

Le 10 octobre 2018

Veillez accepter le présent mémoire sur la santé mentale des enfants et des adolescents au Canada, qui a été préparé pour le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Les demandes de renseignements supplémentaires et les questions peuvent être adressées à Marie Adèle Davis, directrice générale de la Société canadienne de pédiatrie, à maried@cps.ca ou au 613-526-9397, poste 226.



[Pour obtenir le point de pratique entier sur la question, veuillez consulter : Daphne J Korczak, Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé mentale et des troubles du développement, « L'idéation et les comportements suicidaires », Paediatrics & Child Health 2015: 20(5):261-264.
<https://www.cps.ca/fr/documents/position/ideation-et-les-comportements-suicidaires.>]

Le contexte

Le suicide est la deuxième cause de décès en importance chez les adolescents canadiens. En effet, en 2011, il représentait le quart de tous les décès chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans.^[1] L'incidence de tentatives de suicide culmine à l'adolescence. On estime que pour chaque suicide complet, il y aurait jusqu'à 20 tentatives de suicide.^[2] Les garçons sont plus susceptibles de mourir d'un suicide, mais les filles risquent de trois à quatre fois plus de faire des tentatives.^[3] Les adolescents métis, inuits et des Premières nations sont particulièrement à risque, car le taux de suicide au sein de cette population est de quatre à cinq fois plus élevé que chez les jeunes non autochtones.^{[1][3]} Les suicides sont rares chez les enfants prépubères,^[1] qui peuvent toutefois avoir des pensées suicidaires et faire des tentatives de suicide.

Les facteurs de risque

La maladie mentale

La maladie mentale est un important facteur de risque de suicide chez les adolescents.^{[4][5]} Jusqu'à 90 % des adolescents qui se sont suicidés avaient des antécédents de maladie mentale.^{[6][7]} La dépression est le trouble de santé mentale le plus lié à l'idéation et aux comportements suicidaires, mais d'autres troubles de santé mentale, y compris les troubles de consommation de substances psychoactives, le trouble des conduites et d'autres troubles moins fréquents (p. ex., troubles bipolaires, troubles psychotiques) s'accompagnent également d'une augmentation du risque de suicide.^{[6][7]} Même si la maladie mentale se manifeste souvent pendant l'adolescence, il faut parfois au moins dix ans avant de la dépister et d'amorcer un traitement.^[8]

Une automutilation délibérée ou une tentative de suicide antérieure

Une tentative de suicide antérieure fait partie des principaux indicateurs de suicide pendant l'adolescence et tout au long de la vie.^{[6][7][9]-[11]} Des comportements d'automutilation délibérée (p. ex., coupures, brûlures) sont également associés à une augmentation du risque de suicide.^[12] Cependant, ce type de comportement n'est pas toujours lié à une intention suicidaire.

L'impulsivité

Les adolescents qui agissent avec impulsivité risquent davantage de passer à l'acte et d'utiliser des moyens plus dangereux pour tenter de se suicider.[12][13]

Les facteurs déclencheurs

Il est important de comprendre les facteurs qui ont déclenché les pensées suicidaires ou les tentatives de suicide de l'adolescent pour pouvoir les aborder directement ou aborder les réactions de l'adolescent à leur égard. Les facteurs de stress qui entraînent des sentiments de rejet, d'inaptitude, d'humiliation, de honte et de perte sont particulièrement puissants. Parmi les déclencheurs courants de comportement suicidaire chez les adolescents, soulignons un conflit avec la famille ou les camarades, une déception scolaire récente ou anticipée, l'intimidation (y compris la cyberintimidation dans les médias sociaux), la rupture amoureuse, la divulgation de l'orientation homosexuelle et des problèmes juridiques ou une comparution en justice imminente. Chez les adolescents qui ont été victimes de violence physique ou sexuelle, les situations ou les interactions qui font remonter des souvenirs ou des sentiments associés à cette violence accroissent également les comportements suicidaires.[14]-[16] Enfin, les cas où l'adolescent a entendu parler de suicide dans les médias ou connaît des personnes qui se sont suicidées sont également associés à une augmentation des comportements suicidaires.[17]

Les facteurs familiaux

Les conflits familiaux, et particulièrement les mauvaises relations entre l'enfant et ses parents, sont associés à un risque de suicide plus élevé chez les adolescents.[15][18][19] Une maladie mentale chez un parent et des antécédents familiaux de suicide sont également des facteurs de risque de comportement suicidaire chez les adolescents.[16]

L'absence d'accès à un soutien psychosocial

Il est essentiel de compter sur un milieu de vie favorable pour stabiliser l'état mental de l'adolescent. Dans l'évaluation du contexte psychosocial, il faut tenir compte des facteurs environnementaux (par exemple, les adolescents qui vivent dans une communauté inuite, métisse ou des Premières nations risquent davantage de se suicider) et de l'accès à un soutien.

Le soutien

L'adolescent qui a une idéation ou un comportement suicidaire et à qui les soins ambulatoires conviennent doit recevoir des directives claires sur l'importance de communiquer ses pensées ou ses comportements suicidaires à des adultes de confiance, sur la nécessité d'un suivi en santé mentale, sur les services locaux de crise et les lignes d'écoute et sur la possibilité de consulter à l'urgence, au besoin.

