

Crises suicidaires chez les adolescents

Le plan de sécurité

Un outil dynamique servant à l'évaluation et au suivi des adolescents suicidaires. L'expérience des infirmières cliniciennes de la Clinique des troubles de l'humeur de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Par **Sylvie Raymond**, inf., B.Sc., **Pascalie Abadie**, M.D., psychiatre, Ph.D., **Jean-Jacques Breton**, M.D., psychiatre, et **Bogdan Balan**, psychologue, Ph.D.

Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec reconnaît que le suicide et les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent constituent un problème préoccupant de santé publique qui requiert l'implication et la collaboration de tous les acteurs de la société (OIIQ, 2007). Dans le document *Prévenir le suicide pour préserver la vie : guide de pratique clinique*, l'OIIQ souligne l'importance de l'expertise clinique des infirmières qui contribuent « ... à réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide en agissant dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention du suicide, de l'intervention, de la réadaptation et de la postvention ». Comprendre le phénomène de la crise suicidaire (CS) est donc fondamental.

Faire face

Une recherche québécoise récente sur les interventions infirmières auprès d'adolescents suicidaires rappelle que les soins infirmiers dans le domaine du suicide sont peu développés même si l'infirmière est l'acteur en santé mentale le plus souvent en contact avec la population à risque (Pugnaire Gros *et al.*, 2012).

Une étude auprès de 531 infirmières japonaises en psychiatrie montrait que 55 % d'entre elles avaient été confrontées au suicide d'un patient et que cet événement avait eu des répercussions non négligeables sur leur fonctionnement personnel et professionnel (Takahashi *et al.*, 2011). En effet, 13,7 % présentaient un risque de stress post-traumatique, mais seulement 15,8 % d'entre elles avaient eu accès à des programmes de soutien postsuicide. De plus, une faible proportion de ces professionnelles (26 %) avait reçu une formation en prévention du suicide.



© Antonio Guillem / Dreamstime.com

L'American Psychiatric Nurses Association a réalisé une enquête auprès de 489 infirmières en contact avec des patients suicidaires (Morris *et al.*, 2012). Les principaux motifs

de leur insatisfaction portaient sur la difficulté à établir une relation thérapeutique avec les patients, la tendance à les stigmatiser, la trop grande importance accordée aux

Encadré 1 Étapes du processus suicidaire

Selon le modèle d'Aguilera (1995), une situation de crise s'explique par la perception déformée qu'a une personne d'un événement stressant, ainsi que par le manque de stratégies et de soutien social pour s'y adapter.

Le processus suicidaire se divise en cinq étapes

- 1) la recherche de stratégies ou de solutions à la crise
- 2) l'apparition des idées suicidaires
- 3) la rumination des idées suicidaires
- 4) la cristallisation et la planification d'un scénario suicidaire
- 5) l'élément déclencheur et le passage à l'acte

Encadré 2 Six étapes du plan de sécurité pour crise suicidaire

1 Dépister les signes d'alarme d'une crise suicidaire, par exemple

- toute pensée et émotion comme l'irritabilité, la perte d'espoir, la persistance d'images mentales négatives ;
- des événements et changements dans le comportement comme l'isolement et le retrait.

Ces signes peuvent annoncer l'apparition d'une CS. Ils seront explorés et décrits précisément avec l'aide du patient.

2 Utiliser des stratégies d'adaptation propres au patient

Les stratégies recherchées sont celles qui sont propres au patient. Elles sont accessibles sans qu'il ait à recourir à l'aide d'un tiers. Elles seront utilisées pour mieux contrôler les idées suicidaires. Il peut s'agir de faire une promenade, d'écouter de la musique, de visionner un film, de lire ou de faire du ménage.

Il faut déterminer avec le patient la meilleure stratégie d'adaptation et vérifier s'il l'utilise.

3 Utiliser des stratégies d'adaptation avec l'aide d'un tiers

Le patient choisira de contacter des personnes de son entourage, famille ou amis, et de s'impliquer dans des activités sociales qui le détourneront de ses idées suicidaires.

Ces ressources et activités seront établies avec le patient.

4 Recourir à des contacts sociaux pour traverser une crise suicidaire

En cas d'échec des étapes précédentes ou si la crise suicidaire persiste, le patient fera appel à des personnes qui le supporteront activement afin de le détourner de ses idées envahissantes. Idéalement, ces personnes sont informées de l'existence du plan de sécurité et elles sont consentantes à intervenir.

Ces contacts seront désignés avec l'aide du patient.

