

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
CATHERINE GIRARD

CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE DANS LES
ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES DU QUÉBEC

AOÛT 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Cette thèse s'inscrit dans une démarche de recherche communautaire, en collaboration avec six établissements psychiatriques québécois. Elle propose un cadre de référence en prévention du suicide pour les hôpitaux psychiatriques du Québec, cadre qui peut être adapté selon les particularités des milieux. Le document cerne d'abord les difficultés inhérentes à la prévention du suicide auprès des patients de ces institutions, c.-à-d. ceux qui souffrent de troubles mentaux graves. Il présente ensuite les mesures de prévention envisageables en établissement psychiatrique. Une troisième partie propose un cadre de référence précis pour les six hôpitaux québécois qui ont participé au projet. Finalement, une stratégie d'évaluation est ensuite élaborée avant d'en arriver à une discussion plus large du sujet.

La communauté scientifique s'entend pour dire qu'un trouble mental était présent chez 90% des personnes décédées par suicide dans la population générale, en se basant sur les données des autopsies psychologiques. En parallèle, nous savons qu'entre 15 et 60% des admissions en institution psychiatrique sont dues à un haut risque suicidaire chez les patients. Les taux de comportements suicidaires sont donc généralement plus élevés dans ce milieu clinique, même si l'encadrement peut y être plus rigoureux. Les troubles mentaux les plus associés au risque suicidaire sont la schizophrénie et la dépression majeure et ces troubles mentaux graves sont majoritairement ceux retrouvés en établissement psychiatrique. Par delà ces troubles inhérents à la clientèle des hôpitaux

psychiatriques, plusieurs auteurs ont identifié des facteurs de risques qui se superposent aux diagnostics chez les patients à risque suicidaire.

On retrouve dans quelques écrits scientifiques et cliniques quelques recommandations pour prévenir les comportements suicidaires dans les hôpitaux psychiatriques. Cependant, ces recommandations sont souvent d'ordre trop général ou bien ne correspondent pas au contexte québécois sous étude. Aucun véritable programme de prévention des comportements suicidaires n'est identifié pour les hôpitaux. Au Québec, la collecte de données dans les établissements psychiatriques a relevé qu'entre autres certaines règles plus ou moins formelles sont cependant appliquées lorsqu'un patient présente un risque suicidaire, mais il n'y a pas de systématisation réelle de la procédure. D'où l'importance, dans ce projet, de proposer un cadre de référence qui permette une telle régularisation. Ainsi, il sera possible d'enrayer ces difficultés présentes dans l'organisation des soins. Par ailleurs, le dépistage des patients suicidaires est une étape primordiale qui se devait d'être mieux élaborée. C'est ainsi que cette thèse permet de préciser l'utilisation de quatre outils importants de dépistage. Il situe cependant cette utilisation dans le cadre de l'exercice prédominant du jugement clinique des professionnelles que sont les infirmières en psychiatrie.

Le cadre de référence développé à l'occasion de cette thèse devrait finalement permettre à chaque établissement, en tout respect de ses particularités, d'élaborer son propre programme de prévention des comportements suicidaires. Un tel programme, formalisé

dans un document maître, devrait alors préciser les objectifs poursuivis, les moyens mis en œuvre, de même que les trois niveaux de la démarche : la prévention, l'intervention et la postvention. Une méthodologie précise d'évaluation est finalement proposée à partir de l'élaboration d'un modèle théorique de l'impact de ces mesures.

Table des matières

Sommaire	ii
Remerciements	x
Glossaire	xii
Introduction.....	1
Contexte de l'évaluation de programme.....	4
Contexte théorique	4
1. Problématique suicidaire et établissements psychiatriques.....	9
1.1. Données statistiques	9
Données générales.....	9
Selon le trouble.....	11
Selon le temps et le lieu.....	12
Selon le sexe.....	13
Selon le moyen légal.....	14
1.2. Facteurs associés au risque suicidaire	15
Facteurs liés à la clientèle	15
Facteurs liés au milieu.....	22
1.3. Deux clientèles particulières.....	25
Enfants et adolescents.....	26
Délinquants psychiatriqués	27
1.4 Impact sur le personnel	28
1.5 Synthèse.....	31
2. Mesures préventives	32
2.1. Évaluation du risque suicidaire	32
2.2 Mesures répertoriées dans la littérature	35
Litman.....	35
Wolfersdorf.....	36
Appleby.....	36
Bongar.....	38
Davidson.....	40
Linehan.....	41
Bureau du coroner, Québec.....	43
2.3. Situation dans le réseau de la santé au Québec	45
2.4. Situation dans six établissements psychiatriques du Québec.....	50
2.4.1 Cueillette des données préliminaires	50
2.4.2 Synthèse des données recueillies.....	63
2.5 Théorisation du problème	65
3. Proposition d'un cadre de référence québécois	68

3.1 Objectifs poursuivis	70
3.2 Moyens à mettre en œuvre	71
3.3 Prévention	71
3.4 Intervention	76
3.5 Postvention.....	76
3.6 Constats généraux et recommandations	77
4. Stratégie d'évaluation	82
4.1. Objectifs	82
4.2. Évaluation du processus de dépistage	86
<i>Évaluation de l'impact du processus de dépistage</i>	<i>87</i>
4.3. Méthodologie de l'évaluation	89
<i>Échantillonnage.....</i>	<i>89</i>
<i>Éléments /Critères à l'étude.....</i>	<i>90</i>
<i>Procédure de l'évaluation</i>	<i>93</i>
<i>Étapes réalisées</i>	<i>98</i>
5. Discussion critique de la démarche.....	105
5.1. Nouveau modèle d'application des connaissances.....	105
5.2. Limites de la recherche.....	114
5.3. Conséquences et orientations futures	116
<i>Conclusion</i>	<i>118</i>
<i>Références</i>	<i>121</i>
<i>Appendice A</i>	<i>132</i>
<i>Évaluation du risque suicidaire</i>	<i>132</i>
<i>Appendice B</i>	<i>142</i>
<i>Grille des prédicteurs du suicide</i>	<i>142</i>
<i>Appendice C</i>	<i>144</i>
<i>Grille de suicidalité</i>	<i>144</i>
<i>Appendice D.....</i>	<i>146</i>
<i>Items contenus dans l'Échelle de dépression de Beck (2^e édition, version française)</i>	<i>146</i>
<i>Appendice E</i>	<i>148</i>
<i>Questions contenues dans l'Échelle de désespoir de Beck.....</i>	<i>148</i>
<i>Appendice F</i>	<i>150</i>
<i>Renseignements au participant de l'étude</i>	<i>150</i>
<i>Appendice G.....</i>	<i>152</i>

Formulaire de consentement (patients mineurs)	152
Formule d'engagement du chercheur.....	154
Formulaire de consentement (patients majeurs)	155
Formule d'engagement du chercheur.....	155
Formulaire de consentement (infirmiers)	156
<i>Appendice H</i>	157
Questionnaires d'évaluation	157
<i>Appendice I</i>	162
Tableaux détaillés du devis de l'évaluation	162
<i>Appendice J</i>	165
Schémas du nouveau modèle de transmission de connaissances	165
<i>Appendice K</i>	167
Pistes d'interventions suggérées	167

Liste des tableaux

Tableau 1	Liste des étapes de réalisation du programme et de l'évaluation de son implantation.....	6
Tableau 2	Prévalence des diagnostics chez les personnes suicidées	17
Tableau 3	Risque de mortalité par suicide chez les personnes présentant un trouble mental	19
Tableau 4	Incidents survenus du 1 ^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2001 au Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine	54
Tableau 5	Incidents survenus du 1 ^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2001 au Centre hospitalier Pierre-Janet.....	56
Tableau 6	Incidents survenus du 1 ^{er} avril 1999 au 25 août 2001 au Centre hospitalier Robert-Giffard.....	58
Tableau 7	Incidents survenus du 1 ^{er} janvier 1999 au 31 décembre 1999 à l'Hôpital Douglas	59
Tableau 8	Incidents survenus du 1 ^{er} avril 1999 au 31 mars 2001 au Centre hospitalier Rivières-des-Prairies	61
Tableau 9	Tableau-synthèse des observations.....	65
Tableau 10	Points de césure pour interpréter les scores utilisés à la Phase B	75
Tableau 11	Résumé du cadre de référence.....	82
Tableau 12	Résumé de la procédure d'évaluation	97
Tableau 13	Séquence dans le temps des rencontres et constats.....	100

Liste des figures

Figure 1. Stratégie de dépistage pour détecter les patients suicidaires..... 74

Figure 2. Exemple de mise en place d'un programme de prévention en milieu hospitalier
..... 79

Figure 3. Parcours effectué par un patient admis en hôpital psychiatrique 80

Figure 4. Théorie de l'impact 89

Remerciements

Ce projet est le fruit d'une collaboration entre plusieurs partenaires. Nous tenons à remercier le *Laboratoire de recherche en santé mentale* de l'UQTR, particulièrement le directeur de thèse, Marc Daigle, le chercheur collaborateur Réal Labelle, ainsi que le *Regroupement des directrices des soins infirmiers* (DSI) des six établissements qui ont participé au projet: Diane Benoît (CH Louis-H. Lafontaine au début du projet), Louise Bérubé (CH Robert-Giffard), Louise Letarte (CH Pierre-Janet), Monique Bissonnette (CH Rivière-des-Prairies), Robyne Kershaw-Bellemare (Hôpital Douglas) et Christine Lamarre (Institut Philippe Pinel de Montréal). Céline Pilon, nouvellement DSI à ce dernier établissement, est devenue la responsable du dossier, en remplacement de Geneviève Ménard, maintenant DSI au CH Louis-H. Lafontaine.

De plus, il importe de souligner l'implication de Madame Nicole Ricard, présidente de l'*Association québécoise des infirmiers et infirmières en psychiatrie* ainsi que des répondantes cliniques des établissements concernées par ce projet : Louise Beauchamps (Hôpital Douglas), Francine Chartrand (CH Louis-H. Lafontaine), Marcelle Fleury (CH Pierre-Janet), Martine Gaudreault et Lise Laberge (CH Robert-Giffard), Marie-Josée Désy et Denise Leblanc (CH Rivière-des-Prairies) et Christine Lamarre (Institut Philippe Pinel).

Nous tenons aussi à remercier les membres du *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie* (CRISE), autant les professeurs que les étudiants et chercheurs, qui nous ont conseillés et appuyés, ainsi que nos proches.

Glossaire

Avant de débiter, il importe de bien définir certains termes utilisés dans cette thèse. Afin de permettre un langage commun entre les différents établissements psychiatriques et les différents acteurs en prévention du suicide, la terminologie utilisée par les centres de prévention du suicide (CPS) et diffusée par l'Association québécoise de prévention du suicide (APQS) a été retenue.

Risque suicidaire :

Probabilité qu'un patient pose éventuellement un geste suicidaire, qui soit fatal ou non, à l'intérieur d'une période de temps déterminée à l'avance (habituellement deux ans).

Urgence suicidaire ou risque imminent :

Probabilité qu'une personne se suicide dans les 48 heures («risque à court terme» ou «urgence suicidaire», selon la terminologie utilisée auparavant dans les centres de prévention). Cette probabilité à court terme tient compte du niveau de perturbation de la personne et de la présence d'idées suicidaires avec ou sans plan de suicide.

Potentiel suicidaire ou suicidalité :

Aussi employé pour englober un risque de suicide à long terme.

Introduction

Les approches de recherche communautaire sont novatrices et visent à favoriser la collaboration de divers milieux de pratique. Elles proposent notamment d'offrir aux milieux cliniques des balises plus rigoureuses afin d'évaluer leurs interventions. Également, elles apportent aux milieux universitaires une opportunité de vérifier la pertinence de leurs savoirs et de leurs hypothèses sur le terrain clinique. Cette thèse présente une telle initiative communautaire de partenariat entre le milieu de la recherche et les établissements psychiatriques cliniques. Cette démarche s'inscrit dans le cadre des récentes attentes de collaboration et de transmission des connaissances du Ministère de la santé et des services sociaux, en tentant d'intégrer les pratiques, sur la base des données probantes.

L'objectif de cette collaboration était d'élaborer un cadre de référence en prévention du suicide pour les hôpitaux psychiatriques du Québec, cadre qui pourrait être adapté selon les particularités des milieux. Ce document rend compte de la démarche participative entre ces milieux, du cadre de référence présenté aux établissements et de la méthodologie d'évaluation de l'implantation des mesures proposées.

L'importance de cette démarche, initiée en septembre 2000, a été identifiée notamment à l'occasion d'une recommandation de l'*Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* (OIIQ). Suite à une inspection professionnelle réalisée dans les établissements

psychiatriques, l'OIIQ avait alors suggéré d'améliorer les stratégies de soins quant à la problématique du suicide. À l'initiative du *Regroupement des directrices de soins infirmiers d'établissements psychiatriques*, une équipe de recherche a alors été constituée de deux chercheurs, Marc Daigle et Réal Labelle, et d'une candidate au doctorat en psychologie, l'auteure du présent document. Ainsi, le mandat initial fut de dresser un cadre de référence pour la prévention du suicide, adaptable aux différents milieux psychiatriques, mandat qui s'est ensuite élargi aux aspects plus évaluatifs.

Ce document débute par une mise en contexte sur l'évaluation de programme. Ensuite, il dresse une description du phénomène suicidaire en milieu psychiatrique, tel qu'il est rapporté dans les écrits cliniques et scientifiques. Suivent les résultats des investigations et une description des mesures de prévention envisageables pour la situation dans le réseau de la santé québécois. La troisième partie propose un cadre de référence pour les hôpitaux psychiatriques québécois, en fonction principalement du rôle que les infirmières et infirmiers ont à y jouer¹. Pour sa part, la quatrième partie suggère des moyens précis pour évaluer l'implantation de ce cadre dans les établissements. Finalement, une discussion plus large de tout le processus est présentée. Celle-ci portera sur une analyse et une critique de cette démarche participative, sur les impasses et les obstacles survenus, sur les limites de cette recherche et sur ses conséquences, de même que sur les orientations futures.

¹ Pour la suite du texte, le terme «infirmière» sera utilisé la plupart du temps, ceci avec une valeur générique pour désigner les professionnels des deux sexes.

Contexte théorique

Contexte de l'évaluation de programme

Cette thèse s'inscrit dans le cadre d'une conception et d'une évaluation de l'implantation d'un programme. Ce type de recherche communautaire se définit comme l'application systématique des procédures de la recherche sociale pour juger de la conceptualisation, de la planification, de la mise en application et de l'utilité (efficacité, efficience) des programmes d'intervention. L'évaluation de programme est une démarche rigoureuse de collecte et d'analyse d'information qui vise à porter un regard critique ou un jugement sur un programme, une politique, un processus ou un projet pour aider à la prise de décision. Un des rouages du processus de développement communautaire est que l'évaluateur guide les intervenants en leur fournissant des moyens scientifiques pour démontrer la valeur de ce qu'ils font et les outille dans le développement de meilleures pratiques.

Cette présente thèse a utilisé la démarche participative (Lebossé & Lavallée, 1993). Ce modèle est basé sur le concept « d'empowerment » (habilitation), c'est-à-dire, un processus par lequel une personne, qui se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes, développe par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale. Ici, nous avons joué un rôle d'accompagnateurs auprès d'infirmières cliniciennes des milieux psychiatriques, afin de les outiller à prévenir, dépister et intervenir auprès de patients suicidaires.

Les étapes d'une conception et d'une évaluation de programme sont détaillées dans le tableau suivant. De plus, ce tableau détaille les étapes priorisées et réalisées par l'auteure, en collaboration avec l'équipe de recherche et les différentes comités consultatifs.

Tableau 1

Liste des étapes de réalisation du programme et de l'évaluation de son implantation

Étapes	Réalisation	Justification
Identification d'un problème		
- Recension des écrits	Oui	Sections 1 et 2
- État de situation dans les établissements	Oui	Section 2
- Théorisation du problème	Oui	Section 2
Élaboration d'un programme	Oui	Section 3
Évaluation de l'implantation		
- Discussion avec les partenaires (choix de deux sites pilotes)	Oui	Section 4 (Tableaux 12 à 15)
- Théorie de l'impact	Oui	Section 4
Méthodologie		
- Développement d'un devis	Oui	Section 4

d'évaluation		
- Validation d'un devis d'évaluation	Oui	Auprès des chercheurs du CRISE ² (Section 4, Tableaux 12 à 15)
- Collecte de données	Non	Aucune collecte de données n'a pu être effectuée. Plus de précisions à la section 5
Résultats	Non	Aucune donnée recueillie
Discussion	Oui	Sections 5 et 6

Tel que mentionné dans ce tableau, suite à la conception du programme et à l'élaboration de la méthodologie de cette évaluation, aucune donnée n'a pu être recueillie. Plus de précisions sont disponibles à la section 4 (Étapes réalisées, Tableaux 12 à 15 et à la section 5). Toutefois, il est possible d'affirmer que cette thèse a permis de dresser un tableau de la situation dans les établissements psychiatriques du Québec et de créer un cadre de référence, applicable aux milieux, afin de les outiller en prévention du suicide. Ce cadre de référence peut être appliqué dans chacun des milieux et adapté, selon leurs particularités.

² Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Université du Québec à Montréal

De ce fait, en 2006, le Regroupement des infirmières, associées au projet, a élaboré un guide intitulé : « Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier psychiatrique ». À partir du document « Cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatrique », élaboré par notre équipe de recherche en 2003 (section 3 de cette thèse), ces directrices de soins infirmiers se sont mobilisées et ont développé une démarche de soins avec des outils cliniques, pour le dépistage, la prévention et la gestion des conduites suicidaires.

1. Problématique suicidaire et établissements psychiatriques

Cette section présente les données statistiques pertinentes au problème, les facteurs associés au risque suicidaire, les cas particuliers des clientèles jeunes et de celles qui sont délinquantes, puis l'impact probable et répertorié des comportements suicidaires sur le personnel des établissements.

1.1. Données statistiques

Données générales

L'établissement psychiatrique est, en soi, un milieu à haut risque suicidaire. Selon les études recensées de par le monde (Appleby, 2000; Barner-Rasmussen, Dupont & Bille, 1986; Goldney, Positano, Spence & Rosenman, 1985; Hesse, 1977; Perris, Beskow & Jacobson, 1980; Retterstol, 1986; Wolfersdorf, Keller, Schmidt-Michel, Weiskittel, Vogel & Hole, 1988), entre 15 et 60% des personnes admises en hôpital psychiatrique le sont parce qu'elles présentent déjà un risque suicidaire élevé. Des données internationales indiquent également que plus de 90% des suicides complétés, en milieu hospitalier comme dans la communauté, sont associés à un trouble mental ou à une comorbidité entre différents diagnostics (Chatterton, McTaggart, Baume & Harrison,

1999). Toutefois, il importe de souligner que cette donnée ne fait pas l'unanimité chez les auteurs. Elle est recueillie avec des autopsies psychologiques, suite à un décès par suicide. Cette méthode de collecte de données désigne l'ensemble des techniques visant à reconstruire les circonstances psychologiques et sociales entourant le décès d'une personne suicidée. Habituellement, la collecte de données s'effectue en entrevue face à face avec des personnes ayant très bien connu les personnes décédées. L'information ainsi obtenue est souvent complétée par l'examen des dossiers médicaux et judiciaires de la personne décédée (Boyer, 1999). Les limites de ces recherches peuvent expliquer le haut taux de troubles mentaux qui est avancé. Certaines études ne sont pas parvenues à contrôler plusieurs biais potentiels propres à cette technique de collecte de données auprès de tierces personnes (Boyer, 1999).

