

Université de Montréal

**La responsabilité civile du psychiatre lors du suicide d'un patient : une perspective
canadienne**

Par Sophie Désautels, MD

Programme de cycles supérieurs en Sciences biomédicales
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté de médecine en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès
sciences en Sciences biomédicales, option médecine d'assurance et expertise en sciences
de la santé

Avril 2018

RÉSUMÉ

Le psychiatre, de par son expertise, est fréquemment appelé à évaluer le risque suicidaire présenté par un patient. Il peut, de ce fait, engager sa responsabilité professionnelle et devenir l'objet d'une poursuite civile en cas de décès du patient. Or, bien qu'un nombre important d'outils d'évaluation et de gestion du risque suicidaire aient été développés, la pratique n'est toujours pas standardisée. Cette recherche se veut donc une réflexion sur la prévention du suicide et, plus précisément, sur la responsabilité du psychiatre. Dans un premier temps, nous proposons de présenter le phénomène du suicide, notamment sous l'angle des données épidémiologiques et sous celui de l'étiologie. Ensuite, nous nous penchons plus précisément sur l'évaluation du risque suicidaire et les défis qui y sont associés. Dans une troisième partie, nous exposons les outils pouvant soutenir les praticiens dans ce processus d'évaluation ainsi que leur pertinence. Enfin, en nous basant sur des éléments de jurisprudence, nous étudions la responsabilité civile du psychiatre. Nos recherches montrent que dans la grande majorité des cas, les tribunaux canadiens rendent un verdict en faveur du psychiatre, soulignant que l'absence d'accord scientifique sur une pratique optimale rend difficile la qualification de la conduite du psychiatre comme fautive. Si une « standardisation » de la pratique serait certes souhaitable, cela semble peu réalisable dans un avenir rapproché, le suicide étant un phénomène social particulièrement complexe.

Mots-clés : suicide, facteurs de risque, facteurs de protection, responsabilité civile, faute professionnelle, norme de pratique, psychiatrie, jurisprudence

ABSTRACT

The psychiatrist, as an expert, is frequently asked to assess the suicide risk presented by a patient. Therefore, he may have his liability engaged and so, could be sued in the event of the death of the patient. Thus, although a large number of suicide risk assessment and management tools have been developed, the practice is still not standardized. Hence, this research aims to propose a reflection on the prevention of suicide and more specifically, on the responsibility of the psychiatrist. As a first step, we wish to present the phenomenon of suicide regarding epidemiological data and etiology, among other things. Next, we focus on the assessment of the suicide risk and what are the challenges related. In the third section, we expose the tools that can support practitioners in this evaluation process and discuss their relevance. Finally, referring to Canadian court decisions, we explore the issue of the civil responsibility of the practitioner. Our research shows that most of the decisions are in favor of the psychiatrist, considering that the absence of scientific agreement on a single and optimal practice makes it difficult to qualify the psychiatrist's practice as reprehensible. Thus, if a "standardization" of practice would undoubtedly be well greeted, it seems unlikely in the near future as suicide is a particularly complex social phenomenon.

Keywords: suicide, risk factors, protective factors, civil liability, malpractice, standard of care, psychiatry, jurisprudence

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS	vii
REMERCIEMENTS	ix
INTRODUCTION	11
CHAPITRE 1 - LE SUICIDE : GÉNÉRALITÉS	16
1.1. Données épidémiologiques.....	17
1.1.1. À l'échelle mondiale.....	17
1.1.2. Au Canada et au Québec	17
1.1.3. Aux États-Unis	18
1.2. Étiologie du suicide	18
1.2.1. Modèles conceptuels	19
1.2.2. Troubles mentaux reliés au suicide	22
1.3. Facteurs de risque et facteurs de protection.....	28
1.3.1. Facteurs de risque	28
1.3.2. Facteurs de protection.....	32
1.4. Le modèle intégratif stress-vulnérabilité	33
CHAPITRE 2 - L'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE : CONTEXTES CLINIQUES ET DÉFIS	36
2.1. Contextes cliniques où le psychiatre est appelé à évaluer un patient suicidaire.....	39
2.1.1. L'urgence.....	39
2.1.2. La clinique externe	48
2.1.3. L'unité d'hospitalisation.....	50
2.2. Les défis que pose la gestion du risque suicidaire.....	54
2.2.1. Limitation du temps disponible pour réaliser l'évaluation	54
2.2.2. Le patient qui retient de l'information.....	54
2.2.3. Le patient qui présente un risque suicidaire « chronique »	56
2.2.4. Un dilemme : le droit à la liberté face au devoir de protéger	58
2.2.5. Le respect de la confidentialité.....	61
CHAPITRE 3 - LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'ÉVALUATION ET DE GESTION DU RISQUE SUICIDAIRE	65
3.1. Le guide de pratique de l'Association Américaine de Psychiatrie	66
3.1.1. L'évaluation psychiatrique du patient présentant des comportements suicidaires	66
3.1.2. La gestion du risque suicidaire	68

3.1.3. Le traitement du patient suicidaire	71
3.1.4. L'importance de la tenue de dossiers	71
3.1.5. Les récentes recommandations de l'APA.....	72
3.2. Le guide de pratique de l'Ontario Hospital Association	75
3.2.1. Aperçu des principes en matière d'évaluation du risque suicidaire.....	76
3.2.2. Aperçu des outils d'évaluation du risque suicidaire	79
3.3. Synthèse des différentes lignes directrices	80
3.3.1. Déterminer si une évaluation du risque suicidaire est requise.....	80
3.3.2. Questionnaire auprès du patient	81
3.3.3. Obtention d'informations collatérales	82
3.3.4. Élaboration d'une synthèse de l'information obtenue	82
3.3.5. Sélection d'un milieu de traitement.....	83
3.3.6. Prescription de la surveillance du patient hospitalisé et détermination du congé	85
3.3.7. Prescription d'un traitement pharmacologique ou psychothérapeutique.....	86
3.4. La question de l'efficacité des mesures prises par le psychiatre pour prévenir le suicide .	86
CHAPITRE 4 - LA RESPONSABILITÉ CIVILE DU MÉDECIN : LOIS, DOCTRINE ET	
JURISPRUDENCE	89
4.1. La responsabilité civile du médecin	89
4.1.1. Qualification du régime	89
4.1.2. Les conditions de la responsabilité civile	90
4.1.3. Effet d'une sanction disciplinaire	102
4.1.4. La responsabilité médicale en common law	103
4.2. Revue critique de la jurisprudence canadienne	104
4.2.1. Recours où il est allégué que l'évaluation du risque suicidaire par le psychiatre était fautive.....	105
4.2.2. Recours où il est allégué que la gestion du risque suicidaire par les mesures d'encadrement était fautive	118
4.2.3. Recours où il est allégué que des mesures légales de garde auraient dû être utilisées	130
4.2.4. Recours qui démontre l'importance d'une documentation précise	138
4.2.5. Recours illustrant l'importance de la qualité du témoignage du témoin expert	142
CONCLUSION	147
BIBLIOGRAPHIEcl

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I - Indices comparatifs de mortalité par suicide des personnes souffrant d'un trouble mental	23
Tableau II - Facteurs de risque de suicide	32
Tableau III - Évaluation du degré de létalité d'une tentative de suicide.....	42
Tableau IV - Modèle d'évaluation du risque suicidaire selon l'intention derrière le comportement autodestructeur et le degré de létalité du moyen.....	43
Tableau V - Facteurs associés à la survenue de suicides en milieu hospitalier	53
Tableau VI - Signaux de danger susceptibles d'alerter sur le risque suicidaire	53
Tableau VII - Circonstances pour lesquelles il est indiqué de procéder à l'évaluation du risque suicidaire	70
Tableau VIII - Éléments à rechercher lors de l'évaluation initiale de tout patient	74
Tableau IX - Éléments supplémentaires à rechercher lors de l'évaluation du patient qui rapporte des idées suicidaires actuelles.....	74

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

ABQB	Court of Queen's Bench of Alberta
ACPM	Association canadienne de protection médicale
A.D.	Appellate Division
APA	American Psychiatric Association
BC CA	British Columbia Court of Appeal
B.C.J.	British Columbia Judgments
B.R.	Cour du Banc de la Reine
C.A.	Cour d'appel
C.S.	Cour supérieure
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5 ^{ème} édition
HC	High Court
J.E.	Jurisprudence Express
L.R.C.	Lois révisées du Canada
L.R.Q.	Lois refondues du Québec
OHA	Ontario Hospital Association
O.J.	Ontario Judgments
ON SC	Ontario Superior Court of Justice
O.R.	Ontario Reports
R.C.S.	Rapports de la Cour suprême
REJB	Répertoire électronique de jurisprudence du Barreau
R.J.Q.	Recueil de jurisprudence du Québec

R.L.	Revue légale
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
R.R.A.	Recueil en responsabilité et assurance

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail n'aurait été possible sans le soutien indéfectible de nombreuses personnes. Je tiens d'abord à exprimer toute ma gratitude envers mon directeur de recherche, le Docteur François Sestier, pour son appui, ses précieux conseils et son infinie patience. Je le remercie également d'avoir suscité mon intérêt pour la médecine d'expertise et de m'avoir prodigué une excellente formation dans ce domaine.

Je remercie mes collègues de travail de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour le support qu'ils m'ont apporté au cours des dernières années. Plus particulièrement, je suis immensément reconnaissante envers le Docteur Daniel Saint-Laurent, qui n'a cessé de m'encourager.

Je ne saurais passer sous silence l'aide inestimable de Thomas, sans qui ce projet n'aurait probablement pu être porté à terme.

Enfin, je remercie mes parents, Micheline et Jacques, pour la sollicitude dont ils font preuve à mon égard depuis si longtemps.

La pensée du suicide est une puissante consolation : elle nous aide à passer maintes mauvaises nuits.

Nietzsche

There are only two kinds of clinical psychiatrists: those who have had patients commit suicide and those who will.

Dr. Robert Simon

INTRODUCTION

L'une des principales tâches du psychiatre et, sans nul doute, l'une des plus complexes, consiste en l'évaluation et la gestion du risque suicidaire¹. Tous les jours, les psychiatres font face à des patients aux prises avec des idées suicidaires et ce, tant à l'urgence, à l'unité d'hospitalisation qu'à la clinique externe. Certains patients contemplant la mort d'une façon ambivalente, temporairement ou de façon quasi chronique, tandis que d'autres souhaitent ardemment qu'elle survienne le plus tôt possible. Pour le psychiatre, la distinction entre ces différents cas de figure n'est pas toujours aisée et elle repose sur la prise en compte de nombreux facteurs, parmi lesquels, notamment, l'état psychique du patient au moment de l'évaluation et son niveau de collaboration avec l'évaluateur. Qui plus est, le risque suicidaire évolue parfois de façon marquée en un court laps de temps, parfois même au cours de l'évaluation. Ainsi, un patient qui semble initialement présenter un risque à court terme élevé de passage à l'acte suicidaire pourra être traité sur une base externe si, au terme de l'évaluation, il en vient à considérer d'autres options que le suicide afin de soulager sa souffrance.

À l'inverse, un patient chez qui le risque suicidaire semble faible à prime abord devra être gardé sous observation ou hospitalisé si, malgré le traitement proposé, son désir de mourir est immuable et son intention de passer à l'acte reste ferme. L'évaluation et la gestion du risque suicidaire exigent, notamment, outre un questionnaire pratiqué auprès du patient visant à déterminer la présence et la fréquence d'idées suicidaires, le degré d'intention de passage à l'acte et la détermination et l'accessibilité d'un plan défini, l'analyse minutieuse des facteurs de risque et des facteurs de protection, la recherche de signes évocateurs à l'examen mental, l'établissement d'un diagnostic et la prise

¹ Dans ce mémoire, nous utiliserons le terme *risque suicidaire* pour désigner l'ensemble des conduites et des comportements pouvant mener à une estimation du potentiel suicidaire. L'Association américaine de suicidologie préconise cette terminologie (*suicide risk*), tandis que l'Association québécoise de prévention du suicide distingue l'*urgence suicidaire* (la probabilité qu'une personne se suicide au cours des 48 prochaines heures) du *risque suicidaire* (la probabilité qu'une personne se suicide au cours des deux prochaines années). La littérature américaine, plus abondante, préfère habituellement le terme *risque suicidaire* (*suicide risk*). Quant aux décisions des tribunaux lors d'une poursuite en responsabilité civile envers un psychiatre lorsque survient un suicide, les juges utilisent des termes aussi variés que *risque suicidaire*, *danger suicidaire* ou encore *comportement suicidaire*.

d'informations collatérales obtenues par l'accès à des proches. Au terme de cette démarche, le psychiatre devra évaluer les avantages et les inconvénients à adopter une conduite plutôt qu'une autre. Sur le plan des mesures médico-administratives, il s'agit, dans la majorité des cas, de déterminer si le patient peut recevoir son congé ou s'il doit être hospitalisé et, dans ce cas, de déterminer le niveau de surveillance requis pour son état et d'octroyer ou non des permissions de sorties à l'extérieur de l'unité d'hospitalisation.

La majorité des psychiatres craignent d'être confrontés au suicide de l'un de leurs patients. Pourtant, et fort heureusement, le suicide demeure un événement rare. La très grande majorité des patients souffrant d'un trouble mental ne décéderont pas par suicide et ce, même s'ils présentent des idées suicidaires. À titre d'exemple, bien que les études démontrent que les troubles affectifs, principalement la dépression majeure, représentent les troubles mentaux les plus fréquemment associés au suicide (60 à 70 % des personnes décédées par suicide souffriraient de dépression majeure au moment de s'enlever la vie), 99% des patients souffrant de troubles affectifs ne décéderont pas par suicide (Barraclough, Bunch, Nelson et Sainsbury, 1974 ; Henriksson et al., 1993 ; Jacobs, Brewer et Klein-Benheim, 1999 ; Simon, 2007 ; Sudak, 2009). Outre son caractère rare, il est largement reconnu dans la littérature que le suicide est difficilement prévisible (Brown, 2002 ; Coryell, Young, 2005 ; Goldstein, Black, Nasrallah et Winokur, 1991 ; Pokorny, 1983 ; Pokorny, 1993 ; Simon, 2004 ; Simon, 2012 ; Va/DoD, 2013). Si l'on peut prévenir le suicide et en diminuer l'incidence dans la population générale au moyen de diverses stratégies de prévention, les connaissances cliniques actuelles en psychiatrie, qu'elles s'expriment par l'élaboration d'outils d'évaluation ou de guides de pratique, ne permettent pas au psychiatre de prédire avec exactitude si l'individu qui se trouve devant lui se suicidera à court terme (Brown, 2002 ; Jacobs et Brewer, 2004 ; Large, Ryan et Nielssen, 2011 ; Va/DoD, 2013).

Ainsi, l'on peut donc affirmer que l'objectif premier de l'évaluation du risque suicidaire n'est pas de prédire si un patient se suicidera ou non, puisque la chose est quasi impossible, mais plutôt d'étayer un plan de traitement visant à gérer le risque suicidaire (Jacobs, Brewer et Klein-Benheim, 1999). De même que le suicide peut avoir un effet

dévastateur sur l'entourage des patients, il peut entraîner chez les psychiatres de vives réactions de stress, un sentiment de culpabilité ainsi qu'une remise en doute de leurs compétences (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney et Torigoe, 1988 ; Hendin, Lipschitz, Maltzberger, Haas et Wynecoop, 2000). Ce sentiment d'insécurité conduira certains à surévaluer par la suite le risque suicidaire de leurs patients. Une épée de Damoclès pend également au-dessus de la tête de ces psychiatres : les proches de la personne suicidée lui en tiendront-ils rigueur ? Si oui, intenteront-ils une poursuite reposant sur des allégations de négligence lors de l'évaluation ou de la gestion du risque suicidaire ? Cette dernière éventualité est, n'en doutons pas, extrêmement anxiogène pour le psychiatre. Le modèle traditionnel du médecin comme unique détenteur du savoir est une notion qui tombe en désuétude. Les patients (et bien souvent leur famille) exigent dorénavant du médecin des informations précises quant à leur diagnostic et aux différentes modalités thérapeutiques pouvant être envisagées pour leur condition. Ils sont davantage proactifs : ils s'informent, demandent et obtiennent parfois une seconde opinion. Ils connaissent mieux leurs droits.

La recherche d'une seconde opinion s'avère particulièrement fréquente en psychiatrie, une science considérée comme « inexacte » et où le difficile équilibre à atteindre entre les droits des patients et les obligations des psychiatres de les protéger contre eux-mêmes est parfois l'occasion d'un profond désaccord entre les deux parties. Dans ce contexte, l'on serait tenté d'émettre l'hypothèse que les recours en justice intentés contre un psychiatre par les proches d'une personne qui s'est suicidée soient en hausse. Or, la tendance en matière de poursuite en justice contre les médecins, toutes spécialités confondues, démontre toutefois le contraire, du moins au Canada, selon l'Association canadienne de protection médicale (ACPM, 2016). Aux États-Unis, où la littérature sur le sujet est particulièrement vaste, le *New England Journal of Medicine* révélait récemment que l'incidence de plaintes et recours en justice contre les psychiatres est relativement faible si on la compare à celle d'une vingtaine d'autres spécialités médicales (Jena, Seabury, Lakdawalla et Chandra, 2011). Dans ce pays, la fréquence des recours en matière de poursuite civile envers les psychiatres, après avoir connu une hausse à compter des années 70, a décliné légèrement entre 2011 et 2014. Ce sont les causes de suicides et de tentatives de suicide qui en sont l'objet le plus fréquent.

Au Québec, les règles de la responsabilité civile sont établies par l'article 1457 du *Code civil*. Pour qu'un médecin soit trouvé responsable en matière civile, l'appelant (soit les proches de la personne suicidée, dans le cas qui nous intéresse) doit démontrer, et c'est à lui qu'incombe majoritairement le fardeau de la preuve, que le psychiatre a commis une faute, qu'un dommage a été subi et qu'il existe un lien de causalité entre les deux. Dans les autres provinces canadiennes, où c'est la *common law* qui s'applique en matière civile, le demandeur doit également prouver que le médecin a violé son devoir de diligence envers le patient. En pratique, ce sera autour de l'établissement de la faute, conçue comme un manquement à un devoir ou comme une violation d'une norme de pratique, que se jouera le succès ou l'échec de la requête.

Or, d'un point de vue légal, la norme de pratique à laquelle est assujetti le psychiatre dans l'évaluation du risque suicidaire est difficile à préciser, si bien que les juges, profanes en la matière, entendront l'expert de chaque partie. Le médecin se voit imposer une obligation de moyens et non de résultat. Cette obligation lui impose de prodiguer des soins prudents, attentifs et consciencieux. L'appréciation par les tribunaux d'une telle obligation doit se faire selon un critère objectif : quelle conduite aurait adopté un médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances ?

Dans ce mémoire, qui comporte quatre parties, nous tenterons d'identifier en quoi consiste cette norme de pratique. Pour ce faire, nous présenterons d'abord des données épidémiologiques permettant de quantifier le phénomène du suicide à l'échelle locale et mondiale. Nous résumerons les enseignements de la littérature médicale sur l'étiologie des comportements suicidaires et les facteurs de risque qui leur sont associés. Nous décrirons ensuite, dans le second chapitre, les différentes situations cliniques dans lesquelles le psychiatre doit évaluer le risque suicidaire présenté par un patient et nous soulignerons certains défis cliniques et éthiques que le psychiatre devra relever pour ce faire. Au troisième chapitre, nous tenterons de définir la norme de pratique à laquelle est assujetti le psychiatre en examinant d'abord les guides de pratique élaborés par les associations médicales nord-américaines en ce qui a trait à l'évaluation et le traitement des patients présentant un risque suicidaire, puis nous discuterons de la pertinence d'utiliser des outils d'évaluation standardisés du risque suicidaire. Enfin, en révisant la

jurisprudence canadienne, nous verrons, au dernier chapitre, s'il est possible de dégager une caractérisation positive du devoir du psychiatre face à l'évaluation et à la gestion du risque suicidaire.

CHAPITRE 1 - LE SUICIDE : GÉNÉRALITÉS

Le suicide représente un important enjeu mondial de santé publique. Aucune société, aucune région du monde n'est épargnée. Tous les groupes d'âges et toutes les couches de la société sont touchés. À l'échelle de la planète, un peu plus de 800 000 personnes se sont donné la mort en 2012 (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2014). On estime toutefois que ce nombre pourrait être plus élevé, d'abord en raison de la stigmatisation associée au suicide dans certaines sociétés, laquelle pourrait inciter les proches (ou même les médecins) à camoufler les véritables causes du décès de la personne (d'autant plus que le suicide demeure illégal dans bon nombre de pays), mais également du fait que seulement 60 États membres de l'OMS disposent de données fiables sur le sujet. Malgré le nombre élevé de suicides se produisant chaque année, l'OMS rapporte que seulement 28 pays ont établi une stratégie nationale de prévention du suicide.

Au Québec, le taux de suicide ne cesse de diminuer depuis 2000 (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2016), alors qu'il augmente de façon quasi constante aux États-Unis depuis dix ans (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2016). On sait par ailleurs que le nombre de tentatives suicidaires, c'est-à-dire de gestes dont l'objectif était, pour celui le commettant, de trouver la mort mais qui ont échoué, outrepassent largement le nombre de suicides « réussis » ou « complétés ». Aux États-Unis, on estime chez la population âgée de 15 à 54 ans la prévalence à vie de tentatives de suicide à 4,6 % (Kessler, Borges et Walters, 1999) et que pour chaque suicide réussi, 25 tentatives seraient commises (Sadock, Sadock et Ruiz, 2015). Si la majorité des tentatives de suicide n'ont pas de conséquences majeures en termes de séquelles physiques, certaines peuvent conduire à une morbidité importante. On n'a qu'à penser, à titre d'exemple, aux blessures par balles ou aux intoxications médicamenteuses nécessitant une transplantation hépatique.

1.1. Données épidémiologiques

1.1.1. À l'échelle mondiale

En 2012, le taux de suicide au niveau mondial était estimé à 11,4 pour 100 000 personnes (OMS, 2014), un taux comparable à celui du Canada pour la même année. Le suicide représentait la 15^e cause de décès à l'échelle du globe et 1,4 % de l'ensemble des décès. Le taux de suicide était légèrement supérieur dans les pays à revenu élevé (12,7 pour 100 000 personnes) à celui des pays à revenu faible et intermédiaire (11,2 pour 100 000 personnes). Dans cette dernière catégorie, c'est en Asie du Sud-Est que l'on retrouvait le taux le plus élevé, soit 17,7 suicides pour 100 000 personnes. Les pays à revenu faible et intermédiaire des Amériques enregistraient quant à eux le taux le plus faible, soit 6,1 pour 100 000 personnes.

L'OMS estime qu'entre 2000 et 2012, le nombre absolu de suicide a diminué de 9% tout en rappelant, comme nous l'avons vu plus haut, que dans bon nombre de pays le nombre de suicides pourrait être sous-estimé. Par ailleurs, bien qu'il soit largement reconnu dans la littérature que le suicide est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (Bertolote et Fleischmann, 2002 ; Moscicki, 1994 ; Nock, et al., 2008), l'OMS rapporte de rares exceptions, notamment en Chine rurale.

1.1.2. Au Canada et au Québec

En 2012, le taux de suicide selon l'âge et le sexe au Canada s'élevait à 11,3 pour 100 000 personnes, après avoir atteint un sommet de 15,5 en 1983 (Statistique Canada, 2016). Le groupe d'âge des 55 à 59 ans représentait le taux le plus élevé (17,6), en légère hausse depuis 2008. Toujours en 2012, le suicide représentait au pays la neuvième cause de décès (responsable de 1,6% d'entre eux), le cancer étant, sans surprise, la cause de décès la plus fréquente (30,2%).

Au Québec, en 2012, 1,8 % de l'ensemble de tous les décès était attribuable au suicide, taux légèrement supérieur à celui du Canada au cours de la même année. Si la situation du suicide au Québec s'est avérée peu reluisante dans le passé, elle s'est grandement améliorée au cours des quinze dernières années (INSPQ, 2016) : en 1999, le taux de mortalité par suicide atteignait un sommet avec 22,2 pour 100 000 personnes pour

ensuite chuter à 13,3 en 2013, les hommes (20,7 pour 100 000 personnes) ayant davantage passé à l'acte que les femmes (6,1 pour 100 000 personnes).

1.1.3. Aux États-Unis

En 2013, le suicide représentait aux États-Unis la dixième cause de décès (la première étant les maladies cardiovasculaires), avec un taux de suicide de 13 pour 100 000 personnes (CDC, 2016). Cette année-là, 41 000 personnes se sont suicidées, soit une moyenne de 113 quotidiennement. Par ailleurs, on estimait en 2014 que le suicide représentait la deuxième cause de décès chez les jeunes âgés de 10 à 14 ans (derrière les accidents (*unintentional injury*), mais devant les cancers) et chez les personnes âgées de 15 à 34 ans (derrière les accidents, mais devant les homicides). Contrairement à ce qui s'est produit au Québec et au Canada, le taux de suicide aux États-Unis a augmenté au cours des dernières années.

1.2. Étiologie du suicide

Le terme même d'étiologie renvoie à une conception médicale du geste suicidaire. Parler d'étiologie du suicide, c'est en faire d'abord une manifestation psychopathologique. Avant d'envisager le suicide sous l'angle de la psychopathologie, il convient de rappeler que d'autres approches sont possibles. En effet, l'investigation des motifs et des causes des comportements humains est un champ d'études particulièrement vaste puisque ceux-ci peuvent faire l'objet d'analyses se situant à différents niveaux. L'homme est certes un organisme biologique dont les dispositions comportementales relèvent en partie de l'activité de constituants microscopiques de son corps (hormones, neurones, neurotransmetteurs, etc.), mais il est aussi un être susceptible d'être décrit à un niveau psychologique, c'est-à-dire comme un être qui porte en lui des aspirations et qui est capable de se représenter des moyens pour les accomplir.

À un niveau supérieur de description, l'être humain appartient à une communauté et à une culture qui lui transmettent certaines valeurs. On ne s'étonnera donc pas de constater que le phénomène du suicide ait pu être envisagé selon différents modèles explicatifs. Dans une perspective philosophique ou existentielle, le suicide peut être conceptualisé comme une potentialité ouverte à l'homme pour échapper à une souffrance

intolérable (Hume, 1989 ; Montaigne, 2009) ou encore à l'absurde d'une vie privée de sens (Camus, 1942). Le suicide comme phénomène sociologique a fait l'objet d'une étude célèbre en 1930 par Émile Durkheim, le père de la sociologie française. Pour ce dernier, il existe des forces sociales susceptibles de favoriser ou, au contraire, de détourner l'individu de l'accomplissement d'un geste suicidaire.

On doit toutefois convenir que le psychiatre qui évalue un malade présentant des idées suicidaires n'utilise, ni ne maîtrise, tous les modèles explicatifs du suicide. La formation du psychiatre est d'abord une formation médicale et, comme telle, elle s'attarde d'abord à des caractéristiques individuelles, que ce soit à un niveau physiologique ou psychologique. On n'attend pas du psychiatre qu'il puisse substantiellement modifier les déterminants sociaux qui influencent l'individu ou encore qu'il solutionne des problèmes métaphysiques qui interpellent tout être humain et non seulement le malade qu'il a en face de lui. Néanmoins, plusieurs modèles de compréhension du geste suicidaire restent pour lui pertinents dans la mesure où ils indiquent certains modes d'intervention. Nous en présenterons ici les plus importants.

1.2.1. Modèles conceptuels

a) Modèles psychologiques

Une approche psychologique du suicide particulièrement influente est celle que le psychologue américain Edwin Schneidman a élaborée en 1999. Celui-ci conçoit le suicide comme une solution qui s'impose à l'individu confronté à une souffrance morale intolérable. La souffrance morale peut être définie d'une façon très générale comme tout affect pénible : l'anxiété, la honte, la culpabilité, la colère ou le sentiment de solitude. Cette souffrance morale émerge de la frustration d'un besoin psychologique fondamental tel que peut l'être par exemple le fait de conserver une image positive de soi, de se sentir supporté par ses proches ou encore d'être maître de son destin. L'individu qui s'achemine vers l'accomplissement d'un geste suicidaire en vient à être incapable de générer des solutions convaincantes qui lui permettraient d'échapper à cette souffrance. Le suicide représentera ainsi l'unique et fatale alternative.

D'autres approches psychologiques se sont attardées à décrire les pensées ou cognitions qu'entretiennent les personnes aux prises avec des idées suicidaires. Ces analyses reprennent des éléments mis en évidence par Schneidman. Ainsi, Aaron Beck a décrit la « triade cognitive » du patient déprimé. Ce dernier se représente lui-même comme inefficace ou indigne d'être aimé. Il considère le monde (ou son entourage) comme injuste et incapable de lui apporter l'aide dont il aurait besoin et enfin, il imagine l'avenir comme étant fermé et dépourvu de possibilités positives. En ce qui concerne plus spécifiquement le passage à l'acte suicidaire chez le patient déprimé, ce serait le troisième élément de la triade, soit la dimension « perte d'espoir », qui serait la plus prédictive (Beck, 1976).

Enfin, certains psychologues, dont Thomas Joiner, ont insisté sur les aspects diachroniques de l'expérience suicidaire, montrant comment l'individu qui posera un geste suicidaire en vient progressivement à apprivoiser l'idée du suicide (Mishara et Tousignant, 2004). Ces modèles psychologiques ont des implications thérapeutiques puisqu'on peut croire qu'en amenant le patient à modifier ses représentations du monde ou de lui-même pour adopter des positions à la fois plus équilibrées et plus justes, il sera possible de réduire le risque d'un passage à l'acte suicidaire.

b) Modèles biologiques et génétiques

L'agressivité envers soi-même pourrait être déterminée par l'activité des neurotransmetteurs. Ainsi, l'un des résultats de recherche le plus souvent cité en biologie du suicide est le fait que les patients ayant posé un geste suicidaire ont une concentration diminuée d'un métabolite de la sérotonine, le 5-HIAA, dans le liquide céphalo-rachidien lorsque comparés à des sujets contrôles. Cette découverte suggère qu'une transmission sérotoninergique affaiblie joue un rôle en favorisant l'émergence de conduites auto-agressives (Asberg, Träskman et Thorén, 1976 ; Nordström et al., 1994). Il plaît à l'esprit de penser que l'administration de molécules augmentant la transmission sérotoninergique, comme les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine), pourrait permettre de réduire la fréquence ou la gravité des comportements auto-agressifs chez les patients à risque. La génétique s'appuie quant à elle sur les études d'agrégation familiale et de recherches menées auprès de jumeaux et d'adoptés. Bien qu'aucun « gène du suicide » n'ait été identifié, nombre d'études concluent qu'une prédisposition génétique puisse

augmenter le risque suicidaire. Des études démontrent également que le suicide et, de façon générale, les comportements suicidaires, comporte une vulnérabilité génétique indépendante de celle associée aux troubles psychiatriques, notamment celle des troubles de l'humeur (Brent, Bridge, Johnson et Connolly, 1996 ; Brent et Mann, 2005 ; Roy 1983).

En 1985 fut publiée la célèbre étude portant sur la prévalence des suicides dans une communauté d'Amish en Pennsylvanie, reconnue pour être pacifiste, unie, croyante et surtout homogène. De tous les suicides répertoriés entre 1880 et 1990 dans cette communauté, 92% de ces personnes souffraient d'un trouble de l'humeur et provenaient de quatre familles affectées également par ce trouble, alors qu'aucun suicide n'avait été recensé parmi les autres familles aux prises avec une agrégation de trouble de l'humeur (Egeland et Sussex, 1985). Cette étude parvint à démontrer que le caractère héréditaire du suicide est probablement indépendant de celui des troubles de l'humeur.

c) Modèle psychopathologique

Si le psychiatre, médecin spécialisé dans le traitement des maladies mentales, est bien le professionnel le plus régulièrement sollicité pour évaluer le risque suicidaire que présente un patient, c'est d'abord parce que le geste suicidaire est conçu, dans nos sociétés occidentales contemporaines, comme un comportement relevant d'une psychopathologie. Le modèle conceptuel principal qu'utilisera le psychiatre pour comprendre le geste suicidaire est le modèle psychopathologique. Dans ce modèle, un individu qui présente un risque élevé de poser un geste suicidaire est d'abord un individu pour lequel un diagnostic d'un trouble mental particulièrement associé au suicide, comme la dépression majeure, les troubles liés à l'alcool et aux drogues, la schizophrénie ou le trouble de la personnalité borderline, a été ou aurait dû être posé.

On notera que le modèle psychopathologique du suicide ne s'oppose pas aux modèles psychologiques, biologiques et génétiques décrits plus haut mais qu'il en réalise en quelque sorte la synthèse. Il a été maintes fois démontré qu'environ 90 % des personnes qui se suicident souffrent d'un trouble mental (Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki, 2004 ; Barraclough, Bunch, Nelson et Sainsbury, 1974 ; Cavanagh, Carson, Sharpe et Lawrie, 2003 ; Dorpat et Ripley, 1960 ; Isometsä et al., 1995 ; Rich, Fowler, Fogarty et Young, 1988 ; Robins, Murphy, Wilkinson, Gassner et Kayes, 1959). Il n'existe toutefois pas une

relation causale simple entre maladie mentale et décès par suicide puisque la majorité des personnes atteintes d'un trouble mental ne se suicideront pas, de même que certaines personnes se suicident alors qu'elles ne souffrent d'aucune psychopathologie pouvant être mise en évidence lors de l'autopsie psychologique². Reste que l'établissement du diagnostic psychiatrique est une étape majeure dans la détermination du risque suicidaire que présente un individu.

1.2.2. Troubles mentaux reliés au suicide

Tel que cité plus haut, les chercheurs s'accordent à dire qu'environ 90 % des personnes qui se sont suicidées souffraient d'un trouble mental au moment de commettre leur geste. Dans leur célèbre méta-analyse de 249 études effectuées entre 1966 et 1993, Harris et Barraclough (1997) concluent, après avoir calculé l'indice comparatif de mortalité (ICM)³ d'une quarantaine de troubles mentaux, que tous sont associés à un risque de suicide, à l'exception du retard mental, de la démence et de l'agoraphobie. Le tableau I, à la page suivante, illustre une partie des résultats de leur étude.

Les troubles de l'humeur, les troubles reliés à l'alcool et aux drogues, la schizophrénie et les troubles de la personnalité sont les psychopathologies les plus fréquemment associées au suicide (Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki, 2004 ; Henriksson et al., 1993). Nous donnerons certaines caractéristiques propres à chacune de ces psychopathologies dans sa relation avec le geste suicidaire.

² Une autopsie psychologique est une analyse rétrospective permettant, par le biais d'un recueil d'informations provenant notamment des proches et du dossier médical de la personne suicidée, d'identifier ou du moins d'émettre des hypothèses sur les facteurs contributifs à son suicide.

³ L'ICM s'obtient en divisant le nombre de décès observés (suicides réels) par le nombre de décès attendus (suicides prédits) en appliquant le taux de suicide présent dans la population générale. Une valeur supérieure à 100 indique un taux de mortalité supérieur à celui de la population générale.

Tableau I - Indices comparatifs de mortalité par suicide des personnes souffrant d'un trouble mental

Trouble mental	ICM
Trouble dépressif majeur	2035
Polytoxicomanie	1923
Trouble bipolaire	1505
Abus ou dépendance aux opiacés	1400
Trouble panique	1000
Schizophrénie	845
Trouble de la personnalité	708
Abus d'alcool	586
Tentative de suicide antérieure (par intoxication)	4070
Tentative de suicide antérieure (tout autre moyen)	3836

Source : adapté de Harris et Barraclough, 1997.

a) Les troubles de l'humeur

On estime que 60 à 70 % des personnes qui se sont enlevé la vie souffraient d'une dépression majeure au moment de leur décès. Le trouble dépressif majeur est le diagnostic psychiatrique le plus fréquemment posé chez les patients ayant complété un suicide (Henriksson et al., 1993 ; Isometsä, 2014 ; Lesage, et al., 1994 ; Sadock, Sadock et Ruiz, 2015). Cette observation s'explique par la prévalence plus élevée de la dépression majeure dans la population générale comparativement aux autres psychopathologies associées couramment au suicide. Les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur présenteraient de 15 à 20 fois plus de risque de décéder par suicide que la population générale (Harris et Barraclough, 1997).

Selon Fawcett et ses collaborateurs (1990), la présence de certains symptômes ou caractéristiques cliniques permettrait d'identifier les patients souffrant de dépression qui sont le plus à risque d'un passage à l'acte suicidaire à court terme, plus précisément l'année suivant l'évaluation. Les symptômes peuvent être une anxiété envahissante, une insomnie sévère, la présence d'attaques de panique, une diminution de la concentration, une anhédonie ou un abus d'alcool. Par ailleurs, certains auteurs suggèrent que la présence d'éléments psychotiques venant compliquer un état dépressif contribuerait à augmenter le risque de suicide (Roose, Glassman, Walsh, Woodring et Vital-Herne, 1983 ; Tsai, Kuo, Chen et Lee, 2002 ; Vythilingam, et al., 2003), tandis que d'autres chercheurs ne sont pas arrivés aux mêmes conclusions (Coryell et Tsuang, 1982 ; Grunebaum et al., 2001).

Le trouble bipolaire, quant à lui, se caractérise par une succession d'épisodes maniaques et d'épisodes dépressifs. Cette psychopathologie a une prévalence moindre que celle du trouble dépressif majeur. L'on estime que 25 à 50 % des bipolaires commettront au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (Chen et Dilsaver, 1996 ; Jamison, 2000) et que 10 à 15 % décèderont éventuellement par suicide (Baldessarini, Pompili et Tondo, 2012). Le risque de décéder par suicide chez les bipolaires est d'au moins 15 fois supérieur à celui retrouvé dans la population générale (Harris et Baraclough, 1997). Chez cette population, les suicides surviennent principalement en phase dépressive ou en phase mixte⁴ (Tondo, Isacson et Baldessarini, 2003).

b) Les troubles liés à l'utilisation de l'alcool et de la drogue

Les troubles liés à l'utilisation de substances comme l'alcool et les drogues récréatives sont fréquents et augmentent le risque de comportements suicidaires, incluant un passage à l'acte fatal (Henriksson et al., 1993 ; Kessler et al., 1994 ; Roy et Linnoila, 1986). Une étude présentant les résultats d'autopsies psychologiques a révélé en effet que 19 à 63 % des suicides étaient liés à de tels troubles, majoritairement à l'abus d'alcool (Schneider, 2009). Dans une méta-analyse publiée en 2004, trois chercheurs québécois ont révisé 27 études compilant 3275 suicides. Leurs résultats révèlent qu'un trouble lié à l'utilisation d'une substance serait présent chez le quart des personnes décédées par suicide

⁴ Un épisode mixte implique la présence concomitante de symptômes dépressifs et de symptômes maniaques.

(Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki, 2004). Par ailleurs, l'abus ou la dépendance à l'alcool et aux drogues contribue à augmenter le risque suicidaire lorsqu'il est associé à d'autres psychopathologies (Regier al., 1990).

Chez les personnes qui présentent un problème d'alcool, plusieurs facteurs de risque ont été observés chez 80 % de celles décédées par suicide : une dépression concomitante, l'isolement social, le chômage ou le fait de vivre seul (Murphy, Wetzel, Robins et McEvoy, 1992). Pour Hufford (2001), l'usage pathologique d'alcool peut représenter un facteur de risque de suicide distal⁵ ou proximal. Ainsi, la dépendance à l'alcool associée à une autre psychopathologie et à des événements de vie négatifs constituerait un facteur de risque distal, alors que la simple intoxication, qui accroît la détresse psychologique et l'agressivité, représenterait un facteur de risque proximal.

c) La schizophrénie

La schizophrénie est une psychopathologie appartenant au groupe des troubles psychotiques. Les patients souffrant de schizophrénie présentent une constellation de symptômes pouvant inclure des idées délirantes, des hallucinations ou encore des comportements désorganisés. Il est estimé que 9 à 13 % des patients souffrant de schizophrénie décéderont par suicide et que 25 à 50 % feront une tentative de suicide au cours de l'évolution de leur maladie (Fenton, McGlashan, Victor et Blyer, 1997 ; Inskip, Harris et Barraclough, 1998 ; Meltzer, 2001 ; Palmer, Pankratz et Bostwick, 2005).

Plusieurs études suggèrent que la période qui succède à l'établissement du diagnostic, lequel survient généralement au cours de la vingtaine, en est une particulièrement à risque en ce qui concerne le suicide (Palmer, Pankratz et Bostwick, 2005). Un haut fonctionnement prémorbide et la capacité à se représenter les conséquences de la maladie sur son avenir représenteraient, pour le patient schizophrène, des facteurs de risque de suicide (Bourgeois et al., 2004 ; Hor et Taylor, 2010). Par ailleurs, les patients souffrant de schizophrénie peuvent présenter des épisodes dépressifs comorbides durant

⁵ Un facteur de risque distal augmente la prédisposition au suicide, tandis qu'un facteur de risque proximal peut déclencher ou précipiter une crise suicidaire.

lesquels le risque suicidaire est particulièrement élevé (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair et Deeks, 2005).

La présence d'un abus de substances augmente également de façon significative le risque suicidaire chez ces patients (Regier et al., 1990). D'une façon quelque peu paradoxale, la présence de troubles cognitifs dans la schizophrénie représenterait un aspect protecteur, puisque les patients qui présentent de telles difficultés n'auraient pas les aptitudes nécessaires pour mettre en œuvre un plan suicidaire (Yoon et Carter, 2012).

d) Les troubles de la personnalité

Les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité⁶ présentent un risque important de décéder par suicide : une méta-analyse a révélé que jusqu'à 57% des personnes qui s'étaient suicidées souffraient d'un tel trouble, tous types confondus (Isometsä, 2001). D'autres études parviennent à des taux moins élevés, oscillant entre 30 et 40 % (Bronisch, 1996 ; Duberstein et Conwell, 1997). Les personnes affectées d'un trouble de la personnalité ont un taux de suicide sept fois supérieur à celui que l'on retrouve dans la population générale (Harris et Barraclough, 1997).