5 Recourir à des professionnels en santé mentale ou à des ressources spécialisées pour traverser une crise suicidaire

Lorsque les autres stratégies ont échoué, le patient fera appel à une liste de professionnels ou de services spécialisés, par exemple une ligne téléphonique d'écoute. Dans le cas où le patient n'a jamais eu recours à des services semblables, des simulations pourront être organisées par le clinicien de façon à ce qu'il se familiarise avec la démarche.

Ces ressources seront établies avec le patient et des simulations organisées au besoin.

6 Restreindre l'accès aux moyens de suicide

Lorsque le patient a décrit les étapes dans son plan suicidaire et qu'il connaît les moyens pour y arriver, par exemple des médicaments ou une arme, il devient prioritaire d'obtenir du patient un engagement de sa part pour limiter l'accès à ces moyens.

échelles normalisées au détriment du jugement clinique et l'incapacité à différencier suicidabilité et comportements autodestructeurs.

Une étude australienne sur les attitudes envers le suicide montre que la majorité des infirmières participantes travaillant à l'urgence d'un grand hôpital n'avait pas reçu de formation spéciale pour prendre en charge des patients ayant des comportements autodommageables, que 20 % d'entre elles croyaient qu'il n'existait pas de guide de pratique particulier sur le sujet et qu'un tiers de celles qui en connaissaient l'existence ne l'avaient pas lu (McCann *et al.*, 2007). Généralement, les infirmières et infirmiers plus âgés et plus expérimentés, où ceux qui avaient reçu des formations spécialisées avaient des attitudes plus positives envers les patients suicidaires.

Un plan de sécurité

Le plan de sécurité pour crise suicidaire (PSCS) constitue un outil pertinent dans une pratique de prévention du suicide. Le guide officiel de l'*American Academy of Pediatrics* recommande l'élaboration d'un plan de sécurité dans la prise en charge d'adolescents dépressifs à risque de suicide (Zuckerbrot, 2007).

Historiquement, l'apparition des plans de sécurité correspond à la disparition des anciens « contrats de non-suicide » et à leur remplacement par des pratiques plus efficaces. Il faut toutefois différencier les « plans de sécurité » du « contrat de non-suicide », un outil longtemps utilisé sans fondement scientifique réel (Rudd, 2006). Ainsi, plusieurs guides cliniques ont émis des mises en garde contre les effets de ces contrats et avancé que le patient peut dissimuler ses idées suicidaires pour ne pas décevoir l'intervenant.

Par ailleurs, un plan de sécurité suppose qu'une situation de risque suicidaire peut survenir et élabore, d'une manière collaborative, des stratégies pour reconnaître cette situation. Par ailleurs, l'intérêt de la communauté scientifique et du personnel soignant en santé mentale pour la normalisation, la mise en œuvre et l'évaluation du PSCS est relativement récent.

Justification du PSCS

L'objectif du PSCS est de diminuer l'imminence de l'urgence suicidaire. Dans leur manuel, Stanley et Brown (2008) définissent le plan de sécurité comme « une liste écrite et priorisée de stratégies d'adaptation et de ressources d'aide qu'un patient peut utiliser avant et pendant une crise suicidaire ». Cette stratégie thérapeutique s'appuie sur les principes de la thérapie cognitivocomportementale et privilégie l'auto-observation et la psychoéducation.

Application et description du PSCS

Le PSCS peut être élaboré au cours d'une seule séance, soit à l'urgence ou au cours d'un suivi ambulatoire après

La collaboration en matière de PSCS concerne avant tout les adolescents suicidaires, mais également leurs parents qui sont souvent surpris par le passage à l'acte.

évaluation par le clinicien du risque suicidaire et des stratégies aidantes que le patient a déjà utilisées.

Le document précise les différentes stratégies et ressources discutées avec le patient. Il est écrit pour le patient et son entourage et des copies sont facilement accessibles. Le PSCS des auteurs Stanley et Brown (2012) propose six étapes.

Conseils pratiques

La nature collaborative du PSCS est gage de son efficacité. Par exemple, la deuxième étape prévoit des stratégies d'adaptation qui sont propres au patient. Cette liste peut se révéler inutile si elle est établie uniquement par le clinicien (Stanley et Brown, 2012). En outre, le clinicien devra soutenir le patient dans le dépistage de ses signaux d'alarme et la recherche de ses meilleurs moyens d'adaptation et même lui en suggérer.

Il motive aussi le patient à utiliser son PSCS en lui demandant d'en cerner les aspects les plus utiles, les moins utiles ou ceux qu'il perçoit comme des obstacles. Cette collaboration permet de vérifier les dimensions du PSCS qui nuisent à son application optimale.