La recension des écrits portant sur le comportement suicidaire des patients psychiatriques hospitalisés indique que le phénomène est en progression à travers le monde (Barner-Rasmussen et al., 1986; Goldney et al., 1985; Hesse, 1977; Perris et al., 1980; Retterstol, 1986; Wolfersdorf et al., 1988), notamment en Angleterre et aux États-Unis. Les suicides en établissement hospitalier représentent 5% de tous les suicides complétés (Proulx & Grunberg, 1994; Wolfersdorf, 2000), alors qu'environ 1% de la population est habituellement hospitalisée. Au Québec, plus précisément dans le grand Montréal métropolitain, 3,38 % des suicides sont le fait de patients hospitalisés (Proulx, Lesage & Grunberg, 1997). Cette dernière étude avait été réalisée à partir des dossiers des coroners pour la période d'avril 1986 à mars 1991.

Plus récemment, une étude réalisée à partir des dossiers du Bureau du coroner révèle que 62 personnes se sont suicidées au Québec, entre 1995 et 1999, dans les centres hospitaliers généraux ou psychiatriques. Cette enquête établit une moyenne de 12 suicides par année (Gagnon & Larose, 2003a). Une prévalence aussi élevée ne semble cependant pas se retrouver dans les statistiques compilées directement dans les six hôpitaux qui ont participé au présent projet (voir plus loin). Les comparaisons sont toutefois difficiles compte tenu des méthodes différentes de collecte de données. De plus, les statistiques des établissements étudiés identifiaient surtout la présence de tentatives de suicide nombreuses chez les patients, une situation qui n'en mérite pas moins d'attention.

Selon le trouble

Les personnes souffrant de schizophrénie ou de dépression majeure présentent le risque de décès par suicide le plus particulièrement élevé. L'estimation de ce risque est de 5 à 15 fois plus élevé que dans la population générale. De plus, le risque est encore plus élevé lorsqu'il y a déjà présence d'antécédents d'automutilations ou de tentatives de suicide (Appleby, 2000; Wolfersdorf, 2000). Selon Appleby, une attention particulière doit être portée aux patients psychiatriques souffrant, en plus, d'une maladie physique et présentant des pensées suicidaires. Tous ces types de patients devraient, selon l'auteur,

bénéficier d'une attention constante et d'une intervention axée sur la réduction du risque suicidaire.

Selon le temps et le lieu

Une étude menée par Blain et Donaldson (1995) démontre que, sur 58 suicides de patients survenus entre 1987 et 1991, 46% se sont réalisés à l'intérieur des murs de l'hôpital, 28% lors d'une permission de sortie et 26% lors d'une fugue. Dans cette étude menée en Angleterre, ce sont donc 54% des suicides qui ont été complétés en dehors de l'établissement psychiatrique. Cette proportion varie d'une étude à l'autre (De Hert & Peuskens, 2000; Freed & Rudolph, 1998; Goldston, Daniel, Reboussin, Reboussin, Frazier & Kelley, 1999; Holley, Fick & Love, 1998; Litman, 1992; Mishara, 1999; Oldham & Russakoff, 1984; Proulx et al., 1997; Watts & Morgan, 1994) , mais l'ordre de grandeur reste sensiblement le même. Par ailleurs, ce pourcentage de patients qui sont plus ou moins sous la responsabilité directe de l'hôpital pourrait aussi expliquer en partie les disparités déjà mentionnées entre les données des coroners québécois et celles des établissements psychiatriques.

Toujours selon Blain et Donaldson (1995), la période la plus à risque semble être les trois premiers mois de l'admission à l'hôpital. Ces auteurs dénombrent 64% des suicides institutionnels complétés dans cette période. Pour ce qui est des comportements suicidaires hors des institutions, Freed et Rudolph (1998) rapportent que 1 à 2 % des

patients admis en unité psychiatrique, pour cause de tentative de suicide, commettent un suicide ou une autre tentative dans l'année qui suit leur sortie de l'hôpital. À cet effet, Holley, Fick et Love (1998) relèvent, dans une étude auprès de 876 patients ontariens admis entre 1979 et 1981, que la période la plus à risque s'étendrait de la première à la quatrième année suivant la première hospitalisation. On y indique donc l'importance du suivi à long terme, mais la période identifiée, de par sa trop grande étendue, ne permet pas de cibler un moment crucial d'intervention pour les cliniciens. Au Québec, l'étude de Proulx et al. (1997) s'intéressait aux 104 suicides survenus entre 1986 et 1991 chez des patients placés sous la responsabilité des établissements psychiatriques. De ce nombre, 72,7% étaient survenus dans les 28 jours suivant l'admission. De plus, 48% des patients avaient passé à l'acte en dehors des murs de l'hôpital, soit en fugue, soit lors d'une permission de sortie. L'étude souligne donc l'importance d'être vigilants quant aux signes annonciateurs et au risque suicidaire avant de permettre un quelconque congé hospitalier³.

Selon le sexe

Dans la population nord-américaine, on reconnaît un ratio de 2 à 3,7 suicides chez les hommes pour un suicide chez les femmes (Roy, 1985; Santé et Bien-être social Canada, 1987; Schwartz, Flinn & Slawson, 1975). Cet écart serait cependant moindre en milieu

³ Malgré l'évidence de ce problème, le mandat du présent projet est néanmoins de prévenir les tentatives de suicide, les suicides et l'automutilation lorsque les patients demeurent à l'intérieur des murs de l'établissement psychiatrique.

hospitalier psychiatrique, soit de 1,5 hommes pour une femme (Goh, Salmons & Whittington, 1989).

Selon le moyen légal

Une récente enquête menée à Stockholm, en Suède, décrit les moyens utilisés lors du suicide de 754 patients ayant reçu des services psychiatriques, soit hospitalisés en psychiatrie ou ayant été rencontrés en services externes, à l'intérieur de trois mois suivant la permission de congé (Swinson, 2003). Le moyen légal le plus fréquent dans cet échantillon est la pendaison (près de 40 % des décès), suivi du saut d'un endroit élevé, (avec plus de 25 % des décès).

Cette même étude fournit les données cliniques et sociales de ces 754 patients. Parmi ces personnes décédées par suicide, 80 % souffraient d'un trouble de santé mentale grave, dont 53% en co-morbidité. De plus, 75 % de ces patients avaient des antécédents d'automutilation, 26 % avaient été réticents aux traitements, 74 % étaient célibataires et 65 % étaient sans emploi.

Plus spécifiquement, au Québec, la recension des recommandations des enquêtes du Bureau du coroner révèle que le moyen légal le plus répertorié dans l'ensemble des hôpitaux était la pendaison (63 %) et le saut d'une hauteur (26 %). Plus de la moitié des pendaisons se sont produites dans les salles de bain. L'échantillon de cette étude est constitué de 57 suicides; les individus étaient hospitalisés ou inscrits dans un

établissement hospitalier québécois, dont 60 % dans un service psychiatrique, 30 % en médecine ou chirurgie et 10 % en service d'urgence (Gagnon & Larose, 2003b).

1.2. Facteurs associés au risque suicidaire

Les facteurs associés au risque suicidaire sont de deux ordres: ceux propres à la clientèle et ceux propres au milieu lui-même.

Facteurs liés à la clientèle

Le taux de comportements suicidaires élevé en établissement psychiatrique peut certainement être dû à un haut risque suicidaire déjà présent chez les patients avant l'admission. La probabilité du passage à l'acte, à l'intérieur des murs, augmente donc avec le rythme d'admissions à l'hôpital, présentant une problématique suicidaire. De plus, les personnes qui se suicident, et plus particulièrement celles qui le font en milieu psychiatrique, présentent certaines caractéristiques, lesquelles représentent d'ailleurs des facteurs de risque à prendre en considération pour le dépistage et l'intervention. Parmi toutes ces caractéristiques, le trouble mental n'est certes pas la moindre.

Le Tableau 2 est issu d'une recension des écrits sur les recherches ayant compilé les suicides dans les établissements, autant les unités de psychiatrie des hôpitaux généraux, que les hôpitaux psychiatriques. À l'aide des outils de recherche MedLine, PsyCh Info et Cinalh, plusieurs recherches ont été effectuées, entre 2001 et 2005, avec les mots-clés

suivants: suicide, psychiatry, prevention, hospital, forensic, inpatient. Ce tableau énumère les diagnostics retrouvés chez les personnes décédées par suicide, tous milieux confondus. Dans ces études, les diagnostics sont établis généralement de façon rétrospective, c'est-à-dire suite aux enquêtes et autopsies psychologiques des coroners. Le tableau permet de voir que ce sont effectivement la schizophrénie et la dépression majeure qui sont le plus souvent identifiées chez les personnes décédées par suicide. Un haut risque est aussi associé à la présence de co-morbidité entre la dépression et les troubles anxieux. Un risque semblable est associé à la présence de co-morbidité entre, d'une part, la dépendance ou l'abus de substances et, d'autre part, tout autre diagnostic. Effectivement, comme la littérature l'indique, toute forme de co-morbidité entre ces diagnostics augmente de façon significative le risque suicidaire. Selon De Hert et Peuskens (2000), un chevauchement entre les différents troubles énumérés au Tableau 2 est possible. Par exemple, dans le trouble psychotique, on dénote souvent la présence de symptômes dépressifs, d'attaque de panique ou d'autres symptômes anxieux.

Tableau 2

Prévalence des diagnostics chez les personnes suicidées

Diagnostics	Prévalence	Auteurs des études
Dépression majeure	De 20% à 88%	Andrews, 1989; Appleby, 2000; Conwell & Caine, 1991; Davis, 1998; Goldblatt, 1994; Goldston et al., 1999; Lönnqvist, 2000; Nassans, Sales & Rager, 1987; Oldham & Russakoff, 1984; Wolfersdorf, 2000; Wykle, 1992.
Schizophrénie et troubles délirants	De 10% à 62%. Plus fréquent : de 36% à 40%	Appleby, 2000; Chatterton et al, 1999; Clark & Fawcett, 1992; Davidson, 1997; De Hert & Peuskens, 2000; Oldham & Russakoff, 1984; Walton, 2000; Wolfersdorf, 2000.
Troubles paniques et anxieux	17,8% Co-morbidité avec dépression: 35%	Allgulander, 2000; Fawcett, Clark & Busch, 1993; Goldston et al., 1999; Hughes, 1995.
Troubles de la personnalité, dont borderline*	De 5,8% à 11%	DeCoux Hampton, 1997; Jacobs, 1998; Linehan, Rizvi, Welch & Page, 2000; Nijman, Dautzenberg, Merckelbach, Jung, Wessel & del Campo, 1999; Oldham & Russakoff, 1984; Pokorny, 1992.
Dépendance et abus de substances	De 5% à 28% Co-morbidité: de 25% à 55%	Appleby, 2000; Goldblatt, 1994; Murphy, 2000; Nassans et al., 1987; Oldham & Russakoff, 1984; Ostamo & Lönnqvist, 2001; Zimmerman & Asnis, 1995.
* <u>Note</u> . Chez les personnes qui se sont automutilées, 91 % avaient un trouble de la personnalité.		

Par ailleurs, la méta-analyse de Harris et Barraclough (1997), citée dans Chagnon (2001), permet d'apprécier la situation sous l'angle de ceux qui sont déjà diagnostiqués. L'étude recense 249 recherches effectuées entre 1966 et 1993. Celles-ci ont permis de suivre, pendant une période de deux ans ou plus, des personnes souffrant d'un trouble mental. Le Tableau 3 présente les résultats de ces études et indique les taux de mortalité par suicide chez les individus diagnostiqués comparativement aux taux attendus dans une population témoin. Cette comparaison est effectuée selon la méthode de l'indice comparatif de mortalité (ICM-SMR). Cet indice compare les individus suicidaires par rapport à une cohorte semblable de la population générale. On y examine 44 troubles mentaux, regroupés en huit catégories. La neuvième catégorie regroupe l'ensemble des troubles. La dixième catégorie n'est pas un trouble, mais plutôt un comportement bien spécifique qui représente un facteur de risque important : la tentative de suicide antérieure.

Tableau 3

Risque de mortalité par suicide chez les personnes présentant un trouble mental

Trouble mental	Nombre d'études et population	Nombre de suicides observés	Nombre de suicides attendus	ICM-SMR	Intervalle de confiance à 95%
1. Dépendance ou abus alcool	32 N = 45 000	641	109,44	5,86	541-633
2. Schizophrénie	38 N = 30 000	1176	139,13	8,45	798-895
3. Dépression majeure	23 N = 8 000	351	17,25	20,35	1827-2259
4. Trouble bipolaire	14 N = 3 700	93	6,18	15,05	1225-1844
5. Dysthymie	9 N = 50 000	1436	118,45	12,12	1150-1277
6. Trouble de l'humeur non spécifié	12 N = 10 000	377	23,41	16,10	1452-1781
7. Trouble de panique	3 N = 276	9	0,90	10,00	457-1898
8. Trouble d'adaptation	2 N = 400	4	0,29	13,79	376-3532
9. Tous les troubles	249	5787	478,53	12,09	1178-1241
10. Tentative de suicide antérieure	9 N = 2 700	285	7,43	38,36	3403-4308

Comme on peut le constater au Tableau 3, l'indice comparatif de mortalité est assez élevé pour les personnes présentant un trouble de l'humeur (toutes catégories confondues) et un trouble d'adaptation. Ces résultats d'études prospectives confirment l'importance de la dépression en lien avec les conduites suicidaires, tel que déjà relevé dans les études rétrospectives (Tableau 2). De plus, ces résultats indiquent que la tentative de suicide antérieure est un facteur de risque à considérer.

Par delà ces troubles mentaux, lesquels sont évidemment inhérents à la clientèle des établissements psychiatriques, certains auteurs (Appleby, 2000; De Hert et Peuskens, 2000; Freed et Rudolph, 1998; Marzuk, Tardiff, Leon, Portera, & Weiner, 1997; Morgan & Priest, 1991; Talbot, 1994; Worfersdorf, 2000; Zimmerman & Asnis, 1995) identifient d'autres facteurs de risques pour celle-ci. Ces facteurs peuvent cerner certains épisodes plus à risque ou souligner le risque relié à la présence de co-morbidité :

- 1- Être de sexe masculin et dans la tranche d'âge de 20 à 45 ans. L'âge moyen serait de 30 ans.
- 2- Avoir été hospitalisé deux ou trois fois durant une courte période (plus il y a d'hospitalisations, plus le risque augmente).
- 3- Avoir reçu récemment le diagnostic de schizophrénie et présenter des hallucinations de type paranoïde. Aussi, le trouble délirant dit schizo-affectif a été répertorié chez plusieurs patients morts par suicide (36%).

- 4- Vivre un épisode psychotique, une rechute, et plus spécifiquement un épisode dépressif du trouble schizophrénique. Selon De Hert et Peuskens (2000), ces épisodes, plus particulièrement l'épisode dépressif associé à un épisode psychotique, accroissent le risque suicidaire. Souvent, le passage à l'acte proviendrait alors d'ordres, de commandements de se tuer, lesquels sont dictés par les hallucinations auditives. De plus, l'acceptation de la maladie devient un enjeu crucial.
- 5- Ressentir un sentiment de culpabilité persistant.
- 6- Présenter des idées suicidaires persistantes et avoir l'intention de mourir depuis une longue période.
- 7- Avoir déjà fait une tentative. Le tableau 3 (Harris & Barraclough, 1997) présente un haut indice de mortalité, lorsqu'il y a présence de tentative antérieure. De plus, Freed et Rudolph (1998) indiquent qu'environ 40 % des patients morts par suicide avaient des antécédents de tentatives de suicide. La tentative antérieure est donc un élément de prédiction significatif, surtout quand la personne est plus âgée. Une étude menée aux États-Unis sur le vécu de 733 patients psychiatriques en dénombre 212 (29%) qui avaient déjà attenté à leur vie au moins une fois. Sur ces 212 patients, 80 l'ont tenté plus de deux fois (Marzuk et al., 1997). Ces mêmes auteurs ont observé que 11% des sujets avaient réalisé des tentatives de haute létalité, comme sauter d'un endroit élevé. Ils ont aussi identifié un lien entre ces tentatives et certaines problématiques présentes dans le milieu familial, comme la dépression ou le suicide d'un proche.

- 8- Être l'objet de stressors importants, notamment avoir vécu des pertes significatives pour l'individu. Les pertes familiales peuvent notamment avoir un grand effet sur l'impulsivité reliée au passage à l'acte (Talbot, 1994).
- 9- Présenter des caractéristiques qui pourraient éventuellement mener à établir, en co-morbidité, un diagnostic de trouble de personnalité. Plus particulièrement chez les adolescents suicidaires, on peut déjà identifier certains signes précurseurs de ces troubles (Zimmerman & Asnis, 1995).
- 10- Être dans la période critique de l'entrée ou de la sortie de l'hôpital.

Rappelons aussi que, selon plusieurs auteurs dont De Hert et Peuskens (2000), les patients souffrant de schizophrénie sont les plus rébarbatifs aux traitements et ceux qui acceptent le plus difficilement leur maladie. Les cliniciens expérimentés savent donc que la sortie de l'hôpital est souvent corrélée avec l'arrêt de la prise des médicaments, d'où l'importance de prévoir un soutien parallèle.

Facteurs liés au milieu

Indépendamment des caractéristiques propres aux patients eux-mêmes, d'autres explications des comportements suicidaires pourraient être propres au milieu hospitalier lui-même. Diverses hypothèses ont été émises à ce sujet, mais aucune vérification empirique n'a pu être répertoriée. Des auteurs comme Appleby (2000), Etchepare et Degeilh (1987) ou Wolfersdorf (2000) avancent toutefois ce type d'hypothèses pour

expliquer l'augmentation des comportements suicidaires chez les patients psychiatriques depuis vingt ans:

- 1- Il y aurait des problèmes dans la structure et le fonctionnement même des hôpitaux (p. ex., architecture non sécuritaire et manque de personnel). Ce manque de personnel est dû, dans la majorité des cas, aux déficits budgétaires et se retrouve dans plusieurs pays occidentaux, dont le Canada.
- 2- L'incapacité des établissements hospitaliers à s'adapter à l'évolution dans le type de problématiques retrouvées chez les patients. Ces derniers ont généralement plus de difficulté qu'auparavant à gérer leurs problèmes personnels (trouble d'adaptation) et cette clientèle devient plus exigeante au niveau des soins.
- 3- Apparition, chez les patients, de dépression pouvant être causée par les divers neuroleptiques administrés en milieu institutionnel. Cette dépression peut être associée à des pensées suicidaires.
- 4- De la «réhabilitation forcée» due à la pression exercée par le désir de désinstitutionalisation : la nécessité de donner congé à des patients hospitalisés pour les diriger davantage vers les ressources communautaires, alors que les suivis y sont parfois inadéquats. Comme les ressources externes sont souvent insuffisantes pour gérer le problème du suicide, au Canada comme ailleurs, cette clientèle se retrouve alors démunie.
- 5- En parallèle à la situation évoquée plus haut, les permissions de sorties sont généralement plus nombreuses. Comme plusieurs suicides surviennent à la suite

d'une permission de sortie ou d'une fugue de l'hôpital (Blain & Donaldson, 1995), cela pourrait expliquer en partie l'augmentation des comportements suicidaires chez les patients (hospitalisés ou en transit).

Par ailleurs, Appleby (2000) et Wolfersdorf (2000) résument la situation en deux points: (1) les durées d'hospitalisations écourtées; (2) l'accroissement du nombre de congés et de permissions de sorties. Selon eux, la clientèle hospitalière suicidaire bénéficie d'une durée de services et de traitement insuffisante. Comme le temps d'hospitalisation doit être écourté, les professionnels permettent davantage de congés aux patients. Comme mentionné plus haut, Blain et Donaldson (1995) confirment que ces périodes sont à haut risque suicidaire. De ce fait, il y a une diminution du nombre de patients soignés à l'intérieur des établissements, alors qu'il y a pourtant une augmentation du nombre de patients à risques suicidaires, à l'intérieur des établissements.