Le suicide est principalement associé au groupe B des troubles de la personnalité. Selon la nomenclature du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), publié par l'APA, il s'agit de la personnalité antisociale, borderline, histrionique et narcissique. Ces patients présentent par ailleurs un taux de comorbidités élevé (Duberstein et Conwell, 1997 ; Isometsä et al., 1996 ; Lesage et al., 1994). Le trouble de la personnalité antisociale, caractérisé par un mépris des droits d'autrui, une impulsivité importante, une agressivité et une irresponsabilité persistante, de même que le trouble de la personnalité borderline, caractérisé par une instabilité affective, une répétition de comportements suicidaires ou d'automutilation, une impulsivité et une difficulté à tolérer l'abandon sont les plus touchés.

⁶ Le DSM-5 définit le trouble de la personnalité comme une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu ; cette déviation doit être manifeste dans au moins deux domaines (la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel ou le contrôle des impulsions).

Les données sur le suicide chez les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité antisociale sont toutefois peu nombreuses. Une étude publiée en 1977 fait état d'un taux de 5 % de suicides chez ces patients (Miles, 1977). Les études concernant le trouble de la personnalité borderline sont nettement plus abondantes ; plusieurs d'entre elles suggèrent que 10 % des individus affectés par ce trouble décèdent par suicide (Black, Blum, Pfohl et Hale, 2004 ; Paris, Brown et Nowlis, 1987 ; Paris et Zweig-Frank, 2001). Toutefois, c'est surtout le risque de commettre une tentative de suicide qui est particulièrement élevé : trois-quarts des personnes touchées par le trouble de la personnalité borderline tenteront de se suicider au moins une fois. Au cours de leur vie, ces personnes poseront en moyenne trois tentatives suicidaires (Black, Blum, Pfohl et Hale, 2004 ; Soloff, Lis, Kelly, Cornelius et Ulrich, 1994).

e) La comorbidité

Pris isolément, chacun des troubles mentaux cités plus haut représente un facteur de risque de suicide mais il est bien établi que la comorbidité, c'est-à-dire l'addition de troubles mentaux présents chez le même individu, augmente ce risque encore davantage (Cavanagh, Carson, Sharpe et Lawrie, 2003 ; Lesage et al., 1994 ; Rich et Runeson, 1992). Des chercheurs finlandais ont conclu, au terme d'une célèbre étude répertoriant 229 suicides, que seulement 12% de ces personnes souffraient d'un seul trouble mental (Henriksson, et al., 1993). Souffrir de plus d'un trouble accroît également les risques de tentatives de suicide (Beautrais et al., 1996 ; Suominen et al., 1996).

La coexistence d'un trouble relié à l'alcool ou aux drogues avec la schizophrénie, la dépression majeure, le trouble panique ou le trouble de la personnalité borderline ou antisociale augmente le risque de décéder par suicide. De la même manière, la dépression majeure associée à la schizophrénie, un trouble anxieux ou un trouble de la personnalité, notamment, accroît également ce risque (Bronisch et Wittchen, 1994 ; Hawton, Sutton, Haw, Sinclair et Deeks, 2005 ; Henriksson et al., 1993 ; Isometsä et al., 1996 ; Lesage et al., 1994).

1.3. Facteurs de risque et facteurs de protection

1.3.1. Facteurs de risque

L'identification et la classification des différents facteurs de risque permettant au clinicien d'évaluer le risque suicidaire ont fait l'objet d'un grand nombre de publications dans la littérature médicale. Il s'agit d'un domaine où coexistent différents modèles théoriques qui ne s'intéressent pas toujours aux mêmes facteurs. Par exemple, certains modèles n'accordent pas une importance primordiale aux variables démographiques (sexe, âge, état civil), considérant que de tels paramètres n'élèvent pas sensiblement le risque pour un individu donné. De la même façon, les modèles qui se veulent d'abord des aides à la décision clinique n'incluent pas les facteurs de risque neurobiologiques puisque les données qui permettraient de les identifier ne sont généralement pas accessibles au clinicien. Il est bien reconnu dans la littérature qu'aucun facteur de risque n'est spécifique au suicide et que c'est plutôt l'addition des différents facteurs qui confère à un patient un risque élevé (Murphy, Wetzel, Robins et McEvoy, 1992).

La plupart des modèles de classification des facteurs de risque présentent ceux-ci de manière dichotomique : selon les modèles, on distinguera facteurs de risque distaux et proximaux, facteurs de risque potentialisateurs et signes avant-coureurs, facteurs de risque à court terme et à long terme ou encore facteurs de risque modifiables et non-modifiables.

Facteurs de risque distaux et proximaux

L'ensemble des facteurs de risque *distaux* regroupe des facteurs biologiques, génétiques et socio-démographiques, des antécédents familiaux de suicide ou de tentatives de suicide, des antécédents d'adversité en début de vie et certains traits constitutifs de la personnalité (Beautrais, 2000). Ces facteurs de risque, qui augmentent la vulnérabilité au suicide, agissent en quelque sorte comme des « fondations » sur lesquelles pourra se construire un projet suicidaire, à la faveur des différentes contingences que rencontrera le patient dans son existence. Ils constituent des facteurs prédisposant au suicide (Moscicki, 1997 ; Moscicki 1999 ; Brent, Bridge, Johnson et Connolly, 1996).

Les facteurs biologiques incluent, par exemple, un déficit d'un métabolite de la sérotonine dans le liquide céphalo-rachidien et une hyperactivité de l'axe hypothalamo-

hypophyso-surrénalien. Les facteurs génétiques font référence au fait qu'un individu puisse être porteur de gènes qui prédisposent soit au suicide, soit à certains troubles mentaux (Mann, 1998 ; Mann et Malone, 1997 ; Roy, 1983).

Les facteurs socio-démographiques impliquent le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique et le niveau socio-économique de l'individu. Certains événements traumatiques survenus durant l'enfance et l'adolescence (abus physique mais surtout sexuel, perte d'un parent par décès ou divorce) peuvent contribuer au suicide, tout comme certains traits de personnalité d'impulsivité et d'agressivité (Briere et Runtz, 1990 ; Dumais et al., 2005). Moscicki (1997 ; 1999) estime qu'un individu qui décède par suicide a nécessairement présenté un ou plusieurs facteurs de risque distaux. Ces facteurs de risque, selon cette auteure, représenteraient donc des conditions nécessaires, mais non suffisantes pour entraîner un décès par suicide.

Les facteurs de risque *proximaux* représentent quant à eux les éléments déclencheurs susceptibles de précipiter un passage à l'acte chez un individu prédisposé. Il s'agit principalement, par exemple, d'événements de vie difficiles, tels une rupture amoureuse, une perte d'emploi ou la survenue d'une maladie. S'ajoutent également l'accès à une arme à feu ou à des médicaments potentiellement létaux lorsque pris en surdose ainsi que des facteurs sociologiques, comme les « épidémies » de suicides décrites dans certaines communautés.

Les troubles mentaux, particulièrement la dépression majeure et le trouble relié à l'utilisation d'une substance (surtout l'alcool et davantage en état d'intoxication), une tentative de suicide récente et un profond sentiment de désespoir représentent les principaux facteurs de risque proximaux psychopathologiques propres à l'individu (Beautrais, 2000 ; Beck, Steer, Kovacs et Garrison, 1985 ; Brent, Perper et Allman, 1987 ; Harris et Barraclough, 1997 ; Moscicki, 1997 ; Moscicki, 1999 ; Rich, Warsrad, Nemiroff, Fowler et Young, 1991). Enfin, c'est l'addition de plusieurs facteurs précipitants, et non pas un seul spécifiquement, qui contribuerait au risque de suicide (Lesage et al., 1994 ; Moscicki, 1997 ; Moscicki 1999).

Facteurs de risque potentialisateurs et signes avant-coureurs

Dans son *Guide d'évaluation du risque de suicide* publié en 2011, l'Ontario Hospital Association (OHA) utilise une formulation alternative distinguant cette fois facteurs de risques potentialisateurs et signes avant-coureurs afin d'apprécier le risque suicidaire chez une personne. Les *facteurs de risque potentialisateurs* sont des caractéristiques propres à la personne qui feront en sorte qu'elle « envisage le suicide à un certain moment de sa vie », ce qui correspond d'assez près à ce que Moscicki (1997) entendait par facteurs de risque distaux, alors que les signes avant-coureurs « peuvent déclencher le processus de suicide à court terme [dans les minutes ou les jours suivants] » (OHA, 2011). La combinaison de facteurs de risque potentialisateurs et de signes avant-coureurs accroît, sans surprise, le risque suicidaire. Les facteurs de risque potentialisateurs comprennent à la fois des événements de vie (divorce, décès du conjoint, perte récente d'emploi, isolement social), des éléments historiques (comportements suicidaires antérieurs, antécédents d'abus physique ou sexuel) et des facteurs psychopathologiques longitudinaux (présence d'une maladie mentale ou physique chronique). Quant aux *signes avant-coureurs*, ils incluent, entre autres, l'anxiété, l'agitation ou les troubles du sommeil, une tendance à s'isoler de ses proches, une augmentation de la consommation d'alcool ou de drogues, l'impulsivité et un sentiment de rage ou de colère, le désespoir, l'expression d'idées suicidaires, l'élaboration d'un plan de suicide et la recherche de moyens de mettre à exécution son plan.

Facteurs de risque à court terme et à long terme

Dans une étude prospective d'une série de 954 patients maintes fois citée, Fawcett et al. (1987) ont entrepris de déterminer quels étaient les facteurs permettant de déterminer un risque suicidaire à court terme et un risque suicidaire à plus long terme chez le patient souffrant d'un trouble de l'humeur. Les facteurs de risque à *court terme* sont statistiquement corrélés avec un suicide complété dans l'année qui suit l'évaluation. Ces facteurs de risque, au nombre de six, sont la présence d'attaques de panique, une anxiété envahissante, une diminution de la concentration, un abus modéré d'alcool, une anhédonie et une insomnie globale. Les facteurs de risque à court terme devraient être des cibles privilégiées d'action pour le clinicien puisque certains sont modulables sans grande

difficulté par une intervention pharmacothérapeutique. Les trois facteurs de risque à *long terme* sont associés à un suicide complété de deux à dix ans après l'évaluation ; il s'agit de ruminations suicidaires, d'une tentative suicidaire antérieure et d'un désespoir profond.

Facteurs de risque modifiables et non-modifiables

Enfin, il peut être intéressant pour le clinicien de regrouper les facteurs de risque selon leur caractère modifiable ou non-modifiable. Ainsi, réduire l'anxiété, l'agitation, les symptômes dépressifs, les troubles du sommeil ou encore limiter l'accès aux moyens matériels permettant de s'enlever la vie constituent autant d'objectifs que le clinicien peut raisonnablement croire être en mesure de réaliser à plus ou moins court terme tandis que les éléments historiques ou démographiques ne peuvent évidemment faire l'objet d'une quelconque forme de traitement (Fawcett, 2012 ; Simon, 2011).

Tableau II - Facteurs de risque de suicide

Facteurs démographiques	<ul style="list-style-type: none">- Sexe masculin- Âge supérieur à 45 ans- Célibataire ou divorcé
Facteurs psychosociaux	<ul style="list-style-type: none">- Sans emploi- Perte du statut socio-économique- Conflit interpersonnel (séparation)- Isolement, manque de soutien social
Problèmes de santé	<ul style="list-style-type: none">- Trouble mental (particulièrement la dépression majeure, un trouble relié à l'alcool, la schizophrénie et certains troubles de la personnalité)- Maladie physique, douleur chronique- Comorbidité
Antécédents personnels	<ul style="list-style-type: none">- Tentative de suicide antérieure⁷
Signes cliniques et symptômes	<ul style="list-style-type: none">- Désespoir⁷, anxiété, anhédonie, insomnie sévère, détresse psychologique, idées et intentions suicidaires, élaboration et accès à un moyen
Antécédents familiaux	<ul style="list-style-type: none">- Suicides et tentatives de suicide, particulièrement chez les parents du premier degré
Autres	<ul style="list-style-type: none">- Congé récent (un mois ou moins) de l'hôpital- Traits de personnalité d'impulsivité et d'agressivité- Armes à feu à la maison

Source : adapté des recherches de Jacobs, Brewer et Klein-Benheim (1999), Rudd (2012) et Simon (2011).

1.3.2. Facteurs de protection

La littérature médicale consacrée au suicide s'est aussi intéressée aux facteurs dits de protection, c'est-à-dire aux caractéristiques personnelles et celles propres à l'environnement dans lequel évolue la personne, caractéristiques ayant comme propriété d'abaisser le risque suicidaire. Ainsi, la présence de liens familiaux et communautaires

⁷ Une tentative de suicide antérieure et le désespoir sont les facteurs de risque de suicide les plus prédictifs (Beck, Steer, Kovacs et Garrison, 1985 ; Malone et al., 2000 ; Mann, Wateraux, Haas et Malone 1999).

solides, le soutien reçu par des intervenants du système de soins de santé, les croyances religieuses, la crainte de la mort, l'espoir en l'avenir, la parentalité et les capacités personnelles de résilience constitueraient autant de facteurs propres à minimiser le risque d'un passage à l'acte suicidaire (Dervic et al., 2004 ; Rudd, 2012 ; Simon, 2011). Un questionnaire visant à évaluer la présence de facteurs de protection chez le patient a également été proposé : il s'agit de l'*Inventaire des raisons de vivre* (Linehan, Goodstein, Nielsen et Chiles, 1983). Cet outil, complété par le patient, identifie six catégories de facteurs de protection susceptibles de s'opposer à un passage à l'acte suicidaire : le sentiment d'éprouver une responsabilité à l'égard de sa famille, l'objection morale au suicide reposant sur des principes éthiques ou religieux, l'appréhension face au suicide et à la mort en général, la croyance en ses propres capacités à surmonter les difficultés, la crainte de la désapprobation sociale et le souci de ne pas abandonner ses enfants.

Il a été démontré que les individus souffrant de dépression majeure qui obtiennent un score élevé à l'*Inventaire des raisons de vivre* sont moins susceptibles d'avoir posé un geste suicidaire dans la période précédant l'administration du questionnaire (Malone et al., 2000).

1.4. Le modèle intégratif stress-vulnérabilité

Confrontés à la multiplicité des études visant à cerner les facteurs de risque qui permettraient de prédire un passage à l'acte suicidaire, études qui se limitent souvent à ne considérer qu'un seul type de facteurs (psychologiques, psychiatriques, biologiques ou sociaux) ou encore à ne s'intéresser au phénomène du suicide que sous le seul angle d'une psychopathologie spécifique, certains chercheurs ont proposé des modèles intégratifs qui réalisent une synthèse des différents facteurs de risque connus et qui pourraient s'appliquer à tout patient suicidaire quelle que soit la psychopathologie qu'il présente. À ce titre, le modèle sans doute le plus influent est le modèle stress-vulnérabilité proposé par Mann, Wateraux, Haas et Malone (1999). Comme le nom du modèle l'indique, Mann propose une classification dichotomique des facteurs de risque en une composante « vulnérabilité » (ou diathèse) et en une composante « stress ».

La composante « vulnérabilité » représente les traits de personnalité reconnus pour accroître le risque de passage à l'acte suicidaire indépendamment de la présence d'une psychopathologie aiguë. Ces traits comprennent l'impulsivité et l'agressivité et ils sont identifiables à l'anamnèse en questionnant les antécédents de gestes autoagressifs (tentatives suicidaires antérieures, automutilation) et hétéroagressifs.

Il est postulé que la présence de traits d'impulsivité-agressivité chez un individu est susceptible d'être expliquée par l'interaction entre des facteurs neurobiologiques (dysfonction sérotoninergique par exemple) et des facteurs historiques (abus subis durant l'enfance, traumatisme crânien, émergence d'un problème de toxicomanie), bien que cette interaction soit complexe puisque la dysfonction sérotoninergique semble déterminer les traits impulsifs-agressifs mais également favoriser l'apparition de facteurs historiques, l'abus de substances par exemple, qui accroissent le risque de suicide. La composante « vulnérabilité » comprend également des traits de personnalité que l'on pourrait qualifier de « dépressifs » pouvant s'exprimer par une faible capacité à envisager l'avenir de façon positive ou encore, quantitativement, par l'obtention de faibles scores lors de l'administration de l'échelle *Inventaire des raisons de vivre*.

La composante « stress » décrit quant à elle la situation actuelle du patient, soit les événements de vie difficiles récents ou l'apparition d'une psychopathologie aiguë pouvant précipiter un geste suicidaire chez l'individu vulnérable. Constatant que la présence d'une psychopathologie active comme la dépression majeure et l'occurrence d'événements de vie négatifs ne sont pas des conditions suffisantes pour mener l'individu qui en souffre à poser un geste suicidaire, Mann soumet l'hypothèse que ce sont essentiellement les individus présentant des traits de vulnérabilité préalables qui poseront un geste suicidaire lors de tels épisodes de psychopathologie aiguë et lors de l'apparition d'événements de vie négatifs.

Cette hypothèse fut testée en évaluant 347 patients admis sur une unité psychiatrique pour des psychopathologies variées (schizophrénie, troubles affectifs ou troubles de la personnalité). Les auteurs de cette étude ont pu démontrer que le fait d'avoir posé un geste suicidaire préalablement à l'admission, que ce soit dans les jours précédant l'admission ou dans les années précédentes, était statistiquement associé à la présence des

marqueurs de vulnérabilité décrits plus hauts mais non à la gravité de la psychopathologie ayant mené à l'admission lorsqu'elle est évaluée par des échelles de sévérité (Mann, Waternaux, Haas et Malone, 1999).

CHAPITRE 2 - L'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE : CONTEXTES CLINIQUES ET DÉFIS

L'évaluation d'un patient suicidaire est une tâche éminemment complexe qui ne saurait être réalisée à la hâte. Tous les patients qui sont vus à l'urgence par un psychiatre devraient être évalués quant à leur risque suicidaire, même s'il ne s'agit pas de l'objet premier de la demande de consultation du médecin référent et même s'ils ne semblent pas *a priori* présenter un risque suicidaire important (Simon, 2004). L'évaluation du risque suicidaire est l'une des tâches pour laquelle le psychiatre est le plus couramment sollicité. L'étude américaine de Dhossche (2000) a révélé que 38 % des consultations en psychiatrie à l'urgence étaient reliées à des comportements suicidaires. L'urgence est un lieu privilégié pour amorcer la détection, l'évaluation et la gestion du risque suicidaire. Ainsi, une méta-analyse réalisée par des chercheurs américains a conclu que 43 % des patients qui s'étaient suicidés avaient consulté au moins une fois à l'urgence au cours de l'année précédant leur décès ; 28 % de ceux-ci avaient par ailleurs consulté plus de trois fois (Da Cruz et al., 2011).

Au Royaume-Uni, une revue de 10 040 suicides a démontré que le quart de ces personnes avaient été en contact avec un intervenant en santé mentale au cours de l'année précédant leur passage à l'acte, parmi lesquelles 16 % étaient hospitalisées en psychiatrie au moment de leur suicide, dont 21 % étaient sous surveillance rapprochée. La même étude a révélé que 24 % des suicides étaient survenus au cours des trois mois suivant le congé de l'hôpital, surtout au cours de la première semaine et, dans cette dernière catégorie, la majorité des suicides s'étaient produits le lendemain même du congé (Appleby et al., 1999). Au Québec, une étude d'un échantillon de 8851 personnes s'étant enlevé la vie entre 2000 et 2007 a conclu qu'au cours de l'année précédant leur décès, 82 % d'entre elles avaient eu recours à des services de santé sur une base externe, 49 % avaient consulté à l'urgence et 28,5 % avaient été hospitalisées (Vasiliadis, Ngamini-Ngui et Lesage, 2015). Parmi les patients hospitalisés, les trois-quarts avaient commis leur geste au cours du mois suivant leur congé de l'hôpital. Plusieurs autres études, publiées au cours des vingt dernières années, sont parvenues à des résultats similaires (Anderson, Anderson, Rosholm et Gram, 2000 ; Goldacre, Seagroatt et Hawton, 1993 ; Meehan et al., 2006 ; Pirkis et

Burgess, 1998). C'est donc dire qu'une très large proportion des patients qui commettront un geste suicidaire auront été en contact, d'une façon ou d'une autre, avec un psychiatre ou un autre professionnel de la santé au cours de l'année précédant leur décès. Ainsi, il y aura généralement, dans le cheminement d'un patient au sein du système de soins de santé, de nombreuses opportunités d'évaluer le risque suicidaire.

L'évaluation du risque suicidaire, que ce soit à l'urgence, à la clinique externe ou à l'unité d'hospitalisation, nécessite du tact et une attitude empathique envers le patient. Certaines attitudes du patient, qui peut parfois se révéler peu collaborant, hargneux, voire même belliqueux, peuvent susciter chez le psychiatre un contre-transfert⁸ négatif, celui-ci pouvant avoir l'impression de se faire berné. Le psychiatre devra néanmoins tenter de construire une alliance thérapeutique avec le patient et non pas d'agir en fonction de son contre-transfert, sans quoi l'évaluation et la gestion du risque suicidaire de son patient pourraient être inadéquates (Maltzberger et Buie, 1974).

Le psychiatre qui néglige d'être attentif à ses réactions contre-transférentielles pourrait en venir à adopter une conduite qui ne répondrait pas de manière optimale aux besoins du patient. Ce type de conduites peut conduire le psychiatre à mettre fin prématurément à l'entrevue avec son patient, omettre de retourner ses appels téléphoniques, refuser d'assurer son suivi en externe ou encore, s'il se trouve à l'urgence ou à l'unité d'hospitalisation, lui signer son congé de façon intempestive ou, à l'inverse, le garder contre son gré à l'hôpital alors que cela n'est pas indiqué.

Aujourd'hui, de plus en plus de patients symptomatiques, aux prises avec des problématiques complexes et présentant parfois des idées suicidaires sont suivis sur une base externe, alors qu'à une autre époque, ils auraient été hospitalisés et parfois même durant une longue période (Simon, 2007). La pratique psychiatrique dans les pays industrialisés favorise depuis maintenant plus de quarante ans une approche « moderne » et moins paternaliste qu'autrefois (Simon, 2007). Les droits des patients sont davantage

⁸ Le contre-transfert se définit par les sentiments et les émotions ressentis par le thérapeute face à son patient. Ainsi, le médecin peut éprouver à l'égard de ce dernier de la sympathie ou de la compassion ou encore du mépris, de la colère ou un sentiment de nihilisme thérapeutique.

pris en compte et on favorise de plus en plus leur autonomie et leur retour rapide dans la société pour y mener une vie productive. La jurisprudence a tenu compte de cette évolution de la pratique et ce, tant au Canada (De Bogyay c. Royal Victoria Hospital, 1987 ; Richard-Thibault c. Hôpital St-Michel Archange, 1981) qu'aux États-Unis (Baker v. United States, 1964 ; Johnson v. United States, 1976).

Néanmoins, il serait faux de prétendre que cette évolution de la pratique ait éliminé les occasions de discordes entre le psychiatre et son patient. Certains patients peuvent menacer de poser un geste suicidaire si le psychiatre n'obtempère pas à leurs désirs (il peut s'agir, à titre d'exemples, d'obtenir un certificat d'arrêt de travail ou une prescription de psychotropes). D'autres n'hésiteront pas à manifester leur frustration si le psychiatre impose une hospitalisation contre leur gré ou, au contraire, suggère un congé. Dans certaines circonstances, c'est la famille qui insiste pour que son proche reste à l'hôpital, alors que le psychiatre juge qu'aucune indication ne le justifie, voire qu'une telle conduite pourrait être nocive.

Dès qu'il y a insatisfaction de la part du patient ou de sa famille à l'égard de la conduite adoptée par le psychiatre, il existe un risque qu'une plainte soit déposée contre celui-ci, même si aucune conséquence sérieuse n'ait résulté de ladite conduite (Appelbaum et Gutheil, 2007). De manière générale, les patients, comme leurs proches d'ailleurs, sont aujourd'hui mieux informés de leurs droits que par le passé. Certains n'hésiteront pas à exprimer leur mécontentement par les voies prévues à cet effet, que ce soit en déposant une plainte à l'institution où ils ont reçu des soins, à l'organisation professionnelle qui assure la protection du public ou encore en portant la cause devant les tribunaux ayant compétence en matière civile. Cette nouvelle réalité représente certes un progrès indéniable dans la mesure où les droits du patient sont aujourd'hui mieux reconnus et respectés, mais l'on doit aussi reconnaître qu'elle complique le rôle du psychiatre appelé à gérer le risque suicidaire de ses patients (Simon, 2007). Le psychiatre devrait idéalement rester insensible aux menaces, explicites ou non, de poursuites ou de plaintes lorsqu'il est convaincu par ailleurs d'avoir pris la meilleure décision pour son patient, mais il serait difficile de nier que cette perspective ne modifie jamais sa conduite (Simon, 2011).

Outre l'évaluation du risque suicidaire, le psychiatre devra élaborer un plan de traitement de façon à ce que le risque soit géré adéquatement et réduit au minimum, l'objectif premier demeurant d'assurer la sécurité du patient. La gestion du risque suicidaire est tributaire de l'appréciation par le psychiatre des facteurs de risques cliniques qui détermineront si une admission en psychiatrie est requise ou s'il y a plutôt lieu d'opter pour un suivi sur une base externe plus ou moins serré. De façon générale, on peut distinguer trois différentes situations pour lesquelles le psychiatre sera appelé à évaluer des patients suicidaires. Chacune comporte des défis que nous identifierons dans les pages qui suivent⁹.

2.1. Contextes cliniques où le psychiatre est appelé à évaluer un patient suicidaire

2.1.1. L'urgence

Des chercheurs américains ont proposé de décrire la tendance en matière de visites à l'urgence chez les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale pour la période 1992 à 2001 (Larkin, Smith et Beautrais, 2008). Au cours de ces années, le nombre de consultations pour cette clientèle augmenta d'environ 27 %. Cette étude démontra également que la fréquence des visites à l'urgence des patients aux prises avec des comportements suicidaires (lésion auto-infligée ou tentative de suicide) s'accrut de 47 %.

Le contexte inhérent de l'urgence y rend l'évaluation des patients particulière. Les psychiatres sont amenés à évaluer des patients qui se présentent tantôt de leur propre chef, tantôt après y avoir été conduits par un membre de leur entourage, des policiers ou des ambulanciers. Dans cette dernière catégorie, les patients, par leurs propos ou comportements, peuvent avoir inquiété leurs proches ou un intervenant en santé mentale d'un centre de crise ou d'une ligne d'écoute téléphonique. Plus rarement, des patients sont conduits à l'urgence sous ordre du tribunal afin d'y subir une évaluation psychiatrique. Ce sont généralement les membres de la famille qui ont recours à la loi afin d'obliger la personne visée à subir une évaluation. Certains hôpitaux disposent d'une urgence générale, où le patient sera d'abord évalué par un urgentologue, lequel pourra solliciter une

⁹ Pour la rédaction de ce chapitre, nous nous sommes permis d'utiliser notre propre expérience comme psychiatre pratiquant dans un hôpital universitaire de la région montréalaise pour donner une description des différents contextes cliniques dans lesquels une évaluation du risque suicidaire est requise.

consultation en psychiatre. D'autres hôpitaux, à vocation uniquement psychiatrique, disposent de leur propre service d'urgence. Les patients y sont alors directement évalués par un psychiatre. Les contextes cliniques où une évaluation psychiatrique est réalisée à la salle d'urgence méritent d'être présentés brièvement.

Le patient qui se présente de son propre chef à l'urgence

Plusieurs patients se présentent au service d'urgence d'un hôpital en raison d'idées suicidaires, idées qu'ils confieront parfois spontanément au médecin. D'autres se plaindront plutôt de symptômes peu spécifiques, tels de l'anxiété, de l'insomnie ou de l'inappétence, tandis que certains consulteront pour des symptômes francs de dépression majeure ou de psychose, sans pour autant avoir admis au préalable être aux prises avec des idées suicidaires. Le psychiatre découvre alors, au terme de l'évaluation, que le patient songe à s'enlever la vie, alors qu'il n'en faisait pas mention au préalable (Ravindranath, Deneke et Riba, 2012). Des chercheurs britanniques ont estimé que 12 % des patients qui consultent à l'urgence pour des motifs non psychiatriques révèlent, au terme de l'évaluation réalisée par le médecin, avoir des idées suicidaires (Claassen et Larkin, 2005).

Le patient conduit à l'urgence contre son gré

Les patients qui sont conduits à l'urgence contre leur gré représentent pour le psychiatre un défi important. Certains exprimeront leur mécontentement face à la situation en refusant de collaborer de façon optimale avec le psychiatre. D'autres tenteront de rassurer le médecin en niant avoir tenu les propos ou présenté les comportements qui ont alerté leurs proches (Simon, 2004). L'évaluation psychiatrique de ces patients peut également être compliquée par le fait que certains d'entre eux, agités, agressifs, menaçants ou à risque de fugue, ne peuvent être rencontrés par le médecin seul. Dans de tels cas, il est possible que le psychiatre doive procéder à l'évaluation de son patient en présence d'un ou de plusieurs membres du personnel (il s'agit souvent de préposés aux bénéficiaires ou d'infirmières). Dans une telle situation, l'idéal de confidentialité dans lequel devrait se dérouler l'entrevue psychiatrique est difficilement atteignable, voire impossible. Le psychiatre en sera alors réduit à évaluer le patient dans des conditions qui, bien qu'elles soient franchement non optimales, représentent la seule alternative possible afin que la

sécurité du patient et des membres du personnel puisse être assurée (Ravindranath, Deneke et Riba, 2012).

Le patient vu à l'urgence après qu'il eut posé un geste suicidaire

Certains patients consultent, volontairement ou non, après avoir posé un geste suicidaire. Une tentative de suicide n'implique pas systématiquement que l'on doive hospitaliser le patient ou procéder à une période d'observation à la salle d'urgence. Les psychiatres parleront de « tentative suicidaire » ou encore utiliseront les termes de « geste suicidaire » ou de « geste para-suicidaire », ces deux derniers termes étant généralement utilisés pour décrire des actes auto-agressifs à faible degré de létalité. Dans l'espoir de simplifier cette nomenclature aspécifique, des auteurs suggèrent d'éviter le terme « geste » et recommandent plutôt d'évaluer les comportements suicidaires en termes de degrés de létalité et d'intention de mourir (O'Carroll et al., 1996).

Beck et ses collaborateurs (1976) suggèrent d'examiner les tentatives suicidaires selon quatre dimensions : les attentes qu'avait le sujet en posant l'acte, le degré de préméditation, les précautions prises afin de ne pas être secouru et les communications quant à l'acte faites au préalable par le sujet à ses proches. Dans la même optique, des auteurs recommandent d'évaluer le degré de létalité d'une tentative de suicide par une méthode descriptive tenant compte du moyen utilisé (pendaison, noyade, intoxication, etc.) ainsi que de la probabilité d'être secouru suite au geste. Ainsi, tenter de se suicider par arme à feu dans un endroit isolé, sans en avoir avisé quiconque au préalable, représente un comportement à haut risque d'entraîner le décès, tandis qu'avaler quelques comprimés d'acétaminophène en la présence de proches ne l'est pas (Weisman et Worden, 1972). Le tableau III en donne quelques exemples.

Tableau III - Évaluation du degré de létalité d'une tentative de suicide

Analyse risques / secours	Exemples
Faible risque de décès associé au moyen / probabilité élevée d'être secouru	Tenter de s'étouffer avec ses mains en présence d'un témoin
Faible risque de décès associé au moyen / probabilité faible d'être secouru	Ingérer quelques comprimés d'acétaminophène ou se taillader superficiellement les poignets sans aviser un proche au préalable
Haut risque de décès associé au moyen / probabilité élevée d'être secouru	Se trouver sur un pont à une heure de pointe, tenter de se pendre alors que des témoins se trouvent à proximité
Haut risque de décès associé au moyen / probabilité faible d'être secouru	Tenter de se pendre dans un endroit isolé

Source : adapté du modèle proposé par Weisman et Worden (1972).

Jacobs, Brewer et Klein-Benheim (1999) proposent quant à eux un modèle simplifié dans lequel le risque suicidaire est examiné selon l'intention sous-jacente au comportement et la létalité du moyen utilisé (tableau IV).

Tableau IV - Modèle d'évaluation du risque suicidaire selon l'intention derrière le comportement autodestructeur et le degré de létalité du moyen

Niveau de risque	Intention et degré de létalité
Risque le plus faible	Absence de comportement
Risque faible	Comportement sans intention suicidaire et létalité minimale
Risque modéré	Comportement sans intention suicidaire, mais létalité de modérée à élevée <u>ou</u> comportement avec intention suicidaire, mais létalité minimale
Risque élevé	Comportement avec intention suicidaire et létalité de modérée à élevée <u>ou</u> tout comportement autodestructeur avec intention suicidaire actuelle

Source : adapté de Jacobs, Brewer et Klein-Benheim (1999).

Le patient intoxiqué

Des études d'autopsies psychologiques estiment que 20 à 50 % des personnes décédées par suicide avaient ingéré de l'alcool avant de poser le geste fatal. Les hommes sont surreprésentés et choisissent davantage l'arme à feu qu'un autre moyen lorsqu'ils ont ingéré cette substance (Brent, Perper et Allman, 1987 ; Hayward, Zubrick et Silburn, 1992 ; Ohberg, Vuori, Ojanperä et Lonnqvist, 1996). Lorsque des patients suicidaires se présentent à l'urgence dans un état d'intoxication alcoolique, réaliser l'évaluation psychiatrique est périlleuse et comporte plusieurs difficultés, car cette substance favorise une perte d'inhibitions sur le plan comportemental, une tristesse profonde, un manque de contrôle pulsionnel ou encore de l'agressivité (Hufford, 2001). Dans de tels cas, l'évaluation psychiatrique initiale sera généralement peu satisfaisante et la seule option acceptable sera d'attendre la résolution de l'intoxication puis de mener ultérieurement une évaluation psychiatrique approfondie, auquel cas le médecin requérant restera alors responsable des soins apportés au patient jusqu'à sa prise en charge par le psychiatre.

Par ailleurs, des patients souffrant de problèmes de toxicomanie pourront présenter des symptômes mimant une dépression majeure alors qu'en fait, ces symptômes sont expliqués par un sevrage de psychostimulants (Zorick et al., 2010). Encore là, il est préférable de différer l'évaluation psychiatrique. Dans le doute, un dépistage urinaire de drogues et une mesure sérique de la concentration d'alcool peuvent s'avérer utiles afin de déterminer si le patient est intoxiqué ou non. Enfin, certains patients sont conduits à l'urgence après avoir attenté à leur vie en s'intoxiquant volontairement avec des médicaments psychotropes tels que des antidépresseurs ou des benzodiazépines. Dans tous ces cas, le psychiatre s'assurera d'évaluer le patient lorsque sa condition physique sera cliniquement stable ou lorsque l'état d'éveil du patient sera suffisant pour qu'il puisse soutenir la discussion.

Le patient qui consulte fréquemment

Les patients qui consultent de façon répétitive à l'urgence sont parfois qualifiés de « grands consommateurs de soins ». Parmi ceux-ci, on retrouve des patients pour qui le motif de consultation consiste en une idéation suicidaire ; à tort, on utilisera parfois le terme de patients « chroniquement suicidaires » à leur propos. Ces patients souffrent, dans la plupart des cas, d'un trouble psychotique, d'un trouble relié à une substance ou d'un trouble de la personnalité, particulièrement de type borderline, trouble étant par ailleurs associé à la présence d'idéations suicidaires et de comportements auto-destructifs récurrents (Paris, 2002 ; Richard-Lepouriel et al., 2015 ; Sullivan, Bulik, Forman et Mezzich., 1993).

Le patient qui recherche un gain secondaire

Des patients peuvent se présenter à l'urgence en alléguant des idées suicidaires mais au terme de l'évaluation, le psychiatre découvre qu'ils sont plutôt à la recherche d'un gain secondaire. Il peut s'agir, à titre d'exemples, se procurer un endroit où se loger et se nourrir, recevoir une médication, se dégager de leurs obligations envers leur famille ou leur employeur ou encore éviter la prison. Ces patients, qui présentent parfois un trouble de la personnalité antisociale ou un problème de toxicomanie, sont souvent sans domicile fixe et célibataires. On estime que peu d'entre eux seront enclins à tenter de se suicider, du moins dans les six mois suivant leur visite à l'urgence (Lambert et Bonner, 1996 ; Yates, Nordquist et Schultz-Ross, 1996).

D'autres patients recherchent surtout une écoute active de la part d'un professionnel de la santé et ne songent pas réellement à s'enlever la vie, bien qu'ils évoquent des idées suicidaires. Certains prennent littéralement le psychiatre en otage, menaçant de se suicider s'ils n'obtiennent pas, par exemple, un certificat d'invalidité au travail. D'autres vont affirmer qu'ils s'enlèveront la vie si un événement redouté devait se produire : « Si ma conjointe m'abandonne, je ne pourrai plus vivre » ou encore « Si mes difficultés financières perdurent, je vais me suicider ». L'évaluation de ces patients peut représenter une source de difficultés et de frustrations pour l'évaluateur qui ne peut évidemment garantir au patient que de tels événements ne se produiront pas.

Le patient à propos duquel peu ou pas d'informations ne sont disponibles

Tel que relevé par Ravindranath et ses collaborateurs (2012), une difficulté supplémentaire liée à l'évaluation des patients à l'urgence tient au fait que bien souvent, le psychiatre ne connaît pas le patient qui se trouve devant lui (à l'inverse de ce qui se produit lorsqu'il s'agit d'un patient hospitalisé ou suivi à la clinique externe). Dans certaines salles d'urgence, accéder au dossier antérieur du patient demande un certain délai. Le psychiatre devra redoubler d'efforts afin d'obtenir les informations pertinentes sur les antécédents psychiatriques, la médication prescrite ou le type de services dont bénéficie le patient qui se trouve devant lui. Il va sans dire qu'obtenir des informations collatérales, de la famille ou d'autres proches, sera crucial dans ce contexte (Simon, 2004).

Au terme de l'évaluation

Lorsque le psychiatre aura complété à l'urgence l'évaluation du risque suicidaire de son patient, il devra établir un plan de traitement de façon à gérer ce risque. Ainsi, le psychiatre prescrira un congé, une période d'observation ou une hospitalisation. Le patient pourra refuser les soins, à moins que le psychiatre ne considère qu'il représente un danger grave et immédiat pour lui-même (ou pour autrui), auquel cas celui qui pratique au Québec pourra prescrire une garde préventive¹⁰ (cf infra.) Si le patient n'obtient pas son congé, le

¹⁰ L'article 7 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* stipule que « Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet

psychiatre devra déterminer le niveau de surveillance qui sera exercée auprès du patient pour assurer sa sécurité, surtout si celui-ci est en proie à des idées suicidaires. Ainsi, certains patients seront placés sous observation dans un secteur de l'urgence réservée à la clientèle dite « psychiatrique ». La surveillance est habituellement assurée par des préposés aux bénéficiaires, le ratio membres du personnel / patients étant habituellement régi selon les politiques de l'hôpital.

Les contraintes liées au manque de disponibilité du personnel de l'hôpital n'engagent pas le psychiatre. Son devoir est de prescrire le niveau de surveillance qu'il juge approprié selon le risque suicidaire que présente son patient. Si l'hôpital, pour quelque raison que ce soit, ne respecte pas sa prescription et qu'un suicide survient, le médecin ne pourra en être tenu responsable. Un jugement rendu en Cour supérieure en 2009 le démontre bien. Dans cette affaire¹¹, la famille d'un patient décédé par suicide à l'urgence du Centre hospitalier régional de Baie-Comeau intentait une poursuite en responsabilité civile contre l'établissement alléguant une surveillance insuffisante alors que le patient, qui avait été retrouvé incohérent et armé à son domicile, avait été conduit à l'hôpital par des policiers dans un état de grande agitation. À son arrivée à l'urgence, il menaçait de se suicider et répétait qu'en dépit des interventions et de la surveillance dont il allait faire l'objet, il parviendrait à passer à l'acte. L'urgentologue en service ce soir-là évalua le patient, diagnostiqua chez lui un trouble de la personnalité et sollicita une consultation en psychiatrie pour le lendemain. Il inscrivit au dossier :

« Idées suicidaires chez trouble de personnalité. Observer le patient, préposé en surveillance constante, garde préventive. »

L'urgentologue ajouta que le patient devait être gardé en salle d'isolement. Dans son ordonnance, il précisa que le patient devait être surveillé par un « préposé de service privé ». Après le départ des policiers, une infirmière assura la surveillance constante du patient dans l'attente du préposé qui n'allait prendre son poste qu'une demi-heure plus tard. Lorsque l'infirmière termina son quart de travail, sa collègue qui prenait le relais ne put

établissement pendant au plus soixante-douze heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. »

¹¹ B.H c. Centre hospitalier régional de Baie-Comeau (2009)

assurer une surveillance constante du patient, ayant à prodiguer des soins à deux autres usagers. Elle garda néanmoins de temps à autre un œil sur lui. Un quart d'heure plus tard, le préposé arriva enfin et trouva le patient pendu à la poignée de porte de la salle d'isolement.

Devant le juge, l'infirmière du patient argua avoir été incapable d'assurer le type de surveillance prescrite par le médecin, d'autres patients sous sa responsabilité requérant son attention. Sa collègue et elle affirmèrent qu'à leurs yeux, une surveillance étroite, plutôt qu'une surveillance constante, était suffisante jusqu'à ce que le préposé prenne son service un quart d'heure plus tard. L'hôpital alléguait quant à lui que son personnel avait suivi la prescription du médecin en tenant compte des ressources à sa disposition et rejetait la faute sur l'urgentologue :

« il connaissait ou aurait dû connaître la procédure et les délais inhérents à une ordonnance de 'préposé service privé' [...] »

Or, le juge ne fut pas de cet avis :

« le personnel infirmier a choisi d'exercer une surveillance étroite en dépit de la prescription du médecin qui exigeait une surveillance constante du patient [...] la défenderesse [...] prétend que, jusqu'à l'arrivée du préposé service privé, elle ne disposait pas des ressources humaines nécessaires pour exercer une surveillance constante [...]. Le reproche au médecin n'est pas fondé [...]. La mission du médecin ne va pas jusqu'à vérifier les moyens mis en œuvre par le personnel pour accomplir sa prescription. Le médecin a correctement évalué le niveau de risque que comportait ce patient et sa prescription était justifiée [...]. L'exécution relevait exclusivement du personnel infirmier [...]. Le Docteur [...] n'a donc commis aucune faute ».

