cas clinique - Madame M (suite)



Cas clinique - Madame M (suite)

- ▶ Nie toute intention/idéation suicidaire
- ▶ Honte
- ▶ Veut arrêter de souffrir
- ▶ Veut dormir
- ▶ Interventions:
 - ▶ Demandons à patiente de nous laisser les co.
 - ▶ Demandons à patiente de nous apporter les co. restants
 - ▶ Pacte de non-agir suicidaire

Cas clinique - Madame G.

HMA

- ▶ Pte de 47 ans
- ▶ Suivie à la CAD pour fibromyalgie depuis 2005
- ▶ En attente d'une chirurgie pour son épicondylite
- ▶ En AT de septembre 2018 à décembre 2018. En retour progressif
- ▶ Travaille au bureau de la santé dans un CIUSSS
- ▶ Parle de situations relationnelles problématiques au travail et à la maison (conjoint et enfants de ce dernier)
- ▶ Anxiété +++

Cas clinique - Madame G.

- ▶ **Psychologiques/psychiatriques**
 - ▶ Vue en psychologie à la CAD dans le passé.
 - ▶ 2015: suivie dans un CLSC pour anxiété
 - ▶ 2001: Hospitalisation en psychiatrie pour 3 mois pour DM et idées suicidaires
 - ▶ Suivie en psychiatrie de 2001-2003
 - ▶ Dx: TDAH
- ▶ **Médicaux/Chx**
 - ▶ 2018: chx épicondylite
 - ▶ 2016: hystérectomie
 - ▶ 1997: chx aux pieds
 - ▶ 1992: chx col de l'utérus
 - ▶ 2008: dx de fibromyalgie
 - ▶ 2012: zona

Cas clinique - Madame G. (suite)

Histoire antérieure personnelle et familiale

- ▶ Aînée d'une fratrie de 4 filles - Originaire de Trois-Rivières
- ▶ Enfance difficile
- ▶ Père décrit comme étant très «contrôlant» et «très critique»
- ▶ Mère dépeinte comme «contrôlante» avec une «grande emprise»
- ▶ Instabilité liée à nombreux déménagements de la famille - changements d'école à chaque année
- ▶ Divorce parental : 16 ans
- ▶ Patiente déménage à 16 ans de la demeure familiale pour venir à Mtl
- ▶ Retour à 18 ans pour prendre soin de la mère à sa demande

Cas clinique - Madame G. (suite)

Histoire antérieure personnelle et familiale (suite)

- ▶ Rencontre du père de ses enfants - séparation de ce dernier après 13 ans d'union
- ▶ Patiente hospitalisée en psychiatrie à la suite de cette séparation avec idées suicidaires +++ (fusil de chasse)
- ▶ Rencontre par la suite son conjoint actuel avec lequel il y a eu plusieurs ruptures puis reprises

Objectif thérapeutique

- ▶ Offrir un espace de parole à la patiente afin de l'aider à mieux gérer son monde émotionnel.

Suivi clinique - Madame G. (suite)

Suivi thérapeutique

- ▶ Patiente parle de ses relations avec les autres
- ▶ Permet de nommer sa rage ainsi que ses exigences très élevées
- ▶ Abordons son peu de tolérance à la frustration
- ▶ En novembre: patiente appelle en «crise»
 - ▶ Dit ne pas se reconnaître
 - ▶ Aurait des crises de rage
 - ▶ Pleure sans arrêt depuis le changement de Rx
 - ▶ Met cela sur le dos des antidépresseurs qu'on lui aurait prescrit
 - ▶ Dit avoir donné ses opioïdes à son conjoint car a des idées suicidaires

Suivi clinique - Madame G. (suite)

Situation de crise (suite)

- ▶ Patiente refuse de se présenter à l'urgence
- ▶ Rapporte devoir partir en croisière dans 2 jours
- ▶ Ne se sent pas en mesure de partir en croisière mais ne se reconnaît plus
- ▶ Appel logé à la psychiatre de liaison
- ▶ Dit de ne pas reprendre l'antidépresseur
- ▶ Psychiatre recommande que si l'état se détériore - consulter à l'urgence le lendemain
- ▶ Patiente avisée que si elle ne consent pas - P-38
- ▶ Pacte de non-agir suicidaire
- ▶ Patiente consent

Conclusion

- ▶ Importance de l'évaluation du risque suicidaire - Examen clinique
- ▶ Facteurs de risque :
 - ▶ Personnels (t.s. passées, hx de vie, mx mentale, etc.)
 - ▶ relationnels (séparation, etc.)
 - ▶ socio-économiques (financiers, esseulement, etc.)
- ▶ Facteurs de protection
- ▶ Pacte de non-agir suicidaire
- ▶ P-38
- ▶ Jugement clinique

Références

- ▶ Bergen, H., Hawton, K., Ness, J., Cooper, J., Steeg, S., & Kapur, N. (2012). *Journal of Affective Disorders*: 136, 526-533.
- ▶ Birtwistle, J.; Kelley, R., House, A., & Owens, D. (2017). Combination of self-harm methods and fatal and non-fatal repetition: A cohort study. *Journal of Affective Disorders*: 218, 188-194.
- ▶ Bolton, J.M., Gunnell, D., Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*: h4978.
- ▶ Brown, G., & Jager-Hyman, S. (2014). Evidence-Based Psychotherapies for Suicide Prevention: Future Directions. *American Journal of Preventive Medicine*. Vol 47, Issue 3, suppl. 2, S186-S194.
- ▶ Nock, M.K., Park, J. M., Finn, C. T., Deliberto, T.L., Dour, H.J., Mahzarin, R.B. (2010). Measuring the Suicidal Mind: Implicit Cognition predicts suicidal behavior. *Psychological Science*. [Doi.org/10.1177/0956797610364762](https://doi.org/10.1177/0956797610364762).
- ▶ Public Health Agency of Canada, (2016). The federal framework for suicide prevention. Working together to prevent suicide in Canada.