Aux États-Unis, la commission d'accréditation de l'organisation des soins de santé (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization - JCAHO, 2005) rapporte 3000 événements graves survenus entre 1995 et 2003 dans les hôpitaux généraux ou psychiatriques, dont 14 % (N = 415) sont des suicides de patients. Cette commission établit les causes institutionnelles et professionnelles, suite à chacun des suicides. Ainsi, l'environnement physique semble être la cause la plus répertoriée, dans près de 90 % des suicides. Suivent l'évaluation fautive des patients (près de 80 % des cas) et la formation inadéquate des professionnels (près de 60 % des cas). En ordre

décroissant, la communication, l'accessibilité à l'information, la continuité des soins, la stabilité du personnel et la compétence auraient aussi joué un rôle dans ces événements. Cette étude semble accentuer l'importance d'effectuer des changements architecturaux, d'évaluer les patients à risque à l'aide de professionnels bien informés, et de travailler en équipe.

La même commission (JCAHO, 2005) a aussi répertorié les mêmes événements uniquement pour l'année 2004. Les résultats obtenus sont semblables. L'ordre de grandeur des causes institutionnelles et professionnelles demeure inchangé. Toutefois, l'environnement physique et l'évaluation des patients à risques sont davantage répertoriés pour cette dernière année.

Par ailleurs, cette présente thèse s'intéresse aux milieux psychiatriques québécois. Parmi ces milieux, des services sont offerts à deux clientèles spécifiques : les enfants et les adolescents, ainsi que les délinquants psychiatisés. La section suivante détaille les caractéristiques propres à ces clientèles particulières qui sont accueillies notamment à l'Hôpital Rivière-des-Prairies et à l'Institut Philippe Pinel.

1.3. Deux clientèles particulières

Les études recensées sur les comportements suicidaires en milieu psychiatrique se sont davantage intéressées aux patients adultes issus de la population générale. Il importe

cependant de bien identifier les caractéristiques propres aux enfants et aux adolescents hospitalisés, mais aussi aux adultes délinquants, c.-à-d. étant considérés dans un contexte psycho légal.

Enfants et adolescents

Pour les enfants souffrant de troubles mentaux, peu d'études sont réalisées dans le contexte hospitalier et encore moins par rapport à leur comportement suicidaire. Il importe de rappeler ici que, même chez les enfants non psychiatisés, la réalité du suicide s'avère bien différente de celle des adultes. La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que s'enlever la vie exige une importante volonté et une décision bien arrêtée d'aller jusqu'au bout. Cela exige aussi l'élaboration d'un certain scénario si l'acte n'est pas entièrement impulsif ou ludique. Or, c'est justement cette possibilité de concentrer ses énergies dans un acte définitif et sans retour qui fait habituellement défaut à l'enfant avant le début de l'adolescence (Tousignant & Bastien, 2000). Cependant, l'étude de Kovacs, Goldston et Gatsonis (1993), citée dans Tousignant et Bastien (2000), relève que de 58 à 72% des enfants déprimés, mais non hospitalisés avaient des idées suicidaires. En parallèle, le taux était de 39% chez des enfants présentant des éléments dépressifs, mais sans trouble diagnostiqué. Ceci soulignerait l'importance, en établissement psychiatrique, de bien évaluer le risque et la planification du scénario suicidaire chez les enfants souffrant plus particulièrement de dépression majeure.

Quant aux adolescents hospitalisés en psychiatrie, Goldston et al. (1999) ont mené une étude portant sur 180 d'entre eux. Ils ont remarqué que 58,3 % de ces adolescents avaient fait entre une et sept tentatives de suicide, dont 56 % dans les deux semaines précédant l'hospitalisation. Par ailleurs, de 10 à 18% des adolescents hospitalisés passent à l'acte dans les six mois suivant l'hospitalisation (Brent, Perper, Moritz, Allman, Friend, Roth, Schweers, Balach & Baugher, 1993; King, Segal, Kaminski & Naylor, 1995, cités dans Goldston et al., 1999).

Plus spécifiquement, selon Kaplan et Sadock (1993, cités dans Bordeleau, 1997), les facteurs de risques pour une clientèle adolescente en médecine psychiatrique, sont :

- 1- Avoir commis une ou plusieurs tentatives antérieures
- 2- Présenter une histoire de comportement agressif
- 3- Souffrir ou avoir souffert d'une dépression sévère
- 4- Avoir accès à un moyen létal
- 5- Abuser de drogues et/ou d'alcool
- 6- Subir une grossesse indésirée

Délinquants psychiatisés

Peu d'études se sont intéressées aux comportements suicidaires des personnes psychiatisées considérées à sécurité maximale. Selon celles recensées aux États-Unis, le

taux de suicide dans cette population est très élevé, variant entre 90 et 91 par 100 000 (Haycock, 1993; Haynes & Marques, 1984). Haycock (1993) soulève l'hypothèse que, du fait que ces patients soient hospitalisés essentiellement pour des motifs de dangerosité envers autrui, les professionnels ne vérifient pas suffisamment s'ils le sont pour eux-mêmes. Leur intervention est davantage basée sur la réduction du passage à l'acte contre autrui.

Pour ce qui est de l'automutilation, Hillbrand, Krystal, Sharpe et Foster (1994) ont comparé deux groupes d'hommes : 53 qui se sont automutilés au moins une fois en deux ans et 50 sans aucun signe d'agression envers eux-mêmes. Ils ont trouvé que ceux qui s'automutilent ont davantage tendance à être agressifs, tout en répondant moins au traitement; de ce fait, ils pouvaient être dangereux autant pour eux-mêmes que pour autrui. Cependant, cette étude donne peu de précisions sur le type d'automutilations faites par les patients, même s'il est indiqué que certaines pouvaient être fatales. Dans ce contexte, il est donc difficile d'extrapoler ces résultats aux conduites suicidaires. Néanmoins, pour les cliniciens, cela souligne l'importance de vérifier l'intention de mourir chez les patients qui ont fait des automutilations (Jacobs, 1998).

1.4 Impact sur le personnel

L'impact d'un suicide ou d'une tentative de suicide d'un patient est significatif sur le personnel soignant et sur les patients (Midence, Gregory, & Stanley, 1996; Talbot,

1994). Cet événement amène, chez le personnel soignant, différentes manifestations, tels des changements cognitifs (confusion, blâme), affectifs (culpabilité, impuissance, colère) et comportementaux (apathie, difficultés de concentration dans les tâches, absentéisme). Certains auteurs dont Midence et al. (1996) soulignent l'importance d'offrir du soutien psychologique au personnel soignant touché par un tel événement. À la suite d'un comportement suicidaire, il est ainsi essentiel de pouvoir discuter du suicide et d'exprimer les émotions qui y sont rattachées.

Par ailleurs, d'autres auteurs (Jones, Ward, Wellman, Hall & Lowe, 2000; Treloard & Pinfeld, 1993) rapportent un phénomène de recherche d'un coupable parmi les collègues, à l'intérieur d'un établissement concerné. Cette situation particulière amène la détérioration du climat de travail et, de ce fait, une éventuelle diminution de la qualité des soins prodigués par la suite. Il importe de noter que ce sont souvent les infirmières qui risquent de porter le blâme du fait de leur proximité quotidienne et constante auprès de la clientèle. Elles doivent donc plus particulièrement rester attentives à l'attitude ultérieure qu'elles conserveront face aux patients, alors qu'on sait que ces attitudes influencent les réactions des patients face au traitement. Chez les professionnels plus proches des patients décédés par suicide, des symptômes du trouble de stress post-traumatique peuvent également apparaître, tels le déni de la situation, un choc causant l'apathie, des épisodes de panique, des cauchemars pouvant causer de l'insomnie, des pensées subites de type «flash-back» de la scène (retour en arrière et réminiscence) et des réactions de choc lors des anniversaires du décès. Même pour le personnel

administratif, les réactions peuvent être très semblables à celles des infirmières (Cooper, 1995). Par ailleurs, cette recherche d'un coupable réfère à différents niveaux de responsabilité qui ne sont pas toujours bien identifiés, plus particulièrement en milieu institutionnel (Daigle, 1999).

1.5 Synthèse

Les écrits scientifiques et cliniques montrent donc que le phénomène suicidaire est généralement en hausse dans les établissements psychiatriques, quoique la situation ne soit pas claire pour ce qui est du Québec. Les troubles mentaux associés aux conduites suicidaires sont la dépression majeure, la schizophrénie, les troubles de la personnalité, les troubles d'adaptation et diverses formes de co-morbidité, surtout celles avec un trouble anxieux ou d'abus de substance. Le premier mois après l'admission, la sortie de l'hôpital, ainsi que les périodes de congé temporaire, semblent les moments les plus à risque de suicide. De plus, l'architecture à risque, le manque de personnel soignant, les durées écourtées d'hospitalisation et l'accroissement du nombre de congés et permissions de sortie apparaissent comme des facteurs de risque importants associés aux conduites suicidaires. C'est dans ce contexte où des patients très souffrants peuvent décéder par suicide, même dans des hôpitaux psychiatriques dotés de cliniciens qualifiés, et où des familles, des amis, mais aussi des soignants peuvent être profondément bouleversés, qu'il devenait important d'entreprendre le présent projet concerté.

La section suivante présente donc les mesures préventives qui sont envisageables ainsi que la situation documentée dans les établissements du Québec, afin de pouvoir, dans un troisième temps, proposer un cadre de référence qui permettra de mettre en place un

véritable programme de prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec.

2. Mesures préventives

Différentes mesures préventives sont envisageables pour freiner les comportements suicidaires en établissement psychiatrique. Nous présentons ici (1) une synthèse critique de ce qui est spécifique à l'évaluation du risque chez les individus; (2) une revue des différentes mesures proposées dans la littérature pour les établissements psychiatriques; (3) la situation générale dans les Centres de santé et de services sociaux au Québec; et (4) la situation dans les six hôpitaux participant au projet.

2.1. Évaluation du risque suicidaire

La réduction des conduites suicidaires passe d'abord par l'identification des personnes à risque avant d'envisager l'intervention qui diminuerait ce risque. Cette section porte donc sur l'évaluation du risque de suicide, plus spécialement en fonction de la pratique infirmière en établissement psychiatrique. Réal Labelle, un des membres de l'équipe de recherche, lui-même expert en instruments de mesure en suicidologie, a rédigé un document sur le sujet. La rédaction de M. Labelle a été annexée à la présente thèse (Appendice A) et les auteurs cités se retrouvent à la section « références » de cette thèse.

L'évaluation du risque chez les patients, incluant l'utilisation de grilles et d'échelles, devrait être accompagnée d'une triangulation des informations comprenant : la lecture du dossier, la communication entre les intervenants, la consultation avec la famille et les entrevues avec le patient. L'élément central de la démarche est l'établissement d'une véritable alliance thérapeutique entre le thérapeute et le patient.

En ce qui a trait plus spécifiquement à l'utilisation de grilles et échelles, quatre sont identifiées dans le domaine, lesquelles devraient être complétées selon les étapes d'un plan de soins :

- 1- La Grille des prédicteurs du suicide
- 2- La Grille de suicidalité des CPS
- 3- L'Échelle de dépression de Beck
- 4- L'Échelle de désespoir de Beck

La grille de départ du processus d'évaluation du risque pourrait donc être la *Grille des prédicteurs du suicide* (Appendice B). Elle consiste en un inventaire (« check-list ») des principaux facteurs de risque répertoriés dans la littérature. Son utilisation avec chaque patient admis dans un hôpital, permet de dépister ceux ayant un risque suicidaire. Cette première étape correspond à un tamisage très large et un haut taux de faux positif est donc prévisible.

À une deuxième étape, la *Grille de suicidalité* des Centres de prévention du suicide du Québec (Appendice C) pourrait être utilisée. Cette grille d'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire a été validée cliniquement et elle est utilisée dans les centres de prévention du suicide québécois. Ainsi, elle pourrait permettre aux établissements d'avoir un langage commun avec les principaux intervenants en prévention du suicide. Elle évalue le risque de suicide, sur une échelle de 1 à 8, où le score 8 correspond à un passage à l'acte imminent. Par contre, cette grille ne peut se substituer au jugement clinique des professionnels.

Toujours à cette deuxième étape, l'*Échelle de dépression* de Beck (Appendice D) serait utile. Elle a été validée auprès de plusieurs populations (Labelle, 2002) et elle peut être un bon prédicteur du niveau de détresse du patient. Elle comporte une trentaine de questions posées au patient lors de la première rencontre avec son infirmière traitante.

Comme dernier instrument, l'*Échelle de désespoir* de Beck (Appendice E) est un outil permettant de vérifier le goût de vivre ou le niveau de désespoir du patient et de ce fait, son risque suicidaire. Rappelons finalement que, par delà les aspects psychométriques évoqués plus haut, il est déterminant que ces instruments soient complétés à l'occasion d'un entretien qui favorise la création d'un lien de confiance; cet aspect est essentiel en prévention du suicide et lors de tout traitement psychiatrique ou psychothérapeutique.

2.2 Mesures répertoriées dans la littérature

Par delà l'identification d'instruments d'évaluation du risque, six auteurs se sont intéressés aux mesures générales de prévention dans les hôpitaux psychiatriques : Litman, Wolfersdorf, Appleby, Bongar, Davidson et Linehan. Ces auteurs ne présentent cependant pas, comme tels, de véritables programmes structurés de prévention du suicide. De plus, ils présentent souvent des recommandations générales qui ne trouvent pas nécessairement un écho précis dans le contexte des institutions québécoises. Nous ne présentons donc que rapidement leurs écrits. Finalement, pour ce qui est de la situation particulière du Québec, nous complétons les recommandations des six auteurs cités plus haut par celles issues notamment des enquêtes du Bureau du coroner (Gagnon & Larose, 2003a, 2003b).

Litman

Selon Litman (1992), chaque hôpital, à vocation psychiatrique ou générale, doit avoir ses propres directives pour la sécurité des personnes suicidaires. Ces directives doivent mobiliser le personnel hospitalier, tant clinique qu'administratif. Ce document directeur doit spécifier les niveaux de responsabilité de chacun. Ces niveaux doivent être établis en discutant des besoins à combler autant avec les patients qu'avec le personnel. Cela permet de conserver une aire dite de sécurité légale.

Wolfersdorf

Ces auteurs (Wolfersdorf, 2000; Wolfersdorf et al., 1988) suggèrent des mesures pour prévenir le suicide en milieu psychiatrique chez les patients à haut risque suicidaire: ceux souffrant de dépression majeure et ayant des intentions suicidaires; ceux présentant un trouble schizophrénique avec des hallucinations paranoïdes; ceux ré-admis en institution. Pour les infirmières en milieu psychiatrique, il s'avèrerait important de bien identifier ces patients et d'établir rapidement et efficacement un lien de confiance avec ceux-ci. Ces auteurs soutiennent qu'une communication directe et un lien interpersonnel sont souvent efficaces à eux seuls pour contrer les idéations suicidaires, ramener l'espoir et dissuader la personne de faire un geste suicidaire. La plus importante des démarches pour les infirmières et infirmiers, voire celle qui est primordiale, serait donc de créer une relation thérapeutique, basée sur des rapports de confiance et de respect.

Appleby

Selon Appleby (2000), le personnel hospitalier doit bénéficier d'une supervision afin de mieux gérer les comportements suicidaires. Les patients doivent aussi faire l'objet d'observations directes et intenses durant les périodes à risque. Le ratio personnel-patients devrait donc être optimal pour permettre ce type d'observations. Des services de suivi sont suggérés par cet auteur pour ce qui est de la première année de l'apparition de la maladie, au moment de l'admission à l'hôpital, pendant la semaine qui suit et dans les

trois mois suivant le départ de l'hôpital. Lors de l'admission, il faudrait tenter de diminuer le stress inhérent au changement du milieu et établir rapidement une relation de confiance avec le patient. Pour les sorties de l'hôpital, il faudrait intégrer efficacement et le plus rapidement possible l'individu dans la communauté afin de réduire le stress de la transition.

En ce qui a trait à la structure même de l'hôpital, Appleby propose la réduction de l'accès aux moyens létaux. La possibilité de prise excessive de médicaments doit être réduite et les endroits où la pendaison est possible doivent être circonscrits, voire même éliminés. Des services spécifiques doivent aussi être instaurés, soit:

- 1- La supervision de la clientèle dans la communauté, afin de s'assurer qu'elle a accès au traitement.
- 2- La formation continue pour le personnel hospitalier.
- 3- L'évaluation quotidienne du risque suicidaire pour les patients.
- 4- Une formation spécifique sur l'observation directe de la clientèle.
- 5- Des traitements rapides et efficaces lors de rechute dans les épisodes psychotiques ou lors de tentatives de suicide.
- 6- Le maintien d'une combinaison des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques.
- 7- L'évaluation des traitements prodigués.
- 8- Le suivi continu, selon le besoin, lors de la sortie de l'hôpital.

Bongar

Bongar (1991, 1992) ajoute un élément important aux recommandations amenées plus haut, soit l'inclusion de la famille (ou d'autres ressources informelles) dans la prise en charge. Ces aidants naturels peuvent soutenir la personne lors des crises, à l'intérieur comme à l'extérieur des murs de l'hôpital. Cela peut permettre au thérapeute de partager une partie de ses responsabilités avec les proches, du moins en services externes. Le clinicien doit prendre en considération qu'il ne peut pas être seul responsable de la prise en charge de son client. La famille et les autres membres du réseau social peuvent eux-mêmes bénéficier de rencontres de soutien afin d'augmenter leur efficacité comme aidants naturels auprès des patients suicidaires.

Selon Bongar (1991), le degré de dangerosité associé au passage à l'acte chez les individus souffrant de maladies mentales, en général, peut être évalué selon cinq principales caractéristiques :

- 1- L'imminence du passage à l'acte, laquelle doit être prise en considération, autant au niveau de la planification (date, proximité, jour) qu'au niveau de la présence d'impulsivité chez le patient. Cette impulsivité peut augmenter la possibilité de passage à l'acte (Zimmerman & Asnis, 1995). Plus le patient pense attenter à ses jours dans de brefs délais, plus le risque augmente.

- 2- L'objectif poursuivi par le patient doit aussi être vérifié; par exemple, l'intention réelle de mourir versus celle d'abrèger ses souffrances.
- 3- Le thérapeute doit aussi s'informer sur la clarté de l'objectif fixé. Il doit connaître le moyen que le client veut utiliser et le lieu. Selon l'augmentation de la clarté et de la précision dans l'élaboration du scénario suicidaire, le degré de dangerosité s'accroît.
- 4- Ce degré se vérifie aussi par l'intention et la détermination du patient à mourir. Le thérapeute doit tenter de découvrir la véritable intention face à ce désir de ne plus souffrir, afin de contrer la possibilité du suicide.
- 5- Finalement, selon les informations ci hautes, l'intervenant doit juger de la probabilité de passage à l'acte et du potentiel de létalité du moyen.

Il est évident que le degré de dangerosité est relativement moindre si un patient dit vouloir se suicider par empoisonnement aux acétaminophènes dans quelques mois, sans autre précision, que s'il prévoit le faire par pendaison dans quelques heures. Le risque augmente donc lorsque l'individu est clair et précis dans la planification de son acte, que son intention de mourir est clairement définie, que l'acte est planifié dans un court laps de temps et que le danger de passage à l'acte est imminent.