Le jugement fut rendu en faveur du médecin. Le Centre hospitalier et le patient furent reconnus conjointement responsables dans des proportions différentes :

« La faute du patient [...] est manifestement la cause principale de son décès. La faute du Centre hospitalier qui avait l'obligation de le protéger contre lui-même,

revêt un caractère de gravité moindre. En conséquence, le Tribunal partage la responsabilité à raison de 75 % pour la victime et 25 % pour le défendeur ».

2.1.2. La clinique externe

Outre leur travail à l'urgence ou à l'unité d'hospitalisation, une grande proportion des psychiatres assure également le suivi de patients sur une base externe. Certains se concentrent sur une clientèle spécifique (par exemple, les patients souffrant d'un trouble psychotique), mais beaucoup suivent une clientèle présentant des psychopathologies variées. Les défis cliniques rencontrés avec les patients suivis sur une base externe diffèrent de ceux des patients hospitalisés et des patients qui consultent à l'urgence (Simon, 2004).

Tous les patients présentant des idées suicidaires ne sont pas hospitalisés d'emblée. Le psychiatre s'assurera néanmoins de proposer un plan de traitement qui réduira ce risque. Ainsi, les patients seront invités à contacter au besoin un centre de crise ou une ligne téléphonique d'entraide s'ils requièrent du support en présence d'une recrudescence des idées suicidaires. La fréquence des rendez-vous pourra être augmentée. Les patients pourront être référés à un hôpital de jour ou à une équipe multidisciplinaire offrant un suivi intensif dans la communauté. Néanmoins, l'adjonction de tels services ne constitue jamais une garantie que le patient ne posera pas un geste suicidaire.

Un avantage non négligeable pour le psychiatre qui traite un patient sur une base externe est que progressivement, au cours du suivi, une alliance thérapeutique se construit (Simon, 2011). Cette alliance facilite pour le patient l'expression de ses sentiments de détresse et permet donc au psychiatre de disposer d'un portrait plus fidèle de sa condition psychique. Le psychiatre qui a appris au cours du suivi à connaître son patient devient parfois à même de reconnaître rapidement chez celui-ci les signes avant-coureurs d'un passage à l'acte suicidaire qui lui sont spécifiques.

Néanmoins, le suivi d'une clientèle dite « à risque » de décès par suicide demeure anxiogène pour bien des psychiatres. Certains praticiens seront tentés d'éviter le suivi de cette clientèle. Le suivi des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, par exemple, sera bien souvent éprouvant pour le psychiatre. Il est fréquent que les personnes souffrant de ce trouble se mutilent ou menacent de se suicider. Le psychiatre

devra apprendre à tolérer le stress inhérent au suivi de ces patients et accepter qu'il n'est pas en son pouvoir d'empêcher tout passage à l'acte suicidaire qui pourrait se produire.

En externe, le psychiatre recevra parfois des appels de membres de la famille du patient, inquiétés des propos suicidaires qu'aurait tenu leur proche. La situation sera d'autant plus difficile à gérer si le patient refuse de se présenter à ses rendez-vous malgré la demande expresse de son psychiatre. Celui-ci, au terme de sa discussion avec la famille, devra néanmoins tenter d'évaluer le risque suicidaire avec parfois le peu d'informations dont il dispose. S'il juge que le risque suicidaire est suffisamment important pour réclamer une intervention immédiate auprès du patient, il pourra solliciter l'intervention des policiers afin qu'il soit conduit à l'hôpital (tel que le permet, au Québec, la Loi P-38.001).

Dans d'autres cas, c'est le patient lui-même qui téléphone à son psychiatre. S'il refuse de rencontrer son médecin qui lui propose un rendez-vous d'urgence, celui-ci devra décider de la meilleure conduite à adopter, ce qui pourra, encore une fois, nécessiter d'avoir recours aux policiers. Si le patient accepte le rendez-vous proposé et se présente au bureau de son médecin, l'évaluation et la gestion du risque suicidaire pourront être réalisées plus aisément. Si au terme de l'évaluation le psychiatre en arrive à la conclusion que l'hospitalisation ou une période d'observation à l'urgence est nécessaire et que son patient refuse de s'y plier, le médecin pourra procéder contre le gré de son patient s'il juge que les critères permettant de le placer en garde préventive sont remplis (cf infra.). Cette décision est parfois difficile à prendre car l'alliance thérapeutique, du moins à court terme, pourra s'en trouver fragilisée.

Bien qu'une pratique réalisée en interdisciplinarité, c'est-à-dire en collaboration avec d'autres professionnels de la santé (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières etc.) comporte plusieurs avantages pour le suivi des patients suicidaires, Simon (2004 ; 2011) n'a de cesse de rappeler les risques inhérents à ce type de pratique, le danger principal étant l'absence ou l'insuffisance de communication entre les différents thérapeutes. Pour éviter ce piège, les membres de l'équipe traitante devront échanger régulièrement entre eux et partager leur appréciation du risque suicidaire de leur patient.

Lorsque le suicide d'un patient survient alors qu'il était suivi sur une base régulière en externe et qu'une poursuite est ensuite engagée contre le psychiatre, les tribunaux seront

généralement moins enclins à trouver le médecin coupable de négligence (Simon, 2004). Les juges estiment que dans ce cas de figure, le psychiatre possède une marge de manœuvre beaucoup moins large que lorsque le patient aux prises avec des idées suicidaires se trouve sur une unité d'hospitalisation (Simon, 2004). En Californie¹², le tribunal a rejeté la requête des parents d'une patiente décédée par suicide qui souhaitaient obtenir un dédommagement de la part du psychiatre qui assurait son suivi à la clinique externe. Selon le juge, le devoir imposé à un psychiatre qui suit un patient en externe diffère significativement de celui qui prodigue des soins à un patient hospitalisé :

« Obviously, the duty imposed upon those responsible for the care of a patient in an institutional setting differs from that which may be involved in the case of a psychiatrist treating patients on an out-patient basis. »

2.1.3. L'unité d'hospitalisation

Si le risque suicidaire est jugé trop élevé pour être géré sur une base externe, le patient devra être hospitalisé sur une unité de soins psychiatriques. Chez la majorité des patients, le risque suicidaire découle de la présence d'un trouble mental (Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki, 2004 ; Barraclough, Bunch, Nelson et Sainsbury, 1974 ; Cavanagh, Carson, Sharpe et Lawrie, 2003 ; Dorpat et Ripley, 1960 ; Isometsä et al., 1995 ; Lesage et al., 1994 ; Rich, Fowler, Fogarty et Young, 1988 ; Robins, Murphy, Wilkinson, Gassner et Kayes, 1959) et c'est le traitement de la psychopathologie qui permettra de diminuer le risque d'un passage à l'acte.

Le traitement d'un trouble mental en milieu hospitalier n'a pas comme seul avantage d'offrir un niveau d'encadrement sécuritaire et de prévenir les comportements auto-agressifs ; il permet aussi d'apporter rapidement des modifications à la pharmacothérapie ou encore de prodiguer des traitements qui ne seront habituellement pas initiés sur une base externe (l'électro-convulsivothérapie, par exemple). D'autres patients, qui ne présentent pas une psychopathologie aiguë pouvant être traitée par la pharmacothérapie, seront tout de même hospitalisés afin de bénéficier de ce niveau

¹² *Bellah v. Greenson* (1978)

d'encadrement que permet l'hospitalisation. Celle-ci permettra de désamorcer la crise suicidaire dans un cadre sécuritaire.

Certaines unités d'hospitalisation disposent de soins intensifs. Les patients agressifs, agités ou à risque d'un passage à l'acte suicidaire ou hétéro-agressif peuvent se retrouver sur de telles unités. Le niveau de surveillance des patients y est plus élevé que sur l'unité de soins dite « régulière ». Le ratio membres du personnel / patients est élevé de façon à assurer la sécurité des patients d'une manière optimale. Certaines chambres disposent parfois de caméras de surveillance. Ces dispositifs facilitent la tâche du personnel qui doit assurer la surveillance du patient dont le risque suicidaire est élevé.

Dans un rapport produit en 1998, la Commission des droits de la personne et de la jeunesse du Québec émettait des recommandations sur les modalités d'utilisation de ce type de surveillance. Si l'article 5 de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec garantit le droit à la vie privée de toute personne, l'article 9.1 rappelle que ce droit peut être restreint. C'est ainsi que la Commission recommandait que l'utilisation de caméras ne soit autorisée que dans les situations où le risque de suicide ou d'automutilation est élevé et exhortait les hôpitaux à se doter d'un protocole clair quant à leur utilisation. Depuis, il est généralement admis que la surveillance par caméra doit faire l'objet d'une ordonnance médicale, que la durée de son utilisation doit être spécifiée, que la pertinence de son utilisation soit réévaluée à intervalles réguliers et qu'aucun enregistrement sur bande vidéo ne soit réalisé.

Sur les unités de soins psychiatriques dites « régulières », le personnel soignant s'assurera généralement d'avoir un contact visuel avec les patients aux trente minutes. Si elle est justifiée, ou encore si le médecin a rédigé une ordonnance en ce sens, la fréquence de la surveillance pourra être accrue. Une surveillance serrée est également exercée sur les unités de soins intensifs. En dépit d'un encadrement qui semble sécuritaire, le risque de suicide chez un patient hospitalisé est réel. Les suicides en milieu hospitalier sont rares, mais dramatiques pour le personnel soignant et pour les autres patients. La littérature, vaste sur le sujet, estime que 5 % de tous les suicides surviennent alors que le patient est hospitalisé (Bush, Fawcett et Jacobs, 2003 ; Crammer, 1984 ; Robins, Murphy, Wilkinson, Gassner et Kayes 1959).

Ces patients souffrent majoritairement de schizophrénie ou de dépression majeure (Proulx, Lesage et Grunberg, 1997 ; Powell, Geddes, Deeks, Goldacre et Hawton, 2000 ; Roy, 1982 ; Roy et Draper, 1995). Un nombre considérable de ces suicides survient lors de la première semaine suivant l'admission (Appleby et al., 1999 ; Copas et Robin, 1982 ; Qin et Nordentoft, 2005) et un second pic d'incidence est rapporté à l'approche du congé, voire le lendemain ou la semaine suivante (Appleby et al., 1999 ; Da Cruz et al., 2011 ; Meehan et al, 2006 ; Qin et Nordentoft, 2005).

La pendaison (majoritairement dans la salle de bain) et la précipitation depuis un lieu élevé sont les deux moyens les plus fréquents (Meehan et al, 2006 ; Martelli, Awad et Hardy, 2010 ; Proulx, Lesage et Grunberg, 1997). Le moyen pour réaliser l'acte est également influencé par la proximité géographique des cours d'eau, des chemins de fer et des métros (Bowers, Banda et Nijman, 2010). Le suicide est réalisé sur l'unité de soins, ailleurs dans l'hôpital, autour de l'hôpital (incluant sur le terrain) ou encore à l'extérieur du périmètre du terrain. Selon l'étude d'Appleby et de ses collaborateurs (1999), plus de la moitié des patients ayant posé leur geste à l'extérieur des murs de l'hôpital étaient autorisés à quitter temporairement l'unité de soins. Une étude américaine réalisée sur un échantillon de 76 sujets s'étant donné la mort à l'hôpital ou immédiatement après le congé rapporte que 39 % des patients avaient été admis précisément en raison d'idées suicidaires et que 78 % avaient nié avoir des velléités suicidaires lors de leur dernier contact avec un membre du personnel. Parmi les patients hospitalisés qui étaient sous surveillance accrue, la moitié se sont suicidés alors que les rondes s'effectuaient aux quinze minutes (Bush, Fawcett et Jacobs, 2003). Les suicides surviennent également, mais beaucoup plus rarement, lorsque le patient est sous surveillance constante, c'est-à-dire lorsqu'un membre du personnel garde un contact visuel permanent avec le patient (Appleby et al., 1999 ; Bush, Fawcett et Jacobs, 2003). Une étude québécoise ayant recensé 3079 suicides survenus dans la région de Montréal entre 1986 et 1991 estime que dans 3,4 % des cas, le patient avait commis son geste alors qu'il était hospitalisé et que la majorité de ces suicides n'étaient pas prévisibles (Proulx, Lesage et Grunberg, 1997).

Suite à une abondante revue de littérature, des chercheurs français ont dressé un portrait des circonstances reliées aux suicides commis à l'hôpital (Martelli, Awad et Hardy, 2010) et en ont tiré diverses conclusions, résumées aux tableaux V et VI.

Tableau V - Facteurs associés à la survenue de suicides en milieu hospitalier

L'existence de moyens suicidaires facilement accessibles
Une surveillance inadéquate et l'absence d'unités de soins intensifs
La sous-estimation du risque suicidaire
L'insuffisance de communication entre médecins et infirmières

Source : adapté de Martelli, Awad et Hardy (2010).

Tableau VI - Signaux de danger susceptibles d'alerter sur le risque suicidaire

Une amélioration clinique trompeuse
L'absence de résolution des problèmes psychosociaux ayant contribué à l'hospitalisation
Un niveau de qualification insuffisant de l'équipe soignante
Le début d'hospitalisation ou la période précédant immédiatement la sortie
L'occurrence de fugues

Source : adapté de Martelli, Awad et Hardy (2010).

Enfin, des chercheurs ont tenté d'identifier les facteurs de risque cliniques prédictifs de suicide en milieu hospitalier à compter d'un échantillon de 97 sujets. Leurs résultats sont décevants : seul un patient présentait les cinq facteurs de risque mis à l'étude et seulement un autre avait un risque de suicide prédit supérieur à 5 %. Les auteurs concluent que leur modèle prédictif de suicide était vraisemblablement peu sensible et peu spécifique (Powell, Geddes, Deeks, Goldacre et Hawton, 2000).

2.2. Les défis que pose la gestion du risque suicidaire

2.2.1. Limitation du temps disponible pour réaliser l'évaluation

Évaluer le risque suicidaire que présente un patient ne saurait se résumer à soumettre le patient à un questionnaire générique. Au contraire, cette évaluation requiert du psychiatre temps et effort pour parvenir à une compréhension globale de la situation dans laquelle se trouve le patient. Si celui-ci se confie aisément au médecin et si les informations collatérales correspondent avec les propos du patient, la tâche du psychiatre s'en trouvera facilitée. Toutefois, si le patient collabore peu ou nie en bloc les éléments qui suscitent l'inquiétude de sa famille, le psychiatre devra mobiliser ses compétences pour bien reconstituer les faits. Ce travail peut exiger un certain temps.

Rédiger une note médicale complète concernant un patient qui présente un risque suicidaire demande également une attention soutenue puisque, comme nous le verrons plus loin, plusieurs informations devront être consignées au dossier médical. Or, le psychiatre qui est en service à l'urgence est susceptible de recevoir plusieurs demandes de consultation. Des contraintes administratives s'exerceront parfois sur lui afin qu'il prenne rapidement des décisions de façon à libérer des civières dans la salle d'urgence, le taux d'occupation sur civières étant l'un des paramètres principaux sur lequel est jugée la performance d'un centre hospitalier.

2.2.2. Le patient qui retient de l'information

Selon Shea, Terra et Séguin (2008), il serait erroné de croire que la majorité des patients suicidaires émettront des signaux en ce sens à leurs proches ou à leur psychiatre. De nombreux patients réussissent à composer une façade convaincante, c'est-à-dire que pour un observateur extérieur non prévenu, ils ne semblent pas particulièrement perturbés et cela le jour même de leur suicide. Certains patients, sans avoir l'intention franche de tromper le psychiatre, omettent des informations essentielles. D'autres pourront délibérément mentir et taire leurs réelles pensées. Plusieurs raisons peuvent pousser un patient à agir de la sorte : la crainte de la stigmatisation associée au fait de souffrir d'un problème de santé mentale, la honte ressentie d'entretenir des idées suicidaires, la crainte d'être hospitalisé contre son gré, le souci de ne pas inquiéter ses proches et même son

psychiatre ou encore l'angoisse de perdre son travail ou la garde de ses enfants s'il devait être hospitalisé. Des patients croient que le suicide est immoral ou constitue un acte de lâcheté, sinon de faiblesse. D'autres sont convaincus que leur situation est si désespérée que nul, incluant leur psychiatre, ne pourra leur venir en aide. Pour ceux-ci, confier ses idées suicidaires dans ce contexte devient alors inutile (Shea, Terra et Séguin, 2008).

Par ailleurs, un patient déterminé à se suicider pourrait être enclin à considérer le psychiatre comme un ennemi dans la mesure où celui-ci cherche à l'empêcher d'atteindre son objectif (Resnick, 2002). C'est ce qui explique possiblement la raison pour laquelle un nombre considérable de patients ne dévoile pas leurs intentions suicidaires lors du dernier rendez-vous avec leur médecin (Bush, Fawcett et Jacobs, 2003 ; Isometsä et al., 1995). Lorsque le psychiatre soupçonne que son patient se trouve dans une situation semblable, construire une alliance thérapeutique et instaurer un climat de confiance devient une tâche difficile mais cruciale puisque le médecin doit parvenir à convaincre son patient que ce qu'il recherche n'est pas tant la mort que le soulagement de sa détresse et qu'il existe, pour ce faire, d'autres avenues que le suicide.

Il faut aussi reconnaître que certains patients n'hésitent pas à manipuler leur psychiatre pour parvenir à leurs fins en évoquant des idées suicidaires ou encore en affirmant fallacieusement avoir élaboré un plan suicidaire. En effet, pour ces patients, l'expression d'idées suicidaires peut représenter un instrument puissant pour prendre le psychiatre « en otage » et le contraindre à agir selon leurs désirs. Lors de leurs contacts antérieurs avec des professionnels de la santé, des patients ont pu apprendre qu'une « technique » efficace pour obtenir rapidement l'aide désirée, que ce soit être hospitalisé, obtenir une médication ou se voir prescrire un arrêt de travail, est d'évoquer une intention suicidaire. Certains d'entre eux n'hésiteront pas à soumettre le psychiatre à une forme de chantage en affirmant par exemple : « Si je ne vais pas mieux au terme de six mois de votre traitement, je vais m'enlever la vie », espérant que leur détresse sera ainsi prise au sérieux (Motto, 1999). Ces situations peuvent, sans nul doute, irriter le psychiatre qui ne doit pourtant pas céder à la tentation de nier la détresse du patient, détresse qui peut néanmoins être authentique.

2.2.3. Le patient qui présente un risque suicidaire « chronique »

Comme nous l'avons mentionné précédemment, certains patients consultent régulièrement à l'urgence en raison d'idées suicidaires. Ils sont généralement bien connus des psychiatres qui pratiquent à l'urgence. Certains d'entre eux s'y présenteront, de leur propre chef ou non, plusieurs fois par mois, voire plus d'une fois au cours d'une même semaine. Ces patients ont des antécédents psychiatriques chargés. Ils se présentent à l'hôpital parfois par désœuvrement, espérant y trouver une oreille attentive, sans nécessairement envisager de mettre fin à leurs jours dans un avenir rapproché.

On comprendra aisément qu'il peut être extrêmement ardu pour le psychiatre de déterminer si le risque suicidaire est véritablement significatif. Comment estimer que cette fois-ci est « la bonne » et qu'il serait hasardeux de signer son congé à ce type de patient (Ravindranath, Deneke et Riba, 2012) ? Pour le psychiatre, le défi est grand, car le risque suicidaire n'est jamais nul et ne peut être simplement balayé du revers de la main. D'autre part, hospitaliser un tel patient peut favoriser un état de régression et accroître la fréquence de tels comportements dysfonctionnels (Appelbaum et Gutheil, 2007 ; Rosenbluth, Kleinman et Lowy, 1995).

Ces patients tendent à consulter en urgence lorsqu'ils sont confrontés à un événement de vie perturbant qui, puisqu'il provoque en eux des émotions négatives, précipite la crise suicidaire. Ils ont généralement des attentes irréalistes envers le psychiatre, lui attribuant une capacité à modifier leurs conditions d'existence qui excède largement ce que celui-ci peut faire en réalité. Ce type de comportement répétitif, qui peut même devenir chez certains un véritable mode de vie, se retrouve le plus fréquemment chez les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité (particulièrement le type borderline) mais aussi, dans une mesure moindre, chez celles souffrant d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'un trouble relié à l'usage d'une substance (Motto, 1999). Chez les patients dits « chroniquement suicidaires », le psychiatre devra apprendre à composer avec le risque inhérent à leur condition et à privilégier le traitement le moins restrictif, même si cette conduite implique forcément un certain risque de litige si le patient devait passer à l'acte (Fine et Sansone, 1990 ; Maltzberger, 1994 ; Paris, 2002).

Le recours intenté en responsabilité civile par la mère d'un patient qui se suicida le jour suivant sa visite à l'urgence, recours qui fut porté à l'attention de la Cour d'appel de la Louisiane en 1990¹³, illustre bien le défi que représentent l'évaluation et la gestion du risque chez les patients « chroniquement suicidaires ». Dans cette affaire, un patient consulte à l'urgence. Au cours des mois précédents, il est hospitalisé à deux reprises suite à des tentatives de suicide ; l'une par arme à feu, l'autre par intoxication médicamenteuse.

Sa mère, inquiète quant à la sécurité de son fils, contacte l'urgentologue, lui dévoile ses antécédents et l'informe de ses propos suicidaires. Elle affirme que son fils songe à s'enlever la vie par arme à feu et suggère qu'il soit hospitalisé. Or, durant l'entrevue avec l'urgentologue, le patient nie toute idée suicidaire. Le médecin contacte le psychiatre traitant, lequel lui suggère de signer le congé du patient. Il quitte donc l'hôpital, tout en promettant de se présenter le lendemain au bureau de son psychiatre traitant. Toutefois, le jour suivant sa consultation à l'urgence, il se suicide en se tirant une balle dans la tête. Au procès, cinq experts sont entendus. Deux d'entre eux estiment qu'avoir signé au patient son congé représentait une faute professionnelle. Ses antécédents démontrant bien l'existence d'un risque suicidaire chronique, l'urgentologue et le psychiatre ne pouvaient exclure que le patient commette un geste suicidaire dans les jours suivants sa visite à l'urgence et ce, malgré les dénégations du principal intéressé. En conséquence, les médecins auraient dû s'opposer à son départ de l'hôpital.

Les experts de la partie défenderesse ne sont pas du même avis : un patient « chroniquement suicidaire » présente un potentiel de passage à l'acte auto-agressif au long cours, potentiel qui varie significativement dans le temps. Ce patient, disent-ils, ne démontrait pas de réels signes d'idées ou d'intentions suicidaires, bien que sa mère ait affirmé le contraire. Les médecins, stipula un expert, n'ont pas de détecteur de mensonges à leur disposition. Ne pas hospitaliser un patient qui présente certes un risque suicidaire chronique, mais pour lequel il y a absence d'éléments cliniques suggestifs d'une exacerbation de ce risque ne constitue pas une déviation par rapport au standard de la pratique médicale. Les experts arguèrent qu'on ne peut garder indéfiniment en institution

¹³ *Bates v. Denney* (1990)

hospitalière de tels patients. Selon eux, hospitaliser ce patient n'aurait sans doute pas mené à des conséquences heureuses. Ainsi, la preuve démontra que les deux hospitalisations antérieures, au cours desquelles le patient avait été admis contre son gré, avaient somme toute été fort peu utiles. En externe, suite aux séjours hospitaliers, le patient était inobservant à son suivi et à sa médication et il présentait toujours des idées suicidaires. De plus, selon les experts, l'hospitalisation n'est pas une « garantie » contre le suicide. En première instance, un verdict fut rendu en faveur des médecins, verdict confirmé par un jury en Cour d'appel.

2.2.4. Un dilemme : le droit à la liberté face au devoir de protéger

Devant un patient qui rapporte des idées suicidaires et qui revendique son congé de l'hôpital, le psychiatre est confronté à un important dilemme éthique : le respect de l'autonomie doit-il primer sur le principe de la bienfaisance ? Le praticien sera amené à devoir sous-peser d'un côté les droits du patient et de l'autre, ses propres devoirs et obligations (Lubit, 2009 ; Simon, 2011).

Au Québec, le *Code de déontologie des médecins* dicte ces obligations. L'article 38 du Code stipule que le médecin a le devoir de protéger son patient :

« Le médecin doit porter secours et fournir les meilleurs soins possibles à un patient lorsqu'il est vraisemblable de croire que celui-ci présente une condition susceptible d'entraîner des conséquences graves à moins d'attention médicale immédiate. »

Et ce, tout en respectant son droit à la liberté ainsi que l'édicte l'article 4 :

« Le médecin doit exercer sa profession dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne. »

La *Charte canadienne des droits et libertés* (CCDL) et, au Québec, la *Charte des droits et libertés de la personne* (CDLP) garantissent ce droit :

« Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne ; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. » (art. 7, CCDL)

« Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. Il possède également la personnalité juridique. » (art. 1, CDLP)

Si un médecin, au terme de l'évaluation, estime que son patient représente un risque suicidaire important à court terme et si ce dernier refuse l'hospitalisation, l'article 7 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* permet au psychiatre de placer ce patient sous garde préventive pendant au plus 72 heures.

« À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique [...] »

Il importe de noter que la loi permet à tout médecin, et non pas seulement aux psychiatres, de placer une personne sous garde préventive. Au terme de cette période de 72 heures, le patient devra être libéré de l'hôpital, à moins qu'un tribunal n'ordonne que la garde soit prolongée en émettant une garde provisoire ou encore une garde en établissement. Pour que cette dernière forme de garde soit accordée, deux psychiatres auront dû préalablement rédiger un rapport dans lequel ils auront décrit la condition psychique de leur patient et les dangers auxquels il s'expose s'il devait être autorisé à quitter le milieu hospitalier. Dans le cas de la garde en établissement, le degré de danger anticipé n'est pas précisé, à l'inverse du danger requis pour placer une personne sous garde préventive. L'article 30 du *Code civil du Québec* édicte les règles concernant ce type de garde.

« La garde en établissement à la suite d'une évaluation psychiatrique ne peut être autorisée par un tribunal que si les deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde. Même en ce cas, le tribunal ne peut autoriser la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire, quelle que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise ».

Afin de rendre sa décision, le juge examinera la preuve (c'est-à-dire les deux rapports psychiatriques) puis interrogera le patient qui conteste la requête de garde en

établissement. Au terme de l'audience, le juge rendra sa décision après avoir évalué le poids de la preuve selon la prépondérance des probabilités.

Dans un important jugement rendu en 2007 par la Cour d'appel du Québec¹⁴, Madame la Juge Anne-Marie Bich insiste sur le droit fondamental à la liberté :

« La mise sous garde forcée, fut-elle simplement en établissement hospitalier, n'est en effet pas à prendre à la légère. La liberté de la personne est une des valeurs fondamentales, et même suprêmes, de notre ordre social et juridique [...]. On ne doit [...] pas sous-estimer la gravité intrinsèque de la privation de la liberté [...]. Le législateur a cependant prévu la possibilité qu'une personne soit privée de cette liberté lorsqu'en raison de son état mental elle est dangereuse pour elle-même ou autrui, mettant ainsi sa propre personne ou celle d'autrui dans une situation de risque intolérable. La préservation de la vie même ou de l'intégrité de la personne peut donc constituer un motif suffisant pour priver quelqu'un de sa liberté, au moins de façon temporaire, et l'emporter sur le préjudice résultant de la privation de liberté ».

La juge précise également la notion de danger, essentiel afin que puisse être ordonnée une garde en établissement :

« la nature du danger que l'on redoute doit-elle être précisée et explicitée. Il doit également s'agir d'un danger important ou d'un potentiel de danger élevé. Le danger ainsi appréhendé n'a peut-être pas à être imminent (comme ce serait le cas lors d'une garde préventive [...]), mais il doit certainement être sinon probable du moins clairement envisageable dans le présent ou dans un avenir relativement rapproché [...] le tribunal n'est pas lié par ces rapports [psychiatriques] : le tribunal doit lui-même avoir des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que la garde est nécessaire ».

¹⁴ A c. *Centre hospitalier de St. Mary* (2007)

2.2.5. Le respect de la confidentialité

L'obtention d'informations collatérales s'avère d'une grande importance dans la pratique de la psychiatrie. Impliquer la famille dans le suivi des patients favorise la compréhension des enjeux reliés à leur psychopathologie et à leur risque suicidaire. Certains patients sont réticents à confier au psychiatre l'information requise à l'établissement du diagnostic tandis que d'autres, en raison de leur psychopathologie et des symptômes qu'elle engendre, sont incapables de fournir des renseignements justes. Disposer d'informations collatérales fournies par des proches permet au psychiatre de dresser un portrait plus juste de la situation.

Cependant, le psychiatre, comme tous les médecins, est tenu de respecter le secret professionnel de son patient. Au Québec, l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne* garantit ce droit :

« Chacun a droit au respect du secret professionnel. Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi [...] »

De son côté, l'article 20 du *Code de déontologie des médecins* stipule que les médecins ont le devoir et l'obligation de préserver la confidentialité des renseignements révélés par leur patient.

« Le médecin, aux fins de préserver le secret professionnel :

1° doit garder confidentiel ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession ;

[...]

5° ne peut divulguer les faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance, sauf lorsque le patient l'y autorise ou lorsque la loi l'y autorise ou l'ordonne, ou lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage ;

[...]

9° doit documenter dans le dossier du patient toute communication faite à un tiers, avec ou sans le consentement du patient, d'un renseignement protégé par le secret professionnel. »

Par ailleurs, la doctrine enseigne que le secret médical englobe non seulement les renseignements divulgués par le patient à son médecin, mais également les signes cliniques que le médecin décèle sur son patient (Baudouin, Deslauriers et Moore, 2014). Un patient pourrait nier entretenir des idées suicidaires, mais le psychiatre pourrait quant à lui déceler certains signes cliniques (une agitation importante ou une détresse émotionnelle, par exemple) laissant suspecter qu'il présente malgré tout un risque suicidaire important. Dans une telle situation, si le patient ne l'y autorise pas, le médecin ne pourra transmettre à sa famille ou à d'autres membres de son entourage l'information selon laquelle le patient est à risque de suicide. Les membres de la famille d'un patient présentant un problème de santé mentale se plaignent fréquemment de recevoir insuffisamment d'informations quant à la condition psychique de leur proche, le psychiatre alléguant avec justesse ses obligations de respect de la confidentialité.

Dans certaines circonstances, la loi permet toutefois au médecin de renoncer au droit au secret professionnel de son patient. L'article 60.4 du *Code des professions* précise ces exceptions.

« Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession. Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne ou l'autorise par une disposition expresse. Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le

professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication. ».

L'article 21 du *Code de déontologie des médecins* précise les obligations du médecin qui divulgue des informations protégées par le secret professionnel.

« Le médecin qui communique un renseignement protégé par le secret professionnel en vue de prévenir un acte de violence dont un suicide doit, pour chaque communication, indiquer dans le dossier du patient les éléments suivants:

- 1° la date et l'heure de la communication ;
- 2° l'identité de la personne exposée au danger ou du groupe de personnes exposées au danger ;
- 3° l'identité de la personne à qui la communication a été faite en précisant, selon le cas, qu'il s'agissait de la ou des personnes exposées au danger, de leur représentant ou des personnes susceptibles de leur porter secours ;
- 4° l'acte de violence qu'il visait à prévenir ;
- 5° le danger qu'il avait identifié ;
- 6° l'imminence du danger qu'il avait identifié ;
- 7° les renseignements communiqués. »

Par ailleurs, aucune disposition légale n'empêche le médecin de recueillir des informations provenant des proches de son patient et cela même si ce dernier refuse que les deux parties communiquent ensemble. Le médecin devra néanmoins se garder de fournir des renseignements protégés par le secret professionnel et veiller à ce que ses questions ne permettent pas à son interlocuteur d'inférer certaines informations auxquelles il ne devrait pas avoir accès. Une difficulté surviendra lorsque les membres de la famille ignorent le fait même que le patient se trouve à l'hôpital ou qu'il est suivi en psychiatrie. Dans ce cas, contacter la famille pour recueillir des informations implique vraisemblablement pour le médecin le non-respect du secret professionnel de son patient. Comme nous l'avons vu précédemment, bien que le droit au secret professionnel du patient soit fondamental, deux exceptions ont été prévues par le législateur : le médecin peut communiquer des renseignements protégés si le patient en autorise la divulgation ou si une disposition de la loi le permet expressément. Si l'on prend par exemple le cas d'un patient

qui communique par téléphone à son psychiatre son intention de mettre fin à ses jours, et qu'il refuse de se présenter à l'hôpital, le médecin pourrait contacter les services policiers pour les en aviser, en conformité avec l'article 21 de son *Code de déontologie*. Une autre possibilité pour le médecin serait de communiquer avec un membre de la famille afin de l'enjoindre à retirer les armes à feu qui se trouvent dans la demeure du patient dans l'attente de l'arrivée des secours.

CHAPITRE 3 - LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'ÉVALUATION ET DE GESTION DU RISQUE SUICIDAIRE

La prévention du suicide relevant des politiques de santé publique dans l'ensemble des pays occidentaux, plusieurs guides d'intervention en cette matière ont été proposés. Ces guides ne s'adressent pas nécessairement au psychiatre ; ainsi le document *Prévention du suicide : Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* publié en 2010 par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec se garde d'émettre des recommandations qui seraient destinées à régulariser la pratique du psychiatre qui évalue et traite des patients aux prises avec des idées suicidaires. Comme les auteurs du *Guide* le précisent en introduction, ce document s'adresse d'abord aux professionnels « paramédicaux » (travailleurs sociaux, psychologues, etc.) et aux infirmiers. Ainsi, les lignes directrices visant à guider la pratique du psychiatre émanent plutôt de la communauté médicale elle-même. À ce titre, il faut d'abord souligner qu'il n'existe pas, à notre connaissance, de document produit par une organisation médicale québécoise ou canadienne qui viserait à définir les bonnes pratiques psychiatriques dans l'évaluation et le traitement du patient suicidaire : le Collège des médecins du Québec, qui publie des « guides d'exercice » concernant certaines maladies ou, plus spécifiquement, certaines situations cliniques (par exemple, l'évaluation médicale de l'aptitude à conduire un véhicule automobile), ne propose actuellement pas de guide sur l'évaluation du risque suicidaire. Il en va de même pour l'Association des Psychiatres du Canada ou encore pour le *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT), cette dernière organisation ayant publié des lignes directrices pour le traitement du trouble dépressif unipolaire et pour le trouble bipolaire qui sont largement utilisés par les psychiatres à la fois en clinique et pour l'enseignement auprès des résidents.

En l'absence de documents de référence canadiens, le psychiatre qui souhaite consulter des lignes directrices concernant l'évaluation et la gestion du risque suicidaire se référera d'abord au guide de pratique publié en 2003 par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) sous le titre *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. Ce document est probablement le guide le plus complet actuellement disponible, bien qu'il n'ait pas été mis à jour depuis sa publication. Dans les

pages qui suivent, nous présenterons sommairement ce guide ainsi qu'un second, conçu celui-ci en 2011 par l'Ontario Hospital Association, qui poursuit les mêmes objectifs. Au terme de cette démarche, il nous sera ainsi possible de préciser en quoi consiste la règle de l'art dans l'évaluation et la gestion du risque suicidaire par le psychiatre, du moins telle que celle-ci est définie par la communauté psychiatrique elle-même.

3.1. Le guide de pratique de l'Association Américaine de Psychiatrie

Le guide publié par l'APA en 2003 se compose de trois parties : la première énonce les recommandations concernant l'évaluation du risque suicidaire, la gestion de ce risque (*risk management*) et son traitement, la seconde consiste en l'examen critique des données disponibles dans la littérature médicale qui ont permis l'établissement des recommandations proposées dans la première partie et la troisième partie définit quant à elle les axes de recherche à développer dans l'avenir pour optimiser la prise en charge du patient suicidaire. La première partie, qui nous intéressera plus particulièrement ici, comprend un résumé qui assigne à chaque recommandation un degré d'approbation reposant sur la qualité des données qui la sous-tendent. Ainsi, l'indice I indique que sur la base des données cliniques disponibles, la recommandation est énoncée avec une « confiance substantielle », l'indice II correspond à une « confiance modérée » et l'indice III signifie que la mesure peut être appliquée « dans certaines circonstances spécifiques ». Les recommandations de cette première partie portent sur l'évaluation clinique du patient présentant des comportements suicidaires, sur l'évaluation du risque suicidaire, sur la gestion de cas (*psychiatric management*) et finalement sur les modalités de traitement.

3.1.1. L'évaluation psychiatrique du patient présentant des comportements suicidaires

L'évaluation psychiatrique du patient présentant des comportements suicidaires, ce qui comprend, dans la perspective du guide, l'expression verbale ou écrite d'idées suicidaires par le patient, comprend une anamnèse détaillée qui s'attachera d'abord à relever les antécédents pertinents. Le psychiatre devra préciser si le patient a déjà posé des gestes suicidaires antérieurs ou encore s'il a déjà pratiqué l'automutilation. Les antécédents psychiatriques personnels doivent être questionnés (hospitalisations antérieures sur une unité de soins psychiatriques, épisodes de maladie psychiatrique, traitements reçus), tout

comme les antécédents familiaux, en particulier en ce qui a trait aux tentatives suicidaires ou aux suicides complétés ayant pu être commis par des membres de la parenté du patient. Le psychiatre doit ensuite s'attarder à décrire le plus précisément possible les idées suicidaires présentées par le patient : quelle est la fréquence avec laquelle de telles idées se présentent à son esprit ? A-t-il pris une décision ou est-il encore ambivalent à l'égard de son désir de mettre fin à ses jours ? Le patient en est-il venu à élaborer un plan ? S'est-il déjà procuré des objets qui lui permettront de réaliser son plan suicidaire ? Quel est le degré de létalité objectif associé à ce plan ? Quel en est le degré de létalité subjectif, c'est-à-dire, dans la perspective du patient, quelle est la probabilité que le geste qu'il prévoit poser mènera effectivement au décès ? A-t-il envisagé de poser des gestes hétéro-agressifs avant son décès par suicide, par exemple de commettre un infanticide ? Le psychiatre ne doit pas hésiter à poser ces questions directement au patient et il ne devrait pas craindre ce faisant de lui « donner des idées ». La situation psychosociale au sein de laquelle s'inscrit l'apparition des idées suicidaires doit aussi être explorée : y a-t-il un contexte de perte d'emploi, de difficultés financières, de rupture amoureuse ou encore de décès récent d'un proche ? Par ailleurs, le guide rappelle que l'évaluation psychiatrique ne devrait pas se restreindre à s'enquérir des idées suicidaires puisque le psychiatre doit également en arriver au terme de l'entretien à poser un diagnostic. Ainsi, le psychiatre doit identifier les symptômes suggestifs d'une condition psychopathologique, en particulier ceux qui sont associés aux psychopathologies les plus susceptibles d'accroître le risque suicidaire, comme le trouble dépressif majeur ou la schizophrénie. Enfin, le questionnaire doit mettre en évidence les facteurs de vulnérabilités (prise concomitante d'alcool, traits de personnalité) ainsi que les facteurs de résilience du patient (capacité à tolérer la souffrance psychique). Il importera aussi de vérifier si le patient a accès à des armes à feu. La cueillette d'informations devra être complétée par la prise de contact auprès des proches du patient qui pourront apporter des informations que celui-ci aurait volontairement ou non omises.

Le questionnaire complété et les informations collatérales provenant des proches obtenues, le psychiatre pourra alors évaluer le risque suicidaire que présente un individu. Pour ce faire, il précisera d'abord le diagnostic psychiatrique. Au-delà du diagnostic, l'évaluation du risque suicidaire requiert de la part du psychiatre la mise en perspective de l'ensemble des facteurs de risque et de protection qui ont pu être identifiés à l'anamnèse.

Le guide de l'APA regroupe les facteurs de risque pertinents sous les appellations suivantes : caractéristiques des idées suicidaires et de la tentative récente, s'il y a lieu, diagnostics psychiatriques, maladies physiques, caractéristiques psychosociales, traumatismes dans l'enfance, aspects familiaux et génétiques, caractéristiques psychologiques, caractéristiques cognitives, caractéristiques démographiques et caractéristiques additionnelles (accès à une arme à feu, intoxication à une substance ou pauvre alliance avec le psychiatre) . Un facteur de risque particulier ne fait pas simplement l'objet d'une évaluation dichotomique selon sa présence ou son absence au sein du tableau clinique ; néanmoins, le psychiatre doit juger qualitativement de sa gravité. Ainsi, les antécédents familiaux en matière de suicide peuvent être plus ou moins lourds tout comme les traits d'impulsivité présentés par le patient peuvent être plus ou moins marqués. Le psychiatre devra ensuite être en mesure de distinguer les facteurs de risque modifiables des non-modifiables de façon à établir un plan de traitement. L'APA met en garde le psychiatre contre un usage irréfléchi des échelles d'évaluation du risque suicidaire : de tels outils peuvent certes servir d'aide-mémoire mais ils ne peuvent fournir une évaluation suffisamment précise du risque suicidaire pour déterminer la conduite clinique.