Il faut encourager les parents ou les tuteurs à favoriser une communication ouverte avec l'adolescent, notamment à l'égard des états d'esprit négatifs et des pensées suicidaires, et à s'assurer que leur domicile est sécuritaire. Outre une famille et des amis qui soutiennent l'adolescent, le soutien en santé mentale peut être assuré par un thérapeute à l'école, dans une clinique de santé ou dans un centre de

santé communautaire (y compris des services de santé mentale d'urgence), par un médecin ou par un thérapeute privé. Puisque le soutien en santé mentale axé sur les adolescents est limité dans certaines collectivités, les cliniciens doivent évaluer le type de soutien offert et la possibilité d'y accéder et déterminer i) si l'adolescent est prêt à profiter d'un suivi auprès de la personne qui l'offre et ii) s'il trouve le jumelage positif et favorable.

Recommandations

Le suicide est une cause importante et évitable de décès chez les enfants et les jeunes canadiens. La plupart des adolescents qui meurent d'un suicide sont aux prises avec une maladie mentale. Il est donc essentiel d'améliorer la santé mentale des enfants et des jeunes ainsi que les soins en santé mentale d'un bout à l'autre du Canada. Cet objectif peut notamment être atteint en accroissant la capacité des professionnels de la santé à :

- Prévenir, diagnostiquer et traiter les troubles de santé mentale chez les enfants et les adolescents
- Prévenir et traiter la consommation abusive de marijuana, d'alcool et d'autres substances
- Promouvoir des relations de soutien et préconiser des maisons, des écoles et des communautés sécuritaires, ce qui est indispensable à un développement sain durant l'enfance

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que les administrations locales peuvent contribuer directement à l'atteinte de cet objectif :

- En améliorant l'accès aux traitements financés par le système public des troubles mentaux chez les enfants et les jeunes, y compris la psychologie, les services de santé mentale et de développement en milieu scolaire ainsi que les programmes spécialisés pour les patients hospitalisés et en établissement.
- En assurant la coordination et la surveillance cliniques nécessaires de ces services pour faire suivre à l'enfant le bon traitement au bon endroit et au bon moment, tout en faisant un suivi adapté de l'amélioration de sa santé mentale.
- En améliorant les mécanismes en place pour assurer la couverture et la prestation des services, notamment dans les régions rurales ou éloignées et pour les adolescents les plus à risque, comme les membres des Premières Nations, les Inuits, les Métis et les membres de la communauté LGBTQ2
- En investissant dans la sensibilisation de la population ainsi que dans les ressources et les services de soutien financés par l'État pour atténuer les facteurs de risque de l'idéation et des comportements suicidaires, y compris l'intimidation, le manque de soutien scolaire, l'usage de substances et les dépendances de même que la violence physique, sexuelle ou affective.

Références

1. Statistique Canada. Coup d'œil sur la santé; Le taux de suicide : un aperçu. No 82-624-X au catalogue. www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm (consulté le 24 avril 2015).
2. Organisation mondiale de la Santé. Santé mentale : Données et statistiques sur le suicide. www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/ (consulté le 24 avril 2015).
3. Statistique Canada; Langlois S, Morrison P. Health Reports 2002;13(2):9-21 (consulté le 24 avril 2015).

4. Friedman RA. Uncovering an epidemic – screening for mental illness in teens. *N Engl J Med* 2006;355(26):2717-9.
5. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(12):1497-505.
6. Fleischmann A, Bertolote JM, Belfer M, Beautrais A. Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence. *Am J Orthopsychiatry* 2005;75(4):676-83.
7. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53(4):339-48.
8. Korczak DJ, Goldstein BI. Childhood onset major depressive disorder: Course of illness and psychiatric comorbidity in a community sample. *J Pediatr* 2009;155(1):118-23.
9. Carter G, Reith DM, Whyte IM, McPherson M. Repeated self-poisoning: Increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. *Br J Psychiatry* 2005; 186:253-7.
10. Kapur N, Cooper J, King-Hele S, et al. The repetition of suicidal behavior: A multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry* 2006;67(10):1599-609.
11. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004;161(3):562-3.
12. Links PS, Gould B, Ratnayake R. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry* 2003;48(5):301-10.
13. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1997;154(12):1715-9.
14. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, et al. Familial transmission of suicidal behavior: Factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry* 2008;69(4):584-96.
15. Molnar BE, Berkman LF, Buka SL. Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol Med* 2001;31(6):965-77.
16. Statham DJ, Heath AC, Madden PA, et al. Suicidal behaviour: An epidemiological and genetic study. *Psychol Med* 1998;28(4):839-55.
17. Gould MS. Suicide and the media. In: Hendin H, Mann JJ, eds. *Suicide Prevention: Clinical and Scientific Aspects*. New York: New York Academy of Sciences, 2001:200-24.
18. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(7):837-46.
19. Park HS, Koo HY, Schepp KG. Predictors of suicidal ideation for adolescents by gender. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2005;35(8):1433-42.