Davidson

Selon Davidson (1997), un traitement efficace de la personne suicidaire doit comprendre une évaluation approfondie pour déterminer les changements, si nécessaire, dans les doses de médicaments. Le traitement doit aussi inclure une thérapie familiale. Le thérapeute doit prescrire au patient des habitudes de vie, en lui inculquant un rythme de vie régulier et constant. De plus, un pattern constant d'heures de repas et de coucher, en lien avec la prise de médicaments, doit être implanté et exigé dès l'entrée à l'hôpital. Ce rythme de vie régulier peut aussi être instauré par les infirmières et l'ensemble du corps médical, en responsabilisant le patient sur sa prise de médicaments⁴.

D'autre part, Davidson indique bien que, selon elle, les échelles et les grilles d'évaluation du risque suicidaire ne sont pas suffisantes pour prédire efficacement le passage à l'acte suicidaire, surtout lors de sorties ou d'un départ définitif de l'hôpital. Cette remarque rejoint d'ailleurs le point de vue exprimé plus haut, à la section 2.1. Un entretien de départ et un suivi subséquent doivent être envisagés afin d'assurer une saine transition à l'individu qui quitte l'établissement. Selon elle, plusieurs professionnels se basent sur des critères trop comportementaux pour autoriser une permission de sortie.

⁴ Il est important de rappeler ici que l'objectif du présent projet n'est ni de dresser un «protocole d'intervention» comme tel (selon la terminologie propre aux milieux infirmiers et médicaux), ni de se prononcer sur l'efficacité des éventuels traitements. Pour ce qui est d'un éventuel protocole, les sections 2.1 et 3.3, de même que les Figures 1 et 3, sont cependant suffisamment explicites. Pour ce qui est de l'efficacité des traitements, notons aussi que, à partir du moment où le patient est pris en charge par un professionnel, c'est à ce dernier qu'il incombe de fournir un traitement, le plus efficace possible, selon son expertise propre.

Des croyances erronées, du type «Si le patient n'a pas clairement verbalisé son désir de mourir, il ne passera pas à l'acte», seraient trop répandues en pratique hospitalière. On peut, en effet, imaginer qu'un patient suicidaire, voulant passer à l'acte et ayant la confirmation de son médecin qu'il sortira dans quelques jours de l'hôpital, ne révélera pas nécessairement ses intentions. Ainsi, comme le mentionnait plus haut Wolfersdorf (2000), le moyen le plus efficace pour dépister et contrer le passage à l'acte demeure celui du contact individuel et de la relation de confiance établie entre le patient et un membre du personnel hospitalier.

Linehan

Pour la clientèle spécifique des patients présentant un trouble de personnalité limite, la thérapie qui s'avèrerait la plus prometteuse est celle développée par Linehan (1999) et nommée la *Dialectical Behavior Therapy (DBT)*. Il s'agit d'une thérapie d'inspiration cognitive qui utilise la résolution de problèmes et des renforcements des solutions positives. Cette thérapie met l'accent sur la réduction des comportements suicidaires, notamment les automutilations. À l'occasion d'une thérapie de groupe, la DBT développe aussi les habilités sociales des patients. Après la sortie de l'hôpital, elle peut s'accompagner d'une aide téléphonique, en épisode de crise suicidaire surtout. Son efficacité semble avoir été prouvée cliniquement et elle contribue à réduire les jours d'hospitalisations et les épisodes suicidaires (DeCoux Hampton, 1997). Il faut bien voir par ailleurs que la DBT exige la mise en place de toute une structure pour les rencontres

de groupe, qu'elle est spécifique aux patients borderlines et qu'elle doit s'étendre sur une certaine période de temps. Elle n'est donc pas nécessairement bien adaptée à toutes les situations ciblées dans le projet actuel, sans compter qu'elle ne recoupe que l'aspect « traitement » d'un éventuel programme de prévention.

Rappelons finalement que, en entretien régulier comme dans une véritable psychothérapie, il existe plusieurs moyens pour contrer un degré de dangerosité élevé, dont le contrat de vie (aussi appelé pacte de non-suicide). Il s'agit généralement d'une entente où le patient s'engage à ne pas attenter à ses jours sans avoir préalablement demander de l'aide à son thérapeute. Son usage est rapporté en différents milieux et en différents pays, tels les États-Unis (Bongar, 1989, cité dans Bongar, 1991) et le Canada (Daigle, 1997). Selon plusieurs auteurs (Bongar, 1989; Peterson & Bongar, 1989; Schütz, 1982; Wekstein, 1979, cités dans Bongar, 1991), le contrat de vie s'avère très efficace. Cependant, Motto (1992) spécifie que, précédemment à ce contrat, une relation de confiance et de respect doit nécessairement être instaurée. Le patient doit accepter de continuer le traitement et de se présenter de façon assidue aux rendez-vous. Le fait d'attenter à ses jours ou non n'est pas négociable. Selon lui, le contrat ne peut être complètement efficace sans ces conditions préalables. Par ailleurs, ce pacte de non-suicide avec le patient ne peut pas être une simple démarche institutionnelle, formalisée même dans un document signé, mais il doit plutôt correspondre à une collaboration thérapeutique véritable (Daigle, 1997).

Bureau du coroner, Québec

Au Québec, les coroners ont dressé une liste de recommandations, suite à des investigations sur des suicides survenus en établissements hospitaliers, autant généraux que psychiatriques (Gagnon & Larose, 2003a).

- 1- Au niveau de l'aménagement environnemental des lieux à risque, ils dénoncent les installations inadéquates de pôles et de supports rigides dans les salles de bain et les garde-robes. Ils conseillent aussi de restreindre l'accessibilité à tout cordon, le moyen par pendaison étant utilisé dans 63 % des cas de suicides répertoriés.
- 2- Ils recommandent aussi de dresser un protocole de prévention des comportements suicidaires. Ce protocole devrait être diffusé aux différents intervenants et rigoureusement suivi.
- 3- De plus, ce même protocole devrait s'assurer de la mise à jour des compétences et des connaissances sur la problématique suicidaire chez les différents professionnels de ces milieux.

S'inspirant notamment des recommandations des coroners, Gagnon et Larose (2003b) proposent des correctifs qui sont encore plus d'ordre clinique. Selon leur étude, plusieurs patients qui se sont suicidés avaient bénéficié de peu d'accompagnement clinique auparavant. Ces personnes avaient parfois été dépistées comme étant à risque suicidaire, mais il y aurait eu ensuite un manque de planification et de mise en œuvre de l'intervention en fonction de l'état critique de ces patients.

- 1- Les auteurs recommandent donc une évaluation continue du risque suicidaire. L'intervention devrait ensuite s'ajuster continuellement, selon l'état clinique du patient.
- 2- L'approche d'intervention suggérée ici est celle fondée sur la qualité relationnelle. Un soutien véritable, un lien de confiance, devrait permettre à la personne d'exprimer sa souffrance librement et dans le respect. Ces éléments sont essentiels afin qu'elle reprenne espoir et que les comportements suicidaires soient freinés.
- 3- En plus de recommander des niveaux de surveillance adaptés au risque suicidaire, ils notent l'importance d'encadrer les patients de façon respectueuse et basée sur la qualité de la relation. De plus, l'investigation révèle que les lieux de soins personnels et les salles de bain sont à risque élevé et que la surveillance devrait y être intensifiée.
- 4- Le trouble de personnalité limite ayant été répertorié dans le tiers des rapports des coroners (Gagnon & Larose, 2003a), une supervision clinique est conseillée afin de permettre aux intervenants de mieux s'outiller face à ce trouble particulier.
- 5- Finalement, les auteurs recommandent l'implication des familles dans le processus thérapeutique. Une bonne communication, entre les membres du personnel et les proches, peut prévenir les passages à l'acte lors des permissions de sortie ou des congés définitifs. Les membres de la famille pourraient aussi être rencontrés afin de leur permettre de ventiler sur leurs préoccupations face au patient et d'être outillés.

En résumé, ces auteurs soulignent l'importance d'élaborer des directives (protocoles de soins) dans chaque établissement. De plus, la majorité note l'importance d'évaluer le risque suicidaire et ce, de façon continue. L'intentionnalité suicidaire est aussi un élément à prendre en considération dans l'évaluation. Les auteurs soulignent que l'hospitalisation (l'entrée et la sortie) peut créer une déstabilisation et des événements stressants pour les patients. Ces périodes doivent être considérées dans l'évaluation.

De plus, une formation continue et une mise à jour est essentielle pour les cliniciens. L'importance d'inclure la famille et les aidants naturels est relatée par ces auteurs. Finalement, par delà les outils, tel que le contrat de vie, les auteurs mentionnent l'importance de créer une relation de confiance avec le patient, afin d'assurer un suivi et une évaluation continue.

Par delà ces recommandations d'auteurs, il s'avère essentiel de se documenter sur la situation dans notre réseau québécois. Cette information peut permettre de porter un regard critique sur les services offerts. Notre système de santé s'avère souvent différent de ce qui est rencontré dans les autres pays. La section suivante tente de résumer cette situation.

2.3. Situation dans le réseau de la santé au Québec

Par delà ces diverses recommandations spécifiques aux hôpitaux, la prévention du suicide passe aussi par les différentes organisations du réseau de santé québécois. Dans

ce sens, les Centres de santé et de services sociaux (anciennement les Centres locaux de services communautaires, les Centre hospitaliers de soins de longue durée et les Centres hospitaliers) devraient se munir de protocoles et de directives afin de prévenir les suicides.

Jusqu'à tout récemment au Québec, la problématique du suicide a occupé une place secondaire dans le cadre des différentes stratégies et politiques en santé publique et en santé mentale (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2001). La prise en charge des personnes suicidaires et les interventions en situation de crise suicidaire n'avaient jamais vraiment mobilisé le milieu institutionnel et ses principaux intervenants. Par exemple, certains centres de crise en santé mentale refusaient même d'intervenir auprès de la clientèle suicidaire. En fait, cette intervention auprès des personnes suicidaires était censée relever des établissements psychiatriques. Ce sont donc souvent les centres de prévention du suicide (CPS), depuis les vingt dernières années, qui ont assumé la responsabilité face à cette problématique.

Une étude portant sur 425 cas de décès par suicide indique néanmoins que plus de 80 % des personnes présentant un diagnostic psychiatrique avaient consulté au moins une ressource dans les 12 mois précédant le passage à l'acte (St-Laurent & Lesage, 1994, cités dans Plan d'action en santé mentale, 2005-2008, Ministère de la Santé et des Services sociaux).

Le Québec détient les plus haut taux de suicide au Canada et la maladie mentale touche un canadien sur 10. Devant ce constat, le Ministère de la santé et des services sociaux a ciblé la santé mentale à titre de priorité nationale. En octobre 2003, le comité Gagné a été mandaté afin de dresser des mesures d'amélioration de services offerts à la population souffrant de troubles mentaux. Les actions prioritaires identifiées en consultation avec le milieu sont incluses dans le plan d'action pour la santé mentale 2005-2008, rédigé en 2005. Le ministère prévoit ainsi accentuer les services de première ligne afin de désengorger ceux de 2^e et 3^e ligne. Le plan d'action met l'accent sur l'importance du travail en partenariat entre les différentes professions et sur des ponts très accessibles entre les différents milieux d'intervention, de prévention et de services (Plan d'action en santé mentale, 2005-2010, MSSS).

Il reste cependant que les connaissances nécessaires à l'évaluation, à l'intervention et au suivi ne sont pas suffisamment répandues et intégrées pour offrir à la clientèle québécoise des services variés. En fait, on assiste à très peu d'ententes entre les services et entre les établissements. De minces liens de collaboration sont instaurés entre les CLSC et les CPS, mais ceux avec les hôpitaux sont plus difficiles à établir (MSSS, 1998). Le milieu hospitalier, pour sa part, profite peu des ressources et du soutien offerts par le milieu communautaire. De plus, le personnel médical et les intervenants psychosociaux ne bénéficient pas, pour la plupart, d'activités de sensibilisation et de formation dans le domaine (MSSS, 1998). Souvent, ce sont pourtant là les personnes les plus susceptibles d'établir un contact privilégié avec les personnes qui sont à risque

suicidaire. Une stratégie globale de prévention du suicide a cependant été adoptée au Québec (MSSS, 1998). Dans ce dernier document, les auteurs soulèvent l'importance de fournir aux différents intervenants des milieux institutionnels et communautaires des formations continues et communes qui comprendraient une revue des caractéristiques et facteurs de risques propres aux personnes suicidaires, une sensibilisation à la problématique, une meilleure définition des rôles et responsabilités de chacun et de l'information sur les ressources locales les plus appropriées. Cela permettrait d'assurer et de consolider une gamme essentielle de services et de briser l'isolement des intervenants.

Pour les hôpitaux psychiatriques et les unités de psychiatrie des hôpitaux généraux québécois, il n'existe pas, selon Filion (1985), de directives uniformes pour assurer au moins l'évaluation de chaque patient ayant tenté à sa vie. De plus, contrairement à d'autres pays comme la France (Nassans et al., 1987; Terra, 2000), l'Angleterre (Greer & Bagley, 1971, cités dans Filion, 1985) ou les États-Unis (Weissman, 1974, cité dans Filion, 1985), le Québec n'a pas de politique d'hospitalisation immédiate lorsqu'un individu tente à ses jours. Souvent, après une tentative, la personne est soignée physiquement durant quelques jours, voire peut-être quelques semaines, mais elle regagne souvent son domicile sans suivi intensif. Les individus identifiés à risque élevé de récurrence suicidaire ne bénéficient donc pas systématiquement d'une évaluation approfondie. Ils ne bénéficient pas non plus d'une attention particulière quant à la qualité et à la continuité des soins prodigués (Filion, 1985).

Pour ce qui est de la région de Montréal (où se retrouvent quatre des établissements qui ont participé à la présente recherche doctorale), la *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre* déposait en 1995 au *Ministère de la santé et des services sociaux* un plan de réorganisation des soins en santé, dont ceux en santé mentale (RRSSS, 1995). L'objectif visé par cette réforme était de diriger les personnes souffrant de troubles mentaux vers les services alternatifs à l'hospitalisation et de compléter la gamme des services offerts. À l'hôpital Louis-H. Lafontaine, par exemple, l'organisation hospitalière se limitait alors à l'hospitalisation et à la clinique externe, ce qui réduisait la possibilité de varier l'intensité et la durée des traitements requis (MSSS, 1998). Ce projet de réorganisation visait donc à développer les ressources familiales et intermédiaires, en continuité avec la mission des hôpitaux. De ce fait, le nouveau réseau de soins se devait d'être interactif et inter relié. Cependant, aucun mandat ou protocole précis pour les personnes suicidaires n'est mentionné dans cette documentation. Par ailleurs, il ne semble pas exister non plus de document plus spécifique pour ce qui est des établissements de Hull et Québec, lesquels participent aussi au projet présenté ici.

Finalement, en 2005, le Ministère de la santé et des services sociaux publiait son Plan d'action en santé mentale « La force des liens » 2005-2010. Ces orientations ministérielles priorisaient les personnes à haut risque suicidaire. Ce document recommande de mettre en place des services de suivi étroit post crise et d'assurer une évaluation continue du risque suicidaire.

2.4. Situation dans six établissements psychiatriques du Québec

Pour ce qui est plus précisément de la situation dans les hôpitaux psychiatriques du Québec, aucun document exhaustif ne résume actuellement ce qui se fait. Seul le rapport d'inspection professionnelle de l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec (2000), cité plus haut, évoque au passage la problématique de la prévention du suicide; d'où l'intérêt d'étudier la situation spécifique des six établissements associés au présent projet. Cette information a été principalement recueillie lors de rencontres dans chaque établissement avec des infirmières cliniciennes identifiées comme répondantes sur notre projet. Ces dernières étaient donc des informatrices privilégiées, en parallèle avec les gestionnaires que sont les DSI (directrices de soins infirmiers). L'information pour cette partie de la recherche a également été recueillie en visitant les lieux (incluant les chambres d'isolement), par échange de documentation et par consultation des sites WEB des établissements hospitaliers. D'emblée, notons qu'aucun programme structuré de prévention du suicide n'a été identifié dans les six établissements visités. Néanmoins, plusieurs mesures sont déjà mises en place et nous en rapportons ici quelques éléments.

2.4.1 Cueillette des données préliminaires

Afin de recueillir des données sur la situation dans les établissements psychiatriques du Québec, il a été convenu de réaliser des rencontres, en collaboration avec les directrices de soins infirmiers ou les infirmières cliniciennes des établissements concernés. Lors des

rencontres dans les six établissements, la plupart des questions suivantes ont été abordées, de façon large, avec les infirmières cliniciennes responsables :

- 1- Quelle est la mission de l'hôpital?
- 2- Quels sont les secteurs de spécialisation?
- 3- Combien de patients?
- 4- Combien d'infirmières et d'infirmiers?
- 5- Quel modèle théorique d'intervention est utilisé?
- 6- Comment s'organisent les permissions de sorties?
- 7- Quelles sont les questions posées à l'admission?
- 8- Quel est le protocole de soins aux suicidaires?
- 9- Comment évaluez-vous l'urgence et le risque suicidaires?
- 10- À quelle fréquence les évaluez-vous?
- 11- Quelles sont les interventions effectuées avec un patient considéré à urgence suicidaire faible, modérée ou élevée?
- 12- Description du personnel disponible dans les unités.
- 13- Description et visite d'une chambre d'isolement.
- 14- L'architecture des lieux laisse-t-elle la possibilité d'un passage à l'acte suicidaire?
- 15- À quand remonte et sur quoi repose la dernière formation donnée en prévention du suicide?
- 16- Comment est exercée la supervision des infirmières et infirmiers?

17- Décrivez-nous des incidents où il y a eu suicide ou tentative de suicide d'un patient.

Le Centre Hospitalier Louis-H. Lafontaine

L'Hôpital Louis-H. Lafontaine est un centre hospitalier qui offre des services spécialisés et ultra spécialisés en psychiatrie, prioritairement pour la population adulte de six territoires de CLSC, dans l'Est de Montréal.

Selon l'infirmière clinicienne rencontrée à cet hôpital, il n'existe pas de directive officielle pour intervenir auprès d'une personne suicidaire, sauf dans l'unité de soins à court terme. Lors de la collecte des données à l'admission, aucune question ou aide-mémoire ne traite spécifiquement du suicide. Cependant, suite à cette collecte initiale, soit dans les jours qui suivent l'admission, l'infirmière doit remplir un profil du bénéficiaire où elle doit alors cocher sur un formulaire une case indiquant s'il y a risque actuel ou potentiel de suicide.

Selon notre répondante à l'automne 2001, le dernier suicide d'un patient est survenu il y a deux ans auparavant. Le taux serait d'environ un suicide par trois ans. Pour leur clientèle particulière qui présente une déficience intellectuelle, les suicides seraient très rares. L'infirmière relate qu'environ quinze ans se sont passés sans incident de suicide dans l'unité de soins de ces personnes.

En 1995-1996, les infirmières et infirmiers ont bénéficié d'une formation de mise à jour sur la prévention du suicide, mais pour les patients de courte durée seulement. Cette formation a duré une journée et a été donnée, à l'interne, par une des infirmières. Pour l'ensemble de ses pratiques infirmières, cet hôpital utilise le modèle d'intervention de Callista Roy (Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994). On s'en réfère donc à l'identification des effets souhaités chez le patient et on estime qu'il guérit et grandit à travers ses expériences avec son milieu. Il existe aussi un programme d'aide aux employés qui intervient, à la demande de l'infirmière chef, sous forme de «débriefing» ou de suivi suite à un incident majeur, tel un suicide ou une tentative. Ce service est aussi offert aux patients dans le besoin.