3.1.2. La gestion du risque suicidaire

Ayant procédé à l'évaluation du risque suicidaire, le psychiatre devra déterminer le cadre approprié pour traiter le patient. De façon générale, il devra choisir le cadre le moins restrictif qui permettra néanmoins d'assurer la sécurité du patient. Le psychiatre dispose pour ce faire d'un éventail de mesures qui vont de l'hospitalisation avec une surveillance constante du patient par un membre du personnel jusqu'au suivi en clinique externe en passant par des mesures intermédiaires tel un suivi intensif sur une base externe pouvant impliquer plusieurs contacts avec le patient au cours de la même semaine. Le guide énumère les situations cliniques pour lesquelles l'admission du patient sur une unité de soins psychiatriques est « généralement indiquée » : dans le cas d'un patient qui vient de poser un geste suicidaire, l'hospitalisation est recommandée si le patient présente des symptômes psychotiques, si le moyen utilisé pour poser le geste impliquait un haut degré de létalité, si une intention suicidaire est toujours présente, si le patient déplore le fait de ne pas être mort, s'il est agité ou encore s'il ne dispose pas de support social qui limiterait

le risque d'une récurrence. Même si le patient n'a pas posé un geste suicidaire, une hospitalisation devrait être proposée au patient présentant des idées suicidaires qui a élaboré un plan à haut degré de létalité ainsi qu'à celui déterminé à passer à l'acte à court terme. Dans d'autres contextes, l'hospitalisation « peut être indiquée » : ce sera par exemple le cas du patient qui n'a pas posé un geste suicidaire récent mais qui entretient des idées suicidaires et qui souffre d'un trouble psychiatrique « majeur » ou encore du patient qui nie entretenir des idées suicidaires mais dont l'examen clinique et les informations obtenues de la part des proches tendent à indiquer un risque élevé. *A contrario*, un congé de l'urgence, s'accompagnant de modalités de suivi sur une base externe, peut être envisagé si le patient a posé un geste suicidaire à faible degré de létalité suite à un événement perturbateur (un échec à un examen par exemple), s'il est parvenu à entrevoir d'autres possibilités que le suicide pour diminuer sa détresse et s'il accepte l'aide proposée par le psychiatre. Si l'hospitalisation est indiquée et que le patient réclame malgré tout son congé, le psychiatre devra déterminer s'il y a lieu d'utiliser les dispositions légales lui permettant de garder le patient contre son gré dans le milieu hospitalier. Enfin, l'APA reconnaît que l'hospitalisation pourrait être contre-indiquée pour une certaine catégorie de malades qui présentent des idées suicidaires de façon chronique et qui disposent déjà de services sur une base externe.

Le guide se prononce sur la pratique du « contrat de non-suicide » (*no-harm contract*). Cette pratique consiste en une entente verbale ou écrite entre le patient et le psychiatre (ou un autre intervenant) par laquelle le patient s'engage à ne pas poser un geste suicidaire durant une durée définie par le contrat. Le guide conseille de ne pas utiliser cette stratégie thérapeutique lorsque le psychiatre n'a pas encore établi une alliance thérapeutique avec le patient, comme c'est généralement le cas lorsqu'il rencontre pour une première fois le patient à l'urgence. La simple signature d'un contrat de non-suicide par le patient ne dégage pas le psychiatre de ses obligations à évaluer de façon exhaustive le risque suicidaire.

L'évaluation du risque suicidaire par le psychiatre n'est pas une tâche qui aurait été réalisée une fois pour toute ; cette évaluation doit être répétée périodiquement et, particulièrement, lorsque des modifications au cadre de traitement sont envisagées (par

exemple lorsque le patient demande des permissions de sorties à l'extérieur de l'unité d'hospitalisation ou encore lorsque le congé définitif de l'hôpital est en préparation). De la même façon, un patient ayant déjà posé des gestes suicidaires ou exprimé des idées suicidaires et qui est suivi sur une base externe devrait être réévalué en fonction du risque suicidaire si le psychiatre constate un changement significatif du tableau clinique ou encore si le patient révèle avoir récemment vécu une situation difficile. Le guide propose en outre un éventail de situations cliniques pour lesquelles une évaluation du risque suicidaire pourrait être indiquée ; ainsi, une telle évaluation pourrait être faite chez tout patient évalué à l'urgence, chez tout patient qui est rencontré pour une première fois par son psychiatre traitant à l'unité d'hospitalisation ou encore à la clinique externe, chez le patient qui vient d'apprendre qu'il souffre d'une maladie physique, chez le patient qui se détériore malgré le traitement, etc. Le tableau VII résume ces situations.

Tableau VII - Circonstances pour lesquelles il est indiqué de procéder à l'évaluation du risque suicidaire

À l'urgence
Lors d'une première évaluation (en clinique externe ou à l'admission sur une unité de soins)
Avant une modification du niveau de surveillance ou la prescription du congé de l'hôpital
Lors d'un changement soudain de l'état clinique (détérioration ou amélioration spectaculaire) ou de l'absence d'amélioration malgré le traitement
Lors de la survenue d'un important stressor psychosocial
Lors d'un nouveau diagnostic d'une maladie physique, particulièrement lorsqu'elle implique une douleur importante ou une diminution du fonctionnement

Source: APA (2003).

3.1.3. Le traitement du patient suicidaire

L'intervention thérapeutique auprès du patient suicidaire, qu'elle se situe au niveau pharmacologique ou psychothérapeutique, devrait d'abord cibler les facteurs de risque modifiables qui ont été identifiés à l'anamnèse. L'insomnie ou l'anxiété pourra ainsi être réduite par l'administration d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. La psychopathologie active que présente le patient en proie à des idées suicidaires devrait faire l'objet d'un traitement qui respecte les lignes directrices émises parallèlement par l'APA, cette association ayant publié des lignes directrices concernant plusieurs psychopathologies associées à un risque suicidaire telles que la schizophrénie, le trouble dépressif majeur ou le trouble de la personnalité borderline. Sur le plan pharmacologique, le guide suggère que le patient dépressif qui présente des idées suicidaires reçoive un antidépresseur qui ne présente qu'un faible degré de létalité s'il devait être utilisé comme moyen suicidaire lors d'une intoxication volontaire. C'est le cas entre autres des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) qui sont moins toxiques que les antidépresseurs plus anciens comme les tricycliques ou les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO). Le patient dépressif présentant des idées suicidaires ne devrait pas se voir prescrire une grande quantité de comprimés à la fois. Le psychiatre traitant un patient bipolaire ou schizophrène qui présente un risque suicidaire significatif devrait considérer la possibilité d'utiliser un médicament qui est reconnu comme abaissant le risque suicidaire dans cette population ; c'est le cas pour le lithium dans le trouble bipolaire et pour la clozapine dans la schizophrénie. Enfin, le recours aux approches psychothérapeutiques qui ont démontré une efficacité dans le traitement de la psychopathologie active que présente le patient suicidaire – la thérapie cognitivo-comportementale pour le patient souffrant d'un trouble dépressif majeur par exemple – devrait être considéré par le psychiatre.

3.1.4. L'importance de la tenue de dossiers

Le guide donne également certaines indications de nature médico-légales, particulièrement en ce qui concerne la rédaction de notes au dossier médical. On y souligne que la rédaction de notes complètes est un élément fondamental pour démontrer que les informations pertinentes ont été recueillies si une poursuite devait être engagée contre le psychiatre suite au suicide de son patient. En l'absence d'une note au dossier qui la

documente, la cour pourrait conclure que l'intervention n'a pas eu lieu. La note au dossier devrait exposer le motif pour lequel l'évaluation du risque suicidaire a été réalisée, le relevé des facteurs de risque ainsi que le raisonnement clinique qui a permis au psychiatre de prendre une décision. La note devrait également rendre compte des informations qui ont été transmises au psychiatre par des tiers (des proches du patient ou encore des intervenants du système de soins de santé). Le fait que le patient possède ou non des armes à feu ainsi que les moyens qui ont pu être pris pour lui en restreindre l'accès doivent être consignés. Dans le cours du suivi du patient hospitalisé, lorsque des modifications sont apportées au niveau de surveillance ou encore lorsque le patient est autorisé à bénéficier de sorties temporaires, le dossier doit exposer les enjeux cliniques ainsi que les motifs qui ont conduit le psychiatre à apporter de telles modifications.

3.1.5. Les récentes recommandations de l'APA

Bien que le *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors* n'ait pas été réédité depuis sa parution en 2003, l'APA a publié parallèlement ses *Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults* dont une section est consacrée à l'évaluation du risque suicidaire. La troisième édition de ces lignes directrices a paru en 2016. Le groupe de travail qui en a assuré la rédaction se propose de distinguer plus clairement qu'auparavant les mesures qui font l'objet d'une recommandation (indice 1) de celles qui font l'objet d'une simple suggestion (indice 2). Chaque énoncé, lequel consiste en une recommandation ou une suggestion au clinicien, a été évalué en regard de la littérature médicale disponible et a fait l'objet d'une analyse coûts / bénéfices. Un indice supplémentaire (A, B ou C) accompagne chacun des énoncés et indique le niveau de confiance qui peut lui être accordé selon le support existant pour cet énoncé dans la littérature. Les énoncés ont ensuite été soumis à un panel d'experts qui ont été invités à se prononcer sur la pertinence de chacune des mesures proposées. Concernant l'évaluation du risque suicidaire, nous constatons d'abord que tous les énoncés obtiennent la cote 1C, ce qui signifie qu'il s'agit de recommandations qui ne peuvent être émises qu'avec un faible degré de confiance considérant les données disponibles dans la littérature. Cet état de choses s'explique, selon les auteurs, par le fait qu'il serait éthiquement intenable de mener une étude prospective dans laquelle seule une certaine

proportion des sujets serait questionnée quant à la présence d'idées suicidaires. Il n'existe donc pas d'étude randomisée qui permettrait par exemple de démontrer la supériorité clinique d'un questionnaire exhaustif concernant les idées suicidaires comparativement à une évaluation plus sommaire. Les membres du groupe de travail en ont donc été réduits à faire reposer leurs recommandations sur les résultats d'études observationnelles ou encore sur les consensus d'experts.

Concernant l'évaluation du risque suicidaire, les *Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults* émettent quatre énoncés qui sont autant de recommandations à l'endroit du psychiatre qui conduit un entretien clinique. Le premier énoncé énumère les éléments permettant d'évaluer le risque suicidaire qui devraient être abordés lors de l'évaluation initiale de *tout patient* : présence d'idées suicidaires, antécédents de gestes suicidaire ou d'automutilation, anxiété envahissante, désespoir, etc. Le guide stipule que les patients présentant un risque suicidaire devraient ainsi être identifiés et ce, même si la raison de consultation n'est pas liée au suicide. Les auteurs du guide admettent qu'il n'existe que peu de données qui supportent une évaluation du risque suicidaire « de routine » lors de l'évaluation initiale d'un patient ; toutefois cette évaluation est considérée comme étant peu susceptible de causer un tort si bien qu'elle demeure « recommandée ». L'énoncé 2 ajoute certains éléments qui devraient faire l'objet d'une attention clinique, lors de l'évaluation initiale, lorsque *le patient rapporte actuellement des idées suicidaires* : il s'agit de le questionner sur ce qu'il entend faire si sa condition se dégrade, sur l'accès à des objets lui permettant de passer à l'acte, sur les motifs qui l'amènent à vouloir mourir, sur les raisons pour lesquelles il pourrait choisir de rester en vie et, enfin, sur ses antécédents familiaux en matière de suicide. La qualité de l'alliance thérapeutique avec le psychiatre devrait aussi être mentionnée. Les tableaux VIII et IX résument ces recommandations.

Tableau VIII - Éléments à rechercher lors de l'évaluation initiale de tout patient

Idées, intentions et plans suicidaires actuels
Antécédents d'automutilation, d'idées, de plans et de tentatives suicidaires
Antécédents d'hospitalisations en psychiatrie et de visites à l'urgence psychiatrique
Usage d'alcool et de drogues
Stresseur psychosocial (difficultés financières, problèmes légaux, difficultés au travail, conflit interpersonnel avec un proche, absence de support, maladie physique, douleur chronique)
Présence d'idées (délirantes ou non) à caractère violent (agression physique ou sexuelle, homicide)
Évaluation générale de l'humeur, du niveau d'anxiété, du cours et du contenu de la pensée, des perceptions (présence d'hallucinations) et des fonctions cognitives
Diagnostiques psychiatriques antérieurs et actuels

Source: APA (2016).

Tableau IX - Éléments supplémentaires à rechercher lors de l'évaluation du patient qui rapporte actuellement des idées suicidaires

Intention suicidaire si aggravation des symptômes
Accès à des moyens de suicide
Motivations au suicide (sentiment d'humiliation, vengeance, délire de culpabilité)
Raisons de vivre
Qualité de la relation thérapeutique avec le clinicien
Antécédents familiaux de comportements suicidaires

Source: APA (2016).

L'énoncé 3 stipule que lors de l'évaluation initiale, les patients qui rapportent une tentative suicidaire antérieure devraient être amenés à fournir des détails sur celle-ci : contexte dans lequel le geste a été posé, moyen utilisé, séquelles du geste, degré de létalité du geste et intention sous-jacente (c'est-à-dire désir de mourir ou encore désir de voir cesser

temporairement sa souffrance). Le quatrième et dernier énoncé énonce que le psychiatre, lors de l'évaluation initiale, devrait consigner au dossier son estimation du risque suicidaire en faisant mention des facteurs de risque présents.

Le guide revient brièvement sur la question de l'usage des échelles d'évaluation du risque suicidaire comme c'était déjà le cas en 2003 lors de la publication du *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. L'APA (2016) souligne que de telles échelles peuvent avoir une certaine utilité en aidant le psychiatre à structurer son entretien mais ajoute qu'aucune d'entre elles n'est en mesure de fournir une évaluation numérique du risque suicidaire qui aurait une valeur prédictive suffisante pour avoir une utilité clinique.

Dans la dernière section du guide, les membres du groupe de travail discutent de l'application des lignes directrices proposées au processus d'évaluation de la qualité de l'acte médical. Ils reconnaissent que la rédaction de l'évaluation du risque suicidaire dans le dossier médical peut prendre différentes formes. Par exemple, certains cliniciens préféreront rédiger un paragraphe qui présente de manière synthétique les principaux facteurs de risque que présentent le patient, tandis que d'autres opteront pour une forme de rédaction plus systématisée.

3.2. Le guide de pratique de l'Ontario Hospital Association

Bien qu'il n'existe pas, comme nous l'avons mentionné plus haut, de lignes directrices émises par des associations canadiennes regroupant principalement des médecins en ce qui concerne l'évaluation et la gestion du risque suicidaire, il faut souligner que l'Ontario Hospital Association (OHA) a commandité la rédaction du *Guide d'évaluation du risque de suicide. Une ressource pour les organismes de santé*, publié en 2011. Ne s'adressant pas exclusivement aux médecins, ce guide propose une approche globale de prévention du suicide telle que celle-ci pourrait être réalisée dans un cadre hospitalier. En introduction, les auteurs notent que bien que la prévention du suicide soit un enjeu de santé publique majeur, il n'existe pas encore au Canada de « méthode uniforme » qui guiderait les prestataires de soins dans l'évaluation du risque suicidaire ; le guide souhaite ainsi réaliser « le premier pas vers la normalisation du processus

d'évaluation du risque de suicide auprès des professionnels de la santé ». Le guide n'assigne pas des tâches spécifiques à certains professionnels, que ce soit l'urgentologue, le psychiatre ou encore le personnel soignant, mais il est incontestable que certaines recommandations, en particulier celles qui concernent l'évaluation exhaustive du risque suicidaire réalisée à l'urgence ou sur une unité de soins psychiatriques, visent particulièrement le psychiatre bien que celui-ci ne soit jamais explicitement nommé. Nous présenterons une synthèse des recommandations de ce guide qui a l'avantage, pour le psychiatre québécois, d'être disponible en traduction française et de refléter une perspective canadienne sur l'évaluation et la gestion du risque suicidaire.

Le guide de l'OHA se divise en quatre sections. La première présente les principaux principes qui devraient guider l'évaluation du risque de suicide, la seconde consiste en une revue critique des principaux outils d'évaluation du risque suicidaire disponibles dans la littérature médicale, la troisième discute d'enjeux de contrôle de la qualité de l'acte médical alors que la quatrième et dernière section décrit la méthodologie ayant permis la rédaction du guide et fournit des diagrammes synthétisant l'information présentée dans les sections précédentes. Nous nous attarderons aux deux premières parties. Il est intéressant de noter que les auteurs du guide ne se sont pas contentés de réviser la littérature disponible mais qu'ils ont aussi mené des entrevues avec plusieurs professionnels de la santé oeuvrant auprès de certaines clientèles spécifiques (jeunes, personnes âgées, autochtones, etc.) de façon à évaluer l'applicabilité pratique de leurs recommandations.

3.2.1. Aperçu des principes en matière d'évaluation du risque suicidaire

Dans la première section, celle qui nous intéressera au premier chef ici, les auteurs proposent une évaluation du risque suicidaire qui repose d'abord sur l'identification des « facteurs de risque potentialisateurs » et des « signes avant-coureurs » (que nous avons déjà abordés au chapitre 1). Les facteurs de risque potentialisateur représentent les facteurs de risque corrélés à un passage à l'acte suicidaire (maladie psychiatrique ou physique, antécédents de geste suicidaire, isolement social, etc.) mais ils n'indiquent pas, contrairement aux signes avant-coureurs, un risque de passage à l'acte à court terme (c'est-à-dire dans un délai pouvant se compter en jours, voire même en minutes). Ainsi, c'est essentiellement le nombre de signes avant-coureurs (expressions verbales ou écrites du

désir de s'enlever la vie, preuve d'un plan de suicide, anxiété envahissante, agitation, désespoir, etc.) qui déterminera le niveau de risque que présente un individu. Les facteurs de protection (support familial, accès à des soins de santé de qualité, croyances religieuses, etc.) sont susceptibles d'atténuer le risque que présente l'individu et ils devront donc être recherchés par le psychiatre qui procède à l'évaluation. Les auteurs rappellent que la qualité de l'évaluation et de la prise en charge subséquente du patient suicidaire ne dépend pas uniquement du prestataire de soins mais également des contraintes qui s'imposent à ce dernier : le temps disponible pour réaliser l'évaluation, la disponibilité des ressources, le niveau de formation et l'expérience du personnel soignant sont autant de facteurs avec lesquels le psychiatre doit composer.

Selon les auteurs, quatre grands principes devraient guider le processus d'évaluation du risque suicidaire par le psychiatre : l'établissement d'une relation thérapeutique avec le patient, la communication et la collaboration avec le patient lui-même, ses proches et les autres prestataires de soins, la documentation adéquate de l'information recueillie et, enfin, la sensibilisation de l'évaluateur aux différences culturelles.

L'établissement d'une relation thérapeutique

Le premier principe vient rappeler que l'évaluation du risque suicidaire n'est pas une procédure qui pourrait être automatisée et expédiée en peu de temps. Il est au contraire essentiel d'établir un climat de confiance avec le patient, de l'écouter avec empathie et d'utiliser des techniques d'entrevues variées de façon à lui permettre de dépasser les sentiments de honte qui peuvent faire obstacles au dévoilement de ses idées suicidaires et des autres symptômes indiquant un risque suicidaire élevé.

La communication et la collaboration

Le deuxième principe devrait inciter le psychiatre à rechercher des informations provenant des proches et à permettre à ceux-ci de jouer une part active dans le traitement du patient. Ainsi, si le patient n'est pas hospitalisé, la famille peut jouer un rôle dans la supervision du patient en lui rappelant par exemple de respecter les ententes qui ont été prises avec les prestataires de soins ou encore en restreignant l'accès à des moyens

permettant de se suicider. Pour ce faire, il est essentiel que le psychiatre ait préalablement échangé avec les proches du patient et leur ait transmis toute l'information pertinente, tout en respectant évidemment ses obligations déontologiques de respect de la confidentialité. Le principe de communication efficiente s'étend également aux membres de l'équipe de soins. Il est primordial que les professionnels qui participent aux soins du patient disposent de tous les renseignements concernant la gravité du risque suicidaire de façon à exercer une supervision adéquate. La transmission de l'information est particulièrement critique aux « points de transition », c'est-à-dire aux moments où le patient passe de la supervision d'une équipe de soins à une autre comme cela peut être le cas lorsque le patient est transféré vers une autre unité de soins ou encore lors des changements de quarts de travail sur l'unité de soins psychiatriques. En effet, les transferts de soins représenteraient les moments où le risque d'un passage à l'acte suicidaire serait le plus élevé lors d'un séjour hospitalier.

La documentation

Le guide souligne, en en faisant son troisième principe, l'importance d'une documentation complète en ce qui a trait à l'évaluation et à la gestion du risque suicidaire. Les éléments qui devraient avoir été consignés au dossier médical sont énumérés : niveau général de risque de suicide (qui consiste en la synthèse des informations recueillies suite à l'évaluation d'un patient présentant un comportement suicidaire, incluant ceux ayant posé un geste), antécédents de tentatives de suicide et d'automutilation, relevé des facteurs de risque potentialisateurs, des signes avant-coureurs et des facteurs de protection, degré d'intention de commettre un suicide, sentiments du patient suite au comportement suicidaire, description de la progression des idées suicidaires et des comportements susceptibles de mener à une tentative suicidaire, comparaison entre la situation actuelle du patient d'avec celle qui a mené, dans le passé, à une tentative suicidaire et, enfin, description de l'historique familial en matière de comportements suicidaires. Le guide mentionne qu'une telle documentation devrait permettre de reconstituer le raisonnement clinique qui a permis au clinicien de prendre les décisions clés dans le processus de soins, particulièrement lorsqu'il s'agit de déterminer le moment où le patient pourra obtenir son congé de l'hôpital. Les auteurs précisent à ce propos que le patient présentant un risque suicidaire ne devrait recevoir son congé de l'unité de soins (ou encore de la salle d'urgence)

que lorsqu'un plan d'action en cas de détérioration de sa condition clinique ait pu être établi. Ce plan devrait inclure les signes avant-coureurs devant être reconnus par le patient ou sa famille, la date du prochain rendez-vous avec un professionnel de la santé et les ressources disponibles en cas de réapparition des idées suicidaires.

Enfin, le quatrième principe, dont nous ne détaillerons pas ici les fondements, rappelle à l'évaluateur l'importance de la sensibilisation aux cultures.

3.2.2. Aperçu des outils d'évaluation du risque suicidaire

La deuxième section du guide de l'OHA nous intéressera ici dans la mesure où elle procède à un inventaire critique des principaux outils d'évaluation du risque suicidaire en décrivant les paramètres mesurés par l'échelle, la population auprès de laquelle l'échelle peut être utilisée et ses propriétés psychométriques (validité, sensibilité, spécificité). En conclusion de cette section, les auteurs soulignent toutefois qu'il reste difficile d'établir la supériorité d'un outil sur un autre et, qu'en pratique, ces outils sont surtout utiles au clinicien pour s'assurer que tous les facteurs de risque et de protection pertinents ont été pris en compte ainsi que pour corroborer les informations recueillies lors de l'entrevue clinique. Le patient qui remplit une échelle d'auto-évaluation pourrait par exemple révéler à cette occasion des informations qu'il n'avait pas mentionnées au préalable à son médecin lors de son entretien avec lui.

Le clinicien devrait bien réaliser, affirment les auteurs, que les outils d'évaluation n'ont qu'une capacité prédictive très limitée quant au suicide « complété » et ce essentiellement en raison de problèmes méthodologiques. Ainsi, la validité prédictive d'une échelle d'évaluation n'est généralement pas définie par sa capacité à prédire un décès par suicide dans un laps de temps défini, mais plutôt par sa capacité à prédire un événement tel que la décision prise par le psychiatre d'hospitaliser le patient. Il y a donc un risque de circularité puisque la validité prédictive d'un outil est établie par comparaison avec l'entrevue clinique du psychiatre, considérée comme la norme de référence. Dans ce contexte, l'outil d'évaluation serait certes utile au praticien moins expérimenté puisqu'il lui permettrait de parvenir à la même évaluation du risque suicidaire que celle d'un praticien « confirmé », mais il n'aurait alors aucune utilité pour ce dernier auquel on

attribue déjà, par convention, une pratique optimale. Par ailleurs, même s'il est vrai que certaines échelles, par exemple l'Échelle d'idéation suicidaire de Beck, ont démontré une capacité à prédire le décès par suicide comme tel (et non pas seulement un événement « apparenté »), ces échelles ne permettent pas d'identifier les patients qui décéderont par suicide dans les prochains jours ou mois, mais plutôt ceux qui se suicideront dans les prochaines années, ce qui est évidemment d'un intérêt moindre sur le plan pratique. Pour toutes ces raisons, l'évaluation du risque suicidaire ne devrait jamais reposer uniquement sur l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque suicidaire, tout comme les décisions cliniques ne devraient être déterminées « mécaniquement » par le score obtenu sur une échelle d'évaluation du risque suicidaire.

3.3. Synthèse des différentes lignes directrices

L'étude des guides de pratique que nous venons de réaliser permet de dégager ce qu'il convient d'appeler le « standard de pratique » du psychiatre qui évalue un patient présentant des idées suicidaires ou tout autre comportement suicidaire. Ce standard de pratique comprend des obligations à la fois d'évaluation du risque suicidaire et de gestion de ce risque. Avant de présenter la jurisprudence relative à la responsabilité professionnelle du médecin qui face au patient présentant un risque suicidaire, il apparaît important de synthétiser les enseignements de la littérature en décrivant les différentes étapes de l'évaluation puis celles de la prise en charge subséquente du risque suicidaire. On pourra ainsi en arriver à définir ce qui devrait être considéré comme une déviation fautive par rapport à ce standard de pratique.

3.3.1. Déterminer si une évaluation du risque suicidaire est requise

Procéder à une évaluation exhaustive du risque suicidaire s'impose évidemment comme une obligation au psychiatre qui, pratiquant à l'urgence, est demandé en consultation pour évaluer un patient qui a tenu des propos suicidaires ou qui vient de poser un geste suicidaire. On pourrait toutefois se demander jusqu'à quel point l'évaluation de ce risque est pertinente dans les situations où les verbalisations ou les gestes suicidaires ne sont pas mentionnées comme motif de consultation. Or, les guides de pratique suggèrent que le psychiatre conserve un haut niveau de vigilance face à la perspective qu'un patient

souffrant de problèmes psychopathologiques de quelque nature que ce soit puisse présenter un risque suicidaire significatif. De façon générale, on pourra donc affirmer que le psychiatre qui rencontre un patient pour une première fois (à l'urgence, à la clinique externe ou à l'unité d'hospitalisation) devrait minimalement soumettre celui-ci à un court questionnaire de dépistage concernant la présence d'idées suicidaires. Le questionnaire sera plus élaboré en présence de symptômes suggestifs d'une psychopathologie plus particulièrement associée au suicide comme la dépression majeure ou la schizophrénie. Ainsi, dans l'hypothèse où l'un de ses patients se suicide quelques jours après un premier rendez-vous à la clinique externe, il serait difficile pour un psychiatre qui n'aurait posé une seule question permettant d'évaluer le risque suicidaire de se justifier en prétextant que la demande de consultation provenant du médecin référent ne mentionnait pas la présence d'idées suicidaire chez ce patient souffrant par exemple d'une dépression majeure.

3.3.2. Questionnaire auprès du patient

Comme nous l'avons vu précédemment, les guides de pratique reconnaissent que la tâche d'évaluation du risque suicidaire est complexe et qu'elle ne saurait être automatisée. Le psychiatre qui mène une entrevue avec un patient présentant des idées suicidaires doit, tant que faire se peut, en arriver à construire une alliance thérapeutique avec ce dernier. Le psychiatre ne peut se contenter d'explorer seulement la raison qui amène le patient à consulter ; il doit aussi s'assurer de connaître les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, particulièrement en ce qui a trait à des comportements suicidaires. Il ne devrait pas hésiter à poser des questions claires, et donc éviter les formulations elliptiques, lorsqu'il cherche à préciser le degré d'intention suicidaire que présente le patient. Le questionnaire devra en outre permettre de mettre en évidence les facteurs de risque ainsi que les facteurs de protection qui viennent moduler le risque suicidaire. Enfin, le psychiatre doit en arriver à poser un diagnostic et, pour ce faire, il doit rechercher les signes et symptômes pertinents, ce qui implique de ne pas restreindre le questionnaire à la seule thématique des idées suicidaires.

3.3.3. Obtention d'informations collatérales

Les informations obtenues au questionnaire avec le patient lui-même devraient être corroborées, dans la mesure du possible, par un entretien auprès d'un ou des proches du patient. En effet, le patient pourrait taire, pour différentes raisons, des informations importantes. Dans sa recherche d'informations collatérales, le psychiatre doit toutefois respecter ses obligations de confidentialité et s'assurer d'obtenir le consentement de son patient avant de transmettre des renseignements à des tiers. D'autres moyens de corroborer l'information sont également disponibles : consultation du dossier antérieur de l'établissement, contacts avec des médecins et des thérapeutes qui connaissent le patient, consultation des rapports des policiers ou ambulanciers si le patient a été amené sous escorte à l'urgence. Ainsi, le psychiatre qui négligerait de consulter des sources d'informations collatérales accessibles et pertinentes pourrait se voir reprocher de ne pas avoir mis tout en œuvre pour bien cerner la situation clinique du patient présentant des idées suicidaires.

3.3.4. Élaboration d'une synthèse de l'information obtenue

Après avoir procédé à l'évaluation du patient et obtenu les informations collatérales pertinentes, le psychiatre doit rédiger une note médicale qui présentera toute l'information pertinente en incluant la raison de consultation, les antécédents personnels et familiaux, les signes et symptômes identifiés au questionnaire puis à l'examen mental du patient, les caractéristiques des idées suicidaires et les facteurs de stress qui affectent le patient. Les informations ayant été transmises par des proches doivent y être consignées. La note médicale doit également refléter le raisonnement clinique qui conduit le psychiatre à attribuer un niveau de risque suicidaire au patient, lequel sera habituellement exprimé qualitativement comme faible, moyen ou élevé. Comme nous l'avons vu, le raisonnement clinique qui conduit à attribuer un niveau de risque est essentiellement tributaire de la présence ou de l'absence des différents facteurs de risque et de protection et la note médicale devrait, en conséquence, mentionner de tels éléments (bien qu'il soit difficile en pratique d'être exhaustif étant donné la multiplicité de tels facteurs mentionnés dans la littérature médicale). L'utilisation d'échelles standardisées d'évaluation du risque suicidaire pourrait, à cette étape, se révéler utile, surtout pour le clinicien moins

expérimenté, mais les limitations inhérentes à ce type d'outils cliniques ne permettent pas d'en faire une étape incontournable. Soulignons que la rédaction d'une note médicale complète n'a pas comme seul objectif de faire la preuve que le psychiatre a bel et bien recueilli toute l'information pertinente ; elle peut également, et peut-être surtout, permettre la communication de l'information aux autres professionnels qui auront à interagir avec le patient. En ce sens, le psychiatre qui rédigerait une note médicale lacunaire pourrait se voir reprocher d'avoir manqué à son obligation de transmettre une information qui, si elle avait été disponible en temps opportun, aurait permis à un autre professionnel impliqué auprès du patient d'adopter une conduite optimale et ainsi d'éviter que le patient pose un geste suicidaire.

3.3.5. Sélection d'un milieu de traitement

La prescription d'un traitement au patient présentant des idées suicidaires implique d'abord une décision quant au milieu où seront dispensés les soins. Le psychiatre pourra recommander une période d'observation à l'urgence, une hospitalisation, un suivi en externe ou encore certaines mesures intermédiaires comme un séjour en hôpital de jour ou encore en centre de crise. Cette décision est probablement celle pour laquelle le psychiatre est le plus susceptible d'être critiqué dans l'éventualité d'un passage à l'acte suicidaire par le patient. En effet, le niveau de surveillance pouvant être exercé auprès du patient sera intimement relié au lieu physique dans lequel il évolue. À cette étape, une erreur consisterait pour le psychiatre à choisir un milieu de traitement qui ne serait pas conséquent au niveau de risque qui a précédemment été déterminé. Il faut toutefois rappeler que les guides de pratique que nous avons présentés ne fournissent jamais un algorithme simple qui permettrait au psychiatre d'associer le niveau de surveillance requis au risque suicidaire correspondant. Il restera toujours une part non éliminable de « jugement clinique » relevant de la subjectivité du psychiatre dans la décision d'hospitaliser ou non un patient, l'essentiel étant pour celui-ci de laisser une trace au dossier médical du raisonnement clinique qui l'a conduit à opter pour une mesure plutôt qu'une autre. La tâche de sélection du milieu de traitement est d'autant plus complexe que, comme nous l'avons vu, des conséquences négatives à l'hospitalisation peuvent survenir, particulièrement chez les patients présentant un risque suicidaire chronique. Aussi, l'objectif que poursuit le psychiatre dans le choix

d'un milieu de traitement n'est pas uniquement d'assurer la sécurité du patient, auquel cas la balance pencherait dans presque tous les cas vers l'hospitalisation, mais également de promouvoir l'alliance thérapeutique, de favoriser l'auto-responsabilisation du patient et de veiller à une juste utilisation des ressources hospitalières.

La recommandation du psychiatre pouvant être accueillie favorablement ou non par le patient ou sa famille, il est essentiel que le psychiatre ait préalablement pris soin de leur exposer le raisonnement qui l'a conduit à suggérer telle mesure et, en cas de refus du patient de se soumettre aux recommandations du psychiatre, d'expliquer les conséquences négatives que ce refus pourrait entraîner. Enfin, il existe dans la majorité, sinon dans toutes, les juridictions nord-américaines des dispositions légales qui permettent au médecin de restreindre les libertés des malades présentant un danger pour eux-mêmes ou pour autrui en raison d'une perturbation de leur état mental. Devant un patient qui présenterait un risque suicidaire élevé et qui refuserait d'être hospitalisé, le psychiatre ne pourrait se contenter de demander au patient de signer un formulaire de refus de traitement puis de le laisser quitter l'hôpital. Dans une telle situation, il devrait plutôt envisager d'utiliser les mesures légales à sa disposition pour assurer la sécurité du patient et documenter au dossier médical les motifs qui l'ont poussé à les utiliser ou non. Le psychiatre doit présumer que si le législateur a prévu des situations où le médecin peut imposer des restrictions à la liberté des individus pour leur propre sécurité, c'est qu'il *doit* utiliser les mesures à sa disposition le cas échéant ou, à tout le moins, qu'il devrait minimalement *envisager* de les utiliser. Par ailleurs, si l'hospitalisation ne s'impose pas, le psychiatre jugeant que la psychopathologie du patient et le risque suicidaire qui l'accompagne peuvent être gérés sur une base externe, il devra fournir au patient un plan d'action en cas de détérioration de sa condition clinique et s'assurer qu'un suivi adéquat sera fait. La plupart des guides de pratique insistent également sur l'importance de faire jouer aux proches du patient un rôle actif dans son traitement et de prendre des mesures pour restreindre l'accès du patient suicidaire à des armes à feu.

3.3.6. Prescription de la surveillance du patient hospitalisé et détermination du congé

La prescription du niveau de surveillance devant être exercée par le personnel auprès du patient hospitalisé sur une unité de soins psychiatriques est généralement, dans les centres hospitaliers québécois, déterminée par le psychiatre. Comme c'est le cas pour la décision consistant à hospitaliser ou non le patient, les guides de pratique ne proposent pas de recommandations univoques sur le type de surveillance que requiert un patient hospitalisé qui présente des idées suicidaires. Encore une fois, le psychiatre devra justifier ses décisions en exposant le raisonnement clinique qui les sous-tend, particulièrement lorsqu'il procède à une réduction du niveau de surveillance (par exemple en autorisant le patient à sortir seul à l'extérieur de l'unité de soins). La note médicale devrait démontrer que le psychiatre a eu le souci de consulter les autres professionnels impliqués auprès du malade et de recueillir des renseignements sur l'évolution clinique du patient depuis sa dernière rencontre avec celui-ci. Ainsi, le psychiatre qui négligerait de lire les notes d'observation rédigées par le personnel infirmier se met à risque de prendre une décision clinique infondée puisqu'il n'est pas en possession de toute l'information pertinente.

La décision concernant le moment opportun où le patient qui présente un risque suicidaire peut recevoir son congé définitif de l'unité de soins revêt une importance capitale car, comme nous l'avons vu, une proportion significative de malades poseront un geste suicidaire dans les semaines, voire les jours, suivant le congé. Le psychiatre qui prend une telle décision devrait donc s'assurer, et le noter au dossier médical, que des progrès cliniques significatifs ont été réalisés et que le risque suicidaire peut maintenant être géré sur une base externe. Le patient qui obtient son congé devrait avoir en main un plan d'action advenant une détérioration clinique de son état et connaître la date de son prochain rendez-vous avec un psychiatre ou un intervenant en santé mentale. Les membres de la famille du patient devraient également être informés de l'évolution de la condition clinique de leur proche et avoir appris à repérer certains signes cliniques qui pourraient suggérer une détérioration.

3.3.7. Prescription d'un traitement pharmacologique ou psychothérapeutique

Entretenir des idées suicidaires ne constituant pas une psychopathologie *per se*, le traitement pharmacologique ou psychothérapeutique proposé sera sélectionné en fonction du trouble mental que présente le patient. Les guides de pratiques concernant spécifiquement la gestion du risque suicidaire sont donc relativement avares en recommandations concernant les modalités thérapeutiques à offrir au patient présentant des idées suicidaires. On peut retenir toutefois que l'utilisation d'anxiolytiques ou d'hypnotiques pourrait permettre de réduire l'anxiété et l'insomnie, symptômes qui sont considérés comme des facteurs indiquant un risque de suicide à court terme. Le psychiatre sera toutefois prudent dans le choix des psychotropes utilisés en évitant de prescrire des médicaments qui pourraient entraîner le décès si le patient les utilisait pour s'intoxiquer volontairement. La quantité de comprimés dispensée au patient par le pharmacien devrait également être limitée. Deux médicaments sont associés à une réduction du risque suicidaire chez les patients souffrant de certaines psychopathologies spécifiques, la clozapine dans la schizophrénie et le lithium dans le trouble bipolaire, mais, à l'heure actuelle du moins, il n'apparaîtrait pas pertinent de prescrire de tels médicaments à un patient qui présenterait un risque suicidaire significatif en l'absence des psychopathologies susmentionnées. Enfin, la même logique prévaudra pour les suggestions pouvant être faites quant à la psychothérapie : le type de psychothérapie proposée au patient présentant des idées suicidaires sera d'abord fonction de la psychopathologie sous-jacente puisqu'il n'existe pas une forme de psychothérapie qui s'adresserait au patient suicidaire indépendamment du trouble mental qu'il présente.

3.4. La question de l'efficacité des mesures prises par le psychiatre pour prévenir le suicide

Bien que les guides de pratique dont nous avons résumé plus haut le contenu proposent des recommandations suffisamment congruentes pour que l'on puisse dégager un standard de pratique dans l'évaluation du risque suicidaire ainsi que dans l'encadrement clinique à apporter à la personne présentant des idées suicidaires, il est légitime de s'interroger sur l'efficacité réelle que peuvent avoir de telles mesures. On se rappellera par exemple que, dans la troisième édition des *Practice Guidelines for the Psychiatric*

Evaluation of Adults de l'APA, aucune recommandation concernant l'évaluation du risque suicidaire ne dépasse la cote 1C, ce qui signifie que toutes ces recommandations ne sont émises qu'avec un faible degré de confiance en leur utilité véritable pour prévenir le suicide. Les auteurs citent à ce propos l'étude réalisée en 1983 par Alex D. Pokorny. Ce dernier a mené une étude prospective chez 4 800 patients admis sur une unité psychiatrique, voulant tester l'hypothèse selon laquelle une évaluation des facteurs de risque associés au suicide dans la littérature médicale permettrait d'identifier une cohorte de patients particulièrement à risque de décéder par suicide dans les quatre à six années suivantes. La perspective de pouvoir identifier un patient comme étant à haut risque de suicide serait évidemment intéressante d'un point de vue clinique puisque des mesures thérapeutiques pourraient être alors mobilisées pour empêcher une fin tragique. À l'inverse, identifier un patient comme à faible risque de suicide sur une période de quelques années permettrait de rassurer le clinicien et l'inciterait à choisir des mesures de traitement moins restrictives. Malheureusement, cette étude, maintes fois citée dans la littérature, a démontré qu'il était impossible de construire un outil d'évaluation qui permettrait, en considérant les facteurs de risque présents à l'évaluation initiale, d'identifier les patients à haut de risque de décès par suicide au cours des années subséquentes sans générer un nombre excessif de faux-positifs.

Dans le même ordre d'idées, un psychiatre influent comme Benjamin J. Sadock suggère que, dans l'état actuel des connaissances théoriques et pratiques en psychiatrie, certains suicides devraient être considérés comme inévitables malgré la prestation des meilleurs soins disponibles (Sadock, Sadock et Ruiz, 2015). Est-ce à dire qu'un psychiatre pourrait justifier le fait de ne pas avoir procédé à l'évaluation du risque suicidaire dans les règles de l'art sous prétexte qu'une telle évaluation n'a pas d'incidence réelle sur le devenir du patient présentant un risque suicidaire ? Une pareille conclusion serait évidemment exagérée : comme son auteur le remarque lui-même en conclusion, l'étude de Pokorny examine la capacité d'un modèle à prédire le décès par suicide sur une période moyenne de cinq ans ; ses résultats ne permettent pas d'affirmer qu'il est impossible de prévenir le risque suicidaire présent à court terme en hospitalisant le patient, par exemple. Il serait d'ailleurs éthiquement impossible de mener une étude expérimentale qui aurait comme objectif d'évaluer l'efficacité d'une mesure comme l'hospitalisation dans la prévention du

décès par suicide chez le patient à haut risque. On imaginerait mal en effet qu'un comité d'éthique autorise une étude dans laquelle 50% des patients présentant un risque suicidaire élevé puissent être enrôlés de façon à former un groupe-contrôle et qui se verraient donc refuser le traitement habituellement suggéré pour leur condition. Ainsi, malgré les insuffisances indéniables de la science médicale actuelle dans sa capacité à prédire le risque de décès par suicide chez un individu donné, le psychiatre se doit de mener une pratique conforme aux standards cliniques en vigueur dans la communauté médicale à laquelle il appartient. Il ne pourrait, par exemple, justifier son refus de recourir à une hospitalisation pour encadrer un patient suicidaire en se contentant de rappeler qu'il n'existe pas de données probantes incontestables en faveur de l'efficacité d'une telle mesure. Par ailleurs, bien qu'il puisse exister des cas où le suicide du patient est, à plus ou moins longue échéance, inévitable ne dispense pas le psychiatre de recourir aux mesures d'encadrement du risque qui sont à sa disposition : un suicide est justement dit « inévitable » parce qu'il se produit malgré le fait que le patient ait reçu des soins de qualité, c'est-à-dire des soins qui respectent, voire même dépassent, les standards de pratique.