À la Clinique des troubles de l'humeur (CTH) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, cette pratique existe depuis 2006. Une version adaptée appliquant une approche multidisciplinaire est utilisée avec les adolescents présentant des comportements suicidaires (Breton et Labelle, 2013).

C'est à l'infirmière clinicienne que revient le mandat d'élaborer le PSCS. Elle rédige le plan au cours d'une rencontre individuelle avec l'adolescent. Seule avec lui, elle détermine l'enchaînement de ses cognitions suicidaires tout en évitant de le culpabiliser. Ensuite, elle partage le contenu du Plan avec les parents en présence de l'adolescent.

Le plus souvent, les jeunes sont touchés et rassurés par l'attention et l'ouverture de l'infirmière. Au cours de la discussion, elle met davantage l'accent sur le déroulement de la crise plutôt que sur le contenu des idées souvent ressenties de manière honteuse et anxiogène. Lorsqu'aucune stratégie d'adaptation n'a été consignée dans la « boîte à outils » et qu'aucune personne-ressource n'a été désignée, l'infirmière donne l'alarme à l'équipe de soins.

La collaboration en matière de PSCS concerne avant tout les adolescents suicidaires, mais également leurs parents qui sont souvent surpris par le passage à l'acte. L'expérience de la CTH a montré qu'il fallait prendre le temps de réévaluer le plan après son élaboration et qu'il devait être révisé régulièrement pour y intégrer des stratégies ou les modifier.

Pour l'infirmière, le PSCS est un outil qui sert à l'évaluation et au suivi des adolescents ayant des comportements suicidaires. Ce dispositif dynamique permet de comprendre plus précisément le phénomène suicidaire. Grâce à cet outil, les cliniciens acquièrent ainsi de meilleures habiletés dans l'approche des jeunes patients à risque.

En effet, préparer un plan de sécurité avec le patient assure que d'importants éléments sont discutés avec

l'intéressé. Pour cette raison, apprendre à mettre en œuvre un plan de sécurité comble l'écart entre l'enseignement théorique sur le suicide, le risque suicidaire et la pratique clinique (Sher et LaBode, 2011). ■

Les auteurs



Sylvie Raymond est infirmière clinicienne à la Clinique des troubles de l'humeur de Hôpital Rivière-des-Prairies, à Montréal.



Pascale Abadie est médecin psychiatre à la Clinique des troubles de l'humeur de Hôpital Rivière-des-Prairies et professeure au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.



Jean Jacques Breton est médecin psychiatre et chercheur au Centre de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.



Bogdan Balan est psychologue à la Clinique des troubles de l'humeur de Hôpital Rivière-des-Prairies.

Références

- Aguilera, C.T. *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie*, Paris, ERPI, 1995.
- Breton, J.J. et R. Labelle. « Gérer et prévenir l'agir suicidaire : pratiques actuelles et perspectives d'avenir » (communication), Congrès mondial de l'International Academy of Suicide Research, Montréal, juin 2013.
- McCann T.V., E. Clark, S. McConnachie et I. Harvey. « Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, n° 9, févr. 2007, p. 1704-1711.
- Morris, B.A., A. Schuh, B. Starks et M.E. Stolder. *Suicide Prevention Workgroup Report*, Falls Church (VA), American Psychiatric Nurses Association, 2012.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIQ). *Prévenir le suicide pour préserver la vie : guide de pratique clinique*, Montréal, OIQ, 2007, 47 p.
- Pugnaire Gros, C., S. Jarvis, T. Mulvogue et D. Wright. « Les interventions infirmières estimées bénéfiques par les adolescents à risque de suicide », *Santé mentale au Québec*, vol 37, n° 2, automne 2012, p. 193-207.
- Rudd, M.D. *The Assessment and Management of Suicidality*, Sarasota (FL), Professional Resource Press, 2006, 86 p.
- Sher, L. et V. LaBode « Teaching health care professionals about suicide safety planning », *Psychiatry Danubina*, vol. 23, n° 4, 2011, p. 396-397.
- Stanley, B. et G.K. Brown. « Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk », *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 19, n° 2, mai 2012, p. 256-264.
- Stanley, B. et G.K. Brown. *The Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran Version*, Washington (DC), United States Department of Veterans Affairs, 2008.
- Takahashi, C., F. Chida, H. Nakamura, H. Akasaka, J. Yagi, A. Koeda et al. « The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support », *BMC Psychiatry*, mars 2011, p. 11-38.
- Zuckerbrof, R.A., A.H. Cheung, P.S. Jensen, R.E. Stein, D. Laraque et GLAD-PC Steering Group. « Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Identification, assessment, and initial management », *Pediatrics*, vol. 120, n° 5, nov. 2007, p. 1299-1312.