Dans chaque unité se trouve une chambre d'isolement. Elle sert seulement en dernier recours, lorsque le client présente un danger imminent de passage à l'acte. Selon notre répondante, ces chambres sont rarement utilisées pour les patients suicidaires. Elles servent surtout pour les patients jugés très agressifs. À première vue, celle qui a été visitée comportait d'ailleurs quelques failles en termes de prévention environnementale (comme, par exemple, un calorifère permettant trop facilement une éventuelle tentative de suicide par pendaison)⁵. Finalement, nous reproduisons au Tableau 3 les statistiques

⁵ Cette évaluation préliminaire des aspects environnementaux, que ce soit en chambre d'isolement ou ailleurs, n'était pas systématique malgré la présence du directeur de la thèse, chercheur expérimenté dans le domaine (Marc Daigle). Elle a néanmoins servi à appuyer l'idée d'une éventuelle visite d'inspection d'un comité ad hoc, visite faisant partie d'un plan d'évaluation systématique d'un programme de prévention plus vaste.

qui sont disponibles pour cet établissement⁶. Aucun suicide n'est identifié pour les années 2000 et 2001, alors qu'il est entendu que les tentatives identifiées ici sont uniquement celles jugées de gravité majeure par les intervenants. Les incidents qualifiés de mineurs (comme les automutilations) ne sont pas rapportés dans les statistiques rendues disponibles.

Tableau 4

Incidents survenus du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2001 au Centre Hospitalier Louis-H. Lafontaine

Incidents	1 ^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2001
Tentatives de suicide	18
Suicides complétés	0

Le Centre Hospitalier Pierre-Janet

Le Centre hospitalier Pierre Janet est le seul hôpital psychiatrique en Outaouais. Il a le mandat régional d'offrir des services spécialisés en santé mentale pour toute la population de l'Outaouais.

⁶ Comme il a été mentionné plus haut, il faut prendre en considération que la méthode de collecte de données est différente ici de celle utilisée par les coroners. Ces statistiques hospitalières identifient plus des tentatives de suicide que des suicides comme tels. Comme nous le verrons dans la suite du texte, les statistiques sont également compilées pour des périodes et des incidents définis différemment d'un établissement à l'autre.

Notre répondante nous a mentionné ici que l'hôpital peut loger entre 64 et 66 adultes, de même qu'environ 12 enfants âgés entre 4 et 12 ans. Douze autres enfants fréquentent également le centre de jour. De plus, on dénombre neuf adolescents hospitalisés et 15 autres en centres de jour et de soir.

Comme formation sur la problématique du suicide, le personnel infirmier assiste aux conférences scientifiques qui peuvent être disponibles. Elles ne sont cependant pas nécessairement spécifiques au suicide. Il existe dans cet hôpital, un protocole des niveaux de surveillance à adopter. Ces protocoles sont surtout utilisés pour les personnes à risque suicidaire, mais ne sont pas spécifiquement conçus pour ce type de clientèle. Une procédure de surveillance de la personne suicidaire est néanmoins bien établie. Cette procédure décrit ainsi une surveillance attentive et étroite, l'inspection des objets utilisés par le patient, l'attention qu'il faut porter aux changements d'humeur et aux bruits insolites. Cependant, aucune gradation du risque suicidaire n'y est mentionnée. Aussi, à l'admission des patients, aucune évaluation du risque suicidaire n'est effectuée systématiquement. Si le patient semble déprimé, l'*Échelle de dépression* de Beck, d'ailleurs identifiée par nous à la section 2.1, peut être administrée. Notre répondante explique aussi qu'il peut y avoir la présence d'un service dit « *un pour un* » (ce qui correspond à un service privé) pour les personnes à haut risque suicidaire. Finalement, suite à un éventuel suicide, un service de débriefing peut être offert pour le personnel et les patients en besoin. Il est alors fourni par le programme d'aide aux employés de l'hôpital.

Par ailleurs, les statistiques de l'établissement (Tableau 4) sont plus élaborées que dans l'établissement précédent. Elles permettent de relever les incidents d'automutilation qualifiés de mineurs (blessures superficielles), ainsi que les tentatives de suicide et les suicides complétés en 2000 et 2001.

Tableau 5

Incidents survenus du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2001 au Centre Hospitalier Pierre-Janet

Incidents	1 ^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000	1 ^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2001	TOTAL
Tentatives de suicide	8	15	23
Suicides complétés	1	0	1
Automutilations (mineures)	Adolescents : 32 Adultes : 36	Adolescents : 51 Adultes : 31	83 67
TOTAL	77	97	174

Le Centre Hospitalier Robert-Giffard

Le centre hospitalier Robert-Giffard assume la responsabilité des services de psychiatrie aux adultes pour le territoire Est du Québec. Selon les deux répondantes que nous avons à cet endroit, les cas de suicide sont relativement rares à l'interne. Cependant, pour l'année 1993-1994, le centre hospitalier a été témoin de deux suicides complétés successivement. Aussi, certaines infirmières ont-elles bénéficié d'une formation sur le suicide en 1994 et d'une autre en 1998. De plus, en 2000, quelques unes ont assisté à un colloque sur le suicide. Comme modèle d'intervention en science infirmière, le personnel de cet établissement privilégie le modèle d'Anderson (Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette & Major, 1994).

Le protocole présent dans cet établissement décrit un tableau des niveaux de surveillance, selon le risque suicidaire. Plus précisément, au niveau des soins de courte durée pour les clientèles adulte et gériatrique, il existe un volet décrivant la dangerosité générale de la personne, y compris face à elle-même. À l'intérieur de ce type de soin, le suivi est systématique. Cet établissement semble donc caractérisé par un bon effort de sensibilisation à la problématique.

Pour ce qui est des statistiques de l'établissement, elles indiquent également qu'il y a surtout des automutilations dites mineures qui s'y produisent (Tableau 6).

Tableau 6

Incidents survenus du 1^{er} avril 1999 au 25 août 2001 au Centre Hospitalier Robert-Giffard

Incidents	1 ^{er} avril 1999 au 31 mars 2000	1 ^{er} avril 2000 au 31 mars 2001	1 ^{er} avril 2001 au 25 août 2001	TOTAL
Tentatives de suicide	8	3	9	20
Suicides complétés	0	0	1	1
Automutilations (mineures)	92	131	62	285
TOTAL	100	134	72	306

L'Hôpital Douglas

L'hôpital Douglas est un hôpital psychiatrique situé dans l'ouest de la ville de Montréal.

La clientèle qui le fréquente est majoritairement anglophone et de tous les âges.

L'infirmière rencontrée à cet endroit s'intéresse à la problématique du suicide depuis longtemps. Elle a notamment réalisé, en 2001, un sondage auprès des infirmières de son établissement. Ce sondage vérifiait, entre autres éléments, la connaissance qu'elles avaient des facteurs de risques associés au potentiel suicidaire. En 1996, l'hôpital avait rédigé un programme de soins détaillé spécifiquement pour la clientèle suicidaire de l'hôpital (Appendice K. Pistes d'interventions suggérées). Une infirmière de cet hôpital a

aussi donné des séances de formation sur la personne suicidaire et sur la problématique en 1998. Cet hôpital est donc bien documenté et sensibilisé à cette problématique, ayant vécu auparavant des tentatives et des suicides complétés.

L'hôpital Douglas compte 350 employés infirmiers. Ces infirmières interviennent auprès de la clientèle en se basant sur le modèle de réseaux de soutien, modèle dit de « McGill ». Il a été élaboré par Moyra Allen, une théoricienne canadienne. Cette dernière s'est essentiellement inspirée de l'approche systémique et des principes de promotion de la santé. Selon ce modèle d'intervention, la cible des soins est élargie à toute la famille, laquelle apprend de ses propres expériences de santé. Néanmoins, un certain rapprochement peut être fait entre cette approche et celle de Callista Roy (Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette & Major, 1994).

Tableau 7

Incidents survenus du 1er janvier 1999 au 31 décembre 1999 à l'Hôpital Douglas

Incidents	1 ^e janvier 1999 au 31 décembre 1999			TOTAL
	Pédopsychiatrie	Adulte	Gériatrie	Tous
Tentatives de suicide	3	5	6	14
Suicides complétés	0	0	1	1
Automutilations majeures	8	11	11	30
TOTAL	11	16	18	45

Le Centre Hospitalier Rivières-des-Prairies

L'hôpital Rivières-des-Prairies offre essentiellement des services spécialisés en psychiatrie à une clientèle d'enfants et d'adolescents de l'est de Montréal. Selon l'infirmière clinicienne rencontrée à l'automne 2001, cet hôpital a un protocole élaboré en 1998, protocole qui régit les traitements ainsi que le programme de soins. Ce dernier comprend une grille d'évaluation de l'urgence suicidaire (identifiée ici comme le « risque suicidaire ») et des procédures d'observation des personnes à risque faible, modéré ou élevé.

Nous nous sommes intéressés plus particulièrement à l'unité d'admission pour adolescents. L'unité a été rénovée il y a quelques années. Cet endroit sert surtout comme centre de jour, de 9h à 15h. Les adolescents qui fréquentent ce centre y restent durant cette période et retournent dans leur famille le soir. La clientèle présente des troubles tels que la psychose, la dépression majeure et les troubles de personnalité, mais l'intention suicidaire est déjà un motif d'admission en soi. Ces patients souffrent souvent de comorbidité et peuvent avoir une déficience intellectuelle. Tous les intervenants ont reçu une formation des centres de prévention du suicide en 1995-1996. Depuis, ils n'ont pas eu de mise à jour pour cette formation.

L'unité comporte une chambre d'isolement qui peut être utilisée en dernier recours pour une personne agitée, agressive ou suicidaire. Cette chambre permet l'observation du patient par le personnel, grâce à une fenêtre donnant sur le poste de garde. Cette fenêtre

ne permet cependant pas une observation complète et l'architecture de la pièce pourrait aussi, à la limite, permettre une pendaison. Comme alternative à cette salle, les infirmières peuvent utiliser des médicaments pour calmer la personne en crise ou elles peuvent l'isoler dans sa chambre privée, car les portes se barrent de l'extérieur. Au niveau architectural, nous notons également que le balcon donnant sur cette unité d'admission, située au 2^e étage, est entièrement grillagé avec du fil de fer jusqu'au plafond. Selon l'infirmière de cette unité, les autres balcons des étages supérieurs de cet hôpital sont tous grillagés de la même façon. Aussi, tous les escaliers de l'hôpital ont été modifiés en plaçant un mur tout le long depuis qu'une infirmière a été témoin d'une tentative de suicide à ces endroits. Cette fâcheuse expérience a permis un changement architectural et l'on peut penser qu'une telle démarche pourrait être imitée dans d'autres programmes de prévention. Au niveau statistique, ce sont les automutilations qui sont recensées ici en grande majorité (Tableau 7).

Tableau 8

Incidents survenus du 1^{er} avril 1999 au 31 mars 2001 au Centre Hospitalier Rivière-des-Prairies

Incidents	1 ^e avril 1999 au 31 mars 2000	1 ^e avril 2000 au 31 mars 2001	TOTAL
Tentatives de suicide	5	5	10
Suicides complétés	0	0	0
Automutilations (mineures)	73	97	170

TOTAL	78	102	180
-------	----	-----	-----

L'Institut Philippe Pinel de Montréal

L'institut Philippe Pinel de Montréal est le seul établissement psychiatrique à sécurité maximale au Québec. Il est situé dans l'est de la ville de Montréal, mais il dessert toute la province. Sa clientèle peut lui être référée de diverses façons, notamment par la justice, les autres hôpitaux, les prisons et les pénitenciers. Néanmoins, et ceci d'année en année, la clientèle de cet établissement est principalement admise en raison de psychose unique (entre 28 et 38% des cas), de trouble de l'humeur unique (entre 10 et 15% des cas) ou de trouble de personnalité unique (entre 3 et 9% des cas). Les autres diagnostics sont de l'ordre de la co-morbidité.

Notre répondante clinicienne dans cet établissement est également coordonnatrice des services externes. Comme cet hôpital est régi par un cadre médico-légal, les services offerts aux patients sont formellement structurés. Ainsi, plusieurs protocoles et directives écrites définissent clairement les rôles et responsabilités de chaque intervenant. Il y existe donc un protocole pour les mesures anti-suicidaires (MAS), protocole qui élabore toutes les interventions à effectuer et qui détermine les responsabilités des médecins, infirmières et éducateurs.

De plus, comme cette clientèle est souvent considérée à sécurité maximale, l'aménagement des installations et l'architecture de l'hôpital permettent la sécurité des

patients et de leur entourage, tant au niveau des agressions envers autrui que de celles envers soi-même. De ce fait, l'architecture est conçue afin de réduire le risque d'agression envers autrui. Tout moyen de blesser quelqu'un est contrôlé et, indirectement, la probabilité du passage à l'acte envers soi-même en est très restreinte.

Selon le document des MAS, le médecin a l'entière responsabilité de la décision finale face au traitement du patient et à l'évaluation du risque suicidaire. Suite à une décision du médecin, l'infirmière pourrait par exemple devoir s'assurer d'une observation directe d'un patient à tous les vingt minutes ou moins. Elle devrait constamment savoir où se trouve ce patient et noter toutes ses allées et venues. De plus, si le risque suicidaire est très élevé, cette observation pourrait devenir constante. Ainsi, une infirmière pourrait être assignée seulement à un individu et le suivre partout. Ce type d'observation est qualifié ici de «service privé». Notons finalement que le cadre médico-légal de cet établissement semble avoir favorisé la rédaction d'un ensemble de procédures, dont pourraient s'inspirer d'autres établissements qui n'ont pas eu les mêmes contraintes. Par ailleurs, nous ne disposons pas de statistiques spécifiques aux comportements suicidaires pour cet établissement et, selon la répondante, le dernier suicide intra hospitalier est survenu autour de 1995.

2.4.2 Synthèse des données recueillies

Des directives locales (protocole de soins, de surveillance ou autre) sont présents dans cinq établissements sur six (83,3 %). Toutefois, ces protocoles ne sont pas

exclusivement en lien avec la problématique suicidaire. Trois établissements (50%) offrent un service privé (un pour un) lorsque le patient est évalué à risque suicidaire.

De plus, tous les établissements ont reçu une formation sur le suicide, portant sur les facteurs de risque, le dépistage ou l'intervention précoce. Toutefois, elle a été donnée dans les cinq dernières années environ. Sauf pour l'un d'entre eux, la formation ne semble pas être systématiquement offerte. Tous ces établissements ont vécu plusieurs suicides complétés. Selon les statistiques et les répondants, ces événements surviennent environ aux trois ans. Toutefois, il importe de noter la présence de tentatives de suicide et d'épisodes d'automutilation dans la très grande majorité des établissements (83,3 %).

Quant aux chambres d'isolement, deux ont été visitées par l'équipe de recherche. Elles comportaient des failles, observées par l'équipe. La création d'un comité d'évaluation de ces chambres pourra approfondir cet aspect.

Finalement, des services de postvention, suite à un suicide, sont offerts à tous les employés par le service de programmes d'aide aux employés (PAE). Cet aspect ne révèle pas quelle intervention est effectuée et si ce service est spécialisé à ce type d'intervention.

Le tableau suivant résume les données obtenues lors de cette cueillette. Il relève le nombre d'établissements ayant mentionné la présence de certains éléments dans leurs murs.

Tableau 9

Tableau-synthèse des observations

	Directive locale	Formation	Comportement suicidaire	Chambre d'isolement	Postvention
Nombre d'occurrences	5	5	6 suicides (1 aux 3 ans) Plusieurs tentatives et automutilations	2 visitées, présence de risque	6 Offert par le PAE

2.5 Théorisation du problème

Cette présente section vise à élaborer une hypothèse théorique, afin d'explicitier la problématique suicidaire dans les établissements psychiatriques québécois et ainsi, justifier la démarche proposée par ce cadre de référence.

La recension des écrits et les données disponibles dans les établissements québécois ne semblent pas confirmer le constat international d'une hausse des suicides survenus dans les établissements. Cette recension suggère tout de même que les patients psychiatisés sont plus à risque de comportements suicidaires que la population en général. Les patients les plus à risques sont ceux souffrant de schizophrénie ou de dépression, alors que toute co-morbidité pose un problème supplémentaire. Ces diagnostics sont très

répandus chez les patients psychiatisés. Cette population est donc à risque. L'importance de dépister le risque suicidaire est donc accrue.

La recension des écrits et les observations recueillies dans ces établissements dénotent des écarts entre les meilleures pratiques et la réalité terrain. Effectivement, tel que soulevé dans la recommandation de l'OIIQ (2000), aucun protocole de dépistage systématique des clientèles n'est effectué dans la majorité des établissements, incluant des directives locales. Ces procédures auraient avantage à être harmonisées autant à l'interne qu'entre les organisations, afin d'assurer un arrimage et une continuité des services dans notre réseau québécois de services psychiatriques.

De plus, la formation est un outil afin d'assurer la qualité des soins. Toutefois, nos observations révèlent que ces programmes ne sont pas offerts systématiquement. Cet enjeu suggère que la mise à jour des meilleures pratiques ne semble pas effectuée. D'autres observations suggèrent que différents problèmes architecturaux sont présents dans certains établissements. Donc, il est possible d'affirmer que des difficultés d'organisation de soins sont présentes.

Dans son rapport sur la santé dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé propose un indice de la performance des systèmes de santé reposant notamment sur la réponse aux attentes de la population (OMS, 2000). L'accent mis sur le client (ou sur la population) et sur la réponse à ses attentes est de fait un thème central de la réforme

actuelle des soins de santé au Québec (MSSS, 2004). Le concept de responsabilité populationnelle, dévolu aux Centres de santé et de services sociaux (CSSS), cible ces objectifs. Les établissements sont responsables de s'assurer du bien-être et de la santé dans leur territoire. Ils ont la responsabilité d'offrir des services de qualité, axés sur l'accessibilité et la continuité des soins (MSSS, 2004).

Dans ce contexte, il est possible d'affirmer que les usagers nécessitant des soins psychiatriques, ainsi que leurs proches, s'attendent à recevoir des soins de la meilleure qualité possible. De plus, il est possible de suggérer que la population québécoise a confiance dans les soins spécialisés offerts par les établissements psychiatriques.

De ce fait, les établissements psychiatriques eux-mêmes ont la responsabilité d'offrir des services basés sur les meilleures pratiques, autant en santé mentale qu'en prévention du suicide. De plus, le fait que les patients et leurs proches s'attendent à des services spécialisés de qualité peut justifier la responsabilité des établissements de se baser sur les meilleures pratiques et de parfaire leurs interventions.

En se basant sur ces divers éléments, notamment les directives locales, le dépistage systématique, la formation pour le personnel, les attentes de la population et la responsabilité populationnelle des établissements, il importe qu'ils offrent un service de qualité à sa population desservie. De ce fait, au-delà du fait que les taux de suicide complétés sont peu élevés, ces patients représentent une clientèle à risque et la collecte

de données suggère des difficultés organisationnelles de soin. Donc, afin d'outiller en prévention du suicide les établissements participant au projet, un cadre de référence a été élaboré, proposant différents outils, entre autres de la formation pour le personnel, des directives locales, des changements architecturaux et des outils de dépistage systématique. La prochaine section le détaille.