CHAPITRE 4 - LA RESPONSABILITÉ CIVILE DU MÉDECIN : LOIS, DOCTRINE ET JURISPRUDENCE

Dans l'exercice de sa profession, le psychiatre doit respecter certaines obligations à l'égard des patients qu'il reçoit en consultation et à qui il propose un traitement pour une condition qu'il a préalablement diagnostiquée. Comme tout médecin, comme tout citoyen même, il doit se comporter d'une façon prudente et diligente et éviter de porter un tort à autrui. Dans le cas contraire, il engage sa responsabilité professionnelle¹⁵ et pourra être sommé de réparer le préjudice si un lien de causalité existe entre sa faute et le dommage qui en découle. Au Québec, c'est le Code civil qui régit les relations entre particuliers tandis que dans les autres provinces canadiennes, les tribunaux appliquent une forme de droit civil reposant essentiellement sur la jurisprudence, la *common law*.

4.1. La responsabilité civile du médecin

4.1.1. Qualification du régime

Le *Code civil du Québec* distingue obligation extracontractuelle et obligation contractuelle (articles 1457 et subséquents). La responsabilité extracontractuelle repose sur le devoir général qui échoit à chaque individu de bien se comporter envers autrui, de respecter les usages et les lois et ainsi d'éviter de causer un préjudice à autrui. Les obligations contractuelles s'imposent quant à elles à l'individu qui, par contrat, s'est engagé envers une autre personne à lui fournir, par exemple, un service. Il existe un débat, en droit civil québécois, à savoir si les obligations découlant de la relation juridique médecin-patient sont de nature contractuelle ou extracontractuelle. En 1956, l'éminent juriste Paul-André Crépeau postule l'existence d'un contrat exprès ou même tacite entre le médecin et son patient. L'année suivante, un arrêt de la Cour d'appel (*X. c. Mellen*, 1957) reconnaît ce caractère contractuel entre les deux parties :

¹⁵ La responsabilité professionnelle des médecins découle des dispositions générales de la responsabilité civile.

« Dès que le patient pénètre dans le cabinet de consultation du médecin, prend naissance entre celui-ci et le malade, par lui-même ou pour lui-même, un contrat de soins professionnels ».

D'autres juristes ont aussi plaidé avec ferveur pour la théorie contractuelle (Bernardot et Kouri, 1980), tandis que d'autres l'ont nuancée (Baudouin, Deslauriers et Moore, 2014 ; Lesage-Jarjoura et Philips-Nootens, 2001). Jean-Louis Baudouin considère en effet qu'avec l'avènement du régime d'assurance publique, la relation médecin-patient s'est transformée d'une façon telle que le schéma général de la relation contractuelle ne convient plus. Par exemple, l'établissement d'un contrat entre deux parties implique que chacune d'elle est libre de ne pas contracter. Or, ce ne sera évidemment pas le cas pour le patient qui est amené inconscient à l'urgence pour y recevoir des soins, mais également pour le patient qui est évalué par un urgentologue ou un spécialiste « de garde » à l'urgence. Dans ce dernier cas, il n'est en effet pas possible pour le patient et le médecin de négocier les termes du contrat qui les lierait : le médecin étant, à l'instant présent, la seule personne habilitée à offrir les services requis au patient, il serait malvenu de les lui refuser. Des juristes soulignent toutefois que le problème de la « qualification du lien », contractuel ou extracontractuel, a perdu en grande partie son intérêt pratique, certaines distinctions entre les deux régimes ayant été uniformisées avec, notamment, l'implantation du « nouveau » Code civil, entré en vigueur en 1994.

4.1.2. Les conditions de la responsabilité civile

Au Québec, pour obtenir gain de cause, le patient qui souhaite obtenir réparation financière car il estime avoir subi un préjudice en raison du manquement du médecin à se conformer à ses obligations doit prouver au tribunal, conformément au principe *actori incumbit probatio*, que le médecin a commis une faute, que lui-même a subi un dommage (un préjudice) et qu'il existe une relation de causalité entre la faute reprochée et le préjudice allégué. La doctrine (Baudouin, Deslauriers et Moore, 2014 ; Bernardot et Kouri, 1980 ; Crépeau, 1977) et la jurisprudence¹⁶ sont vastes à cet effet. Ces trois éléments doivent être établis par le demandeur selon la prépondérance des probabilités. Dans les juridictions de

¹⁶ Notamment l'arrêt *Hôpital général de la région de l'Amiante Inc. c. Perron* (1979)

common law, soit partout au Canada à l'exception du Québec, s'ajoute une quatrième condition : l'existence d'un devoir de diligence du médecin à l'égard de son patient. Nous nous attarderons principalement aux dispositions de la législation québécoise.

4.1.2.1. Le dommage

L'article 1457 du *Code civil* stipule que le dommage, ou préjudice allégué peut être de nature corporel, moral ou matériel. Un dommage est corporel s'il implique une atteinte à l'intégrité physique ou fonctionnelle. Il peut engendrer des conséquences pécuniaires (l'incapacité à maintenir son revenu ou à gagner un revenu futur) ou des conséquences non pécuniaires (la perte de jouissance de la vie, les souffrances). Le dommage est moral si le préjudice consiste en des souffrances psychologiques résultant par exemple d'une atteinte à la réputation ou à la vie privée ou encore, pour des proches, de la douleur ressentie suite au décès d'un être cher (chagrin immédiat, perte de soutien moral futur). La possibilité de recourir à ce dernier type de compensation, que l'on pourrait qualifier de consolation de la douleur morale (le *solatium doloris*), a été confirmée en 1996 dans l'arrêt de la Cour suprême *Augustus c. Gosset*. Enfin, le dommage est de nature matérielle s'il implique, par exemple, un impact financier défavorable (une diminution de salaire, les coûts engendrés par les traitements).

Un psychiatre poursuivi par les proches d'un patient décédé par suicide pourrait devoir compenser ceux-ci pour des dommages moraux en vertu du *solatium doloris* mais aussi pour des dommages matériels, dans la mesure où la personne décédée contribuait au bien-être économique de la famille. Les proches du patient décédé seront alors qualifiés de victimes « par ricochet ». La succession d'un patient décédé par suicide pourrait également entamer une action au nom de cette personne puisque, dans la tradition civiliste, contrairement à la *common law*, le droit à une indemnisation n'est pas rendu caduque par le décès. Ainsi, les souffrances physiques ou morales subies par un patient entre le moment de la faute dont le médecin serait tenu responsable et celui du décès pourraient constituer un préjudice ouvrant la porte à une indemnisation à ses proches. Dans l'éventualité où le tribunal jugeait le médecin responsable des dommages subis par les plaignants, l'indemnisation que ce dernier devra verser sera déterminée par l'étendue des dommages et non par la gravité de la faute, le *Code civil*, à l'article 1621, réservant toutefois au juge

la possibilité d'imposer au défendeur le paiement de dommages punitifs dans certains cas spécifiques prévus par la loi. Ce sera le cas s'il y avait atteinte aux droits protégés par la *Charte des droits et libertés de la personne*. Notons toutefois que l'octroi de dommages punitifs dans les causes de responsabilité médicale est rarissime au Canada.

4.1.2.2. Le lien de causalité

L'établissement d'un lien de causalité entre la faute reprochée au défendeur (que nous détaillerons plus loin) et le préjudice allégué par la victime pose souvent des difficultés particulières en responsabilité médicale. Même en présence d'une faute incontestée, l'évolution défavorable d'une condition médicale peut en effet se prêter à différentes hypothèses explicatives, les unes impliquant la faute du médecin dans la séquence causale, les autres non. De façon générale, si le défendeur présente au tribunal différents scénarios qui, de façon probable, sont susceptibles d'expliquer le préjudice subi par le demandeur, sans que la faute alléguée y ait quelque rôle à jouer, le juge considèrera que le demandeur a échoué à faire la preuve d'un lien de causalité et l'action sera dès lors rejetée. Ainsi, il n'est pas suffisant de démontrer qu'une faute a été commise par le médecin : le tribunal devra aussi être convaincu que le dommage est une conséquence logique, directe et immédiate de cette faute (Baudouin, Deslauriers et Moore, 2014). Cependant, la doctrine et les cours de justice reconnaissent depuis longtemps que l'établissement d'un lien de causalité entre la faute du médecin et le dommage allégué est particulièrement difficile à établir pour le patient. Afin d'alléger le fardeau de la preuve qui repose sur le demandeur, ce dernier peut invoquer la preuve par présomption de fait. La Cour suprême, dans un jugement en 1969¹⁷, l'énonce ainsi :

« Quand une personne subit un préjudice par suite d'un événement ou d'une initiative qui normalement n'aurait pas eu ce résultat et qu'on peut conclure en toute probabilité que la chose ne se serait pas produite en l'absence de faute, il existe une présomption de fait [...] qui conclut à la responsabilité de celui qui a causé le dommage. »

¹⁷ *Martel c. Hôtel-Dieu St-Vallier* (1969)

Dans un article publié en 1977, le juriste Paul-André Crépeau explique en ces termes les préceptes des recours aux présomptions de fait :

« il est parfois difficile, voire impossible, pour le malade d'établir la cause du préjudice [...] que l'on songe, par exemple, au malade qui, sous l'effet de l'anesthésie, subit une intervention chirurgicale. [...] Exiger, dans ces cas, du malade la preuve rigoureuse d'une faute, n'est-ce pas, en réalité, le priver de tout recours ? [...] C'est précisément pour remédier à cet état de choses que les tribunaux, en l'absence de preuve directe d'une faute imputable au défendeur, ont cru devoir, autant que possible, faciliter le fardeau du demandeur en utilisant la preuve par présomption de fait [...] les tribunaux ont maintes fois déclaré que lorsque, dans le cours normal des choses, un événement préjudiciable ne se produit pas, si ce n'est par négligence, mais se produit tout de même, alors le tribunal, devant qui est faite, par le demandeur, la preuve de circonstances qui ont entouré la réalisation ou l'aggravation du préjudice, peut se déclarer satisfait de la seule preuve du dommage subi et, dès lors, exiger du défendeur une preuve d'absence de faute.»

Il faut rappeler que le lien de causalité entre la faute et le préjudice doit, comme ces deux derniers éléments, faire l'objet d'une preuve par prépondérance des probabilités. Ce fardeau de preuve est moins lourd pour le demandeur que celui qui consisterait à établir *scientifiquement* la relation causale entre la faute et le préjudice. C'est ce qu'a rappelé la Cour suprême en 1990 dans l'arrêt *Snell c. Farrell* :

« Le fardeau ultime de la preuve incombe au demandeur, mais en l'absence de preuve contraire présentée par le défendeur, une inférence de causalité peut être faite même si une preuve positive ou scientifique de la causalité n'a pas été produite. »

Opposant ensuite la perspective du témoin expert à celle de la cour quant à l'établissement du lien de causalité, la Cour ajoute :

« Les experts médicaux déterminent habituellement l'existence de causalité en des termes de certitude, alors qu'une norme inférieure est exigée par le droit. C'est au

juge des faits et non aux témoins experts médicaux qu'il appartient de rendre une décision juridique sur la question de la causalité. »

Il n'est pas exclu que le préjudice subi par la partie demanderesse résulte à la fois de la faute du médecin et de celle d'un tiers. Il convient à ce propos de distinguer deux cas de figure : celui dans lequel deux individus portent la responsabilité d'une faute commune et celui dans lequel plusieurs fautes distinctes, imputables à des individus différents, contribuent à réaliser un préjudice. Dans le premier cas, la compensation à verser au demandeur sera divisée également entre les individus responsables de la faute. Dans le second, le *Code civil* prévoit un partage de la responsabilité selon la gravité de la faute : si deux médecins ont commis chacun une faute ayant entraîné un préjudice dont la compensation est évaluée à 10 000\$, le tribunal pourrait, par exemple, estimer que la faute du premier médecin a contribué à hauteur de 25% aux dommages subis tandis que la faute du second a contribué à raison de 75%. La victime elle-même peut être, en partie ou en totalité, considérée comme responsable de son propre malheur. Dans un tel cas, elle pourrait être tenue de réparer le préjudice qu'elle a elle-même causé, comme en fait foi l'article 1478 du *Code civil*. Au Québec, la cour a pu ainsi juger en quelques occasions qu'un patient décédé par suicide était lui-même, en majeure partie, responsable de son décès et la compensation qu'a dû verser l'établissement fautif a été réduit en conséquence. En 2004, un centre de désintoxication¹⁸ a été trouvé responsable à hauteur de 20 % du suicide d'un client survenu en ses murs, tandis que ce dernier a été trouvé responsable à 80 % des dommages subis par sa famille. Le juge Daigle s'exprime ainsi :

« Formellement, le droit au suicide n'existe pas : jusqu'en 1972, une tentative avortée constituait une infraction prévue au Code criminel. Depuis, rien n'empêche une personne de disposer de sa vie sans aucune sanction pénale si elle échoue : si elle réussit, devenant la victime de son propre geste, comment concevoir qu'elle ne soit pas la cause principale du préjudice subi par ses proches. »

¹⁸ *Roy c. Toxi-Co-Gîtes Inc.* (2004)

Plus récemment (2009), la Cour supérieure¹⁹ a trouvé responsable un patient, décédé par pendaison alors qu'il était sous observation à l'urgence d'un hôpital. Le juge Gosselin explique en ces termes son raisonnement :

« Dans les circonstances et en l'absence d'une preuve d'expert établissant que J.R. était privé de raison lorsqu'il mit fin à ses jours, il faut lui attribuer une part de responsabilité pour les dommages que son décès cause aux demandeurs. »

Et plus loin :

« La faute du patient J.R. est manifestement la cause principale de son décès. La faute du Centre Hospitalier qui avait l'obligation de le protéger contre lui-même, revêt un caractère de gravité moindre. En conséquence, le Tribunal partage la responsabilité à raison de 75 % pour la victime et 25 % pour le défendeur. »

4.1.2.3 La faute

Définition de la faute

Enfin, et c'est cela qui nous intéressera ici au premier chef, la responsabilité civile du médecin à l'égard du plaignant ne peut être engagée que s'il a commis une faute. De façon générale, la faute consiste en un manquement à l'obligation d'agir d'une manière raisonnablement prudente et diligente. Pour Baudouin, la faute est définie par un manquement à un devoir ou par la violation d'une norme de conduite (Baudouin, Deslauriers et Moore, 2014). La jurisprudence (*Cloutier c. Hôpital Le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)* ; *Hôpital général de la région de l'Amiante Inc. c. Perron* ; *X. c. Mellen*) et la doctrine (Bernardot et Kouri, 1980 ; Crépeau, 1977) reconnaissent que l'obligation du médecin envers son patient est une obligation de moyens et non de résultat : le médecin ne s'engage pas à obtenir une guérison mais bien à prendre tous les moyens raisonnables en son pouvoir pour en venir à ce résultat. L'article 83 du *Code déontologie des médecins* stipule d'ailleurs que le médecin doit s'abstenir de promettre la guérison au patient. Une évolution défavorable de la condition physique ou psychique d'un patient n'implique pas nécessairement que le ou les médecins qui ont participé au traitement ont

¹⁹ *B.H. c. Centre hospitalier régional de Baie-Comeau* (2009)

commis une faute. La jurisprudence reconnaît que l'art médical n'est pas parvenu à un degré d'efficacité tel que tout échec thérapeutique ne puisse être le résultat que d'une erreur humaine. Le plaignant qui intente une action contre un médecin devra démontrer que ce dernier a bien commis une faute, c'est-à-dire qu'il a dérogé aux normes de conduite suivies par le médecin « moyen » placé dans des circonstances similaires.

La norme de pratique

Dans le cas du psychiatre envers qui est intenté un recours suite au suicide de l'un de ses patients, le tribunal déterminera s'il a commis une faute professionnelle en comparant sa conduite avec celle qu'aurait eue un praticien disposant de la même formation, un autre psychiatre donc, confronté à la même situation et dans des circonstances similaires. La norme de pratique à laquelle est confrontée la conduite du défendeur est appréciée par le tribunal *in abstracto* plutôt qu'*in concreto* : il ne s'agit pas pour le tribunal d'apprécier la conduite du défendeur à l'aune de sa propre norme habituelle de pratique mais bien à celle d'un être de raison, le psychiatre « moyen », qui fait preuve d'une prudence et d'une diligence raisonnables, mais qui n'est pas infaillible (Bernardot et Kouri, 1980). En 1957, dans l'arrêt *X. c. Mellen*, la Cour suprême s'exprime ainsi :

« La faute civile non intentionnelle doit s'apprécier *in abstracto*. Voici un chirurgien qui commet une erreur opératoire ; sa conscience ne lui reproche rien : il estime avoir bien opéré ; l'appréciation *in concreto* conduit alors à refuser toute réparation à la victime ; nul n'hésitera cependant à engager la responsabilité de ce médecin, du moment qu'il ne s'est pas conduit comme l'aurait fait un chirurgien prudent et diligent ; il a commis une faute : appréciation *in abstracto*. »

La norme de pratique professionnelle à laquelle sera comparée celle du défendeur dépendra donc de la spécialisation qu'il a acquise ainsi que des ressources dont il dispose. Puisque la pratique médicale évolue rapidement, le tribunal devra également tenir compte de l'époque à laquelle se seraient produits les faits reprochés au médecin : une pratique médicale, à visée diagnostique ou thérapeutique, pouvant aujourd'hui être considérée désuète, était peut-être tout à fait acceptable lorsque les faits se sont produits.

La pratique évolue rapidement mais elle est également plurielle. En psychiatrie, certains praticiens vont privilégier la sécurité du patient présentant des idées suicidaires en requérant rapidement l'hospitalisation tandis que d'autres encourageront plutôt le patient à se responsabiliser en lui proposant des stratégies de gestion des idées suicidaires, ce qui peut être fait en poursuivant le suivi sur une base externe. (On retrouve souvent une telle divergence de vues entre psychiatres dans l'approche du patient présentant des idées suicidaires chroniques, particulièrement celui qui souffre d'un trouble de la personnalité borderline. Certains experts affirment par exemple que l'hospitalisation est généralement contre-indiquée chez les individus souffrant de ce trouble même si le risque suicidaire à court terme devait être significatif.) En ce qui a trait à la pluralité des écoles de pensée en médecine, la cour s'est toujours refusé à trancher des débats qui sont d'abord scientifiques : son rôle n'est pas d'évaluer la supériorité d'une méthode diagnostique ou thérapeutique sur une autre, comme en témoigne en 1985 le juge dans l'affaire *Nencioni c. Mailloux* :

« Il n'appartient pas au Tribunal de faire un choix entre deux écoles de pensée scientifique, lorsque ces deux écoles paraissent aussi raisonnables l'une que l'autre et s'appuient toutes deux sur des écrits et textes scientifiques [...] »

Ainsi, le demandeur ne doit pas chercher à convaincre le tribunal qu'il existe une meilleure conduite que celle utilisée par le défendeur : il doit plutôt prouver qu'il est reconnu dans la communauté médicale que cette conduite est fautive et qu'elle n'est pratiquée que de façon marginale. La pratique du médecin doit se conformer aux pratiques éprouvées de sa discipline et non à « la » pratique optimale telle que pourrait la définir un expert appelé à témoigner pour le plaignant. Il est toutefois possible que le tribunal juge qu'une pratique pourtant approuvée par la communauté médicale soit néanmoins fautive lorsqu'elle semble pécher contre le simple bon sens. La Cour suprême l'affirme en 1995 dans l'arrêt *Ter Neuzen c. Korn* :

« si la conformité à la pratique courante exonère généralement le médecin de toute responsabilité pour négligence, il arrive parfois que cette pratique constitue en soi de la négligence. »

Il n'est donc pas interdit de penser qu'un tribunal puisse juger qu'un psychiatre engage sa responsabilité civile en signant son congé à un patient évalué à l'urgence pour

des idées suicidaires chroniques, même si le médecin parvient à convaincre le tribunal que cette pratique est répandue dans ce type de situation. C'est d'ailleurs en ce sens qu'opinaient en 1970 le professeur Adrian Popovici commentant l'affaire *Hôpital Notre-Dame v. Dame Villemure*, entendue par la Cour d'appel du Québec en 1970 puis portée à l'attention de la Cour suprême en 1973²⁰

« Sans vouloir juger de la valeur des méthodes thérapeutiques nouvelles (le moins d'isolement et de contention possible), les instructions du D^r Turcot nous semblent aller contre le simple bon sens. Si je vais voir un psychiatre à l'hôpital parce que je viens de faire une tentative de suicide, c'est bien de mon goût au suicide dont je veux me faire soigner sinon garder ; je veux qu'on m'empêche de recommencer. Agir comme le médecin l'a fait, c'est donner un rasoir à celui qui vient d'essayer de se couper les veines. Cela a peut-être une valeur thérapeutique dans certains cas, mais il semble que le risque est démesuré [...] »

La distinction entre la faute et l'erreur non fautive

Certains jugements et certains auteurs de doctrine juridique font, en matière de responsabilité médicale, une distinction entre la faute, entendue au sens juridique, et la simple « erreur de jugement ». L'erreur de jugement est une erreur excusable dans la mesure où elle est impliquée par l'absence d'infailibilité qu'on reconnaît au praticien pourtant raisonnablement prudent et diligent. Une erreur de diagnostic ou encore un accident thérapeutique n'engagent la responsabilité civile du médecin s'il n'est pas démontré que celui-ci a dérogé aux règles de l'art. La jurisprudence se montre sensible au fait que la pratique de la médecine est un art complexe et qu'il serait facile, mais trompeur, de déceler rétrospectivement des failles dans la conduite du médecin. C'est d'ailleurs souvent le cas dans l'évaluation du risque suicidaire comme en fait foi l'arrêt de la Cour d'appel *Cloutier c. Hôpital Le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)* en 1990. En rejetant l'action intentée par le demandeur, la Cour écrit :

²⁰ *Villemure c. Turcot et al.*, (1973)

« On se gardera d'assimiler non plus erreur de diagnostic et faute professionnelle. Dans un cas comme celui-ci, il est facile, rétrospectivement, de conclure que l'on a sous-estimé le risque suicidaire. Il faut toutefois se replacer dans la situation où se trouvait le médecin traitant pour porter son diagnostic. Celui-ci comporte l'évaluation d'une situation souvent complexe. Particulièrement dans le domaine psychiatrique, il doit évaluer des signes parfois trompeurs, rendus occasionnellement délibérément tels, par la volonté même du patient. [...] Il ne commet pas de faute en choisissant alors une approche ou une méthode de traitement communément admise dans sa profession. »

Le juriste Jean-Louis Baudouin conteste toutefois la pertinence du concept de « simple erreur de jugement » ou encore d'« erreur non fautive ». En effet, un psychiatre qui a évalué consciencieusement un patient présentant des idées suicidaires, qui a respecté les règles de l'art pour ce faire et qui a ensuite prescrit les mesures de surveillance appropriées au niveau de risque présenté par le patient commet-il nécessairement une « erreur de jugement », fut-elle « non fautive », s'il s'avère que le patient réussit malgré tout à passer à l'acte ? En fait, ce qu'on appelle ici « erreur de jugement » est uniquement identifié comme tel grâce à la connaissance que l'on peut avoir des développements subséquents du cas. Si l'on se replace au moment même où la décision clinique a été prise, était-il possible alors de déceler l'« erreur » en question ? Un psychiatre ayant qualifié le risque suicidaire d'un patient de « faible » n'a pas nécessairement erré lorsqu'il a émis cette opinion, même s'il s'avère que le patient passe à l'acte quelques jours plus tard, pas plus que le statisticien qui estime peu probable la chance que je gagne à la loterie ne sera réfutée si je gagne effectivement.

La preuve de la faute

Le fardeau de la preuve reposant généralement sur le demandeur, ce dernier tentera de démontrer au tribunal, selon le critère de la prépondérance des probabilités, que le médecin a failli à ses obligations de prudence et de diligence. Pour ce faire, la partie demanderesse aura recours à des témoignages d'experts qui instruiront le tribunal en matière de norme de pratique à laquelle le médecin mis en cause aurait dû se conformer. On présume en effet que le juge est profane en la matière : il ne possède pas les

connaissances scientifiques requises pour évaluer la pratique du défendeur et doit donc être éclairé pour être à même de rendre un verdict. C'est donc dire que les témoignages d'experts, qu'ils soient produits par la partie demanderesse ou par la défense, revêtent une importance souvent cruciale dans l'établissement de la responsabilité civile du médecin. Il serait en effet fort difficile pour le demandeur de convaincre un tribunal qu'un médecin a contrevenu à une norme de pratique sans d'abord faire témoigner un expert à même de porter une opinion critique sur la conduite de ce dernier. Parallèlement, un témoin expert agissant pour la partie défenderesse tentera de convaincre la cour que cette norme a bel et bien été respectée par le défendeur. En 1977, la Cour d'appel, dans *Hôtel-Dieu-de-Québec c. Bois*, expose le rôle de l'expert :

« Contrairement au témoin ordinaire, au témoin des faits, l'expert est là pour exprimer une opinion (opinion que le juge n'est pas obligé d'accepter évidemment) ; il peut baser son témoignage sur du ouï-dire ; on peut lui poser des questions hypothétiques ; l'on a recours à sa science et à son expérience pour éclairer la Cour, dans un sens ou dans l'autre, sur les problèmes techniques, ou dans ce cas-ci, médicaux où les juges n'ont que des notions bien vagues. Avec l'apport d'opinions contradictoires et les données fournies par l'un et l'autre expert, le juge sera en meilleure position d'apprécier la situation. »

On s'attend du témoin expert, retenu par l'une ou l'autre des parties au litige, qu'il livre un témoignage objectif et exempt de toute partialité. Dans le cas (fréquent) où chacune des parties fait témoigner ses propres experts, le juge devra apprécier la valeur respective de chacun des témoignages en statuant sur l'utilité de l'expertise et la compétence, l'objectivité et l'impartialité du témoin expert (Baudouin, Deslauriers et Moore, 2014). Comme nous y avons fait allusion plus haut en citant l'arrêt *Ter Neuzen c. Korn*, le tribunal n'est pas lié au témoignage de l'expert qui affirmerait que la pratique du défendeur en est une répandue dans la profession ; il pourrait en effet juger que, bien que répandue, cette pratique contrevient à la plus élémentaire prudence.

Ajoutons que le témoin expert (ce pourrait surtout être le cas pour celui qui témoigne en faveur du demandeur) ne devrait pas élever sa pratique personnelle au-delà du rang de « standard » de la discipline. En effet, il est possible qu'en sa qualité d'expert, le

témoin fasse preuve d'un degré d'excellence supérieur au praticien « moyen » et qu'il emploie, par exemple, des instruments ou des techniques inconnus de bon nombre de praticiens. Or, on doit rappeler que la conduite du défendeur devrait être comparée à celle du médecin « raisonnablement prudent et diligent » et non à celle d'une sommité dans le domaine.

Nous avons vu au cours des pages précédentes qu'en matière de responsabilité médicale, l'établissement de la faute peut s'avérer particulièrement difficile pour le demandeur. Il est parfois impossible de démontrer de façon directe la faute du médecin. S'il s'agit d'un suicide, le psychiatre est bien souvent la seule personne qui peut relater l'entretien qu'il a mené avec la personne maintenant décédée. C'est également le psychiatre qui aura, à moins qu'il ne soit accompagné d'un étudiant en médecine ou d'un résident, rédigé la note médicale qui témoignera de ses agissements. De la même façon, dans la pratique de la chirurgie, surtout s'il s'agit d'une intervention mineure ne requérant pas la présence d'un anesthésiste ou de professionnels paramédicaux, il est tout à fait envisageable que ce soit uniquement le chirurgien lui-même qui puisse témoigner directement de sa faute, le patient ne possédant pas les connaissances techniques suffisantes pour l'identifier au moment où elle se serait produite. Tout comme le psychiatre rédige lui-même la note médicale, c'est le chirurgien qui rédige le protocole chirurgical. Sans vouloir évidemment présumer de la mauvaise foi du médecin, il faut convenir qu'il pourrait, du moins dans certains cas, être facile de « camoufler » une faute médicale. Ainsi, pour Baudouin, Deslauriers et Moore (2014), les notes médicales « ne sauraient faire pleine preuve de la véracité de leur contenu, puisqu'elles constituent une preuve préfabriquée (*self-serving evidence*). »

En reconnaissant la difficulté d'établir une faute directe, le *Code civil du Québec*, aux articles 2846 et 2849, prévoit la possibilité, pour le demandeur, d'évoquer une preuve « indirecte » de la faute par l'application de la présomption de fait (« une conséquence que la loi ou le tribunal tire d'un fait connu à un fait inconnu »). Les présomptions ne seront prises en considération par le tribunal que si celles-ci sont « graves, précises et concordantes. » La présomption de fait permet au tribunal d'inférer que sans l'intervention d'une faute du défendeur, le préjudice subi n'aurait pu se produire. L'exemple classique

d'une présomption de fait en responsabilité médicale est le cas d'un patient qui présenterait des complications suite à une chirurgie au cours de laquelle une compresse aurait été oubliée dans son abdomen. Dans une telle situation, on voit difficilement comment le fait (la présence d'une compresse dans l'abdomen du patient) puisse être compatible avec un comportement « raisonnablement prudent et diligent » de la part du chirurgien. Une tentative d'exonération pour le chirurgien pourrait alors consister à évoquer une force majeure (par exemple, un saignement soudain et imprévu qui a contraint l'équipe chirurgicale à refermer l'incision le plus rapidement possible) ou encore à faire reposer la faute sur un tiers. Il lui serait également possible d'attaquer la relation de causalité tout en reconnaissant sa faute.

Toutefois, dans le cas qui nous intéresse, soit celui du psychiatre contre qui est intenté une action en justice à la suite du suicide d'un patient, il nous apparaît peu probable que le tribunal applique la présomption de fait ; il est en effet reconnu que le suicide est hautement imprévisible et qu'il n'existe aucune procédure bien définie qui permettrait d'éviter à coup sûr un tel événement. Il ne semble pas y avoir, dans l'évaluation et la gestion du risque suicidaire réalisées par le psychiatre, une situation comparable à celle du chirurgien qui peut, en respectant un protocole bien défini, éliminer en pratique certaines complications spécifiques (on peut penser au décompte des compresses et des instruments avant et après l'intervention qui garantit, s'il est fait correctement, qu'aucun de ces objets n'a pu être oublié dans la plaie). Certes, l'on pourrait imaginer que le tribunal applique le régime de présomption de fait dans le cas d'un patient qui parviendrait à se pendre dans sa chambre d'hôpital alors qu'il se trouvait pourtant sous surveillance constante par un préposé. Toutefois, puisque le psychiatre n'exerce pas directement une surveillance auprès du patient mais que son rôle est plutôt de prescrire le type de surveillance requis, c'est la responsabilité de l'hôpital plutôt que celle du psychiatre qui serait engagée.

4.1.3. Effet d'une sanction disciplinaire

Le patient, ou encore sa famille, qui estime que le médecin n'a pas respecté ses obligations déontologiques peut déposer une plainte à l'ordre professionnel qui encadre la pratique de la médecine au Québec, soit le Collège des médecins du Québec. Dans le cas d'une infraction avérée au *Code de déontologie des médecins*, au *Code des professions* ou

à la *Loi médicale*, le conseil de discipline du Collège reconnaîtra le médecin coupable et pourra lui imposer une sanction. Être reconnu coupable d'une infraction disciplinaire implique-t-il nécessairement avoir également commis une faute sur le plan de la responsabilité civile ? Non, puisque toute dérogation à un article du *Code de déontologie* n'est pas susceptible d'entraîner un préjudice pour le patient. Certains articles du *Code*, comme par exemple l'article 115 qui interdit au médecin de « s'attribuer le mérite d'un travail qui revient à un confrère », n'ont pas comme objectif de régir la relation médecin-patient. On concevrait mal comment une infraction à cet article pourrait être utilisée par le demandeur pour engager la responsabilité civile d'un médecin quant au préjudice qu'il aurait pu subir. Toutefois, si le Comité de discipline reconnaît un médecin coupable de violation d'un article du *Code* concernant la qualité de l'exercice médical, un tribunal civil saisi de l'affaire pourrait admettre un jugement disciplinaire comme un élément de preuve susceptible de démontrer la faute du défendeur (Baudouin, Deslauriers et Moore, 2014). En effet, une condamnation disciplinaire peut offrir de solides arguments pour démontrer que la pratique du défendeur contrevient aux normes de pratique puisqu'au niveau disciplinaire, le médecin a été jugé par ses pairs, lesquels, contrairement au juge, possèdent des connaissances de première main en ce qui concerne la pratique de la médecine.

4.1.4. La responsabilité médicale en common law

Sous le régime de la *common law*, qui régit le droit commun dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens à l'exception du Québec, le demandeur qui souhaite obtenir un dédommagement de la part d'un médecin doit établir, toujours selon la prépondérance des probabilités, quatre éléments. Le demandeur devra d'abord faire la preuve que le médecin avait un devoir de diligence à son égard (*duty of care*). Essentiellement, il s'agira pour le demandeur de démontrer qu'il existait une relation thérapeutique entre le médecin et lui et donc que ce médecin devait s'acquitter de certaines obligations à son égard. Les trois autres éléments ont leur équivalent dans le régime de droit civil : le demandeur doit démontrer que le médecin a omis de se conformer à la norme de pratique (ce qui correspond de très près à la notion de faute en droit civil), que lui-même a subi un préjudice et qu'il existe une relation de causalité entre l'omission de se conformer à la norme de pratique et le préjudice subi. Étant donné la grande similarité du régime de

common law avec le droit civil codifié eu égard à la responsabilité médicale, on ne s'étonnera pas de voir les tribunaux québécois citer des décisions canadiennes. L'examen de la jurisprudence provenant des provinces et territoires où le droit civil est régi par la *common law* démontre également la réciproque : les juges n'hésitent pas à citer des arrêts concernant des recours entrepris en sol québécois.

4.2. Revue critique de la jurisprudence canadienne

Bien que moins abondante que la jurisprudence américaine, et ce pour des raisons à la fois sociologiques et démographiques, la jurisprudence canadienne offre néanmoins maints exemples de décisions permettant de préciser la notion de faute professionnelle en matière d'évaluation et de gestion du risque suicidaire. Dans les pages qui suivent, nous présenterons des arrêts des cours canadiennes en les regroupant selon le type de reproche adressé au médecin par la partie demanderesse. Nous étudierons ainsi des décisions où l'on reproche au psychiatre de ne pas avoir réalisé une évaluation adéquate du risque suicidaire, des décisions où il est allégué que la gestion du risque suicidaire en milieu intrahospitalier, par la prescription du niveau de surveillance ou des sorties temporaires, aurait été fautive, du moins si l'on en croit le demandeur et, enfin, des décisions où il est allégué que le psychiatre aurait dû utiliser des mesures légales pour garder contre son gré en milieu hospitalier un patient présentant un risque suicidaire. Nous illustrerons dans un deuxième temps à l'aide de quelques jugements des problématiques plus générales qui se posent au juge qui entend une cause en responsabilité professionnelle suite au suicide d'un patient : l'évaluation de cette partie fondamentale de la preuve que constituent les notes médicales rédigées par le psychiatre puis le rôle du témoignage d'experts dans l'établissement de la preuve.

Méthodologie : Tous les arrêts ont été repérés sur le site web CanLII, une bibliothèque virtuelle d'information juridique canadienne qui permet l'accès à plusieurs centaines de milliers de décisions rendues de 1876 à nos jours et sur le site web de la Collection Lexum, qui regroupe les jugements rendus par la Cour suprême du Canada. Nous avons utilisé les mots clefs « suicide », « psychiatrie », « responsabilité » et « faute » ainsi que leur traduction anglaise. Nous n'avons retenu que les décisions dans lesquelles au moins un psychiatre agissait à titre de défendeur ou de co-défendeur. Nous avons également jugé bon

de sélectionner deux arrêts dans lesquels la victime n'était pas décédée suite à sa tentative de suicide, mais qui en avait gardé de lourdes séquelles. Par ailleurs, il est indéniable que plusieurs recours ont été réglés hors cours, auquel cas les termes du règlement restent confidentiels. De plus, certaines actions qui se sont pourtant rendues à leur terme n'ont pas fait l'objet d'une décision motivée par le juge qui a présidé aux débats, si bien qu'elles ne sont pas disponibles dans les recueils de jurisprudence.

4.2.1. Recours où il est allégué que l'évaluation du risque suicidaire par le psychiatre était fautive

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, l'évaluation du risque suicidaire comporte plusieurs éléments qui font l'objet d'une description détaillée dans les guides de pratiques que nous avons présentés. Ces guides soulignent l'importance de recourir à plusieurs sources d'informations, dont le dossier antérieur et les proches du patient, de façon à maximiser la quantité de données pertinentes pour procéder à l'évaluation et à la gestion du risque suicidaire. Nous verrons que dans les recours civils mettant en cause le psychiatre suite au suicide d'un patient, le demandeur pourra alléguer que le psychiatre n'a pas respecté le standard de pratique auquel il est soumis en négligeant de consulter certaines sources d'informations.

4.2.1.1. A.M. c. Glass

En 2008, la veuve d'un homme décédé par suicide, H.A., poursuit conjointement la psychiatre, D^{re} Judy Glass, qui avait évalué son conjoint à l'urgence, et l'établissement hospitalier où cette dernière pratiquait, le *Jewish General Hospital* de Montréal. Un règlement hors cours étant intervenu entre la demanderesse et l'établissement hospitalier, nous ignorons quels étaient les fondements juridiques de l'action à l'égard de l'hôpital. Les faits peuvent être résumés sommairement comme suit. H.A. est âgé de 41 ans, sans antécédents psychiatriques, employé dans une entreprise de fabrication de vêtements. Il commet une erreur en vendant à rabais un lot de vêtements et tait durant un certain temps son faux pas à son supérieur avant de le lui avouer. Il devient de plus en plus nerveux et distrait au travail. Le 23 janvier 2002, il se présente à l'urgence du *Jewish General Hospital* et affirme à l'infirmière responsable du triage qu'il vient de poser un geste suicidaire par

lacération de son poignet. Il exhibe un canif qu'il lance sur le comptoir. Il rencontre rapidement la psychiatre de garde, D^{re} Judy Glass, à qui il révèle l'erreur qu'il a commise au travail. Il dit entretenir des idées suicidaires, mais affirme qu'il ne passera pas à l'acte par respect pour son épouse. Au terme de l'entrevue, laquelle dure environ 45 minutes, la D^{re} Glass rédige une ordonnance d'antidépresseurs, prescrit un arrêt de travail, autorise le congé et indique à H.A. qu'il sera rapidement contacté pour prévoir un rendez-vous dans les jours suivants avec l'équipe de suivi à l'urgence (« emergency follow-up team »). Suite à l'entrevue avec H.A., la D^{re} Glass rencontre brièvement la conjointe du patient, qui lui signale que le frère de son époux souffre de schizophrénie. Deux jours plus tard, H.A. est retrouvé pendu à son domicile.

La demanderesse reproche à la D^{re} Glass trois fautes professionnelles : défaut d'avoir questionné en profondeur son conjoint, évaluation inadéquate du risque suicidaire et omission de lui avoir fourni des instructions précises dans le cas où la condition de son conjoint devait se détériorer. En ce qui concerne les deux premiers manquements, les prétentions de la partie demanderesse se fondent sur les allégués suivants : la D^{re} Glass aurait insuffisamment investigué les antécédents familiaux et aurait omis de questionner en profondeur la conjointe avec laquelle elle n'aurait discuté que très brièvement. L'expert retenu par la demanderesse estime par ailleurs que la durée de l'entrevue avec le patient était trop brève pour permettre à la psychiatre de réaliser un questionnaire exhaustif. Il lui reproche également d'avoir sous-évalué le risque suicidaire et de ne pas avoir recommandé une hospitalisation, conduite qui aurait permis d'éviter le décès du patient.

Analysant la preuve qui lui a été soumise, le juge Louis Crête de la Cour supérieure estimera toutefois qu'il n'y a pas eu faute de la part de la psychiatre. Dans son jugement, il reconnaît que le psychiatre pratiquant à la salle d'urgence ne dispose pas d'un temps illimité pour évaluer un patient. D'ailleurs, les témoins experts retenus par la partie défenderesse ont affirmé que le temps consacré par la D^{re} Glass à l'entrevue avec son patient était tout à fait dans les normes, voire davantage (« En urgence, 45 minutes, c'est long »). Le reproche d'avoir omis de valider les informations transmises par le patient par une entrevue avec sa conjointe ne tient pas puisque la D^{re} Glass n'avait pas obtenu au préalable le consentement du patient, consentement légalement requis au dévoilement de

renseignement sur sa condition psychique. L'examen de la note médicale rédigée par la D^{re} Glass a démontré que son évaluation avait été consciencieuse et exhaustive puisque tous les éléments cliniques pertinents y étaient consignés. Certes, ne figurait pas dans la note médicale un résumé de la courte discussion entre la D^{re} Glass et la conjointe du patient mais il faut se rappeler, écrit le juge Crête, que « La prise de notes dans un dossier médical n'est pas un exercice de sténotypie, le médecin doit s'en tenir à l'essentiel et retenir ce qui, selon son jugement professionnel, s'avère important aux fins de son diagnostic et du traitement qu'il prescrira. »

À l'allégué affirmant que la D^{re} Glass avait mal apprécié le risque suicidaire, le juge répond d'abord que les trois experts entendus, qu'ils aient témoigné pour la partie demanderesse ou la partie défenderesse, estimaient que le diagnostic retenu par la D^{re} Glass, celui de dépression majeure, était justifié. Dans son témoignage rendu devant le tribunal, la D^{re} Glass a affirmé avoir estimé le risque suicidaire présenté par H.A. lors de l'évaluation de « faible à faible-moderé » puisque le patient n'avait pas d'antécédents en matière de geste suicidaire, qu'il n'avait pas l'intention de poser un geste, qu'il s'était présenté de son plein gré à l'hôpital pour obtenir de l'aide et qu'il disposait d'un bon soutien social. Tous les experts (incluant celui retenu par la demanderesse) entendus par le tribunal ayant conclu à un niveau de risque identique, il fut impossible de soutenir que la D^{re} Glass avait sous-évalué le risque suicidaire.

Enfin, en ce qui concerne le troisième reproche adressé à la D^{re} Glass, soit d'avoir omis de fournir des instructions à la conjointe si les symptômes de H.A. ne diminuaient pas, le juge estime encore une fois qu'il est non fondé :

« On sait que H.A. était venu de son propre chef à l'hôpital le 23 janvier 2002 [...]. Il connaissait déjà bien le processus et il n'avait certainement pas besoin de se faire rappeler qu'il pouvait revenir si sa situation se détériorait [...] . Quand on demande au D^r Aubut [l'expert de la partie demanderesse] quelles directives il aurait fallu donner, quels fanions rouges il fallait surveiller chez le patient pour motiver son retour à l'hôpital, il en donne quelques exemples : si le patient parle davantage de la mort, s'il fait son testament, s'il devient subitement très calme, s'il semble faire des préparatifs ou si l'on note chez lui des changements dans son état clinique. Or,

il appert de la preuve qu'aucun de ces signaux d'alerte n'a été donné par H.A [...] . Selon le tribunal, même en supposant que la D^{re} Glass aurait été négligente en ne donnant pas davantage de directives à M^{me} M. pour les jours suivants, le suicide de H.A. ne peut aucunement avoir été causé, même indirectement, par cette absence de renseignements idoines [...] »

Ainsi, le juge estime que la preuve présentée devant lui ne supporte pas les allégués de la partie demanderesse et que la D^{re} Glass n'a pas dérogé au standard de pratique défini, soit la conduite qu'aurait eue un médecin raisonnablement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances.

4.2.1.2. Thomas c. Centre hospitalier Le Gardeur

La qualité de l'évaluation réalisée à l'urgence par le psychiatre est également un point en litige dans *Thomas c. Centre hospitalier Le Gardeur*, affaire entendue par le juge Robert Castiglio en 2009. Le conjoint de Monic Legault, décédée par suicide alors qu'elle était sous observation à la salle d'urgence, poursuit l'établissement hospitalier, alléguant une surveillance inadéquate par le personnel, ainsi que la psychiatre Hélène Bouvier, qui a procédé à l'évaluation de la patiente une quinzaine d'heures avant son décès. M^{me} Legault se présente à l'urgence du Centre hospitalier Le Gardeur le 29 mars 1998 où elle est d'abord rencontrée par l'urgentologue à qui elle avoue entretenir des idées suicidaires, ajoutant avoir tenté de se suicider deux jours auparavant en ingérant 120 comprimés de clonazépam, un anxiolytique. L'urgentologue demande une consultation en psychiatrie, laquelle est réalisée le lendemain matin par la D^{re} Bouvier.

Lors de l'entrevue avec la psychiatre, M^{me} Legault rapporte souffrir de maux de têtes importants depuis deux semaines. Elle rappelle avoir posé un geste suicidaire par intoxication deux jours plus tôt, mais affirme qu'elle n'entretient plus d'idées suicidaires. Elle se dit dépressive et incomprise, tant par son conjoint que par le psychiatre qui la traite à la clinique externe. Elle collabore bien, s'exprime clairement, elle n'est ni anxieuse ni agitée, son contact avec la réalité est bon et elle veut être prise en charge. Néanmoins, son attitude est passive et elle démontre une immaturité affective. La D^{re} Bouvier pose un diagnostic de dépression majeure et de traits de personnalité limite, ordonne certains

examens et suggère que M^{me} Legault soit hospitalisée, ce qu'elle accepte. Elle sera observée à l'urgence jusqu'à ce qu'un lit se libère à l'unité de soins psychiatriques. La psychiatre ne prescrit pas de mesures de surveillance particulières, mais indique que la patiente devra être réévaluée si elle devait demander de quitter contre avis médical. Quelques heures plus tard, la D^{re} Bouvier est avisée que M^{me} Legault souhaite quitter car ses maux de têtes ont disparu. La psychiatre la revoit en compagnie de son conjoint et réussit sans difficulté à la convaincre de demeurer à l'hôpital afin de poursuivre l'investigation en lien avec ses céphalées. Le soir venu, une infirmière en service à la salle d'urgence constate que M^{me} Legault n'est plus à sa civière. Elle signale le « code jaune », ce qui signifie que des recherches doivent être entreprises sur le champ par le personnel de l'urgence pour retracer la patiente. M^{me} Legault ne sera retrouvée que plusieurs heures plus tard, pendue avec la ceinture de sa robe de chambre dans la salle de toilettes d'un département éloigné de la salle d'urgence.

Le demandeur, soutenu en cela par l'expert dont il a retenu les services, estime que la D^{re} Bouvier a commis une faute dans l'évaluation du risque suicidaire que présentait sa patiente. Une évaluation conforme aux standards de la pratique aurait plutôt conduit la D^{re} Bouvier à prescrire un niveau de surveillance plus élevé, lequel aurait empêché M^{me} Legault de parvenir à se suicider. Le témoin expert de la partie demanderesse affirme ainsi qu'en présence de plusieurs facteurs de risque d'un passage à l'acte suicidaire (tentative suicidaire récente, présence d'une dépression majeure et de traits de personnalité limite, douleurs somatiques, etc.), la D^{re} Bouvier aurait dû conclure à un niveau de risque suicidaire plus élevé qu'elle ne l'a fait. Or, les témoins experts témoignant pour la partie défenderesse ne partagent pas l'opinion de leur confrère, estimant que la patiente présentait de nombreux facteurs de protection (sexe féminin, état matrimonial, occupation professionnelle, absence d'usage d'alcool ou de drogue, etc.), facteurs qui atténuent le risque d'un passage à l'acte imminent. Selon eux, M^{me} Legault est connue pour présenter des idées suicidaires chroniques, idées qui fluctuent dans le temps, parfois rapidement. Ils ajoutent que dans son évaluation, la D^{re} Bouvier « est allée plus loin que ne l'auraient fait bon nombre de psychiatres placés dans la même situation » et que l'agir suicidaire de la patiente était « extrêmement imprévisible ».

Dans son jugement, le juge Castiglio entérine l'opinion des témoins experts de la défense, soulignant également que l'une des prémisses sur lesquelles se fonde l'expert de la poursuite, c'est-à-dire le fait que M^{me} Legault soit, au moment de son décès, gardée contre son gré à l'hôpital, est erronée. En fait, la mention au dossier médical qui indique que la patiente ne peut « quitter sans être réévaluée » ne peut être assimilée à la prescription d'une mesure de garde préventive. Cet élément a son importance puisqu'un patient qui n'accepte pas de son plein gré les mesures proposées par le psychiatre pour assurer sa sécurité, dans le cas qui nous intéresse, il s'agit de la décision d'hospitaliser M^{me} Legault, présente par le fait même un risque suicidaire plus élevé. (Un patient faisant l'objet d'une mesure de garde légale est surveillé plus étroitement car le risque de fugue est alors élevé.) Par ailleurs, la preuve présentée démontre que l'évaluation du risque suicidaire réalisée par la D^{re} Bouvier tient compte des principaux facteurs de risque et de protection reconnus comme pertinents par les experts entendus, si bien que les prétentions de la partie demanderesse à l'effet que l'évaluation du risque suicidaire était fautive n'est pas soutenue par la preuve. En exonérant la défenderesse, le juge précise :

« Le Tribunal estime que D^{re} Bouvier n'a pas commis de faute en évaluant comme elle l'a fait le risque suicidaire et en n'imposant pas de mesures de surveillance particulières [...]. D^{re} Bouvier a tenu compte des différents facteurs de risque. Elle a [notamment] tenu compte d'un bon nombre de facteurs de protection qui l'ont amenée à conclure que le risque suicidaire était faible [...]. D^{re} Bouvier procède à un examen psychiatrique conformément aux normes. Elle interroge sa patiente et discute avec elle [...]. D^{re} Bouvier tient cependant compte du fait que les idées suicidaires de M^{me} Legault, comme le démontre le dossier médical qu'elle a en sa possession, sont fluctuantes et ce, depuis plusieurs années. Elle juge que ces idées suicidaires ne sont plus présentes au moment de son examen [...]. D^{re} Bouvier tente d'établir avec M^{me} Legault une relation de confiance, de collaboration, dans le but d'obtenir son assentiment au traitement qu'elle suggère [...]. En concluant comme elle l'a fait, D^{re} Bouvier choisit une approche qui favorise l'alliance thérapeutique avec sa patiente. Cette approche est conforme aux normes de la pratique médicale et ne constitue pas une faute qui engage sa responsabilité. »

Enfin, le juge rappelle que « le Tribunal doit tenir compte de la possibilité limitée du médecin de prévoir la suite des choses lorsqu'il décide d'une conduite à suivre [...] ». Le rôle du psychiatre est particulièrement délicat. » La cour rejettera également le recours intenté contre l'établissement hospitalier.

4.2.1.3. Buyze v. Malla

La jurisprudence canadienne de tradition de *common law* comporte également des décisions dans lesquelles la cour a dû statuer sur des allégations d'évaluation fautive du risque suicidaire par des psychiatres. En 2008, dans *Buyze v. Malla*, les membres de la famille de Robert Buyze, décédé par suicide suite à une intoxication médicamenteuse après avoir fugué du *London Health Sciences Centre* (LHSC) où il était hospitalisé, intentent un recours contre le D^r Malla, psychiatre, une infirmière, M^{me} Silverman, ainsi que le centre hospitalier. Les demandeurs parviennent à un règlement avec le centre hospitalier et l'infirmière. Ces derniers réclament toutefois que le D^r Malla assume une partie du montant consenti alléguant que celui-ci a sous-évalué le risque suicidaire du patient.

Robert Buyze souffrait d'épisodes dépressifs majeurs depuis 1992. Sa condition se détériore à l'automne 1999 : il pleure fréquemment et n'arrive plus à fonctionner au travail. Il est brièvement hospitalisé au LHSC en janvier 2000 en raison d'idées suicidaires. Le diagnostic émis suite à l'hospitalisation est une dépression récurrente à laquelle s'ajoute une dépendance aux benzodiazépines. Bien qu'il ait débuté une psychothérapie, la condition de M. Buyze ne s'améliore pas et le 12 mars, il communique avec le service de crise du LHSC révélant qu'il possède à la maison une grande quantité de médicaments qu'il pourrait utiliser pour s'enlever la vie. Il craint de passer à l'acte. On lui suggère de se rendre à l'urgence sans tarder. Il y est évalué par un résident en psychiatrie, lequel, estimant que le patient est en contrôle face à ses pulsions suicidaires, lui signe son congé. M. Buyze contacte le service d'urgence le lendemain et exprime sa colère de ne pas avoir été admis la veille. On lui donne rendez-vous le jour suivant. Il se présente donc à nouveau à la salle d'urgence le matin du 14 mars. Il entretient toujours des idées suicidaires et, lorsque l'urgentologue lui demande comment il pourrait l'aider, M. Buyze répond : « Avez-vous une arme à feu ? » À la demande de l'urgentologue, il est ensuite évalué par deux infirmières de l'équipe de psychiatrie de l'urgence puis par le psychiatre Malla. Dans son

évaluation, le D^r Malla note que le patient souffre d'une anxiété sévère et qu'il a des ruminations suicidaires, mais qu'il n'a aucun antécédent en matière de tentative de suicide. Contrairement à ce qu'ont relevé les deux infirmières qui ont rencontré le patient plus tôt dans la matinée, le D^r Malla inscrit au dossier que le patient n'a pas l'intention de passer à l'acte. Le D^r Malla confirme à M. Buyze qu'il sera hospitalisé, ce que ce dernier, soulagé, accepte volontiers. Sa conjointe est rassurée. Le psychiatre prescrit des modifications à son traitement pharmacologique ainsi qu'une surveillance à chaque heure.

À son arrivée sur l'unité de soins psychiatriques en fin de matinée, M. Buyze est rencontrée par une infirmière, M^{me} Silverman. Cette dernière note que le patient a élaboré un plan suicidaire. Elle communique avec le D^r Malla pour obtenir des précisions sur la prescription d'antidépresseurs et sur le niveau de surveillance. M^{me} Silverman croyait bon d'exercer une surveillance aux 15 minutes contrairement à ce que préconisait le D^r Malla. Néanmoins, ce dernier ne modifie pas son ordonnance. L'infirmière quitte l'unité à 17h30 pour sa pause-repas. La conjointe du patient se présente à l'unité à 18h30 pour visiter son époux. On ne parvient pas à le localiser sur l'unité. Il sera retrouvé quelques heures plus tard, décédé par intoxication médicamenteuse au domicile de son père, ayant réussi à quitter l'unité sans attirer l'attention des membres du personnel.

Au procès, l'établissement hospitalier reproche au D^r Malla d'avoir failli à évaluer correctement le risque suicidaire et d'avoir omis de consulter le dossier antérieur du patient et de communiquer avec des collègues qui avaient traité M. Buyze dans le passé. Cette évaluation inadéquate du risque suicidaire aurait conduit le D^r Malla à prescrire un niveau de surveillance insuffisant, ce qui a permis à M. Buyze d'échapper à la surveillance de son infirmière. La juge Rady de la Cour supérieure de l'Ontario tranche toutefois en faveur du D^r Malla. Certes, le comportement de M. Buyze suite à son admission à l'unité d'hospitalisation démontre que le risque suicidaire était en fait plus élevé que ne le croyait le D^r Malla. Cette erreur ne saurait toutefois être assimilée à une déviation du standard de pratique. Le fait que le D^r Malla inscrive au dossier que le patient n'a pas d'intention suicidaire n'est pas incompatible avec les évaluations écrites des infirmières qui indiquent le contraire puisque, comme le souligne un témoin expert retenu par la partie défenderesse, la gravité de l'idéation suicidaire est susceptible d'évoluer rapidement au sein d'un même

continuum. Il est ainsi probable que sachant qu'il allait être hospitalisé comme il le souhaitait, l'intensité des idées suicidaires de M. Buyze ait diminué à un niveau où, comme en témoigne la note du D^r Malla, le patient n'avait plus l'intention de passer à l'acte. Le fait que M. Buyze souhaitait être hospitalisé et qu'il réclamait des modifications à son traitement pharmacologique prouve qu'il conservait un certain espoir de voir sa condition s'améliorer. Dans l'absolu, il aurait certes été préférable que le D^r Malla consulte l'ensemble du dossier antérieur du patient et qu'il communique avec les psychiatres qui connaissaient M. Buyze, mais on ne voit comment de telles actions auraient conduit le défendeur à modifier sa conduite. Enfin, les témoins experts retenus par la défense ont clairement affirmé que le D^r Malla avait respecté les standards de pratique tandis que le témoignage de l'expert de la poursuite restait à ce propos équivoque.

4.2.1.4. Melanson Estate v. Calgary Regional Health Authority

En 2008, la Cour du Banc de la Reine de l'Alberta doit déterminer si l'établissement hospitalier et trois médecins, le D^r McNeil, urgentologue, la D^{re} Clark, résidente et le D^r Gorman, psychiatre, ont engagé leur responsabilité civile à l'égard de la famille de Mark Melanson, vétérinaire mort par suicide deux jours après avoir reçu son congé de la salle d'urgence le 26 novembre 1998. M. Melanson avait présenté un premier épisode dépressif en 1994 puis un deuxième en 1997. Durant l'été 1997, il avait d'ailleurs confié à son psychiatre songer au suicide et avoir rédigé son testament. Sa condition psychiatrique s'était toutefois améliorée en décembre et, en mai 1998, il avait rencontré une femme, J. K., avec laquelle il avait engagé une relation amoureuse. En août 1998, soit trois mois avant son suicide, M. Melanson se fracture la cheville et doit réduire ses heures de travail à la clinique où il pratique la médecine vétérinaire. En octobre, il rend visite à sa famille qui habite dans les Maritimes. À son retour, son amie constate qu'il a changé. M. Melanson lui confie qu'il a été traité avec un antidépresseur dans le passé et qu'il souhaite reprendre ce traitement.

Le 6 novembre, il revoit donc le D^r Tomm, qui le connaît bien pour l'avoir traité l'année précédente. M. Melanson affirme à son médecin avoir des idées suicidaires et ajoute avoir aménagé son garage de façon à pouvoir s'intoxiquer au monoxyde de carbone dans son camion. Le D^r Tomm affirmera plus tard qu'une « voix intérieure » avait toutefois

empêché son patient de mettre son projet à exécution. Le 19 novembre, M. Melanson est hospitalisé de façon volontaire au *Foothills Hospital* pour prévenir un geste suicidaire. Le D^r Tomm, qui le visite, note au dossier que son patient est « *clearly quite distressed* », « *highly suicidal* » et qu'il contemple différents moyens de suicide. Néanmoins, il se sent mieux dès le lendemain, soulagé par la proposition d'aide financière d'un de ses amis. Le 21 novembre, il demande à quitter l'hôpital. Il est évalué par la résidente de garde, la D^{re} Clark. Cette dernière révise le dossier, discute avec l'infirmière et évalue le patient durant 45 minutes. Monsieur Melanson ne présente plus d'idées suicidaires et accepte de signer un contrat de non-suicide. Après discussion avec son superviseur, le D^r Gorman, psychiatre de garde en ce samedi, la résidente Clark consent à ce que le patient obtienne son congé. M. Melanson quitte l'unité mais y revient vingt minutes plus tard, disant s'être senti bouleversé à l'extérieur de l'hôpital. Il reçoit néanmoins son congé le lundi suivant. Le sommaire d'hospitalisation indique que le patient ne souffre pas d'un trouble de l'humeur et qu'il ne présente plus d'idées suicidaires. On lui recommande de poursuivre son suivi avec le D^r Tomm et de s'abstenir de consommer de l'alcool et de la marijuana.

Quelques jours plus tard, le 26 novembre, l'amie de M. Melanson le découvre intoxiqué au monoxyde de carbone dans son garage. Il avait installé un tuyau reliant la sortie d'échappement de son camion à l'intérieur du véhicule. Il n'est pas inconscient, mais est étourdi et s'exprime difficilement. Les ambulanciers arrivent sur place et le transportent au *Foothills Hospital*. Il y est évalué par l'urgentologue, le D^r McNeil. M. Melanson explique souffrir d'une dépression. Il confie également au médecin avoir consommé la veille de la marijuana, de l'alcool, des hypnotiques et des antidépresseurs avant de se rendre dans son camion pour s'y suicider. Le D^r McNeil doute de la véracité des propos tenus par M. Melanson puisque celui-ci n'est pas somnolent au moment de l'entrevue alors qu'il prétend avoir consommé le jour précédent 20 comprimés d'un hypnotique et avoir été exposé toute la nuit au monoxyde de carbone. Notant que le patient affirme qu'il souhaite se tuer et qu'il a une attitude cavalière face à sa mort, l'urgentologue rédige un certificat d'admission involontaire, ce qui implique qu'il ne pourra quitter l'hôpital et qu'il sera surveillé par un agent de sécurité jusqu'à ce qu'il soit évalué en psychiatrie. Le D^r McNeil obtient les résultats des examens qu'il a prescrits plus tôt, lesquels indiquent un faible taux sanguin de monoxyde de carbone.

La résidente de garde en psychiatrie, la D^{re} Clark, est avisée de la présence de M. Melanson, qu'elle connaît déjà pour l'avoir évalué quelques jours plus tôt alors qu'il avait demandé à recevoir son congé de l'unité de soins psychiatriques. Elle révise l'ensemble du dossier, incluant les notes du D^r McNeil. Elle apprend qu'une infirmière a entendu M. Melanson dire à un ami qui se trouve à son chevet : « *Next time no one will find me* ». On avise également la résidente que M. Melanson a laissé une lettre d'adieu mais celle-ci n'est pas disponible et la résidente Clark ne peut donc prendre connaissance de son contenu. Lors de l'entrevue, M. Melanson relate une histoire fort différente de celle qu'il a racontée plus tôt à l'urgentologue. Ainsi, il affirme maintenant avoir placé l'extrémité du tuyau à l'intérieur de son camion alors que la fenêtre était demeurée ouverte et n'avoir démarré le moteur que lorsqu'il a vu que son amie était sur le point d'entrer dans le garage. Il admet qu'en se conduisant ainsi, il souhaitait attirer l'attention de son amie et qu'il s'agissait en somme d'une mise en scène. Il ne souhaitait donc pas mourir et ne le souhaite pas davantage maintenant. Il demande à être autorisé à quitter l'hôpital et préfère qu'on ne communique pas avec ses proches. La résidente note que le patient n'est pas agité et qu'il voit l'avenir d'un meilleur œil. L'alliance thérapeutique est présente. Il accepte même de signer un contrat de non-suicide. La résidente Clark propose alors le plan de traitement suivant : M. Melanson sera autorisé à quitter l'hôpital dans la mesure où il devra se présenter dès le lendemain à son rendez-vous de suivi avec le D^r Tomm, cesser de consommer de l'alcool et de la marijuana et enfin, s'engager à revenir à l'urgence si des idées suicidaires émergent à nouveau. M. Melanson accepte ces conditions et la résidente valide son plan de traitement en communiquant par téléphone avec le psychiatre de garde, le D^r Gorman. Celui-ci considère, en accord en cela avec la résidente Clark, que M. Melanson ne vient pas de poser un geste suicidaire comme tel, mais qu'il a plutôt commis un geste « parasuicidaire » dont l'objectif n'était pas tant de mourir que d'attirer l'attention. Il retient un diagnostic de trouble de la personnalité borderline plutôt qu'un épisode dépressif majeur et autorise la levée de la garde préventive prescrite par l'urgentologue. M. Melanson refuse que l'on contacte ses proches. Il quitte finalement peu avant minuit. Le lendemain, son amie apprend avec surprise que M. Melanson a reçu son congé de l'hôpital. Elle lui téléphone et le supplie de retourner à l'hôpital ; il refuse catégoriquement et

raccroche. Elle se rend à son domicile, mais il a déjà quitté en voiture. Il est retrouvé mort le lendemain par les policiers, intoxiqué au monoxyde de carbone.

Au tribunal, la qualité de l'évaluation du risque suicidaire réalisée par la résidente Clark et le D^r Gorman est mise en cause par le témoin expert retenu par la partie demanderesse. Ce dernier reconnaît que la résidente a convenablement questionné le patient mais affirme qu'elle et le D^r Gorman n'en ont pas tiré la conclusion qui s'imposait, cette conclusion étant que M. Melanson présentait un risque très élevé de faire une nouvelle tentative de suicide. Ainsi, toujours selon cet expert, c'est une authentique tentative suicidaire qui a mené M. Melanson à l'urgence le 26 novembre et non, comme le prétendent les défendeurs, un geste « parasuicidaire » (*suicidal gesture*). En effet, M. Melanson ne pouvait ignorer que son amie allait se présenter à son domicile et il est probable que son « aveu » (le fait qu'il ait affirmé à la résidente Clark avoir réalisé une mise en scène) n'ait été qu'une manœuvre pour obtenir son congé. Par ailleurs, bien que M. Melanson ait demandé à ce qu'on ne communique pas avec ses proches, il aurait néanmoins été possible de les rejoindre sans pour autant briser l'obligation de confidentialité et ainsi obtenir plus d'informations. De toute manière, ajoute l'expert, cette obligation de confidentialité en matière de risque suicidaire est moins rigoureuse qu'en d'autres circonstances. Confronté à des données équivoques concernant la gravité du risque suicidaire, un psychiatre normalement prudent et diligent aurait placé M. Melanson en observation durant une plus longue période. Ce psychiatre prudent et diligent se serait d'ailleurs déplacé à l'hôpital pour évaluer lui-même le patient, ce que n'a pas fait le D^r Gorman qui s'est plutôt contenté du rapport verbal d'une résidente en début de formation pour prendre sa décision.

L'expert retenu par la défense s'inscrit en faux contre l'analyse de l'expert de la partie demanderesse : il estime qu'étant donné le faible taux de monoxyde de carbone détecté dans le sang de M. Melanson, ce dernier n'a pas réellement tenté de s'enlever la vie le 26 novembre. Qui plus est, son geste s'inscrivait dans un contexte de recherche d'attention et non pas d'intention suicidaire. De plus, puisque M. Melanson louait des chambres chez lui, il savait forcément que son comportement allait attirer l'attention de ses locataires et qu'il allait sans doute être secouru. Le témoin expert relève également plusieurs facteurs qui indiquent que le risque suicidaire était modéré plutôt que très élevé

lors de l'évaluation réalisée par la résidente Clark : le patient était coopératif, il n'était pas agité et approuvait le plan de traitement proposé. Certes, on peut penser qu'un autre psychiatre se serait opposé à ce que M. Melanson quitte si rapidement l'hôpital, mais il faut garder à l'esprit que les psychiatres de garde à l'urgence sont soumis à une pression importante de libérer des civières si l'hospitalisation n'est pas absolument nécessaire. Par ailleurs, il est fréquent, dans les hôpitaux albertains, que le psychiatre de garde ne se déplace pas pour évaluer lui-même un patient si l'entrevue réalisée par le résident est complète, ce qui est le cas en l'espèce. L'expert rappelle que les facteurs de risque de suicide énumérés dans la littérature médicale sont peu prédictifs quant à un éventuel suicide « réussi ». Il conclut que les D^{rs} Gorman et Clark ont respecté les standards de pratique en ce qui a trait à l'évaluation et la gestion du risque suicidaire. La cour donnera raison à la partie défenderesse, soulignant que, dans cette affaire, on se trouve confronté à une erreur de jugement non-fautive de la part des défendeurs et non à une déviation du standard de pratique.

Synthèse critique des recours où il est allégué que l'évaluation du risque suicidaire par le psychiatre était fautive

Comme nous venons de le voir, les allégations de la partie demanderesse affirmant que l'évaluation du risque suicidaire réalisée par le psychiatre était inadéquate reposent le plus souvent sur l'affirmation selon laquelle le psychiatre aurait négligé de consulter une ou plusieurs sources d'informations. En effet, les guides de pratique que nous avons présentés au chapitre 3 insistent sur l'importance de recueillir le maximum d'informations pour parvenir à une évaluation du risque suicidaire la plus juste possible. L'examen du rapport de consultation rédigé par le psychiatre ou de celui des notes d'évolution permettra à la cour de déterminer si le psychiatre s'est enquis des facteurs de risque et des facteurs de protection qui, comme nous l'avons vu au premier chapitre, sont au cœur de l'évaluation du risque suicidaire.

En soulignant le fait que le psychiatre a omis de consulter le dossier antérieur du patient ou encore qu'il ne s'est pas assuré d'obtenir des informations collatérales auprès d'un membre de la famille, la partie demanderesse suggérera au tribunal que cette lacune dans l'évaluation du risque a conduit le psychiatre à sous-estimer le risque d'un passage à

l'acte suicidaire et donc à faire preuve de négligence en omettant de prendre les mesures appropriées pour le prévenir. Le tribunal soumettra cette prétention du demandeur au test du « psychiatre moyen » : placé dans les mêmes circonstances, un psychiatre prudent et diligent aurait-il complété son évaluation en posant certaines actions qu'on reproche au défenseur de ne pas avoir posées ? L'examen de la jurisprudence nous enseigne que le juge sera sensible aux conditions dans lesquelles pratiquait le psychiatre au moment où la faute alléguée lui est reprochée. Par exemple, le psychiatre qui réalise une évaluation à la salle d'urgence est soumis à des contraintes de temps et on ne peut lui reprocher de limiter son investigation aux éléments essentiels pour permettre une prise de décision rapide. De plus, même si le demandeur réussit à démontrer que le psychiatre a été négligent en omettant de s'enquérir d'une information clinique, encore faut-il démontrer qu'ayant été en possession de cette information, il aurait agi différemment. Ainsi, dans *Buyze v. Malla*, la partie demanderesse reprochait au D^r Malla d'avoir omis de consulter le dossier antérieur du patient et d'entrer en contact avec le psychiatre traitant en externe. Le tribunal répond à cette allégation en écrivant:

« While there is little doubt that more information is better than less, there is no evidence that a review of M^r Buyze's earlier charts or a consultation with D^r Burdan would have altered D^r Malla's judgement. Indeed, it is reasonable to conclude that this would have had no effect on his assessment. »

4.2.2. Recours où il est allégué que la gestion du risque suicidaire par les mesures d'encadrement était fautive

Le niveau de surveillance qui sera prescrit par le psychiatre dépendant étroitement de la gravité du risque suicidaire qui aura été mis en évidence par l'examen clinique, il est souvent difficile de déterminer si l'erreur commise par le psychiatre se situe au stade de l'évaluation du risque suicidaire ou à celui de la prescription des mesures de surveillance. Les plaignants allégueront généralement que ces deux types d'erreurs ont été commis. Néanmoins, certains recours mettent plus directement en cause le fait que le psychiatre aurait négligé de prescrire des mesures de surveillance qui auraient permis d'éviter qu'un patient ne commette un suicide.

4.2.2.1. Cloutier c. Hôpital le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)

L'affaire *Cloutier c. Hôpital le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)* fut portée en 1990 à l'attention de la Cour d'appel suite à un jugement de la Cour supérieure qui exonérait à la fois l'établissement hospitalier et le D^r Painchaud, psychiatre traitant de M^{me} Cloutier au moment de son décès par suicide. M^{me} Cloutier, âgée de 31 ans au moment de son décès, souffrait depuis septembre 1979 d'une dépression majeure. Elle est hospitalisée à l'hôpital de Charny en février 1980 à la suite d'une tentative de suicide par intoxication légère avec des médicaments. Elle est ensuite suivie à la clinique externe de psychiatrie du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL). Le 24 mars, elle tente à nouveau de se suicider en ingérant une forte quantité de comprimés d'un antidépresseur et d'une benzodiazépine. Elle est retrouvée inconsciente à son domicile par une voisine puis conduite au CHUL.

Elle est d'abord hospitalisée au département de médecine pour stabiliser sa condition physique. Le 27 mars, elle est transférée au département de psychiatrie où elle rencontre d'abord un résident, suivi du psychiatre, le D^r Painchaud. Ce dernier constate que la patiente présente des idées suicidaires de façon fluctuante et conclut à une dépression névrotique. Suite à l'entrevue, il confirme que la patiente doit demeurer hospitalisée au département de psychiatrie et prescrit une surveillance régulière. Les patients hospitalisés au département de psychiatrie du CHUL peuvent, s'ils ne font l'objet de mesures de surveillance particulières, circuler à leur guise à l'intérieur de l'unité, voire même à l'extérieur de celle-ci. Le lendemain matin, s'inquiétant de voir que M^{me} Cloutier s'éternise dans la salle de bain attenante à leur chambre, sa voisine de chambre prévient une infirmière. Cette dernière tente d'ouvrir la porte mais celle-ci est verrouillée de l'intérieur. Elle finit par y parvenir et découvre M^{me} Cloutier, pendue avec la ceinture de sa robe de chambre.

Au tribunal, la partie demanderesse allègue que le D^r Painchaud a gravement sous-estimé le risque suicidaire et négligé de « prescrire des mesures de surveillance immédiates et continues. » Les experts témoignant pour la poursuite affirmeront en effet que dans un cas comme celui-ci, ils auraient pour leur part privilégié des mesures de surveillance plus

contraignantes pour la patiente. L'un de ces experts dira qu'il aurait recommandé une surveillance constante pour les premiers jours, ajoutant faire toujours preuve d'une « extrême prudence » dans de telles situations. *A contrario*, les experts témoignant pour la défense souligneront qu'une approche plus respectueuse de la liberté du patient est de mise lorsque le patient ne présente pas de symptômes psychotiques, car cela permet une meilleure collaboration aux soins et donc de meilleures perspectives de guérison. La surveillance constante ne se justifie que lorsqu'il y a des indices suggérant qu'il y a un danger immédiat pour la sécurité du patient ou celle d'autrui, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

La Cour d'appel se prononce, tout comme le juge de première instance, en faveur des défendeurs. L'obligation du D^r Painchaud à l'égard de la prévention d'un passage à l'acte suicidaire n'est qu'une obligation de moyens ; il aurait donc fallu démontrer qu'il a commis une faute. Or, la preuve démontre que l'évaluation réalisée par le D^r Painchaud était complète et que son diagnostic était exact. L'affirmation du témoin expert retenu par le plaignant, voulant que pour sa part il aurait opté pour une surveillance constante (reconnaissant du même coup qu'il s'agit d'une conduite d'une « extrême prudence »), ne constitue pas la preuve, affirme la Cour, que cette conduite représente la « norme reconnue » en psychiatrie. Au contraire, la jurisprudence reconnaît qu'une « approche plus libérale [correspond] aux normes de l'exercice compétent et prudent de la médecine psychiatrique. » La Cour insiste sur la décision du psychiatre de pratiquer une « psychiatrie moderne », avec laquelle elle est en accord :

« Cette approche [moderne] vise à établir une meilleure relation personnelle avec le patient, afin d'obtenir sa collaboration, sinon à sa guérison, du moins au contrôle de sa maladie. Cette approche assume un certain risque suicidaire. Des mesures de prévention totalement efficaces à l'égard de celui-ci empêchent en effet la collaboration nécessaire avec le patient et parfois, transforment le lieu de traitement psychiatrique en une véritable prison [...] . Même si on avait pris des mesures de sûreté plus sévères [...] il aurait été bien difficile de l'empêcher de mettre fin à ses jours de la façon qu'elle est parvenue à le faire sauf, en la ligotant sur son lit ce qui n'était certainement pas prescrit dans les circonstances. »

En ce qui a trait à l'appréciation du risque suicidaire, la Cour est également en accord avec la preuve soumise par la défense : ce type d'évaluation est complexe, car le psychiatre « doit évaluer des signes parfois trompeurs, rendus occasionnellement délibérément tels, par la volonté même du patient ». Qui plus est, affirme les témoins experts, « le risque suicidaire [...] peut survenir brusquement, irrésistiblement et s'actualiser en quelques minutes. »

Enfin, l'hôpital est également exonéré : on lui reprochait entre autres d'avoir négligé de porter à l'attention du D^r Painchaud une note de suicide rédigée par M^{me} Cloutier avant sa tentative suicidaire, un mois avant son décès, et son hospitalisation subséquente. Or, même si faute il y avait dans cette omission, il n'y a pas de relation de causalité entre cette omission et le décès de M^{me} Cloutier, puisqu'il est peu probable, affirme la Cour, que la connaissance de cette note eut modifié la conduite adoptée par le D^r Painchaud.

4.2.2.2. Villemure c. Turcot et al.

La qualité de la surveillance exercée auprès d'un patient présentant des idées suicidaires est le principal point en litige dans le seul recours civil intenté à la suite d'un décès par suicide qui ait été entendu par la Cour suprême du Canada : *Villemure c. Turcot et al.* Le juge de première instance s'était prononcé en faveur de la plaignante, Dame Villemure, qui alléguait que le psychiatre, le D^r Turcot et l'Hôpital Notre-Dame avaient failli à leurs obligations de protéger son conjoint, décédé par défenestration alors qu'il était hospitalisé. Ce jugement avait été infirmé en Cour d'appel, le juge Choquette étant dissident. Malheureusement, le jugement écrit rendu par la Cour suprême en 1973 ne reprend pas tous les faits pertinents de cette affaire. On peut toutefois retenir que le conjoint de la plaignante fut hospitalisé le 27 janvier 1962. Évalué par un résident, le D^r Maugile, celui-ci inscrit au dossier : « Patient à surveiller » et l'admet à l'unité de soins psychiatriques dans une chambre où la fenêtre est dotée d'un grillage de sécurité. Toutefois, après sa rencontre avec le patient, le D^r Turcot accède à la demande de celui-ci qui souhaite être transféré dans une chambre semi-privée située à l'extérieur de l'unité de soins. Or, la fenêtre de cette chambre n'est pas grillagée. Peu de temps après son transfert, le patient demande à retourner dans son ancienne chambre ; toutefois, sa requête reste lettre morte. Le lendemain, il se suicide par défenestration.

Au procès tenu devant la Cour supérieure, le psychiatre et l'hôpital sont condamnés à dédommager la veuve et ce, bien que les témoins experts entendus pour la partie demanderesse aient affirmé qu'ils auraient tous tenu la même conduite que le D^r Turcot puisque le risque suicidaire n'était pas très élevé si l'on se replace au moment où le psychiatre cité à procès a procédé à son évaluation. D'une façon plutôt étonnante, le juge de première instance rejette l'opinion des experts sans même se référer à une autre expertise, puisque la partie défenderesse n'a pas fait entendre de témoin expert. Le juge estime qu'étant donné les faits mis en preuve, le D^r Turcot avait suffisamment d'indices pour conclure que le patient était à haut risque de suicide. Le juge ajoute :

« le docteur Turcot aurait dû laisser le patient dans l'aile psychiatrique [...] il aurait dû donner instruction au personnel infirmier de prêter une attention particulière et [...] il aurait dû [...] demander aux patients qui étaient dans la même chambre (à moins qu'il n'y ait eu des indications que cela les aurait dérangés et aurait retardé leur guérison) de garder un œil sur lui. La Cour ne peut accepter l'opinion des [experts de la partie demanderesse] . [...] Ce n'est pas une réponse que de soutenir qu'il est impossible d'empêcher absolument une personne de se suicider, à moins qu'elle ne soit mise dans une camisole de force. Cela est, bien entendu, évident. Mais il est certainement possible de l'empêcher de se suicider pendant 30 heures et jusqu'à ce qu'un examen suffisant ait été fait de son état afin d'être en mesure d'arriver à un diagnostic plus précis. »

En 1970, le jugement est renversé par la Cour d'appel, dans une décision partagée. La Cour d'appel statue que compte tenu des témoignages livrés en première instance par les trois experts, il n'est pas possible d'affirmer que le D^r Turcot a commis une faute en autorisant le transfert du patient dans une chambre semi-privée, les experts ayant déclaré qu'ils auraient « fait absolument la même chose que le docteur Turcot a faite ».

Le verdict du juge de première instance est rétabli par la Cour suprême en une décision partagée mais, malheureusement, le juge en chef Fauteux, s'exprimant au nom de la majorité, se contente de signaler qu'il endosse l'analyse faite par le juge dissident de la Cour d'appel, le juge Choquette, nous privant ainsi d'un jugement argumenté. Le juriste

Adrian Popovici, dans un article paru en 1970 dans la *Revue du Barreau*, critique pour sa part le jugement rendu en Cour d'appel :

« Le raisonnement du juge Owen [qui renverse la décision rendue en première instance] se base sur un argument juridique et sur un argument moral ; la cause directe de la mort du patient est l'acte de ce dernier (cet argument est répété quatre fois dans un jugement de deux pages) ; de plus, si un individu veut se suicider, c'est son problème à lui tout seul. Les défenseurs n'ayant manqué à aucune obligation, ils ne sont pas responsables. »

M. Popovici ajoute, manifestant son accord avec le juge de la Cour supérieure :

« Sans vouloir juger de la valeur des méthodes thérapeutiques nouvelles (le moins d'isolement et de contention possible), les instructions du D^r Turcot nous semblent aller contre le simple bon sens. Si je vais voir un psychiatre à l'hôpital parce que je viens de faire une tentative de suicide, c'est bien de mon goût au suicide dont je veux me faire soigner sinon garder ; je veux qu'on m'empêche de recommencer. Agir comme le médecin l'a fait, c'est donner un rasoir à celui qui vient d'essayer de se couper les veines. Cela a peut-être une valeur thérapeutique dans certains cas, mais il semble que le risque est démesuré (surtout dans un cas où le médecin ne connaît la condition du patient que depuis un jour à peine). »

Soulignons d'ailleurs que bien qu'il provienne de la plus haute instance judiciaire du pays, ce jugement rendu en Cour suprême semble n'avoir exercé que peu ou pas d'influence sur l'évolution du droit civil en matière professionnelle médicale au Canada. Il ne sera en effet que rarement cité dans les jugements rendus subséquemment par les instances inférieures. *A fortiori*, il nous semble que ce soit l'opinion d'un juge dissident de la Cour suprême, le juge Pigeon, lequel exonère les défendeurs, qui reflète le mieux ce qui constituera la position traditionnelle des tribunaux canadiens dans ce type d'affaires. Les tribunaux se refusent à trancher les querelles scientifiques concernant le traitement des patients souffrant d'une condition médicale ou psychiatrique. Ainsi, le juge Pigeon écrit :

« Nous n'avons pas à nous demander si le régime de la porte ouverte est vraiment préférable à celui des barreaux dans les fenêtres pour décider si le docteur Turcot a

commis une faute en accédant au désir de son patient d'être logé dans une chambre semi-privée au lieu de la salle aux fenêtres grillagées. Le critère qui doit nous guider est le suivant : Est-ce un acte conforme à la pratique médicale actuelle ? Or, la preuve n'est pas controversée. Les experts sont unanimes à le dire [...] . Mais, dit le juge de première instance, il est sûrement possible d'empêcher quelqu'un de se suicider pendant trente heures. Cet énoncé peut être séduisant à première vue, mais il ne résiste pas à un examen approfondi. Tout d'abord, où va-t-on tirer la ligne ? Ici il s'agit de trente heures. Demain, il s'agira peut-être de quarante-huit heures ou de soixante-douze heures. Quand donc le psychiatre pourra-t-il commencer, sans commettre une faute, à appliquer le régime de la porte ouverte qui, d'après ses connaissances, est thérapeutiquement désirable ? [...] . En faisant état du fait brutal [le suicide] comme preuve de faute, l'on perd de vue le principe fondamental que l'obligation du médecin envers son patient est une obligation de moyen et non de résultat. »

Tout comme le D^r Turcot, l'hôpital est reconnu responsable en Cour suprême.