3. Proposition d'un cadre de référence québécois

Les sections précédentes ont permis de situer la problématique suicidaire dans les établissements psychiatriques et d'inventorier les possibilités de prise en charge. Nous présentons maintenant ici un cadre de référence qui permettrait à chaque établissement, en tout respect de ses particularités, d'élaborer son propre programme de prévention des comportements suicidaires. Il faut voir ici que ce concept de « cadre de référence », par opposition à « programme spécifique de prévention » s'est imposé dès le début du projet avec nos partenaires des hôpitaux, lesquelles voulaient justement préserver leur autonomie. Cette position des DSI (directrices des soins infirmiers) était d'autant plus compréhensible qu'elles représentaient des établissements souvent très différents, notamment au niveau de leurs clientèles (voir section précédente). Ceci étant dit, un éventuel programme institutionnel devrait être formalisé dans un document maître (directive officielle ou autre) qui reprendrait les rubriques que nous utilisons ici et préciserait: (1) les objectifs poursuivis, (2) les moyens mis en œuvre, de même que les trois niveaux de la démarche : (3) la prévention, (4) l'intervention et (5) la postvention.

Ce sont ces cinq aspects que nous développons ici de façon large afin de permettre à chaque établissement de les reprendre à son compte, selon ses besoins. Notons aussi que ce cadre de référence est présenté notamment selon les trois concepts-clé issus de la classification classique de Caplan (1964). Tout en étant bien conscients que ce modèle est désormais discuté et même controversé, nous l'avons néanmoins retenu compte tenu qu'il permet de structurer la discussion de façon pertinente et efficace.

Quant à la méthodologie qui a été utilisée pour élaborer puis évaluer ce cadre de référence, précisons que la stratégie de recherche incluait différents volets:

- Consultations avec les gestionnaires et le personnel des établissements
- Visites d'observation dans les établissements
- Analyse de documents
- Groupe de discussion avec des intervenants et des spécialistes en suicidologie
- Analyse des contenus de discussions
- Rétroaction

Les visites d'observations et les discussions avec les gestionnaires et les infirmières cliniciennes ont surtout été effectuées à l'automne 2001. Les échanges ultérieurs seront documentés plus loin. Les résultats des premières rencontres ont été détaillés plus haut. Les groupes de discussion, avec des spécialistes en suicidologie, ont été complétés tout

au long du processus. Le cadre de référence a ainsi été exposé à plusieurs partenaires, tels que le *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)*, à plusieurs reprises, de 2001 à 2003 et leurs diverses recommandations ont permis de structurer ce cadre. Cette recherche doctorale a aussi été présentée à divers auditoires lors des colloques de l'ACFAS et de l'Association québécoise de prévention du suicide (mai 2002 et 2003). Ces occasions d'échange ont aussi alimenté notre recherche.

3.1 Objectifs poursuivis

Ce cadre de référence a comme objectifs principaux de :

1. Réduire le nombre des suicides intra établissements.
2. Réduire le nombre de tentatives de suicide et d'automutilations intra établissements.
3. Atténuer les conséquences d'un suicide, d'une tentative ou d'un incident d'automutilation sur les patients, le personnel et l'entourage (famille et pairs).

3.2 Moyens à mettre en œuvre

Pour atteindre les trois objectifs spécifiés plus haut, divers moyens sont suggérés :

- 1- Procurer un environnement architectural sécuritaire et humain.
- 2- Informer et sensibiliser davantage la direction et le personnel hospitalier afin qu'ils développent des directives locales⁷.
- 3- Développer chez le personnel, notamment les infirmières, des compétences supplémentaires (programme de formation pour le personnel hospitalier).
- 4- Dépister les patients suicidaires et intervenir auprès d'eux, autant à l'entrée qu'à la sortie de l'hôpital.
- 5- Réviser annuellement le programme.

3.3 Prévention

Ce volet regroupe les interventions qui ont comme objectif de prévenir l'apparition de comportements suicidaires et leur aggravation. C'est là le véritable sens du mot prévention, même s'il désigne parfois l'ensemble des mesures mises en œuvre pour atteindre un objectif (comme dans «Programme de prévention»). Ici, la prévention s'adresse tant à l'ensemble des patients psychiatriques, notamment les sous-groupes les

⁷ Dans chacun des hôpitaux psychiatriques concernés dans ce projet, un protocole d'intervention existe déjà plus ou moins. Nous proposons cependant ici que le tout soit formalisé dans une directive où seraient notamment décrits les rôles et responsabilités de chaque intervenant. Dans le contexte du présent projet, il incombe donc à chaque établissement de rédiger ces directives qui correspondraient en même temps à un programme formel de prévention du suicide.

plus à risque, qu'au personnel de l'hôpital. Les moyens de prévention proposés incluent notamment la formation pour le personnel en vue de les sensibiliser au phénomène et de les habiliter à intervenir. Le contenu de cette formation pourrait porter sur les principaux facteurs de risque, d'une part, mais aussi sur des pistes d'intervention et sur les réticences de certains professionnels face à cette problématique. De plus, les moyens de prévention proposés peuvent prendre ici la forme de réaménagements physiques des lieux à risque, de mécanismes prévoyant l'utilisation d'outils de dépistage, de mécanismes de communication (notamment les alertes inscrites au dossier) et de références appropriées aux autres intervenants.

Plus spécifiquement, la stratégie de dépistage des patients suicidaires que nous suggérons est illustrée à la Figure 1. Cette stratégie est proposée à partir notamment de la recension critique présentée à la section 2.1 et à l'Appendice A, de la consultation des infirmières dans leurs milieux respectifs et de quelques travaux, dont ceux de Fremouw, Perczel et Ellis (1990), de Sommers-Flanagan et Sommers-Flanagan (1995) ainsi que de Cardell et Horton-Deutsch (1994). Cette stratégie devrait permettre à l'infirmière, puisque c'est elle surtout qui est interpellée dans le quotidien des patients, d'estimer en trois étapes le risque de suicide, et ce, en intégrant à sa pratique les quatre outils de mesure déjà présentés à la section 2.1 et reproduits aux Appendices B, C, D et E. Le Tableau 8, quant à lui, fournit les points de césure pour interpréter les scores des trois outils utilisés lors de la phase B de la stratégie de dépistage (Figure 1, Phase B. : *Risque de suicide à court terme*). Il faut noter que l'utilisation extensive de ces trois instruments

est recommandée ici mais qu'un aménagement moins coûteux pourrait être acceptable. De la même façon, il faut voir qu'un patient peut être considéré à risque modéré ou élevé s'il a obtenu un tel score à un seul des instruments. Par ailleurs, la Figure 1 indique bien qu'il s'agit d'un processus d'évaluation qui peut être repris à différentes occasions, notamment à l'occasion des études pour les permissions de sortie.

La stratégie prévoit que, dans tous les cas où un risque de suicide à court terme est modéré ou élevé (Phase B), le patient doit être référé pour évaluation par un psychiatre. Cette procédure est en conformité avec l'organisation habituelle du milieu hospitalier. Pour les autres niveaux du risque de suicide, il n'y a pas d'arbre décisionnel qui puisse tenir compte de toutes les variables. L'infirmière doit alors faire preuve de prudence et utiliser son jugement clinique afin de bien assurer son rôle de surveillance clinique en contexte de soins psychiatriques.

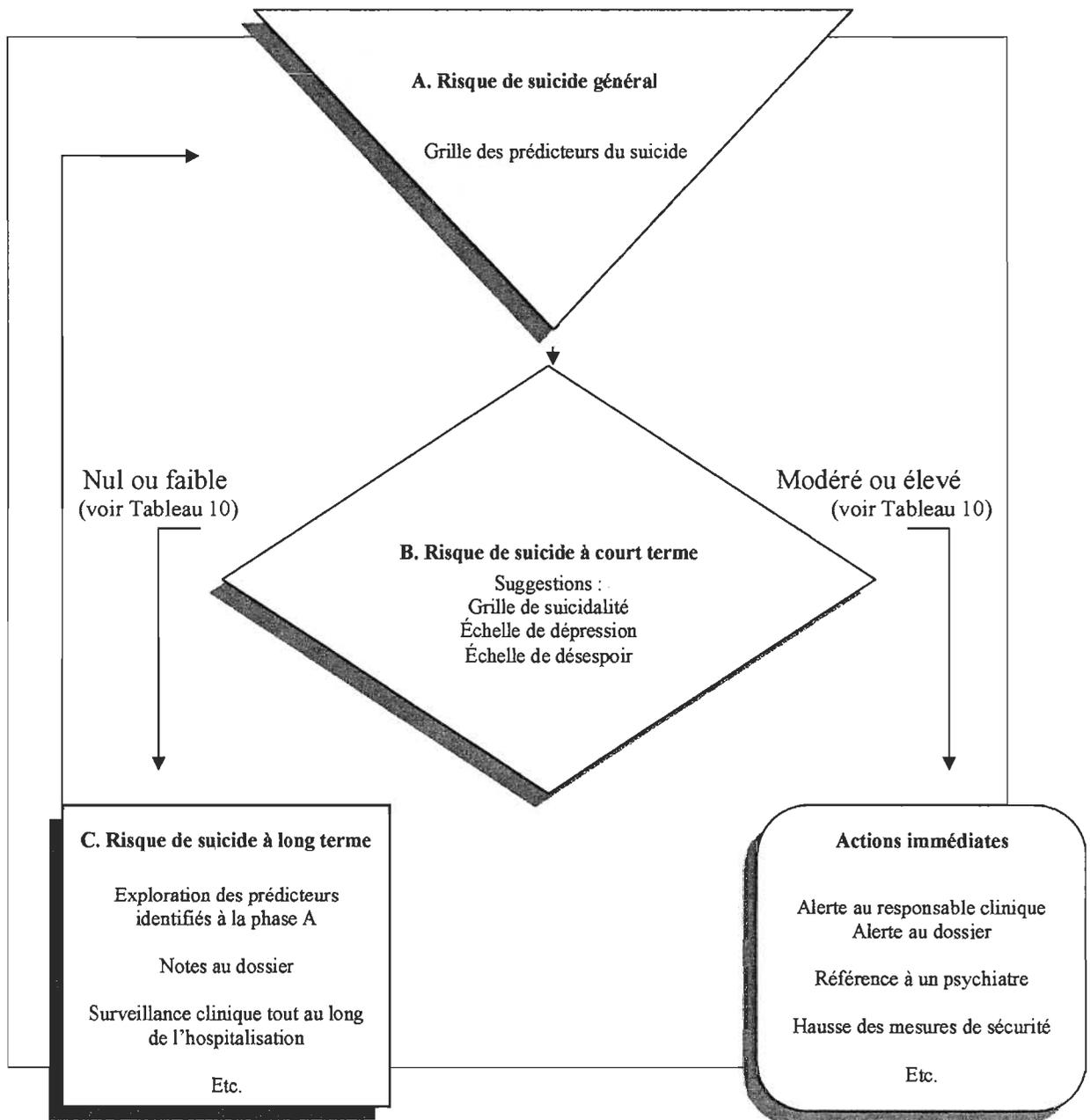


Figure 1. Stratégie de dépistage pour détecter les patients suicidaires

Tableau 10 Points de césure pour interpréter les scores utilisés à la Phase B

Mesures	Risque de suicide à court terme			
	Nul ou faible	Léger	Modéré	Élevé
Grille de suicidalité	1-2 Aucune idée	3 Idées sans plan	4-5 Idées avec plan à délai éloigné	6-7-8 Idées avec plan à délai rapproché
Échelle de dépression de Beck	0-13	14-19	20-28	29 et plus
Échelle de désespoir de Beck	0-2	3-5	6-8	9 et plus

Le score le plus élevé obtenu à n'importe quelle échelle ou grille constitue le niveau de risque à retenir.

Par ailleurs, pour cette partie comme pour les suivantes, nous avançons quelques indicateurs de réussite qui serviront pour la gestion du programme, mais aussi pour une éventuelle évaluation de l'implantation :

Indicateurs de réussite

- 1- Type et nombre de séances de formation.
- 2- Observation des changements architecturaux.
- 3- Acquisition de matériel anti-suicide (selon le besoin de l'établissement).
- 4- Nombre de personnes dépistées à l'admission.
- 5- Temps écoulé entre l'admission du patient à l'hôpital et le dépistage du risque.

6- Nombre d'alertes au dossier et visibilité de ces alertes.

3.4 Intervention

Ce volet regroupe toutes les actions posées par le personnel hospitalier et ayant pour objectif la prise en charge de la personne identifiée comme suicidaire : entretiens individuels (création d'une relation thérapeutique véritable), contrat de vie, utilisation du matériel anti-suicide, inscription de signaux au dossier si le risque persiste, surveillance (observation selon différents niveaux de risque), utilisation des chambres d'isolement, référence à d'autres intervenants et ajustement de la médication. Encore ici, différents indicateurs de réussite peuvent être suggérés :

Indicateurs de réussite

- 1- Types et nombre d'interventions réalisées avec le patient.
- 2- Nombre de contrats de vie.
- 3- Nombre de signaux au dossier.
- 4- Type et fréquence de la surveillance.

3.5 Postvention

Il s'agit ici des mesures prises à l'endroit de la clientèle, du personnel hospitalier et des proches à la suite d'un suicide ou d'une tentative de suicide grave. Les interventions de

postvention ont comme objectif de réduire l'impact des comportements suicidaires sur le suicidant (dans le cas précis d'une tentative) et sur l'entourage. Par l'entremise des programmes d'aide aux employés (PAE), on peut ainsi offrir au personnel des services de soutien. Dans certains cas, un modèle de prévention du stress post-traumatique pourrait même être retenu, tel le modèle de Mitchell et Everly (2001). Par la voie de rencontres de groupes (débriefting) ou individuelles, un autre service pourrait être instauré pour les survivants: les patients ayant eu des contacts avec la personne décédée (ou en rémission). Dans certains cas, un service de soutien peut aussi être fourni à la famille des personnes décédées par suicide. Finalement, une préparation des informations diffusées aux médias et aux enquêteurs éventuels peut être effectuée.

Indicateurs de réussite

- 1- Nombre de rencontres avec le personnel, les patients et la famille.
- 2- Recension des documents disponibles pour les médias et les enquêteurs.

3.6 Constats généraux et recommandations

La démarche qui a été présentée plus haut permet de faire quelques grands constats puis d'énoncer certaines recommandations. Tout d'abord, nous avons pu remarquer, lors des visites en établissements, que les protocoles ou directives concernant les soins prodigués à un patient suicidaire ne prévoyaient pas une identification précise du risque suicidaire, et encore moins une gradation de celui-ci. C'était d'ailleurs là une préoccupation déjà

identifiée par l'OIIQ en 2000. Nous avons pu constater aussi que la majorité des intervenants n'avaient pas eu de formation récente en prévention du suicide, alors qu'une formation accréditée est disponible facilement à l'*Association québécoise de prévention du suicide*. Du côté de l'architecture des bâtiments visités, principalement les chambres d'isolement, certaines lacunes ont pu être observées. Ces lacunes pourraient cependant être corrigées à l'occasion du comité déjà mis en place au Québec pour étudier, de façon plus large, les différents moyens de contention.

Les travaux du présent projet de recherche débouchent donc, globalement, sur la proposition de la mise en place d'un programme de prévention du suicide dans chaque établissement. Tel que mentionné plus haut, ce programme s'inspirerait du cadre de référence (présenté aux points 3.1 à 3.5) et serait formalisé dans des directives institutionnelles locales. La Figure 2 illustre un modèle de mise en place d'un programme local.

En parallèle, la Figure 3, quant à elle, permet de voir le cheminement que les patients feraient dans ce programme. Nous y voyons que, à l'aide des outils de dépistage et d'évaluation, la clientèle est dépistée lors de l'entrée, du traitement et de la sortie de l'hôpital. Les infirmiers et infirmières peuvent réévaluer le potentiel suicidaire de leur patient à plusieurs périodes du plan de soins : lors des traitements, du congé et des permissions de sorties. Comme vu précédemment, ces périodes sont à haut risque suicidaire et le personnel doit donc être vigilant à ces occasions.

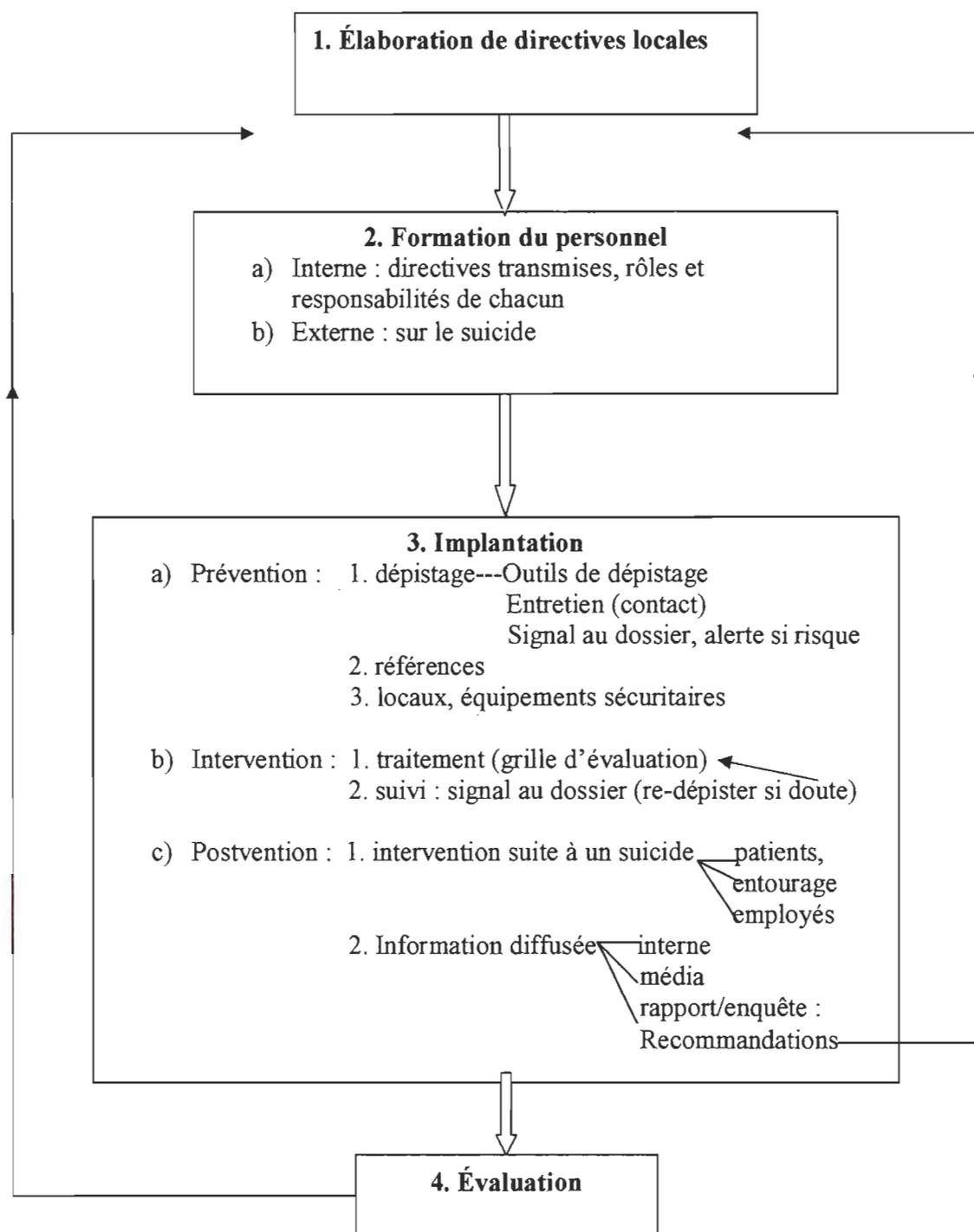


Figure 2. Exemple de mise en place d'un programme de prévention en milieu hospitalier