4.2.2.3. De Bogyay c. Royal Victoria Hospital

Dans *De Bogyay c. Royal Victoria Hospital*, la question en litige concerne plus spécifiquement l'attribution de droits de sorties temporaires : le psychiatre Pivnicki a-t-il failli à ses obligations envers M^{me} De Bogyay en n'annulant pas une permission de sortie temporaire alors qu'il y avait des indices suggérant que sa condition se détériorait ? Rappelons brièvement les faits. M^{me} De Bogyay souffre depuis plusieurs années d'une psychose maniaco-dépressive. Elle fait une première tentative de suicide en 1970. En avril 1976, elle est hospitalisée à l'Hôpital Royal Victoria après avoir tenté de se suicider par intoxication médicamenteuse ; elle reçoit son congé deux mois plus tard. Elle est réadmise le 26 juin après avoir été retrouvée sur le pont Champlain, tenant un sac rempli de roches, où elle s'était rendue dans l'intention de se suicider. Elle est d'abord confiée aux soins du D^r Bos, psychiatre, qui prescrit initialement une « observation rapprochée », ce qui implique que la patiente est constamment observée par un membre du personnel. Après quelques jours, le D^r Bos modifie le niveau de surveillance pour une surveillance dite « régulière ». Le D^r Bos quitte pour ses vacances et confie M^{me} De Bogyay aux soins de

son collègue, le D^r Pivnicki, qui connaît la patiente depuis plusieurs années. L'état de M^{me} De Bogyay s'améliore si bien que le D^r Pivnicki envisage de lui autoriser une sortie de fin de semaine. Toutefois, lors de l'entrevue réalisée le jeudi 15 juillet, M^{me} De Bogyay mentionne au D^r Pivnicki qu'elle se sent moins bien et qu'elle croit parfois que la seule façon de régler ses problèmes serait de mettre fin à ses jours. Elle n'a toutefois pas élaboré de plan pour réaliser son suicide. Le D^r Pivnicki augmente alors la dose d'Anafranil, l'antidépresseur que reçoit déjà la patiente. Le lendemain, il discute du cas de M^{me} de Bogyay avec le personnel infirmier et apprend que la patiente a mentionné qu'elle est désespérée et qu'elle ne peut envisager de continuer à vivre de cette façon. Elle aimerait néanmoins pouvoir sortir dimanche visiter son fils. Son époux serait présent et il s'engagerait à rester avec elle en tout temps. Le D^r Pivnicki décide de « couper la poire en deux », c'est-à-dire d'annuler la sortie temporaire durant la fin de semaine complète, mais d'autoriser sa patiente à sortir durant quelques heures le dimanche. Le lendemain, un samedi, M^{me} De Bogyay demande l'autorisation à son infirmière de sortir pour aller lire à l'extérieur sur le terrain de l'hôpital. Cette dernière accepte puisque les patients qui sont en « surveillance régulière » peuvent être autorisés à circuler sur le terrain de l'hôpital, s'ils en font la demande. M^{me} De Bogyay en profite pour se rendre au magasin La Baie du centre-ville où elle se suicide en se jetant du haut du cinquième étage de l'édifice.

Les demandeurs, l'époux de M^{me} Bogyay et son fils, intentent un recours en responsabilité civile contre le D^r Bos, le D^r Pivnicki et l'établissement hospitalier. Ils estiment que le D^r Bos est responsable des actions du D^r Pivnicki qui l'a remplacé. Quant à ce dernier, il aurait dû, suite à son entretien du 15 juillet avec la patiente, ordonner une surveillance étroite et annuler la sortie temporaire prévue pour le dimanche. Enfin, l'infirmière responsable du département aurait dû refuser à M^{me} De Bogyay l'autorisation de quitter l'unité le jour du drame. De plus, selon la partie demanderesse, il existe un lien de préposition entre l'établissement hospitalier et le D^r Pivnicki, de sorte que la responsabilité de l'hôpital doit être engagée. Le juge de première instance exonère l'ensemble des défendeurs, mais la cause est portée devant la Cour d'appel en 1987. En un jugement unanime, la Cour d'appel maintient la décision du juge de première instance. D'abord, le D^r Bos ne peut être tenu responsable des agissements du D^r Pivnicki puisque lorsque celui-ci a pris en charge les soins apportés à M^{me} De Bogyay, un nouveau contrat

médical est intervenu entre les parties. Concernant la faute imputée au D^r Pivnicki, un expert témoignant pour les demandeurs affirme que la conduite du psychiatre déroge aux standards de pratique établis quant à l'évaluation du risque suicidaire. De plus, ajoute l'expert, le D^r Pivnicki aurait dû savoir que l'augmentation de l'Anafranil était susceptible d'avoir un effet stimulant et précipiter ainsi un geste suicidaire. Toutefois, les experts témoignant pour la défense estiment quant à eux que le D^r Pivnicki et les infirmières ont pris les mesures appropriées pour encadrer la patiente, même si celle-ci est parvenue à s'enlever la vie. Devant des témoignages d'experts contradictoires en ce qui concerne la conformité d'une conduite médicale aux standards de pratiques reconnus, la Cour rappelle qu'elle n'a pas compétence pour trancher des questions scientifiques. Comme l'écrivait déjà en 1946 le juriste André Nadeau, que cite le juge Lebel dans sa décision :

« Les tribunaux [...] ne peuvent conclure à la faute que lorsqu'il y a violation des règles médicales admises par tous. Les cours n'ont rien à voir dans la question d'appréciation controversée de diagnostic ou de préférence à donner à tel ou tel traitement. »

En l'espèce, la Cour d'appel reconnaît que la pratique de la psychiatrie a évolué et qu'il existe des avantages indéniables à privilégier la liberté du malade, même si cela peut rendre plus difficile la prévention d'un geste suicidaire :

« Confronté à une maladie difficile à traiter et à contrôler, traitant une patiente qui ne pouvait tolérer la médication la plus usuelle, il fallait certes que le docteur Pivnicki agisse avec prudence. Il ne devait pas, non plus, nécessairement revenir à des méthodes archaïques et emprisonner sa patiente, tout simplement parce qu'existait une possibilité statistiquement faible de suicide. »

On ne peut donc faire grief au D^r Pivnicki de suivre la tendance dominante de sa discipline.

Synthèse critique des recours où il est allégué que la gestion du risque suicidaire par les mesures d'encadrement était fautive

Le choix des mesures d'encadrement du risque suicidaire qui seront proposées (ou parfois imposées) par le psychiatre au patient représente sans nul doute la décision clinique pour laquelle le psychiatre est le plus susceptible de se voir accusé de négligence lors d'un procès en matière de responsabilité civile suite à un décès par suicide. Que nous n'ayons retenu ici que trois affaires pour traiter de cette problématique ne devrait pas faire illusion : dans tous les recours en responsabilité civile lors d'un suicide, la question de la sélection des mesures d'encadrement prendra, à un moment ou l'autre, le devant de la scène. On pourra reprocher au psychiatre de ne pas avoir hospitalisé le patient, d'avoir omis de prescrire une surveillance plus étroite ou encore de ne pas avoir hospitalisé le patient sur une unité à haute sécurité. Avec le bénéfice du recul, il apparaîtra spontanément à toute personne qui lit le récit d'un cas de suicide d'un patient que le drame aurait pu être évité si le malade avait été surveillé de plus près par le personnel ou encore s'il avait été hospitalisé plutôt que d'être simplement référé pour une prise en charge externe. On pourrait même ajouter que, pour des gens qui ne sont pas familiers avec la pratique de la psychiatrie, le suicide est un événement qui apparaît comme relativement facile à éviter si on le compare, par exemple, à certaines complications d'un acte chirurgical. L'arrêt *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur* rendu en 1992 par la Cour suprême du Canada, qui confirmait une décision de première instance exonérant un médecin à qui l'on reprochait d'avoir omis de procéder à une transfusion sanguine chez un enfant, met en garde les tribunaux de juger la conduite d'un médecin de façon rétrospective :

« [L]es tribunaux doivent prendre garde de ne pas se fier à la vision parfaite que permet le recul. Pour évaluer équitablement un exercice particulier du jugement, il faut tenir compte de la possibilité limitée du médecin, lorsqu'il décide de la conduite à suivre, de prévoir le déroulement des événements. »

Or, les tribunaux canadiens se montrent très sensibles à la complexité inhérente à l'évaluation du risque suicidaire et à la prescription des mesures d'encadrement du risque qui en découlent. Il est ainsi accepté que les patients présentant un risque suicidaire significatif ne peuvent tous faire l'objet d'une surveillance continue durant une période de

temps illimitée. Les contingences matérielles (on n'a qu'à penser par exemple au nombre de lits disponibles sur les unités de soins à haute sécurité) imposent au psychiatre de réserver les mesures de surveillance les plus strictes aux patients les plus à risque d'un passage à l'acte. Le risque demeure omniprésent puisque, comme nous l'avons vu, la capacité du psychiatre à identifier les individus qui passeront à l'acte à court terme est très limitée et ce, même si l'évaluation a été des plus exhaustives.

Ainsi, pour qu'il puisse qualifier de fautive la conduite d'un psychiatre dans la prescription de mesures de surveillance, le tribunal devra être convaincu qu'avec les données cliniques qui étaient en sa possession, lesquelles indiquaient sans équivoque un risque suicidaire grave, le psychiatre a malgré tout omis d'ordonner les mesures de surveillance qui s'imposaient. Plus précisément, on dira que le psychiatre fautif est celui qui omet de prescrire les mesures qu'aurait utilisées un psychiatre raisonnablement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances.

Il faut toutefois convenir que la pratique de la psychiatrie n'est pas uniforme. Placés dans une même situation, deux psychiatres, pourtant aussi prudents et diligents l'un que l'autre, pourront adopter des conduites différentes en ce qui a trait à la prescription de mesures de surveillance. Les tribunaux reconnaissent que plusieurs philosophies de soins existent et que l'une ou l'autre peut être appliquée en matière de gestion du risque suicidaire. Certains psychiatres adopteront ainsi une approche « conservatrice » en axant leurs interventions sur la sécurité immédiate du patient et prescriront dès lors de strictes mesures de surveillance, tandis que d'autres miseront sur l'alliance thérapeutique en donnant une grande liberté au malade. Ainsi, comme nous l'avons vu, la pratique de la psychiatrie s'est largement transformée au cours des dernières décennies et cette évolution vers un plus grand souci de l'autonomie du patient et de ses droits a bien été comprise par les tribunaux. Les patients souhaitent, dans une grande majorité, obtenir leur congé dans un délai raisonnable. La perspective de demeurer hospitalisé en milieu asilaire durant de nombreuses années, sous prétexte qu'un certain risque suicidaire perdure en l'absence d'un encadrement hospitalier, n'est, pour utiliser un euphémisme, guère attrayante pour les patients. À cet égard, le jugement *Fiederlein v. City of New York Health and Hospitals*

Corp., rendu en 1981 par l'*Appellate Division of the Supreme Court of the State of New York*, a maintes fois été cité dans les arrêts canadiens :

« The prediction of the future course of a mental illness is a professional judgement of high responsibility and in some instances it involves a measure of calculated risk. If a liability were imposed on the physician or the State each time the prediction of future course of mental disease was wrong, few releases would ever be made and the hope of recovery and rehabilitation of a vast number of patients would be impeded and frustrated. This is one of the medical and public risks which must be taken on balance, even though it may sometimes result in injury to the patient or others. »

On ne peut donc reprocher à un psychiatre d'adopter une conduite qui favorise la liberté et l'autonomie du patient puisque cette philosophie de soins est aujourd'hui largement approuvée par la communauté médicale. En 1981, dans l'arrêt *Richard-Thibault c. Hôpital St-Michel Archange*²¹, la Cour d'appel du Québec écrivait :

« Bien rare est l'activité humaine exempte de tout risque. La sagesse du bon père de famille consiste à accepter les risques jugés raisonnables eu égard à toutes les circonstances connues. Dans l'intérêt du malade mental, l'on est souvent justifié de miser sur la valeur thérapeutique de sa liberté, même si le danger d'un suicide ne peut jamais être éliminé. C'est là l'optique de la psychiatrie contemporaine et des modifications législatives récentes. Les hôpitaux ont dû s'y conformer. [...] Bien sûr, la liberté fait courir au malade mental un risque de suicide ; par contre, la restriction à sa liberté suscite le risque d'une aggravation de sa maladie. »

La partie demanderesse utilise parfois l'arrêt *Ter Neuzen c. Korn*²² rendu par la Cour suprême pour démontrer au tribunal qu'un médecin peut être reconnu négligent même si sa conduite est conforme à une pratique reconnue par la communauté médicale, si cette

²¹ Nous ne commenterons pas ici cet arrêt même s'il s'agit d'une action engagée suite au suicide d'un patient hospitalisé, puisque seul l'établissement hospitalier était intimé.

²² Dans cette affaire, le médecin d'une patiente infectée par le VIH suite à une insémination artificielle fut reconnu responsable de négligence en première instance, verdict infirmé par la Cour d'appel. La Cour suprême rétablira le premier verdict en 1995.

conduite comporte des risques si évidents (*fraught with obvious risks*) que toute personne raisonnable est en mesure d'apprécier que cette pratique est négligente. Dans le cas d'un recours en responsabilité civile professionnelle suite à un décès par suicide, l'argument consisterait par exemple à affirmer qu'il est « bien évident » qu'autoriser des permissions de sorties temporaires à un patient présentant des idées suicidaire est irresponsable, même si la communauté médicale considère généralement qu'il s'agit là d'une pratique tout à fait convenable puisqu'elle permet au patient de préserver sa dignité et son autonomie ou encore de conserver des liens avec son entourage. Toutefois, sans remettre évidemment en cause le bien-fondé de l'arrêt *Ter Neuzen c. Korn*, les tribunaux n'ont jamais considéré que la conformité aux standards de pratique adoptés par la communauté médicale psychiatrique en matière d'encadrement du risque suicidaire puisse conduire à une pratique négligente.

Dans *Ganger (Guardian ad litem of) v. St. Paul's Hospital*, que nous commenterons plus loin, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, concernant l'attribution de permissions de sorties sans escorte à des patients hospitalisés sur une unité de soins psychiatriques, écrivait en 1997 :

« Even if it can be said that this practice is fraught with danger, I can think of no alternative that a reasonable person would utilize in order to avoid the risk of suicide while ensuring appropriate treatment for those suffering from depression who, overall, present a 5-15% risk of attempting suicide. »

En d'autres termes, la pratique consistant à donner des permissions de sorties sans escorte est un *passage obligé* pour permettre la réhabilitation d'un patient hospitalisé. Cette pratique implique certes un risque, mais le psychiatre n'a aucun moyen à sa disposition pour le réduire à néant.

4.2.3. Recours où il est allégué que des mesures légales de garde auraient dû être utilisées

Il existe, dans toutes les juridictions canadiennes, des dispositions légales permettant à un médecin de restreindre la liberté d'un patient chez qui l'on estime que sa condition mentale entraîne, pour lui-même ou pour autrui, un danger grave et imminent. Ainsi, certains recours en responsabilité médicale reposeront sur des allégations stipulant

qu'un psychiatre ait omis d'utiliser une mesure de garde légale alors que la situation l'imposait.

4.2.3.1. Haines v. Bellissimo et al.

L'affaire *Haines v. Bellissimo et al.* a été entendue par la Cour supérieure de l'Ontario en 1977. Robert Haines souffrait d'une schizophrénie. Sa condition psychiatrique se détériore au début de l'année 1974 : il se montre agressif envers sa conjointe et présente des symptômes d'hypomanie, passant par exemple une nuit entière à l'aéroport de Toronto à discuter avec des voyageurs. Il rencontre son psychiatre traitant, le D^r Cleghorn et son psychologue, le D^r Bellissimo. On lui prescrit un tranquillisant. M. Haines est néanmoins hospitalisé, quelques jours plus tard, au *McMaster Medical Centre*, car il est dépressif et découragé. Il vient d'apprendre qu'il est exclu de son programme d'études. De plus, son père est mourant. M. Haines obtient son congé au terme d'un peu plus de deux semaines d'hospitalisation, au cours de laquelle il est suivi quotidiennement en thérapie par le psychologue Bellissimo. On en profite pour lui soumettre le plan de traitement suivant au congé : poursuite de la psychothérapie avec le D^r Bellissimo et du suivi psychiatrique avec le D^r Cleghorn et référence à un travailleur social pour le supporter dans ses démarches de recherche d'emploi.

Au cours des mois suivants, et ce bien qu'il ait réussi avec l'aide du travailleur social à trouver un emploi, M. Haines demeure hautement préoccupé par sa situation financière. Le 11 juin, il revoit le Dr Cleghorn qui craint que son patient ne s'enfonce dans un nouvel épisode dépressif. Il lui prescrit un antidépresseur à titre préventif. Une semaine plus tard, M. Haines avoue à son psychologue ne pas prendre sa médication. Il nie être déprimé : dans ce contexte, dit le patient, prendre un antidépresseur lui enverrait une sorte de message comme quoi il serait, en réalité, dépressif. De plus, il craint que les effets indésirables du médicament nuisent à ses capacités de travail. Il se plaint également que son équipe traitante prenne davantage en compte l'opinion de son frère, médecin, qui communique régulièrement avec son psychiatre et son psychologue. Le psychologue Bellissimo est d'accord avec son patient sur un point : il n'est pas dépressif ; néanmoins, il lui suggère de reprendre sa médication à titre prophylactique. M. Haines accepte et lui confirme être observant à sa médication lors du rendez-vous suivant, le 25 juin.

Le 28 juin, la conjointe de M. Haines découvre dans le courrier un permis de possession d'armes à feu au nom de son époux. Elle fait des recherches et découvre dans le garage un fusil de chasse camouflé dans un sac-poubelle que son époux a acheté quelques jours plus tôt. Elle téléphone au D^r Bellissimo et lui fait part de ses craintes. Celui-ci demande à la conjointe de cacher l'arme à feu. Le psychologue discute de la situation avec le D^r Cleghorn. Ils révisent le dossier et partagent leur impression clinique sur la foi de leur dernière rencontre respective avec leur patient : ils conviennent que l'état de santé de M. Haines n'est pas détérioré. Or, l'arme à feu doit tout de même lui être retirée. Le psychiatre et le psychologue conviennent de la conduite suivante : le D^r Bellissimo réévaluera le jour même l'état clinique du patient et en particulier son risque suicidaire. S'il y a le moindre doute quant à son évaluation, il devra communiquer avec le D^r Cleghorn ou le psychiatre de garde pour admettre le patient à l'hôpital.

M. Haines accepte de rencontrer le D^r Bellissimo à son bureau en début de soirée. Ils discutent ensemble durant une heure et demie. M. Haines explique au psychologue que sa situation professionnelle le préoccupe. Néanmoins, il admet avoir une stabilité d'emploi, entretenir de bonnes relations avec ses collègues et avoir le soutien de sa famille. Il nie avoir l'intention de se suicider à court terme, mais admet avoir acheté l'arme une dizaine de jours auparavant pour s'enlever la vie si sa condition devait se détériorer. Il accepte de remettre l'arme au D^r Bellissimo ; ce dernier ira la chercher le soir-même à son domicile. Lorsque le psychologue se présente chez les Haines, le patient se met à tergiverser. Le psychologue menace de faire appel aux policiers si M. Haines refuse de lui remettre l'arme. Le patient craint de mêler la police à l'affaire et demande à son psychologue de lui faire confiance : il préfère garder l'arme, quitte à la mettre sous clé. Après quelques trois heures de discussion, le D^r Bellissimo, excédé, quitte le domicile des Haines sans que son patient ne lui ait remis l'arme. Sur le chemin du retour, le psychologue change d'avis, revient chez M. Haines et le menace à nouveau de contacter les policiers. Cette fois, le patient finit par accéder à la demande du D^r Bellissimo. En quittant le domicile, le psychologue hésite entre deux options : communiquer avec le psychiatre de garde pour faire admettre M. Haines à l'hôpital contre son gré ou poursuivre la psychothérapie sur une base externe. Il téléphone à M. Haines vers 22h30. Ce dernier s'excuse pour avoir manifesté de la réticence à lui remettre le fusil et confirme qu'il se présentera à son rendez-vous de psychothérapie prévu

dans quatre jours. Trois jours plus tard, M. Haines se suicide en utilisant un autre fusil de chasse, acheté deux jours plus tôt, soit le lendemain de sa rencontre avec le D^r Bellissimo.

La plaignante, la conjointe de M. Haines, intente une poursuite contre le D^r Cleghorn et le D^r Bellissimo. Elle reproche au psychiatre Cleghorn d'avoir délégué l'évaluation du risque suicidaire au psychologue, alors que c'était lui, en tant que psychiatre, qui détenait l'expertise pour ce faire. Au D^r Bellissimo, elle reproche de ne pas avoir utilisé les mesures légales qui étaient à sa disposition pour hospitaliser son époux contre son gré, mesures qui auraient, selon toute vraisemblance, permis de prévenir son décès par suicide. La Cour exonère les défendeurs. La preuve démontre en effet que le D^r Bellissimo possédait une vaste expérience dans le traitement des patients souffrant de schizophrénie ; il n'était donc pas aberrant que le D^r Cleghorn choisisse de s'en remettre à lui quant à l'évaluation du risque suicidaire de M. Haines. D'ailleurs, il est tout à fait conforme à la pratique psychiatrique « moderne » de proposer aux patients suivis sur une base externe une approche multidisciplinaire impliquant l'intervention de plusieurs professionnels supervisés par le psychiatre. En ce qui concerne la décision prise par le D^r Bellissimo de ne pas soumettre son patient à une hospitalisation contre son gré et de ne pas faire appel aux policiers alors que M. Haines était réticent à lui remettre son arme à feu, la preuve ne démontre pas que le psychologue ait omis de considérer des éléments cliniques pertinents dans l'évaluation du risque suicidaire. Il pouvait, à bon droit, choisir de privilégier la poursuite du suivi externe à la voie de l'hospitalisation, avec tous les risques que cela comportait, puisqu'une hospitalisation contre le gré du patient était susceptible de miner l'alliance thérapeutique qui s'était établie entre lui et M. Haines et ainsi de compromettre le pronostic à plus long terme. En renonçant à utiliser des mesures coercitives, le D^r Bellissimo a mis en pratique les enseignements de la « psychiatrie moderne » qui considère que de telles mesures peuvent avoir des effets délétères.

Quant à la conduite du psychiatre Cleghorn, qui a délégué l'évaluation du risque suicidaire au psychologue, le juge estime qu'il n'a commis là aucune faute :

« There was no negligence on the part of D^r C. in delegating the responsibility of assessing the suicidal risk to D^r B. [The latter] had the qualifications, training and experiences and was competent to make the assessment. »

4.2.3.2. Stewart v. Noone

La question de l'utilisation de mesures de garde en milieu hospitalier est aussi le principal point en litige dans *Stewart v. Noone*, affaire entendue en 1992 par la Cour suprême de la Colombie-Britannique. John Stewart, qui a survécu cinq ans plus tôt à une tentative suicidaire après s'être jeté du haut d'un stationnement multi-étages, intente une poursuite contre les psychiatres et la résidente qui l'ont évalué au *Vancouver General Hospital*. Le plaignant a reçu en 1984 un diagnostic de maladie bipolaire à l'âge de 27 ans alors qu'il habitait en Alberta. Il déménage à Vancouver à l'été 1987 ; il prend alors sa médication de façon erratique et consomme du cannabis et de l'alcool. Monsieur Stewart consulte à l'urgence, où on le réfère à une équipe de psychiatrie communautaire. Il se voit prescrire du lithium.

Le 6 novembre 1987, il reçoit la visite de ses parents qui sont de passage à Vancouver. Il se sent malade et demande à ses parents de passer la nuit à leur chambre d'hôtel, ce que son père refuse. Blessé, M. Stewart quitte la chambre en amenant avec lui de petites bouteilles d'alcool. On le trouve intoxiqué sur le trottoir quelques heures plus tard et il est conduit au *St. Paul's Hospital*. Un diagnostic de trouble de la personnalité est posé et il reçoit son congé dès le lendemain matin. De retour à son domicile, il tente de se suicider en ingérant une surdose de lithium. Il se met à vomir et décide d'appeler les secours. Il est rapidement conduit par les ambulanciers à l'urgence du *Vancouver General Hospital*, où il est évalué par un résident en psychiatrie (envers lequel M. Stewart n'intente pas de recours). Le résident rédige un certificat de garde légale, notant que le patient souffre d'une maladie bipolaire, qu'il a cessé de prendre son lithium depuis un mois, qu'il ne semble pas dépressif et qu'il vient vraisemblablement de s'intoxiquer au lithium et à l'alcool. Son taux sanguin de lithium est très élevé. À l'urgence, M. Stewart est irritable, imprévisible et belliqueux. Le lendemain, 8 novembre, il rencontre une psychiatre, la D^{re} Mason. Cette dernière n'identifie pas de signes cliniques évocateurs d'une maladie bipolaire et soupçonne plutôt un trouble de la personnalité narcissique et antisociale. Elle discute avec sa mère, qui explique que son fils a été hospitalisé par le passé pour des épisodes maniaques et qu'il est incapable de trouver un emploi. Elle souhaite qu'il soit observé à l'hôpital durant quelques jours. M. Stewart est revu plus tard par une résidente,

la D^{re} Drance, qui suggère que le patient, bien qu'actuellement non suicidaire, soit transféré sur une unité de soins psychiatriques lorsque l'intoxication au lithium sera résolue. Au cours de la journée, les infirmières rapportent que M. Stewart socialise avec ses pairs et fait même des avances à une patiente qui se trouve elle aussi à la salle d'urgence. Alors qu'un lit vient de se libérer à l'unité de soins psychiatriques, il refuse d'y être transféré lorsque le personnel l'avise qu'il ne pourra rendre visite à la patiente qu'il courtise. Plus tard, il tente de rejoindre cette patiente à sa civière et lui fait des avances sexuelles. Il est finalement placé en isolement où il vocifère une partie de la nuit.

Le lendemain matin, le 9 novembre, M. Stewart revoit la résidente Drance et la psychiatre en service, la D^{re} Murphy. Calmement, il s'excuse pour son comportement déplacé de la veille, nie tout symptôme dépressif ainsi que toute velléité suicidaire et demande son congé. Il affirme qu'il reverra sous peu son psychiatre traitant en externe. Puisque son taux sanguin de lithium est maintenant sous le seuil de toxicité et qu'ils n'identifient pas de signes cliniques de psychose, de dépression ou d'hypomanie, la résidente Drance et la D^{re} Murphy s'abstiennent de rédiger un second certificat de garde légale et autorisent le patient à quitter l'hôpital, non sans au préalable avoir discuté avec les membres du personnel de l'urgence. Le diagnostic principal retenu est celui d'un trouble de la personnalité. M. Stewart rejoint ses parents et ils se rendent ensemble à son appartement. Ils quittent vers midi pour laisser à leur fils le temps de préparer le souper. Ils le rejoindront plus tard en soirée. M. Stewart mentionnera au procès que la séquence des événements qui suivirent n'est pas claire dans ses souvenirs. Quoiqu'il en soit, il se rendra deux heures plus tard à un stationnement multi-étages et sautera du haut du toit, provoquant chez lui de multiples fractures et un traumatisme crânien.

La partie demanderesse, c'est-à-dire le patient lui-même, réclame un dédommagement pour les séquelles consécutives à sa tentative de suicide. Il allègue la négligence des défendeurs, particulièrement celle de la résidente Drance et de la D^{re} Murphy, qui auraient failli à poser un diagnostic d'épisode mixte d'une maladie bipolaire et omis de rédiger un certificat de garde contre son gré le jour du congé. Le D^f Noone se trouve cité car à titre de chef du service d'urgence, il a signé le dossier du patient suite à son congé. Toutefois, il ne s'agit là que d'une formalité administrative et il sera exonéré,

n'ayant jamais pris une part active aux soins donnés au patient. Quant à la psychiatre Mason, qui a évalué le patient le jour précédant son congé, on lui reproche d'avoir omis de transmettre à ses collègues les informations concernant les antécédents du patient que lui avait transmises la mère de celui-ci. La D^{re} Mason sera exonérée : la preuve ne démontre pas qu'ayant été en possession de ces informations, la résidente Drance et la D^{re} Murphy auraient agi différemment. Concernant les allégations de négligence portées à l'encontre de la résidente Drance et de la D^{re} Murphy, l'expert de la partie demanderesse, qui est incidemment le psychiatre traitant du patient depuis 1988, affirmera qu'au moment où John Stewart a reçu son congé du *Vancouver General Hospital*, il souffrait d'un épisode mixte, état qui le plaçait à haut risque de poser un geste suicidaire, et non pas d'un trouble de la personnalité. Un psychiatre normalement diligent, placé dans les mêmes circonstances que les défendeurs, n'aurait pas été aussi prompt à signer le congé du patient et aurait plutôt rédigé un second certificat de garde légale et l'obliger ainsi à demeurer à l'hôpital afin de permettre une observation plus étendue de son état psychique. Les experts témoignant pour la défense, sans nier que le patient souffre d'une maladie bipolaire, concluront pour leur part que M. Stewart ne souffrait pas d'un épisode mixte lors de son séjour au *Vancouver General Hospital*, ni non plus d'un état dépressif et que la décision de lui donner son congé était adéquate, d'autant plus que M. Stewart le réclamait, qu'il n'ait toute intention suicidaire et qu'il prévoyait revoir prochainement son psychiatre traitant en externe.

La Cour rend un verdict favorable à l'endroit de la résidente Drance et de la D^{re} Murphy : s'appréciant les différents témoignages, elle estime que le patient ne présentait pas de symptômes pouvant évoquer un épisode mixte lors de sa tentative de suicide, laquelle était plutôt reliée aux problèmes d'impulsivité et d'abus d'alcool dont souffrait M. Stewart. Il est donc inexact d'affirmer que la résidente Drance et la D^{re} Murphy aient erré dans leur démarche diagnostique. Enfin, en ce qui concerne l'allégation de faute pour avoir omis de rédiger un second certificat de garde le 9 novembre, le juge explique qu'il faut se rappeler que l'état clinique de M. Stewart avait évolué depuis le moment où il s'était présenté à l'urgence et où un premier certificat de garde avait été émis. En effet, le 9 novembre, lorsque la résidente et la psychiatre évaluent M. Stewart, les effets de l'intoxication à l'alcool et au lithium ont disparu et il n'y a plus d'éléments permettant de justifier une garde contre le gré. La Cour estime donc qu'il n'y a pas eu faute de la part des défendeurs.

Synthèse critique des recours où il est allégué que des mesures légales de garde auraient dû être utilisées

Le législateur ayant prévu que, dans certaines circonstances exceptionnelles, un médecin puisse restreindre la liberté d'un patient pour assurer sa propre sécurité ou encore celle du public, un psychiatre est susceptible de se voir reprocher de ne pas avoir utilisé les mesures légales à sa disposition pour prévenir un geste suicidaire. Il faut toutefois rappeler à cet égard que le psychiatre se doit de respecter le cadre juridique propre à la province où il pratique, lequel n'autorise le recours à la garde que sous certaines conditions. Il n'est pas libre d'utiliser ces mesures en toutes circonstances par simple précaution. Les tribunaux canadiens reconnaissent que le psychiatre est soumis à un cadre légal et qu'il doit, le plus souvent, respecter les décisions du patient, même si celles-ci impliquent un risque pour sa sécurité. Dans *Stewart v. Noone*, le juge Saunders écrivait :

« Mr. Stewart requested discharge and was entitled to discharge unless his doctor believed the conditions established by the Mental Health Act were met. This Act requires two doctors to certify the patient has a mental disorder and is a risk to himself or others before the patient may be kept in hospital involuntary. Absent such belief, a physician may not sign a certificate holding a patient involuntary. In this case [...] D^r Drance could have been criticized for signing a committal certificate for M^r Stewart. »

Par ailleurs, prendre la décision de détenir un patient contre son gré en milieu hospitalier n'est pas un acte médical banal : une telle décision est susceptible d'avoir des conséquences délétères sur la relation entre le psychiatre et son patient et ainsi compromettre le pronostic. Qu'un risque suicidaire significatif soit présent n'implique pas inévitablement qu'il faille dans tous les cas utiliser des mesures légales pour contraindre un individu à demeurer à l'hôpital si ce dernier s'y oppose. Dans son jugement dans l'affaire *Haines v. Bellissimo et al.*, le juge Griffiths expose clairement le dilemme du thérapeute :

« Obviously, if the therapist feels that there is a real risk of suicide or is in doubt about this, he should opt for hospitalization. On the other hand, modern psychiatry recognizes that close observation, restrictions, and restraint of the patient may be

anti-therapeutic and aggravate the feelings of worthlessness which, in themselves, intensify the risk of suicide. In this case, there was the risk that hospitalization, whether voluntary or involuntary, would have been a blow to Mr. Haines' self-esteem and pride, would have interfered with his long-term vocational rehabilitation and, most significantly, would have destroyed the strong therapeutic bond that existed between M^r Haines and D^r Bellissimo. »

Nous pouvons conclure que, pour que le tribunal estime qu'un psychiatre a commis une faute professionnelle en négligeant d'utiliser les mesures légales à sa disposition pour admettre ou pour garder en milieu hospitalier un patient qui s'y oppose, il doit être convaincu que tout psychiatre « raisonnablement prudent et diligent » aurait utilisé de telles mesures s'il avait été placé dans les mêmes circonstances que le défendeur.

4.2.4. Recours qui démontre l'importance d'une documentation précise

4.2.4.1. Ganger (Guardian ad litem of) v. St. Paul's Hospital

L'affaire *Ganger v. St. Paul's Hospital*, entendue par la Cour d'appel de la Colombie-Britannique en 1997, démontre l'importance d'une documentation précise des interventions réalisées auprès d'un patient. En première instance, l'ensemble des défendeurs, incluant le psychiatre, le D^r Smith, avait été exonéré, alors que le demandeur M. Ganger réclamait un dédommagement pour les importants dommages subis à la suite de sa défenestration alors qu'il était hospitalisé sur une unité psychiatrique ouverte du *St. Paul's Hospital*. Les faits peuvent être résumés comme suit. En novembre 1985, le plaignant, M. Ganger, subit une intervention chirurgicale nasale élective au *St. Paul's Hospital*. Il rapporte alors à une infirmière entretenir des idées suicidaires et affirme qu'il souhaite « sauter d'une fenêtre ». À la demande du médecin traitant, M. Ganger est évalué par le psychiatre Smith. Dans son rapport, celui-ci fait mention de symptômes compatibles avec un état dépressif majeur et d'un problème d'abus d'alcool pour lequel le patient est peu motivé à recevoir un traitement. Le D^r Smith suggère le transfert du patient à l'unité psychiatrique C2A où il est, d'ailleurs, le psychiatre traitant des patients qui y sont hospitalisés. Les patients hospitalisés sur cette unité « ouverte » sont autorisés à circuler hors de celle-ci sans escorte, s'ils en font la demande à leur infirmière. Trois jours plus

tard, affirmant qu'il ne se sent pas à l'aise sur l'unité psychiatrique et qu'il ne présente plus d'idées suicidaires, M. Ganger demande à recevoir son congé. Il accepte de revoir un psychiatre de la clinique externe dans une douzaine de jours. Dans sa note de départ, le D^r Smith ne retient pas son diagnostic initial de dépression majeure et pose plutôt comme seul diagnostic un abus d'alcool.

Quelques jours plus tard, le 24 novembre, les infirmières de l'unité C2A reçoivent l'appel de la mère de M. Ganger. Cette dernière est en colère et désespérée ; elle demande que son fils soit réadmis sans tarder à l'hôpital. Le D^r Smith, rejoint par téléphone, accepte cette requête et M. Ganger est réhospitalisé. Très anxieux, il rapporte à l'infirmière qui l'accueille qu'il craint de poser un geste suicidaire par défenestration s'il n'est pas surveillé. Le lendemain, le frère du patient parle à une infirmière et allègue que M. Ganger menaçait de se suicider dans les jours précédant sa réadmission. Le 27 novembre, M. Ganger reçoit la visite de sa mère et de son frère avec qui il quitte brièvement l'unité pour se rendre à la cafétéria de l'hôpital. Ceux-ci mentionnent ensuite au personnel infirmier que le patient ne cesse de répéter qu'il est désespéré. Le 28 novembre, M. Ganger est escorté par un membre du personnel pour se rendre à un rendez-vous de suivi post-opératoire. Il est ensuite invité à rencontrer l'équipe de soins, en présence du D^r Smith, qui fait la revue du plan de traitement de tous les patients hospitalisés à l'unité (le jugement écrit désigne cette réunion par le terme de *rounds*). M. Ganger semble anxieux et affirme qu'il n'y a plus d'espoir pour lui. Or, il avait été prévu la veille que le patient serait autorisé à quitter sans escorte l'unité afin de se rendre à une rencontre avec un intervenant en toxicomanie. Constatant que le patient est très anxieux, on convient que M. Ganger devra être réévalué avant cette sortie temporaire sans accompagnement qui doit avoir lieu le jour même à 14h45. À 13h15, M. Ganger obtient de son infirmière la permission de se rendre sans escorte à la cafétéria. Il est alors calme et affirme qu'il ne présente pas d'idées suicidaires. Quelques minutes plus tard, l'infirmière apprend que M. Ganger s'est précipité du haut d'une fenêtre. Il survivra mais gardera de lourdes séquelles ; il ne sera d'ailleurs pas en mesure de témoigner au procès.

La partie demanderesse fait entendre trois psychiatres experts. On reproche au D^r Smith de ne pas avoir suffisamment pris au sérieux l'état dépressif du patient et d'avoir

omis de prendre les mesures qui s'imposaient pour assurer sa sécurité. Plus spécifiquement, il apparaît aux experts témoignant pour le plaignant que le D^r Smith n'a évalué formellement M. Ganger qu'à une seule occasion, c'est-à-dire lorsqu'il l'a rencontré à l'unité de chirurgie tout juste avant sa première admission à l'unité psychiatrique. Par la suite, le D^r Smith n'a fondé son opinion sur l'évolution clinique du patient qu'en consultant les notes des infirmières et en rencontrant brièvement le patient lors des *rounds*. Ainsi, on ne retrouve pas au dossier médical une note d'admission en bonne et due forme qu'aurait dû rédiger le psychiatre traitant lors de la réadmission du patient le 24 novembre. Les experts du plaignant affirment également que si M. Ganger avait été évalué selon les standards de la pratique, le D^{re} Smith aurait conclu que le risque suicidaire ne pouvait être géré sur une unité « ouverte », telle la C2A, et il aurait ainsi procédé au transfert du patient vers une unité psychiatrique où l'encadrement est plus serré. L'absence de notes médicales au dossier suggère que les nombreux facteurs de risque indiquant une probabilité élevée de geste suicidaire n'ont pas été pris en compte par le D^r Smith.

L'expert témoignant pour la défense, sans commenter la quasi absence de notes médicales au dossier, affirmera que le D^r Smith était justifié de centrer ses efforts sur le traitement de l'alcoolisme de Monsieur Ganger et que son admission sur une unité « ouverte » était pertinente dans la mesure où cela encourageait le patient à ne pas rester passif et à assumer sa responsabilité quant à son traitement. Pour l'expert, ce n'est donc pas un état dépressif (qui n'aurait pas été diagnostiqué) qui explique le geste suicidaire de M. Ganger, mais plutôt un trouble de la personnalité et un problème d'abus d'alcool. Il y a fort à parier, ajoutera-t-il, que l'application de mesures de surveillance plus restrictives n'auraient permis que de retarder un éventuel passage à l'acte qui, en somme, était inévitable compte tenu de la personnalité du plaignant.

Le recours du plaignant est rejeté par la Cour d'appel en un jugement partagé à deux contre un, la juge dissidente McEachern suggérant la tenue d'un nouveau procès. Le juge de première instance a erré en élaborant une conception simpliste du rôle du psychiatre dans la prévention du geste suicidaire, estime la juge McEachern. Ainsi, pour le premier juge, c'est d'abord le patient lui-même qui « sait » s'il a l'intention ou non de se suicider ; l'on ne peut donc reprocher à l'équipe soignante d'accorder une sortie temporaire si le

patient affirme qu'il est en contrôle et qu'il ne passera pas à l'acte. Ainsi, le plaignant est le seul responsable de son malheur puisqu'il est probable qu'en demandant une permission de sortie à son infirmière le 28 novembre, il savait très bien ce qu'il s'apprêtait à faire. C'est donc dire qu'il a sciemment trompé son infirmière en lui affirmant qu'il n'avait aucune intention suicidaire. En somme, dit la juge dissidente, le juge de première instance a sous-estimé l'importance d'une évaluation du risque suicidaire conduite selon les règles de l'art.

Malgré les erreurs de droit commises par le juge de première instance, la Cour d'appel entérine néanmoins son verdict. La question à laquelle la Cour doit répondre est de juger si le D^r Smith a adopté une conduite conforme à celle du psychiatre suffisamment prudent et diligent en admettant M. Ganger sur une unité ouverte et en lui accordant des permissions de sortie sans escorte. Or, la partie demanderesse affirme que le D^r Smith n'a procédé qu'à une évaluation sommaire, omettant de rencontrer le patient pour s'assurer de sa bonne évolution clinique, ce qui constitue un manquement à l'égard du standard de pratique auquel il devait se conformer. La Cour, prenant en compte le témoignage non équivoque du D^r Smith à cet égard, considère toutefois que bien qu'il n'y ait pas de traces écrites de ces rencontres au dossier médical, le psychiatre a bel et bien évalué le patient de façon quotidienne. Le reproche adressé par la partie demanderesse au D^r Smith, celui d'avoir omis de prendre les mesures qui s'imposaient pour évaluer correctement le patient, n'est donc pas fondé. Étant maintenant établi qu'une évaluation clinique a été réalisée selon les normes, reste à déterminer si la gestion du risque suicidaire était adéquate, particulièrement en ce qui concerne l'octroi de sorties sans escorte. La Cour d'appel répète ici l'analyse avec laquelle nous sommes maintenant familiers : la prédiction d'un geste suicidaire étant éminemment complexe, on ne peut faire grief au D^r Smith d'avoir été incapable d'anticiper le geste posé par M. Ganger. Certains indices suggéraient en effet que le patient se portait mieux : il avait par exemple accepté de s'engager dans une thérapie visant à traiter son problème d'alcool et il acceptait la proposition de poursuivre son hospitalisation. Le D^r Smith n'a donc pas traversé la mince ligne qui sépare la simple erreur de jugement de la faute et la Cour d'appel maintient le verdict posé par le juge de première instance.