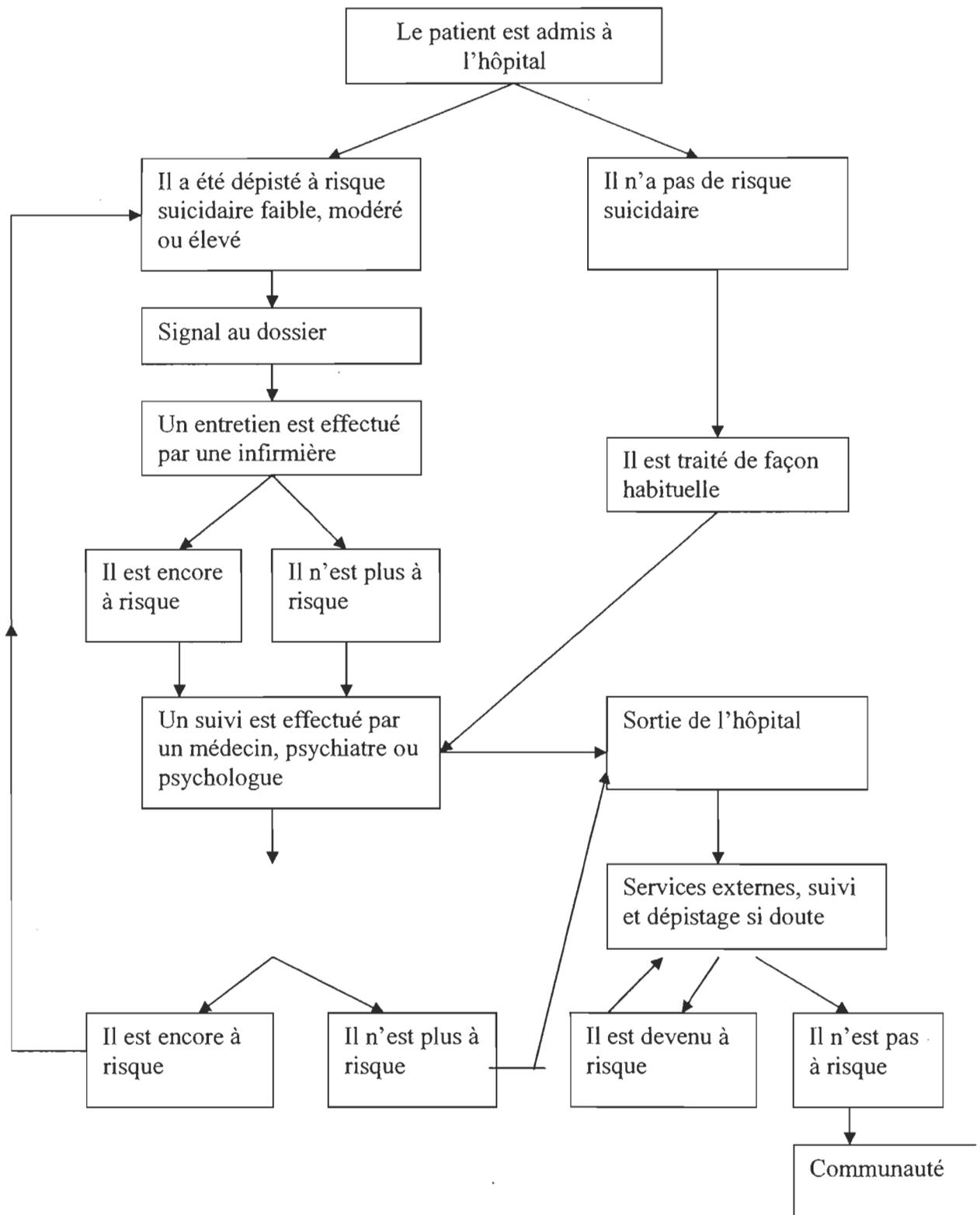


Figure 3. Parcours effectué par un patient admis en hôpital psychiatrique

Recommandations

Plus précisément cependant, et par delà le cadre global qui est proposé plus haut, nous énonçons ces recommandations spécifiques :

- 1- Assurer une **formation continue** pour le personnel de chaque établissement, notamment le personnel infirmier qui est en contact quotidien avec la clientèle.
- 2- Dresser une liste plus exhaustive des **rôles et responsabilités** de chaque intervenant.
- 3- Faire une **évaluation plus approfondie et graduée du risque** suicidaire, à l'entrée et lors des sorties de l'hôpital.
- 4- Réévaluer l'**environnement physique** de l'hôpital pour minimiser les possibilités de passage à l'acte (notamment les chambres d'isolement).

4. Stratégie d'évaluation

4.1. Objectifs

Au départ, ce projet de recherche prévoyait une évaluation de l'ensemble du cadre de référence. Rappelons que ce cadre de référence détaillé se divise en trois volets distincts, s'insérant éventuellement dans les plans de soin : la prévention, l'intervention et la postvention. Chaque volet a ses propres objectifs et ses moyens de mise en œuvre pour les atteindre. Rappelons aussi que, de façon préliminaire, le cadre de référence proposait déjà, en fonction d'une évaluation, des indicateurs de réussite, afin de déterminer l'atteinte de ces objectifs. Tous ces éléments sont réunis au Tableau 11.

Tableau 11

Résumé du cadre de référence

Volets	Prévention	Intervention	Postvention
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vise à prévenir l'apparition et l'aggravation de comportements suicidaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vise la prise en charge du patient, afin d'atténuer ses comportements suicidaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vise à réduire l'impact d'un suicide ou d'une tentative de suicide sur le suicidant, ses pairs, le personnel et son entourage.
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation pour le personnel. ▪ Réaménagement physique des lieux à risque. ▪ Dépistage systématique des patients à 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer des entretiens avec les patients, afin de dépister et de créer un contact (alliance thérapeutique) ▪ Utilisation des outils thérapeutiques, tel que le contrat de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer un soutien, à l'aide du programme d'aide aux employés ▪ Effectuer des rencontres de soutien et d'informations avec le suicidant, ses pairs, sa famille et

	l'admission.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau de surveillance approprié selon le niveau de risque ▪ Dépister de nouveau si le personnel à un doute ▪ Référence appropriée aux autres intervenants afin d'assurer le suivi. ▪ Consigner des alertes au dossier si le risque persiste 	<ul style="list-style-type: none"> son entourage ▪ Rédiger et diffuser un document interne décrivant les rôles et responsabilités de chacun, avant et après un comportement suicidaire et les procédures à suivre pour les médias.
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité des séances de formation, fréquence et utilité, développement des compétences ▪ Changements architecturaux effectués ▪ Fréquence, utilité et efficacité du processus de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre, fréquence et qualité des interventions reçues ▪ Utilisation, effet et nombre de contrat de vie ▪ Visibilité et présence des alertes au dossier ▪ Niveau de surveillance approprié 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de rencontres effectuées, effet de ces rencontres sur le patient, ses pairs, son entourage et le personnel ▪ Disponibilité et diffusion du document interne

Suite à des consultations avec les directrices des soins infirmiers des établissements, ce projet d'évaluation a été restreint à l'implantation d'un seul élément, soit le processus de dépistage (voir Tableau 12). De plus, dû à des contraintes de temps, de disponibilité de personnel et de faible maîtrise de la langue anglaise nécessaire à l'hôpital Douglas, certains établissements ne pouvaient plus être inclus dans l'évaluation. Ainsi, à l'hôpital Douglas, les infirmières n'auraient pas pu participer à la suite du projet sans qu'un budget spécial ne soit transféré à l'hôpital. Notons ici que certains fonds de recherche ont été disponibles pour ce projet auprès du *Centre de recherche et d'intervention sur le*

suicide et l'euthanasie (CRISE), mais qu'ils ne pouvaient pas être utilisés pour rémunérer du personnel hospitalier. Il n'était d'ailleurs pas estimé que les infirmières aient à consacrer beaucoup de temps au projet lors de son évaluation. À l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, des changements en cours limitaient la disponibilité des infirmières, mais le projet a aussi rencontré l'opposition d'un médecin responsable. Ce dernier estimait au point de départ qu'aucun outil de dépistage ne pouvait être utile et nous n'avons même pas pu lui soumettre la recension des écrits, pourtant bien documentée et exhaustive, que nous avons effectuée. Des démarches ont aussi été effectuées, mais sans succès, auprès du Centre Hospitalier Robert-Giffard où la logistique, de toute façon, aurait été beaucoup plus complexe. À la suite de rencontres et de discussions avec les directrices des soins infirmiers, il a donc été convenu de retenir deux institutions pour l'évaluation : l'Institut Philippe Pinel (IPPM) et le Centre hospitalier Rivières-des-Prairies (CHRDP).

L'objectif premier était donc essentiellement d'évaluer dans ces deux hôpitaux le processus de dépistage des patients à risque suicidaire. Effectivement, il s'agit là en prévention du suicide d'une étape préliminaire des plus importantes selon plusieurs auteurs (Appleby, 2000; Bongar, 1991, 1992; Gagnon & Larose, 2003a, 2003b; Proulx & Grunberg, 1994; Proulx, Lesage & Grunderg, 1997; Wolfersdorf, 2000; Wolfersdorf et al., 1988). Ceux-ci recommandent généralement que chaque patient soit dépisté lors de son admission et suite à une permission de sortie, afin de prévenir les conduites suicidaires ultérieures et de protéger légalement l'établissement.

Méthodologie

4.2. Évaluation du processus de dépistage

Nous avons vu que quatre outils de dépistage devraient être implantés dans les hôpitaux, dont trois peuvent servir réellement à dépister, à court terme, les patients suicidaires dans la pratique quotidienne des infirmières. Ces quatre instruments sont par ailleurs précisés dans le cadre d'une stratégie complète de dépistage. Dans le cadre de l'évaluation de l'implantation, il a donc été retenu d'évaluer leur clarté et leur pertinence dans la pratique des infirmières en psychiatrie. De plus, un schéma du parcours dans les services offerts devait être documenté pour chaque patient participant au projet, en s'inspirant ici du schéma apparaissant à la Figure 3. Ce schéma peut permettre aux gestionnaires des établissements d'avoir un résumé des services effectués dans leur milieu, de façonner leurs directives locales et leur protocole d'intervention, afin de prévenir les failles ou justifier des subventions.

Le premier outil se veut une *Grille des prédicteurs du suicide* (Appendice B). Cette grille (une investigation sur les facteurs de risque) peut s'insérer dans la rencontre de triage, déjà effectuée par les infirmières, lors de l'admission du patient à l'unité ou à l'observation 72 heures.

Le deuxième outil retenu est la *Grille de suicidalité* (Appendice C). Cet outil a été élaboré par Phaneuf et Séguin (1987) et est utilisé par les centres de prévention du suicide québécois. Il s'agit ici de la probabilité qu'une personne se suicide dans les 48 heures («risque à court terme» ou «urgence suicidaire»). Cette probabilité à court terme tient compte du niveau de perturbation de la personne et de la présence d'idées suicidaires avec ou sans plan de suicide. Cette autre étape dans le dépistage dure environ de 5 à 10 minutes. De même, cette grille peut être complétée lors de la première rencontre de triage, suite à l'admission du patient.

Enfin, les troisième et quatrième outils de mesure sélectionnés sont ceux issus des travaux de Beck (Beck, Steer & Brown, 1987; Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974) (Appendice D et E). La passation de ces questionnaires se fait dans une deuxième étape, suite à la présence de facteurs de risque et à la détection d'un risque suicidaire, à l'aide des deux grilles précédentes. Ainsi, l'infirmière les administrera lors de son suivi quotidien avec le patient (voir la Figure 1. Stratégie de dépistage pour détecter les patients suicidaires).

Évaluation de l'impact du processus de dépistage

Une hypothèse théorique de l'impact du processus de dépistage a été élaborée afin de rendre compte de l'effet souhaité sur les comportements suicidaires des patients. Il s'agit d'ailleurs là de l'un des éléments qui a été validé à l'occasion des rencontres d'experts

décrites plus haut. Cette hypothèse théorique ne se veut pas mutuellement exclusive. Plusieurs éléments auraient pu être pris en considération, tel que l'intentionnalité suicidaire, les événements stressants, le soutien perçu de la part des proches, etc. Toutefois, pour l'objectif de cette étude, elle a été créée en se basant sur les services de dépistage offerts. Il est à noter qu'il s'avère essentiel de ne pas négliger la complexité du phénomène suicidaire, dans l'évaluation continue du patient.

Cette théorie de l'impact (Figure 4) permet d'orienter le devis d'évaluation et de situer, dans un contexte théorique et logique, le but ultime de ce projet de prévention du suicide.

Cette hypothèse théorique suppose donc que (1) la formation donnée aux infirmières sur l'utilisation des outils de dépistage aura pour effet (2) d'accroître la compétence en améliorant leurs connaissances de base. En se sentant outillées et davantage compétentes, (2.1) la communication dans les équipes de soins sera plus rapide et efficace, grâce au langage commun développé. Ces éléments devraient amener (3) de meilleures interventions. Ainsi, il est permis d'espérer (4) une diminution, chez le patient, de : ses pensées suicidaires, ses symptômes anxieux, dépressifs (incluant le désespoir et le goût de vivre) et de sa douleur psychologique. De ce fait, nous devrions pouvoir observer, au bout de cette chaîne d'événements, (5) une diminution des comportements suicidaires.

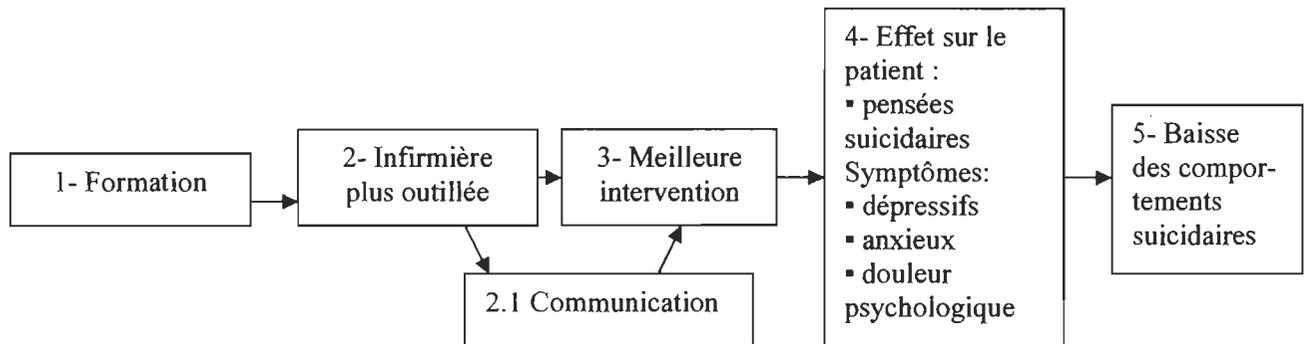


Figure 4. Théorie de l'impact

4.3. Méthodologie de l'évaluation

Échantillonnage

Pour une telle évaluation, les patients doivent d'abord être sélectionnés selon leur risque suicidaire. Plus spécifiquement, les critères d'inclusion dans l'étude sont :

- être âgé de 13 ans et plus. Ce critère d'âge est déterminé par la validation des deux échelles de Beck. Comme les deux échelles de Beck ne sont pas validées et adaptées aux personnes de moins de 13 ans, ces sujets ne pourraient pas recevoir les services évalués et de ce fait, participer au projet. Ils seraient donc exclus dès le départ.
- avoir été admis dans cet établissement (en séjour psychiatrique ou en observation 72 heures), avec ou sans diagnostic précis sur l'état mental

- être évalué par son médecin comme n'étant pas inapte à répondre aux questions⁸.
Par ailleurs, il serait possible que la première rencontre avec l'assistant de recherche se déroule avant l'évaluation médicale. Ainsi, par la suite, si ce sujet était déclaré inapte par son médecin traitant, les données recueillies n'auraient pas été utilisées. L'inaptitude serait vérifiée dans les dossiers cliniques des patients.
- avoir été dépisté par une infirmière comme ayant un risque suicidaire faible, modéré ou élevé. Ainsi, il sera possible de valider la pertinence de ces outils. Aucune donnée ne sera disponible si le patient n'a pas été évalué.
- avoir accepté verbalement auprès de son infirmière, dans un premier temps, de participer au projet (accord du sujet lui-même et, en plus, du détenteur de l'autorité parentale pour les patients mineurs)

Éléments /Critères à l'étude

En se basant sur cette théorie de l'impact (Figure 4), il est possible de mesurer chacun des éléments/critères (variables), ainsi que leur efficacité/satisfaction, afin de valider la proposition du cadre de référence. Cette mesure est effectuée à partir de données qualitatives, provenant d'entretiens semi-structurés avec les infirmières participant au projet et les patients admis, évalués suicidaires.

⁸ Ici, le mot inapte signifie que la personne ne comprend pas le sens des questions, qu'elle n'est plus ancrée dans la réalité. Un tel état peut être manifesté, par exemple, lors de crise majeure de désorganisation psychotique.

La procédure de cette évaluation sera détaillée plus loin. Les éléments / critères à l'étude sont :

Au temps 1 : Dépistage systématique :

- (1) la formation donnée aux infirmières, sur les outils de dépistage et la prévention du suicide
- (2) les grilles de dépistage systématique

Au temps 2 : Post-dépistage

- (3) les tests ÉDB et IDB
- (4) les entretiens individuels (suite au premier contact)

Aux deux temps :

- (5) des interventions perçues plus efficaces, autant pour les infirmières que pour les patients suicidaires
- (6) une diminution, suite à ces interventions reçues, des pensées suicidaires, des symptômes anxieux, des symptômes dépressifs (comprenant le désespoir, le goût de vivre et la douleur psychologique)
- (7) et finalement, une diminution du risque suicidaire.

Afin de vérifier ces éléments/critères et leur efficacité/satisfaction plusieurs indicateurs ont été élaborés :

- (1) la formation :

- connaissance de base sur les outils de dépistage
- perception de la qualité de la formation, des acquis
- perception d'être plus compétent, plus outillé

(2) Dépistage systématique (les grilles) :

- utilisation de ces grilles
- nombre de patients dépistés
- temps écoulé entre l'admission et le dépistage
- clarté et compréhension de la grille
- perception de son utilité
- perception de son efficacité

(3) les tests ÉDB et IDB

- utilisation de ces tests
- clarté et compréhension des tests ÉDB et IDB
- perception de leur efficacité
- perception de leur utilité

(4) les entretiens individuels (suite au premier contact)

- nombre d'interventions effectuées
- temps écoulé entre l'admission et cette rencontre
- perception des interventions reçues

(5-7) risque suicidaire et comportements suicidaires

- perception des pensées et du risque suicidaire

- perception des symptômes dépressifs
- perception des symptômes anxieux
- perception de la douleur psychologique

Tous ces indicateurs sont évalués à l'aide de questionnaires, élaborés pour cette thèse. Ils sont détaillés à l'Appendice H (voir Questionnaires d'évaluation). Le choix d'utiliser des entrevues a été retenu afin, entre autre, d'obtenir les commentaires et la perception des gens sur le terrain. La méthode qualitative se veut suggestive et permet de recueillir davantage d'informations sur le vécu informel des professionnels et des patients. Cela aurait permis de parfaire le processus de dépistage aux réels besoins du milieu psychiatrique, participant au projet, en se basant sur leur propre suggestion. Cet aspect rejoint le principe d' « empowerment » (habilitation), central en recherche participative. Ce principe permet aux participants d'utiliser les résultats de l'étude pour élaborer eux-mêmes leurs stratégies de dépistage.

Procédure de l'évaluation

L'objectif serait de réaliser des entretiens avec 25 patients suicidaires, à l'IPPM et à l'HRDP (voir Questionnaires d'évaluation, Appendice H). Il est estimé que 50% des nouveaux patients peuvent être jugés suicidaires, suite à l'utilisation des instruments.