Synthèse critique concernant l'importance d'une documentation précise

Dans la grande majorité des recours en responsabilité médicale suite au suicide d'un patient, les notes médicales seront soumises à un examen approfondi par les procureurs des deux parties. Or, ces notes sont parfois, comme nous venons de le voir, lacunaires et difficiles à interpréter. Dans l'affaire *Ganger*, les témoins experts de la partie demanderesse estimaient, après révision du dossier médical, que le D^r Smith avait négligé de réévaluer périodiquement son patient puisqu'on ne trouvait pas de notes médicales à cet effet au dossier. Toutefois, après avoir entendu le témoignage du principal intéressé, le juge concluait que de telles évaluations avaient bel et bien eu lieu. La maxime que l'on entend parfois à propos de la documentation des actes médicaux « *If it's not written down, it was not done* » n'a donc pas été appliquée dans ce litige. Par son témoignage au cours du procès, le psychiatre aura la possibilité de rectifier certaines interprétations ou encore de dissiper certaines ambiguïtés contenues au dossier médical. Dans l'arrêt *A.M. c. Glass* cité plus haut, le juge Crête rappelait « qu'un médecin ne peut pas non plus tout consigner par écrit dans ses notes d'entrevues, ne serait-ce qu'à cause des limites physiques qu'un tel pensum requerrait. » Néanmoins, le psychiatre s'évitera bien des embarras en rédigeant ses notes de façon claire, détaillée, contemporaine et non équivoque et en y consignant le raisonnement clinique qu'il a suivi.

4.2.5. Recours illustrant l'importance de la qualité du témoignage du témoin expert

Les témoins experts jouent un rôle crucial dans la présentation de la preuve puisque c'est en appréciant le témoignage d'autres praticiens que la cour pourra déterminer si le médecin qui fait l'objet d'une action en responsabilité civile a respecté ou non la règle de l'art de sa discipline. Les deux parties présentant habituellement des témoins experts qui divergeront d'opinion quant à savoir si la partie défenderesse a rempli ou non ses obligations à l'égard du patient décédé par suicide, la crédibilité des différents témoins experts devra être soupesée par le tribunal.

4.2.5.1. Prentice (Litigation Guardian of) v. Coovadia

Le jugement rendu en 2006 par le juge Matheson de la Cour supérieure de l'Ontario dans l'affaire *Prentice v. Coovadia* donne accès aux considérations qui sous-tendent l'évaluation de la crédibilité des témoins experts par le tribunal. Résumons d'abord les faits. John Prentice, 30 ans, est hospitalisé au *Greater Niagara General Hospital* le 5 juin 2000. Séparé de sa conjointe depuis quelques mois, il avait récemment perdu son emploi. Une semaine avant son admission à l'hôpital, il avait rapporté à son ex-conjointe entretenir des idées suicidaires.

Lors de l'entrevue d'admission réalisée à l'unité de psychiatrie, il confie à l'infirmière qu'il a tenté de se suicider par pendaison au cours de la semaine précédente. L'infirmière note que le patient est très déprimé et qu'il ne ressent plus de sentiments pour ses enfants. Il est admis de façon volontaire pour un état dépressif majeur et confié aux soins du D^r Coovadia, psychiatre. Ce dernier ne prescrit pas de mesures de surveillance particulières, si bien que le personnel infirmier suit la procédure « de routine » qui consiste à s'assurer à toutes les trente minutes que le patient est présent sur l'unité et bien portant. Le samedi 10 juin, le D^r Coovadia rencontre brièvement M. Prentice et note que sa condition est stable et qu'il tolère bien la médication. Moins de deux heures plus tard, M. Prentice est retrouvé pendu dans sa chambre. Les efforts de réanimation seront vains.

Au tribunal, la partie demanderesse (les enfants de M. Prentice et son ex-conjointe) fait témoigner deux psychiatres experts. La première, la D^{re} Rosebush, affirmera devant le tribunal que le D^r Coovadia aurait dû prescrire une surveillance plus étroite mais qu'il a omis de le faire car d'après elle, il était convaincu qu'aucune conduite ne pouvait empêcher M. Prentice de mettre fin à ses jours. La D^{re} Rosebush se permet de tirer cette conclusion du fait que, lors d'une rencontre entre la veuve et le D^r Coovadia après le décès, ce dernier aurait affirmé que si un patient a la ferme intention de passer à l'acte, il parviendra à ses fins peu importe les mesures prises par le psychiatre. Le D^r Coovadia n'aurait donc pas, dit l'expert, respecté le standard de pratique reconnu puisque, ne croyant pas en la possibilité de prévenir le suicide de son patient, il aurait jugé futile d'accroître le niveau de surveillance. La D^{re} Rosebush ajoutera également soupçonner le D^r Coovadia d'avoir altéré

son rapport du 7 juin, soit trois jours avant le drame, pour y faire figurer des éléments qui démontreraient que le risque suicidaire était faible.

Le second expert témoignant pour les plaignants, sans reprendre à son compte les allégués de sa collègue, affirmera quant à lui que le D^r Coovadia n'a pu évaluer adéquatement l'état mental du patient puisque sa plus longue entrevue avec M. Prentice, réalisée le lendemain de son admission, n'a duré que vingt minutes. Par la suite, les contacts entre le psychiatre et son patient n'ont été que très brefs, soit environ cinq minutes chaque jour. Or, selon l'expert, des rencontres si brèves ne peuvent permettre au psychiatre de déceler les signes permettant de prédire un éventuel passage à l'acte suicidaire. *A contrario*, la D^{re} Bourget, témoin expert pour la défense, affirmera que le patient a correctement été évalué et qu'il n'y avait aucune indication de soumettre M. Prentice à un niveau de surveillance plus élevé.

Confronté à des témoignages d'expert contradictoires, le tribunal doit déterminer quel poids accorder à l'opinion de chacun d'entre eux. Le témoignage de la D^{re} Rosebush se voit écarté par le juge : cette dernière n'a en effet pas respecté son rôle de témoin expert en prenant parti de façon peu subtile pour la partie demanderesse. L'interprétation qu'elle fait d'un commentaire du D^r Coovadia à la veuve, commentaire qui révèle, d'après elle, que le psychiatre n'entretenait aucun espoir d'une issue favorable pour M. Prentice, démontre que son témoignage est biaisé. Par ailleurs, il n'appartient pas au témoin expert d'évaluer l'authenticité de la preuve, chose à laquelle la D^{re} Rosebush s'est livrée lorsqu'elle affirme que le D^r Coovadia a retouché sa note du 7 juin après le décès de M. Prentice. Quant au témoignage du second expert présenté par la partie demanderesse, le tribunal retient qu'en contre-interrogatoire, il a admis avoir mal interprété les notes du personnel infirmier et qu'il a dû revenir sur ses affirmations à l'effet que le D^r Coovadia n'avait pas consacré suffisamment de temps au patient pour bien l'évaluer. À ce titre, le juge soulignera toutefois que les notes rédigées par le D^r Coovadia étaient fort laconiques, si bien que ce dernier aurait pu s'éviter bien des ennuis s'il avait été plus consciencieux dans sa rédaction. *In fine*, le tribunal se range donc derrière l'opinion du témoin expert présenté par la défense, témoignage auquel il ne trouve rien à redire, et exonère le D^r Coovadia.

Synthèse critique concernant l'importance de la qualité du témoignage du témoin expert

Un litige en responsabilité médicale suite au décès d'un patient par suicide donnera lieu, à peu près inévitablement, à ce que bien souvent les médias appellent une « bataille d'experts ». En effet, il serait pratiquement impossible pour la partie demanderesse de démontrer que le psychiatre n'a pas respecté les standards de pratique sans faire témoigner un psychiatre expert qui pourra affirmer l'opposé grâce à l'expertise qu'il possède. La partie défenderesse aura, quant à elle, tout « avantage » à faire entendre un expert qui soutiendra au contraire que ces standards ont été respectés. Pour déterminer la valeur probante du témoignage d'un expert, le juge devra d'abord déclarer « expert » le témoin en admettant au préalable sa compétence. Le juge s'assurera par la suite que son témoignage est impartial, objectif et exempt de tout intérêt envers celui qui a retenu ses services. Enfin, le juge appréciera la force probante du témoignage en fonction de la crédibilité et de la fiabilité qu'il accorde à l'expert. Par exemple, si le litige concerne la pratique d'un psychiatre à l'urgence, le juge pourra accorder une plus grande valeur au témoignage d'un expert ayant pratiqué durant plusieurs années en urgence psychiatrique qu'à celui d'un expert qui pratique essentiellement en clinique externe, *ceteris paribus*.

L'opinion de l'expert sur la conduite du médecin cité à procès doit tenir compte de l'ensemble des faits, tant ceux qui confortent son opinion que les autres. Il doit décrire au tribunal qu'elles étaient les règles de l'art au moment où est survenu, dans le cas qui nous intéresse, le décès par suicide d'un patient et non quelle aurait été sa propre conduite s'il avait été placé dans les mêmes circonstances que le défendeur. Ainsi, dans *Cloutier c. Hôpital le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)*, l'expert de la partie demanderesse, se définissant comme un praticien faisant preuve d'une « extrême prudence », affirmait qu'il aurait pour sa part prescrit une surveillance constante durant les premiers jours d'hospitalisation du patient contrairement à ce qu'a fait le D^r Painchaud. Or, la cour rappellera dans cette affaire que les principes qui guident la pratique personnelle d'un psychiatre ne sont pas nécessairement les normes reconnues par l'ensemble de la profession.

Il pourra sembler au lecteur que la tâche qui incombe à la partie demanderesse est fort ardue, voire même insurmontable : il suffirait à la défense de présenter un témoin

expert affirmant que la pratique du psychiatre envers qui est intenté un recours est acceptable si l'on se réfère à telle ou telle « école de pensée » – celle qui privilégie l'alliance thérapeutique et l'autonomie du patient – pour que le demandeur faille à convaincre le tribunal que le standard de pratique n'a pas été respecté. En effet, si un témoin expert psychiatre affirme que la conduite du défendeur respecte un « certain » standard de pratique, cela démontrerait *ipso facto* que la pratique du défendeur n'est pas si marginale qu'elle doive être considérée comme déviante. Confrontés à des opinions contradictoires, les tribunaux reconnaissent qu'il est possible pour la partie demanderesse de démontrer par prépondérance des probabilités que le standard de pratique a été enfreint, même si un témoin expert présenté par la défense affirme le contraire. Toutefois, il faut admettre que le fait qu'il existe, en matière de gestion du risque suicidaire, plusieurs conduites qui sont à tout le moins « acceptables » ne facilite pas la tâche du demandeur. Ce dernier risque en effet d'avoir à convaincre la cour que la conduite du défendeur ne peut trouver grâce quelle que soit l'école de pensée considérée²³. En ce sens, une uniformisation des pratiques, par une application plus systématique des guides de pratique que nous avons présentés au chapitre 3 par exemple, serait susceptible de rendre le travail du procureur de la partie demanderesse plus aisé.

²³ Dans *Khosmashrab v. Brent*, cité dans l'arrêt *Prentice v. Coovadia*, la Cour écrivait en 2004 : « There may be differences of opinion within the medical community as to the standard of care. As long as the doctor acted in accordance with a practice accepted by a distinct and respectable minority, the doctor should not be held negligent. »

CONCLUSION

Bien que l'évaluation du risque suicidaire représente une tâche clinique fréquemment exigée du psychiatre et que les facteurs de risque qui lui sont associés soient bien connus, il nous faut constater que, dans la pratique quotidienne, cette tâche est rarement exécutée à l'aide d'outils standardisés. En effet, malgré l'abondance de parutions scientifiques traitant de ce sujet, les outils disponibles de prédiction d'un passage à l'acte suicidaire ont une utilité limitée. Même chez les patients ayant été identifiés comme présentant un risque suicidaire significatif, l'hospitalisation n'est pas toujours indiquée si ce risque est considéré comme chronique et si le psychiatre évalue que cette mesure n'est pas susceptible de modifier l'évolution du patient. De plus en plus, les autorités de santé publique proposent au psychiatre (et donc à son patient) des alternatives à l'hospitalisation, laquelle mesure est aujourd'hui considérée comme très coûteuse et donc à réserver aux situations les plus graves. En cas de refus du patient présentant des idées suicidaires de suivre les recommandations du psychiatre, celui-ci devra évaluer la pertinence d'utiliser les mesures légales à sa disposition pour contraindre le patient à demeurer hospitalisé. On comprendra ainsi que l'évaluation du risque suicidaire et la prescription de mesures d'encadrement conséquentes est un processus éminemment complexe qui se laisse mal circonscrire par un procédé algorithmique qui pourrait être utilisé en toutes circonstances.

Nous avons vu que la jurisprudence canadienne est en grande majorité favorable aux psychiatres. Les tribunaux reconnaissent toute la complexité de la tâche du psychiatre qui évalue un patient présentant des idées suicidaires ainsi que la part de subjectivité inhérente à celle-ci. Il est par conséquent difficile pour la partie demanderesse de convaincre le tribunal que le psychiatre a commis une faute puisque les conduites thérapeutiques « acceptables » découlant de l'évaluation du risque suicidaire sont nombreuses.

On pourrait résumer les principaux motifs en vertu desquels les tribunaux exonèrent généralement les psychiatres envers qui sont intentés des recours en responsabilité civile suite au décès d'un patient par suicide par les remarques suivantes :

- Les médecins n'ont qu'une obligation de moyens et non de résultat. Le fait qu'un suicide (le résultat étant d'éviter la mort) soit survenu n'implique pas nécessairement qu'il y ait eu faute.
- La norme de pratique à laquelle le médecin doit se plier s'apprécie *in abstracto* : le tribunal apprécie la conduite du défendeur en la comparant à celle d'un médecin « moyen », qui fait preuve d'une prudence et d'une diligence raisonnables. On n'attend donc pas du psychiatre une compétence exceptionnelle.
- Bien que certains psychiatres fassent preuve d'une très grande prudence lorsque confrontés à un patient suicidaire, alors que d'autres favorisent plutôt la responsabilisation de l'individu, les tribunaux se refusent à faire un choix entre ces deux écoles de pensées lorsqu'elles paraissent aussi raisonnables l'une que l'autre.
- Les tribunaux distinguent, en matière de responsabilité civile, la faute de l'erreur non fautive, la simple erreur de jugement.
- Le fardeau de la preuve repose sur la partie demanderesse qui se voit en pratique dans l'obligation d'avoir recours à des témoins experts. Dans l'immense majorité des cas, la partie défenderesse fera aussi entendre les siens. Le juge se retrouve donc fréquemment dans une situation où deux écoles de pensées en matière d'évaluation et de gestion du risque suicidaire s'opposent. Or, ce cas de figure est, comme nous l'avons vu, favorable à la partie défenderesse.
- Les tribunaux reconnaissent que l'approche « moderne » de la psychiatrie implique un certain risque de passage à l'acte suicidaire si l'on veut accorder à l'individu un degré de liberté compatible avec sa réintégration dans la société.

La jurisprudence canadienne en matière de responsabilité civile du psychiatre suite au décès d'un patient par suicide n'est pas considérable en ce qui a trait au nombre de jugements. Évidemment, on peut supposer que plusieurs litiges se règlent hors cour. Il serait intéressant, pour compléter ce mémoire, de connaître les motifs qui sont susceptibles de convaincre l'assureur d'un psychiatre visé par une action en responsabilité civile de verser une somme d'argent à la partie demanderesse, de façon à éviter un procès. Néanmoins, nous pouvons supposer que dans de tels cas, l'évaluation du risque suicidaire

n'était tout simplement pas documentée dans les notes médicales ou encore le risque suicidaire y était grossièrement sous-estimé.

La revue de la jurisprudence canadienne effectuée dans le cadre de ce mémoire n'a identifié qu'un seul recours dans lequel le psychiatre n'a pas été exonéré à la suite du suicide d'un patient : il s'agit de l'affaire *Villemure c. Turcot et al*, entendue par la Cour suprême en 1973. Le juge de première instance a trouvé le psychiatre responsable, la Cour d'appel a renversé le verdict, lequel a finalement été rétabli en Cour suprême. Il nous apparaît improbable qu'un recours similaire puisse avoir un dénouement semblable de nos jours. En effet, tous les témoins experts entendus dans *Villemure* ont affirmé qu'ils auraient tenu la même conduite que celle du D^r Turcot. Or, il est rarissime de voir un juge faire fi de l'opinion des témoins experts, surtout lorsque celle-ci est unanimement partagée. Par ailleurs, certains aspects de la réflexion du juge de première instance paraissent aujourd'hui anachroniques : ce dernier affirmait, entre autres, que le psychiatre aurait dû demander aux autres patients de « garder un œil » sur le patient finalement décédé par suicide. On voit mal comment un médecin pourrait donner une telle directive de nos jours.

Le public serait en droit de s'inquiéter d'une telle unanimité des tribunaux chargés d'évaluer la responsabilité civile des psychiatres. Notre revue de la jurisprudence a en effet montré que la tâche de la partie demanderesse, celle de démontrer la faute, le dommage et le lien de causalité entre les deux, est le plus souvent insurmontable en pratique. Les conduites thérapeutiques « acceptables » en matière de prévention d'un passage à l'acte suicidaire sont, à l'heure actuelle, fort nombreuses et il semble toujours possible à un bon « casuiste » de justifier telle ou telle conduite *a posteriori*. En fait, seule l'implantation généralisée au sein de la communauté psychiatrique d'une procédure standardisée d'évaluation du risque suicidaire et de prescription de mesures d'encadrement serait susceptible de renverser l'équilibre des forces en présence. Il serait alors beaucoup plus aisé pour la partie demanderesse d'identifier une pratique fautive. Or, il faut convenir qu'en raison de la complexité de ce phénomène, à la fois médical, psychologique et social qu'est le suicide, nous sommes probablement encore loin d'une telle « standardisation » de la pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Association canadienne de protection médicale (ACPM). (2016). *Guide médico-légal à l'intention des médecins du Canada*. Ottawa, Canada.

American Psychiatric Association. (2003). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. Arlington, VA : American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2016). *Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults* (3^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Association.

Anderson, U.A., Anderson, M., Rosholm, J.U., Gram, L.F. (2000). Contacts to the health care system prior to suicide : a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 126-134.

Appelbaum, P.S. et Gutheil, T.G. (2007). *Clinical Handbook of Psychiatry & the Law* (4^e éd.). Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins.

Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., Kiernan, K., Davies, S., Bickley et H., Parsons, R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services : national clinical survey. *BMJ*, 318, 1235-1239.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. et Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides : a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 37.

Asberg, M., Träskman, L. et Thorén, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor ? *Archives of General Psychiatry*, 33(10), 1193-1197.

Baldessarini, R.J., Pompili, M. et Tondo, L. (2012). Bipolar disorder. Dans Simon RI, Hales, RE, (dir.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management*. Washington DC, USA : American Psychiatric Publishing Inc.

Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B. et Sainsbury, P. (1974). A Hundred Cases of Suicide : Clinical Aspects. *The British Journal of Psychiatry*, 125(587), 355-373.

Baudouin, J.L., Deslauriers, P. et Moore, B. (2014). *La responsabilité civile* (8^e éd.). Cowansville, Canada : Éditions Yvon Blais.

Beautrais, A.L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420-436.

Beautrais, A.L, Joyce, P.R., Mulder, R.T., Fergusson, D.M., Deavoll, B.J. et Nightingale, S.K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons

making serious suicide attempts : a case-control study. *The American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1009-1014.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York. USA : International Universities Press.

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M. et Garrison, B. (1985). Hopelessness and Eventual Suicide : A 10-Year Prospective Study of Patients Hospitalized With Suicidal Ideation. *The American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559-563.

Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. et Trexler, L. (1976). Classification of Suicidal Behaviors II. Dimensions of Suicidal Intent. *Archives of General Psychiatry*, 33, 835-837.

Bernardot, A. et Kouri, R.P. (1980). *La responsabilité civile médicale*. Les Éditions Revue de Droit, Université de Sherbrooke.

Bertolote, J.M. et Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologie*, 7, 6-8.

Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B. et Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder : prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18, 226-239.

Bourgeois, M., Swendsen, J., Young, F., Amador, X., Pini, S., Cassano, GB., Lindenmayer, J.P., Hsu, C., Alphas, L. et Meltzer, H.Y. (2004). Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia : results of the international suicide prevention trial. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 1494-1496.

Bowers, L., Banda, T. et Nijman, H. (2010). Suicide inside : A systematic review of inpatient suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(5), 315–328.

Brent, D.A., Bridge, J., Johnson, B.A. et Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1145-1152.

Brent, D.A. et Mann J.J. (2005). Family genetic studies, suicides, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C : Seminars in Medical Genetics*, 133, 13-24.

Brent, D.A., Perper, J.A. et Allman, C.J. (1987). Alcohol, Firearms, and Suicide Among Youth. *JAMA*, 257, 3369-3372.

Briere, J. et Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse and Neglect*, 14, 357-364.

Bronisch, T. (1996). The Typology of Personality Disorders — Diagnostic Problems and Their Relevance for Suicidal Behavior. *Crisis*, 17, 55-58.

Bronisch, T. et Wittchen, H.U. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts : comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244, 93-98.

Brown, G.K. (2002). *A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults*. National Institute of Mental Health. Repéré à <https://www.sprc.org/resources-programs/review-suicide-assessment-measures-intervention-research-adults-older-adults>

Bush, K.A., Fawcett, J. et Jacobs, D.G. (2003). Clinical Correlates of inpatient suicide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 14-19.

Camus, A. (1942). *Le mythe de Sisyphe*. Paris, France : Éditions Gallimard.

Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M. et Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide : a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.

Centers for Disease Control and Prevention (2016). *Injury Prevention & Control : Division of Violence Prevention*. Repéré à <https://www.cdc.gov/injury/index.html>

Chemtob, C.M., Hamada, R.S., Bauer, G., Kinney, B. et Torigoe, R.Y. (1988). Patients' suicides : frequency and impact on psychiatrists. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 224-228.

Chen, Y. et Dilsaver, S.C. (1996). Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other axis I disorders. *Biological Psychiatry* 39, 896-899.

Claassen, C.A. et Larkin, G.L. (2005). Occult suicidality in an emergency department population. *The British Journal of Psychiatry*. 186, 352-353.

Collège des médecins du Québec. (2017). *Code de déontologie des médecins*. Repéré à <http://www.cmq.org/page/fr/code-de-deontologie-des-medecins.aspx>

Commission des droits de la personne et de la jeunesse. (1998). *Conformité à la Charte de l'utilisation de caméras-vidéos dans la salle d'isolement d'un centre hospitalier. Aspects généraux*. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs54059>

Copas, J.B. et Robin, A. (1982). Suicide in psychiatric in-patients. *The British Journal of Psychiatry*, 141(5), 503-511.

Coryell, W. et Tsuang, M.T. (1982). Primary Unipolar Depression and the Prognostic Importance of Delusions. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1181-1184.

Coryell W. et Young, E.A. (2005). Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 412-417.

Crammer, J. (1984). The special characteristics of suicide in hospital in patients. *The British Journal of Psychiatry*, 145, 460-476.

Crépeau, P-A. (1956). *La responsabilité civile du médecin et de l'établissement*. Montréal, Canada : Wilson & Lafleur.

Crépeau, P-A. (1977). La responsabilité civile du médecin. *Revue de Droit*, 8(1).

Da Cruz, D., Pearson, A., Saini, P., Miles, C., While, D., Swinson, N., Williams, A., Shaw, J., Appleby, L. et Kapur, N. (2011). Emergency department contact prior to suicide in mental health patients. *Emergency Medicine Journal*, 28, 467-471.

Dervic, K., Oquendo, M.A., Grunebaum, M.F., Ellis, S., Burke, A.K. et Mann, J.J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2303-2308.

Dhossche, D.M. (2000). Suicidal behavior in psychiatric emergency room patients. *Southern Medical Journal*, 93, 310-314.

Dorpat, T.L. et Ripley, H.S. (1960). A study of suicide in the Seattle area. *Comprehensive Psychiatry*, 1, 349-359.

Duberstein, P.R. et Conwell, Y. (1997). Personality Disorders and Completed Suicide : A Methodological and Conceptual Review. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 4, 359-376.

Dumais, A., Lesage, A.D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J.J., Benkelfat, C. et Turecki, G. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression : a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2116-2124.

Durkheim, É. (1930). *Le suicide*. Presses universitaires de France.

Egeland, J.A. et Sussex, J.N. (1985). Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA*, 254, 915-918.

Fawcett, J. (2012). Depressive Disorders. Dans : R. Simon et R. Hales (dir.). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management* (2^e éd.). Washington DC : American Psychiatric Publishing Inc.

Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, D., Hedeker, D., Gibbons, R., Coryell W. (1987). Clinical predictors of suicide in patients with major depressive disorders : A controlled prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 35-40.

Fawcett, J., Scheftner, W.A., Fogg, L., Clark, D.C., Young, M.A., Hedeker, D. et Gibbons, R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 1189-1194.

Fenton, W.S., McGlashan, T.H., Victor, B.J. et Blyer, C.R. (1997). Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 199-204.

Fine, M.A. et Sansone, R.A. (1990). Dilemmas in the management of suicidal behavior in individuals with borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 44, 160-71.

Goldacre, M., Seagroatt, V. et Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*, 342, 283-286.

Goldstein, R.B., Black, D.W., Nasrallah, A. et Winokur, G. (1991). The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48, 418-422.

Grunebaum, M.F., Oquendo, M.A., Harkavy-Friedman, J.M., Ellis, S.P., Li, S., Haas, G.L., Malone, K.M. et Mann J.J. (2001). Delusions and suicidality. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 742-747.

Ontario Hospital Association (2011). *Guide d'évaluation du risque de suicide, une ressource pour les organismes de santé*. Repéré à http://www.info-suicide.be/wp-content/uploads/2014/05/synthese_echelles_evaluation_risque_suicide_quebec.pdf

Harris, E.C. et Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. et Deeks, J.J. (2005). Schizophrenia and suicide : systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 9-20.

Hayward, L., Zubrick, S.R. et Silburn, S. (1992). Blood alcohol levels in suicide cases. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, 256-260.

Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J.T., Haas, A.P. et Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 2022-2027.

Henriksson, M.M., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Heikkinen, M.E., Isometsä, E.T., Kuoppasalmi, K.I. et Lönnqvist, J.K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 935-940.

Hor, K. et Taylor, M. (2010). Review : Suicide and schizophrenia : a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 24, 81-90.

Hufford, M.R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*, 21, 797-811.

Hume, D. (1989). Du suicide. Dans : D. Hume, *L'histoire naturelle de la religion*. Paris, France : Librairie philosophique J. Vrin.

Inskip, H.M., Harris, E.C. et Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 35-37.

Institut national de santé publique du Québec (2016). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2091_mortalite_suicide_2016.pdf

Isometsä, E.T. (2001). Psychological autopsy studies : a review. *European Psychiatry*, 16, 379-385.

Isometsä, E.T. (2014). Suicidal behaviour in mood disorders--who, when, and why ? *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 120-30

Isometsä, E.T., Henriksson, M.M., Heikkinen, M.E., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Kuoppasalmi, K.I. et Lönnqvist, J.K. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 667-673.

Isometsä, E.T., Heikkinen, M.E., Marttunen, M.J., Henriksson, M.M., Aro, H.M. et Lönnqvist, J.K. (1995). The last appointment before suicide : is suicide intent communicated ? *The American Journal of Psychiatry*, 152, 919-922.

Isometsä, E.T., Henriksson, M.M., Marttunen, M., Heikkinen, M.E., Aro, H., Kuoppasalmi, K. et Lönnqvist, J. (1995). Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *BMJ*, 310, 1366-1367.

Jacobs, D.G., Brewer, M. et Klein-Benheim, M. (1999). Suicide Assessment : An overview and recommended protocol. Dans : Jacobs DG, dir. *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.

Jacobs D.G. et Brewer, M. (2004). APA Practice Guideline Provides Recommendations for Assessing and Treating Patients With Suicidal Behaviors. *Psychiatric Annals*, 34, 373-380.

Jamison, K.R. (2000). Suicide and bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 47-51.

Jena, A.B., Seabury, S., Lakdawalla, D. et Chandra, A. (2011). Malpractice Risk According to Physician Speciality. *The New England Journal of Medicine*, 365(7), 629-636.

Kessler, R.C., Borges, G. et Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617-626.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. et Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

Lambert, M.T. et Bonner, J. (1996). Characteristics and six-month outcome of patients who use suicide threats to seek hospital admission. *Psychiatric Services*, 47, 871-873.

Large, M., Ryan, C. et Nielsens, O. (2011). The validity and utility of risk assessment for inpatient suicide. *Australas Psychiatry*, 19, 507-512.

Larkin, G.L., Smith, R.P. et Beautrais, A.L. (2008). Trends in US emergency department visits for suicide attempts, 1992-2001. *Crisis*, 29, 73-80.

Lesage, A.D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C. et Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders : a case-control study of young men. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 1063-1068.

Lesage-Jarjoura, P. et Philips-Nootens, S. (2001). *Éléments de responsabilité civile médicale - Le droit dans le quotidien de la médecine*. (2e éd.). Cowansville, Québec : Les Éditions Yvon Blais.

Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L. et Chiles, J.A. (1983). Reasons for Staying Alive When You Are Thinking of Killing Yourself : The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.

Lubit, R.H. (2009). Ethics in Psychiatry. Dans : B. Sadock, V. Sadock et P. Ruiz (dir.), *Kaplan et Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (9e éd.). Philadelphia : Lippincott Williams et Wilkins.

Malone, K.M., Oquendo, M.A., Haas, G.L., Ellis, S.P., Li, S. et Mann, J.J. (2000). Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression : Reasons for Living. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1084-1088.

Maltsberger, J.T. (1994). Calculated risks in the treatment of intractably suicidal patients. *Psychiatry*, 57, 199-212.

Maltsberger, J.T. et Buie, D.H. (1974). Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 625-633.

Mann, J.J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 4, 25-30.

Mann, J.J. et Malone, K.M. (1997). Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed patients. *Biological Psychiatry*, 41, 162-171.

Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L. et Malone, K.M. (1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.

Martelli, C., Awad, H. et Hardy, P. (2010). Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. *L'Encéphale*, 36S, D83-D91.

Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I.M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., Flynn, S., Burns, J., Amos, T., Shaw, J. et Appleby, L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 129-134.

Meltzer, H.Y. (2001). Treatment of suicidality in schizophrenia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 44-58.

Miles, C.P. (1977). Conditions predisposing to suicide : a review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 231-246.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Prévention du suicide : Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000751/>

Mishara, B.L. et Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.

Montaigne M. (2009). Une coutume de l'île de Zéa. Dans : M. Montaigne, *Les Essais*. Paris, France : Éditions Gallimard.

Moscicki, E.K. (1994). Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of Epidemiology*, 4(2), 152-158.

Moscicki, E.K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 499-517.

Moscicki, E.K. (1999). Epidemiology of suicide. Dans : D. Jacobs (dir.), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Motto, J.A. (1999). Critical Points in the assessment and Management of Suicide Risk. Dans D.G. Jacobs (dir.), *The Harvard Medical Schoolg guide to suicide assessment and Intervention*. San Francisco, USA : Jossey-Bass.

Murphy, G.E., Wetzel, R.D., Robins, E. et McEvoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 49(6), 459-463.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C. et Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.

Nordström, P., Samuelsson, M., Asberg, M., Träsman, L., Aberg-Wistedt, A., Nordin, C. et Bertilsson, L. (1994). CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(1), 1-9.

O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L. et Silverman, M.M. (1996). Beyond the Tower of Babel : a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.

Ohberg, A., Vuori, E., Ojanperä, I. et Lonnqvist, J. (1996). Alcohol and drugs in suicides. *The British Journal of Psychiatry*, 169(4), 75-80.

OMS. (2014). *Prévention du suicide. L'état d'urgence mondiale*. Repéré à http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/

Ontario Hospital Association (2011). *Guide d'évaluation du risque de suicide. Une ressource pour les organismes de santé*. Repéré à http://www.info-suicide.be/wp-content/uploads/2014/05/synthese_echelles_evaluation_risque_suicide_quebec.pdf

Palmer, B.A., Pankratz, V.S. et Bostwick, J.M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia : a reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247-253.

Paris J. (2002). Chronic Suicidality Among Patients With Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services*, 53(6), 738-742.

Paris, J., Brown, R. et Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry* 28(6), 530-535.

Paris, J., Zweig-Frank, (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.

Pirkis, J. et Burgess, P. (1998). Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 173(6), 462-474.

Pokorny A.D. (1983). Prediction of Suicide in Psychiatric Patients. *Archives of General Psychiatry*, 40(3), 249-257.

Pokorny A.D. (1993). Suicide prediction revisited. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(1), 1-10.

Popovici, A. (1970). La responsabilité médicale et hospitalière lors du suicide d'un malade mental. *Revue du Barreau*. Tome 3, Numéro 5, 490-500.

Powell, J., Geddes, J., Deeks, J., Goldacre, M. et Hawton, K. (2000). Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 266-272.

Proulx, F., Lesage, A.D. et Grunberg, F. (1997). One hundred inpatient suicides. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 247-250.

Qin, P. et Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization : evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 427-433.

Ravindranath, D., Deneke, D.E. et Riba, M. (2012). Emergency Services. Dans: R. Simon et R. Hales (dir.). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. et Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse.

Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511-2518.

Resnick, P.J. (2002). Recognizing that the suicidal patient views you as an 'adversary'. *Current Psychiatry*, 1(1), 8-8.

Rich, C.L., Fowler, R.C., Fogarty, L.A. et Young, D. (1988). San Diego Suicide Study. III. Relationships between diagnoses and stressors. *Archives of General Psychiatry*, 43(6), 589-592.

Rich, C.L. et Runeson, B.S. (1992). Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(5), 335-339.

Rich, C.L., Warsrad, G.M., Nemiroff, R.A, Fowler, R.C. et Young, D. (1991). Suicide, stressors, and the life cycle. *The American Journal of Psychiatry*, 148(7), 524-527.

Richard-Lepouriel, H., Weber, K., Baertschi, M., DiGiorgio, S., Sarasin, F. et Canuto A. (2015). Predictors of Recurrent Use of Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Services*, 66(5), 521-526.

Robins, E., Murphy, G.E., Wilkinson, R.H., Gassner, S. et Kayes, J. (1959). Some Clinical Considerations in the Prevention of Suicide Based on a Study of 134 Successful Suicides. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 49(7), 888-899.

Roose, S.P., Glassman, A.H., Walsh, B.T., Woodring, S., Vital-Herne, J. (1983). Depression, delusions and suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 140(9), 1159-1162.

Rosenbluth, M., Kleinman, I. et Lowy, F. (1995). Suicide : the interaction of clinical and ethical issues. *Psychiatric Services*, 46(9), 919-921.

Roy, A. (1981). Specificity of risk factors for depression. *The American Journal of Psychiatry*, 138(7) 959-961.

Roy, A. (1982). Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1089-1095.

Roy, A. (1983). Family history of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 40, 971-974.

Roy, A. et Draper, R. (1995). Suicide among psychiatric hospital in-patients. *Psychological Medicine*, 25(1), 199-202.

Roy, A. et Linnoila, M. (1986). Alcoholism and Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16, 244-273.

Rudd, M.D. (2012). The Clinical Risk Assessment Interview. Dans : R. Simon et R. Hales (dir.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management* (2^e éd). Washington, DC : American Psychiatric Publishing Inc.

Sadock, B.J., Sadock, V.A. et Ruiz, P. (2015). *Kaplan et Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry* (11^e éd.) Philadelphia, USA : Wolters Kluwer.

Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Archives of Suicide Research*, 13(4), 303-316.

Shea, S.C., Terra, J-L. et Séguin, M. (2008). *Évaluation du potentiel suicidaire. Comment intervenir pour prévenir* (1^e éd). Issy-Les-Moulineaux, Fr : Elsevier Masson SAS.

Shneidman, E. (1999). Perturbation and Lethality. Dans : DG Jacobs (dir.), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Simon, R.I. (2004). *Assessing and Managing Suicide Risk : Guidelines for Clinically Based Risk Management*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing Inc.

Simon, R.I. (2007). The Suicidal Patient. Dans : R. Simon (dir.). *Clinical Manual of Psychiatry and Law*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing Inc.

Simon, R.I. (2011). Preventing Patient Suicide. *Clinical Assessment and Management*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing Inc.

Simon, R.I. (2012). Suicide Risk Assessment : Gateway to Treatment and Management. Dans : R. Simon et R. Hales (dir.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management* (2^e éd). Washington DC : American Psychiatric Publishing Inc., 2012.

Soloff, P.H., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J. et Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151(16), 1316-1323.

Statistique Canada (2016). *Coup d'œil sur la santé. Les taux de suicide : un aperçu*. Repéré sur : <https://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>

Sudak, H.S. (2009). Suicide. Dans : B.J. Sadock, V.A. Sadock et P. Ruiz (dir.), *Kaplan et Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (9^e éd). Philadelphia, USA : Lippincott Williams et Wilkins.

Sullivan, P.F., Bulik, C.M., Forman, S.D. et Mezzich, J.E. (1993). Characteristics of repeat users of a psychiatric emergency service. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(4), 376-380.

Suominen, K.H., Henriksson, M.M., Suokas, J., Isometsä, E.T., Ostamo, A.I. et Lönnqvist, J.K. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(4), 234-240.

Department of Veterans Affairs and Department of defense (2013). *VA/DoD Clinical Practice Guideline. Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide*. Repéré à <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/>

Tondo, L., Isacson, G. et Baldessarini, R. (2003). Suicidal behaviour in bipolar disorder : risk and prevention. *CNS Drugs*, 17(7), 491-511.

Tsai, S.Y., Kuo, C.J., Chen, C.C. et Lee, H.C. (2002). Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(6), 469-476.

Vasiliadis, H.M., Ngamini-Ngui, A. et Lesage, A. (2015). Factors Associated With Suicide in the Month Following Contact With Different Types of Health Services in Quebec. *Psychiatric Services*, 66(2), 121-126.

Vythilingam, M., Chen, J., Bremner, J.D. Mazure, C.M., Maciejewski, P.K. et Nelson, J.C. (2003). Psychotic depression and mortality. *The American Journal of Psychiatry*, 160(3), 574-576.

Weisman, A.D. et Worden, J.W. (1972). Risk-Rescue Rating in Suicide Assessment. *Archives of General Psychiatry*, 26(6), 553-560.

Yates, B.D., Nordquist, C.R. et Schultz-Ross, R.A. (1996). Feigned psychiatric symptoms in the emergency room. *Psychiatric Services*, 47(9), 998-1000.

Yoon, J.H. et Carter, C.C. (2012). Schizophrenia. Dans : R. Simon et R. Hales (dir.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management*. (2^e éd). Washington DC : American Psychiatric Publishing Inc.

Zorick, T., Nestor, L., Miotto, K., Sugar, C., Hellemann, G., Scanlon, G., Rawson, R., London, E.D. (2010). Withdrawal symptoms in abstinent methamphetamine-dependent subjects. *Addiction*, 105(10), 1809-1818.

TEXTES LÉGISLATIFS

Charte canadienne des droits et libertés (dans Loi de 1982 sur le Canada (L.R.C. 1985, app. II, no 44, annexe B, partie I))

Charte des droits et libertés de la personne (RLRQ, c. C-12)

Code civil du Québec

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q. c. P-38.001)

TABLE DE JURISPRUDENCE CANADIENNE

A c. Centre hospitalier de St. Mary, [2007] R.J.Q. 483

A.M. c. Glass, [2008] R.R.A 428

Augustus c. Gosset, [1996] 3 R.C.S. 268

B.H c. Centre hospitalier régional de Baie-Comeau, [2009] R.R.A. 462

Buyze v. Malla, [2008] CanLII 865 (ON SC)

Cloutier c. Hôpital Le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), [1990] R.J.Q. 717 (C.A.)

De Bogyay c. Royal Victoria Hospital, [1987] R.R.A. 613 (C.A.)

Ganger (Guardian ad litem of) v. St. Paul's Hospital, [1997] CanLII 2707 (BC CA)

Haines v. Bellissimo et al., [1977] 18 O.R. (2d) 177 (HC)

Hôpital Notre-Dame v. Dame Villemure [1970] C.A. 538

Hôtel-Dieu de Québec c. Bois, [1977] C.A. 563

Hôpital général de la Région de l'Amiante Inc. c. Perron, [1979] C.A. 567

Lapointe c. Hôpital Le Gardeur, [1992] 1 R.C.S. 351

Martel c. Hôtel-Dieu St-Vallier, [1969] R.C.S. 745

Melanson Estate v. Calgary Regional Health Authority, [2008] ABQB 692

Nencioni c. Mailloux, [1985] R.L. 532

Prentice (Litigation Guardian of) v. Coovadia, [2006] O.J. No. 2799
Richard-Thibault c. Hôpital St-Michel Archange, J.E. 81-855 (C.A.)
Roy c. Toxi-Co-Gîtes Inc., REJB 2004-80766 (C.S.)
Snell c. Farrell, [1990] 2 R.C.S 311
Stewart v. Noone [1992], B.C.J. No. 1017
Ter Neuzen c. Korn, [1995] 3 R.C.S. 674
Thomas c. Centre hospitalier Le Gardeur, [2009] QCCS 5851 (CanLII)
Villemure c. Turcot et al., [1973] R.C.S. 716
X. c. Mellen, [1957] B.R. 389 (C.A.)

TABLE DE JURISPRUDENCE AMÉRICAINNE

Baker v. United States, 226 F. Supp. 129 (S.D. Iowa 1964)
Bates v. Denney, 563 So.2d 298 (1990)
Bellah v. Greenson, 81 Cal. App. 3d 614, 146 (1978)
Fiederlein v. City of New York Health and Hospitals Corp., 80 A.D. 2d 821 (1981)
Johnson v. United States, 409 F. Supp. 1283 (M.D. Fla. 1976)