Cette estimation provient des infirmières cliniciennes participant au projet, ainsi que de l'expérience des chercheurs.

À L'IPPM, il faudrait environ 10 semaines pour avoir un échantillon initial de 50 sujets duquel il serait possible d'extraire le véritable échantillon de 25 participants à l'évaluation. À l'HRDP, entre le 1^{er} avril 2003 et le 11 mars 2004, 186 patients ont été admis ou mis sous observation (au groupe d'admission 206). Sur une base de 16 entrées par mois, il est donc estimé que 8 patients auraient pu être jugés suicidaires dans le cadre de la recherche. L'objectif de 25 sujets aurait donc été atteint après 3 mois.

Pendant la période de cette évaluation, dans un premier temps, les infirmières administreraient à tous les nouveaux patients les deux grilles (des prédicteurs et de la suicidalité) déjà identifiées plus haut. Les patients jugés ainsi à risque lors de leur admission reçoivent du personnel infirmier les services habituels, adaptés à leur état: surveillance selon différents niveaux, références spécialisées (psychiatres, psychologues et autre professionnel, etc.). Le projet de recherche n'interfère donc pas avec ces services. Les infirmières qui dépistent de tels patients suicidaires en informent une infirmière déjà désignée (ID) pour servir de contact avec la doctorante, Catherine Girard (CG). L'ID informe le patient de ce présent projet de recherche et lui demande d'abord une autorisation verbale de participer (autorisation provisoire). Dans un cas d'acceptation, CG en est immédiatement informée par téléavertisseur et c'est elle qui fait ensuite signer un véritable formulaire de participation au patient (ou son parent

responsable). Le délai de réflexion, pour que le patient signe aurait ainsi pu varier de 24 heures à une semaine, soit le délai prévu pour la première rencontre avec CG.

Au temps 1 de l'évaluation, ce sont ainsi 25 patients jugés suicidaires (environ 50 % des nouvelles admissions) qui sont rencontrés par CG pendant leur première semaine d'hospitalisation (hospitalisation régulière ou observation). Le rendez-vous avec le patient est établi en collaboration avec l'ID lors de son appel téléphonique à CG. Lors de cette première rencontre avec CG, le projet est expliqué plus en profondeur au patient ou à ses parents (voir Appendice F) et leur consentement éclairé est obtenu (voir Appendice G). Ce consentement prévoit la consultation, en parallèle, des dossiers de l'établissement, et la possibilité d'une relance un mois plus tard, même si le sujet a quitté l'établissement à ce moment-là (temps 2).

Suite au consentement, cette première rencontre, avec les patients jugés suicidaires, consiste à évaluer la pertinence et l'effet des grilles (des prédicteurs et de suicidalité), administrées par les infirmières, à l'entrée à l'hôpital. Pour la clientèle placée sous observation pour une période de 72 heures, la première entrevue se fait à l'entrée et l'autre, à la sortie. La même procédure s'applique donc dans les deux cas (hospitalisation ou observation) même si le délai de réflexion serait plus restreint dans le deuxième cas (environ 24 heures). Pour ce qui est des clients mineurs (moins de 18 ans), la rencontre initiale avec CG se déroulerait en présence ou non des parents, avec l'approbation du mineur et le consentement légal des parents (voir Appendice G).

Préalablement à la deuxième rencontre avec CG (temps 2), l'infirmière désignée administre au patient détecté au temps 1 comme étant à risque suicidaire les deux échelles de Beck. Ainsi, au temps 2, la rencontre d'évaluation de CG porte sur la pertinence de ces deux outils et sur les services de dépistage offerts et reçus par le patient, tels que des rencontres avec les infirmières ou les autres professionnels (Appendice H et I). Il serait alors possible de dresser un schéma de parcours des patients ayant un risque suicidaire, dans cet établissement.

Aux temps 1 et 2, les infirmières responsables des patients ciblés sont également rencontrées, elles-mêmes ayant également été informées (Appendice F) et ayant consenti à participer (Appendice G). Il est prévu que, pour 25 patients, 5 infirmières soient impliquées, d'où un total de 30 personnes interviewées à deux reprises (60 entretiens au total). Chacune des deux rencontres dure 30 minutes, en tenant compte notamment de la capacité du patient à se concentrer et à se rappeler des services reçus (voir Questionnaires d'évaluation, Appendice H). Les rencontres se déroulent dans un bureau désigné par l'ID de l'unité. Le Tableau 12 résume la procédure d'évaluation, telle que décrite plus haut. Il détaille les tâches de chaque collaborateur dans cette étude (les infirmières de l'unité, l'infirmière désignée (ID) et la doctorante, Catherine Girard (CG), selon les deux temps du processus d'évaluation.

Tableau 12

Résumé de la procédure d'évaluation

Tâches	Temps 1	Avant le temps 2	Temps 2
des infirmières	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Passation à toutes les nouvelles admissions des grilles de dépistage ▪ Informent l'ID des patients évalués à risque suicidaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Passation des deux échelles de Beck aux patients à risque 	
de l'ID	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe les patients du projet et demande une autorisation verbale ▪ Par téléavertisseur, informe CG des patients évalués à risque et assure la prise de rendez-vous 		
de CG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontre les patients à risque suicidaire 24 heures ou une semaine, après leur admission ▪ Rencontre les infirmières assignées aux patients ▪ Recueil des données dans le dossier des patients 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relance des patients évalués au temps 1 et rencontre d'évaluation ▪ Relance des infirmières rencontrées au temps 1 et rencontre d'évaluation

Étapes réalisées

Suite à un long processus d'élaboration, de recherche, de consultation et de validation (en 2002-2003), le cadre de référence comme tel a été déposé en janvier 2003 aux différents établissements collaborateurs. Ce cadre correspondait à la section 3 de la présente thèse. Plusieurs rencontres se sont déroulées ensuite afin de déterminer la faisabilité de l'implantation de ce cadre, en parallèle avec son évaluation. Rappelons que la sensibilisation des collaborateurs dans ce projet avait été amorcée par la recommandation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2000). L'ordre recommandait spécifiquement d'outiller les soins infirmiers des établissements au niveau du dépistage des personnes à risque suicidaire. Le besoin venait donc des infirmières elles-mêmes et, pour être encadrées, elles ont fait appel à une expertise universitaire en prévention du suicide. Ainsi, les rencontres chercheurs-gestionnaires-praticiennes visaient davantage à établir dans les six établissements un cadre de référence qui aurait débouché sur des directives locales, mais aussi diverses mesures comme des plans de formation. Un comité de travail a donc été formé, constitué des directrices des soins infirmiers des établissements ciblés. Ce comité a dressé, en collaboration avec les chercheurs, les principaux axes du cadre de référence et il devait faciliter les contacts avec les milieux psychiatriques eux-mêmes, en vue notamment de l'étape de l'évaluation. Or, toutes ces démarches n'ont pu aboutir à la mise en place du cadre de référence et, encore moins, à son évaluation, telle qu'elle a été décrite plus haut. Le Tableau 11 décrit les démarches et les rencontres effectuées auprès du comité des

DSI, des différents comités d'éthique et des différents acteurs dans ce projet. Ce tableau suit un ordre chronologique et débute avec les différentes validations du cadre de référence, effectuées auprès des membres du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE, UQAM), des directrices des soins infirmiers (DSI) des établissements et présentées aux congressistes de l'ACFAS et de l'AQPS. Il se poursuit avec le dépôt du cadre de référence, en janvier 2003. Le tableau ne fait donc pas état de plusieurs rencontres antérieures effectuées aux mois de septembre et octobre 2001 afin de recueillir les données cliniques, de dresser un portrait du milieu psychiatrique, de vérifier les mesures déjà prises afin de prévenir les suicides et de s'assurer de la collaboration des participants.

Tableau 13

Séquence dans le temps des rencontres et constats

Date	Présences	Objectifs	Constats
Avril 2002 à mai 2003	Membres du CRISE, et DSI répondantes. Congressistes ACFAS et AQPS	Présentations du projet de recherche et consultations des participants	Plusieurs recommandations des partenaires
Janvier 2003	DSI collaboratrices des six hôpitaux et membres du CRISE	Dépôt du cadre de référence final	Aucune modification demandée
6 mai 2003	Six DSI, réunies à l'IPPM, avec Réal Labelle, Marc Daigle et Catherine Girard	Présentation du devis préliminaire d'évaluation (planifiée, mais finalement non effectuée)	Plusieurs critiques du cadre de référence, dont le désir d'avoir un langage commun entre les hôpitaux
4 juin 2003	Six DSI, réunies à l'IPPM, avec Marc Daigle et Catherine Girard	Dresser, avec les DSI, un protocole d'intervention commun et un modèle de formation	Problème de diversité dans la clientèle des établissements. L'Hôpital Douglas propose de dresser le protocole et que les corrections soient ensuite faites en groupe
28 août 2003	Six DSI, sans l'assistante de recherche (confusion sur la date de rencontre)	Continuation du protocole	Les infirmières s'entendent pour dresser chacune de leur côté un protocole pour chaque établissement
Sept à janv. 2004	Marc Daigle, Catherine Girard, Céline Pilon (DSI de l'IPPM)	Focalisation de l'évaluation, choix de l'établissement pilote	L'IPPM et le CH Louis-H. Lafontaine sont retenus
27 janvier 2004	Céline Pilon (IPPM), Geneviève Ménard (CH Louis-H. Lafontaine), Marc Daigle, Catherine Girard	Faisabilité du projet	Les deux DSI acceptent d'être les deux hôpitaux pilotes

Séquence dans le temps des rencontres et constats (suite)

Date	Présences	Objectifs	Constats
10 fév. 2004	Rencontre annulée	Insérer cette recherche dans un projet de prévention de la dangerosité déjà existant à Louis-H. Lafontaine	On apprend que Louis-H. Lafontaine se retire, le lendemain, par téléphone
24 février 2004	Rencontre à l'IPPM, avec Céline Pilon et une infirmière conseillère, Marc Daigle et Catherine Girard	Discuter avec cette infirmière conseillère de la faisabilité du projet à Pinel	Il est convenu de cibler les pavillons H1 et H2 de l'IPPM, à cause du haut ratio de patients qui y sont admis. On y apprend que l'hôpital Rivières des Prairies (HRDP) veut participer au projet.
8 mars 2004	Rencontre à l'HRDP (Monique Bissonnette, Marie-Josée Désy, Marc Daigle et Catherine Girard)	Discuter avec ces infirmières conseillères, pour la faisabilité du projet	Il est convenu que le projet passera au comité d'éthique de l'établissement.
12 mars 2004	Comité éthique UQTR	Le projet est soumis au comité	
11 février 2004	Comité éthique IPPM	Le projet est soumis au comité	
13 avril 2004	Comité éthique HRDP	Le projet est soumis au comité	
Février et Mars 2004	Modifications effectuées au projet et clarifications données au comité d'éthique de l'IPPM		Le projet est accepté par le comité d'éthique de l'IPPM. Un certificat d'accréditation sera émis
23 mars 2004	Rencontre informelle avec le psychiatre du HI et H2 (IPPM)	Une rencontre formelle est prévue le 30 mars	Il semble intéressé par le projet

Séquence dans le temps des rencontres et constats (suite)

Date	Présences	Objectifs	Constats
30 mars 2004	Rencontre avec le Dr Talbot, Dr Charest et l'infirmière en chef Suzanne Blain (IPPM)	Faisabilité du projet	Leur clientèle ne conviendrait pas. Le bassin serait trop limité. Ils nous proposent de nous adresser au C1-C2.
23 mars 2004	Envoi à Rivières des Praires pour le comité d'éthique		
14 avril 2004	Réception du certificat d'éthique, accréditation du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR		No du certificat : CER-04-85-06.07
29 avril 2004	Réception d'une lettre de Rivières des prairies, demandant certaines modifications au projet	Corrections en cours	
17 mai 2004	Possibilité de s'associer au CH Robert Giffard (CHRG). Début de démarche auprès de l'infirmière collaboratrice.		Aucun rendez-vous fixé et manque de disponibilité. L'infirmière nous apprend que le projet ne peut pas être effectué au CHRG car un médecin responsable s'y oppose.
7 juin 2004	Envoi à l'HRDP pour le comité d'éthique	Modifications effectuées	
Juin, juillet et août 2004	Modifications multiples apportées et envois au comité d'éthique de l'HRDP		La faisabilité et la pertinence du projet ne sont pas approuvées par le comité.

Séquence dans le temps des rencontres et constats (suite)

Date	Présences	Objectifs	Constats
16 septembre 2004	Envoi à l'HRDP pour le comité d'éthique		
27 septembre 2004	Réception d'une lettre de la présidente du comité d'éthique		Le projet est refusé. Le comité demande une évaluation scientifique
Novembre 2004	Réception des évaluations scientifiques de trois chercheurs		Le projet est refusé et son approche qualitative devrait être éliminée

Ainsi, comme le projet était basé sur une approche davantage qualitative, dont la perception des infirmières concernant la pertinence et l'utilité des outils de dépistage dans leur pratique et sur leur effet sur le patient, la faisabilité du projet devient inexistante.

Discussion

5. Discussion critique de la démarche

Une étude récente du CRISE (Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie) analyse les différents modèles de transmission de connaissances, tout en vérifiant la pertinence d'un modèle théorique qui expliquerait ce processus. C'est en s'inspirant notamment de ce modèle théorique de transmission des connaissances et de ses principales variables que sera élaborée ici une critique rétrospective de la démarche effectuée avec nos partenaires des hôpitaux québécois. À partir des observations critiques de la démarche effectuée, chaque variable sera explicitée. Ainsi, cette critique sera effectuée en fonction de ces différentes variables. Selon les théories de transmission des connaissances, l'apport relationnel, le contexte organisationnel et le processus interactif jouent un rôle dans l'application et l'utilisation des connaissances chez les utilisateurs, soit dans ce cas-ci le personnel infirmier des établissements psychiatriques.

5.1. Nouveau modèle d'application des connaissances

Le modèle proposé par ce centre de recherche (CRISE) n'a pas encore été validé empiriquement. Cependant, il est utilisé dans cette thèse à titre comparatif, afin de vérifier la démarche amorcée auprès des établissements psychiatriques et ainsi, les limites de cette recherche. Ce modèle suggère que l'utilisation des connaissances se produit dans le cadre d'un processus évolutif et multi déterminé où les utilisateurs ont un rôle actif et interagissent avec les chercheurs. Un schéma préliminaire de ce modèle a été

complété (Appendice J). Dans ce modèle, la réceptivité d'une organisation à l'égard de l'application des connaissances est déterminée par son contexte organisationnel et le capital relationnel qu'elle possède avec des chercheurs. La réceptivité réfère à la propension de l'organisation à utiliser des résultats de recherches scientifiques. Elle est fonction de trois éléments : 1) les attitudes de l'organisation face à l'utilisation des connaissances ; 2) sa motivation à faire les efforts nécessaires pour acquérir et utiliser les connaissances ; et 3) les coûts perçus (ou risques associés à la démarche). La réceptivité est un construit nouveau dans un tel modèle. Elle permet de distinguer les variables plus distales liées au contexte organisationnel des variables plus proximales que sont notamment les attitudes vis-à-vis l'utilisation de la recherche et les aspects motivationnels.

Le contexte organisationnel réfère, notamment, à la mission et aux orientations stratégiques de l'organisme, au climat de travail, à la stabilité de la structure et des ressources humaines ainsi qu'à la disponibilité des ressources (financières et autres) nécessaires pour favoriser l'utilisation de la recherche.

Le capital relationnel se définit comme le lien de confiance existant entre les chercheurs et l'organisation. Il résulte des expériences de collaboration passées avec des chercheurs et des contacts personnels avec eux. Il est également influencé par la notoriété et la crédibilité des chercheurs. Landry, Armana et Lamari (2000) trouvent qu'il est l'une des

variables les plus déterminantes de l'utilisation des connaissances, probablement en raison de son association importante avec les efforts d'acquisition des connaissances.

Selon leur nouveau modèle, la réceptivité de l'organisation vis-à-vis l'utilisation des connaissances scientifiques a une influence directe sur les efforts consentis pour acquérir la connaissance, la comprendre et même participer à son développement. C'est ainsi que les organisations peu réceptives seront moins susceptibles de tenter d'acquérir des connaissances scientifiques avant d'élaborer leurs programmes ou leurs services.

Dans leurs efforts d'acquisition des connaissances, les utilisateurs interagissent avec des chercheurs. Ces interactions se produisent à l'intérieur de mécanismes d'échange plus ou moins complexes, allant du simple rapport écrit au contact personnel. Les interactions chercheur/utilisateur constituent le point de rencontre des efforts consentis par les utilisateurs et des efforts de diffusion consentis par les chercheurs. L'intensité des efforts de diffusion, particulièrement lorsqu'ils sont investis dans un mécanisme d'échange interactif avec les utilisateurs, se traduit par des produits mieux adaptés aux besoins des utilisateurs et mieux compris parce que davantage expliqués. L'importance des interactions chercheur-utilisateur et des efforts de diffusion a été soulignée par Huberman et Thurler (1991) qui montrent notamment que l'intensité des interactions intensifie les efforts de diffusion des chercheurs ainsi que l'engagement des utilisateurs à consacrer temps et ressources afin d'utiliser les connaissances scientifiques.

L'évaluation de l'utilité et de la crédibilité des connaissances intervient entre les interactions chercheur-utilisateur et l'utilisation des connaissances. Si les interactions chercheur-utilisateur permettent aux utilisateurs de connaître les connaissances scientifiques relatives à un domaine particulier et de les comprendre, il est cependant nécessaire que les utilisateurs estiment ces connaissances crédibles et utiles, pour qu'elles soient éventuellement utilisées sur un plan conceptuel, instrumental ou symbolique. Huberman et Thurler (1991) démontrent clairement que les résultats d'une étude sont utilisés dans la mesure où l'utilisateur comprend les liens entre cette étude et ses besoins et perçoit la valeur des résultats de la recherche dans son contexte propre.

L'évaluation de l'utilité et de la crédibilité influencera l'effort déployé par les utilisateurs afin d'appliquer les connaissances. Différemment des efforts investis afin de développer, d'acquérir et de comprendre les connaissances, ce concept s'observera par les processus, les activités et les ressources déployés par l'organisme afin d'appliquer les connaissances scientifiques. Enfin, les efforts déployés par les utilisateurs pour appliquer les connaissances affecteront directement l'intensité de l'utilisation des connaissances.

Dans ce nouveau modèle intégrateur, les interactions chercheur-utilisateur viennent moduler le capital relationnel, concept central qui influence à son tour la réceptivité de l'organisation à l'égard de l'utilisation des connaissances. À cet égard, Huberman et

Thurler (1991) on démontré que des expériences fructueuses avec des chercheurs améliorent les attitudes des utilisateurs vis-à-vis la recherche et augmentent la possibilité que les utilisateurs s'engagent encore une fois dans une démarche d'utilisation des connaissances.

À travers ce nouveau modèle, chaque variable sera détaillée et elles seront confrontées aux observations effectuées, lors des rencontres de consultation, des focus group, des contacts téléphoniques ou des courriels effectués à l'intérieur de cette présente thèse. Les variables présentes dans ce nouveau modèle sont donc :

(1) *Contexte externe des organismes* : Les hôpitaux psychiatriques sont situés à Montréal, Québec et Hull. Ils sont à proximité des universités et ont à l'interne, des équipes de recherche. Ils sont spécialisées en deuxième et troisième ligne et pour certains, assurent aussi des services d'urgence. À l'intérieur des établissements, certaines directrices de soins infirmiers ou cliniciennes étaient déjà formés en recherche et s'intéressaient au phénomène du suicide. Leur crédibilité comme chercheure était déjà établie dans les différents milieux. De ce fait, étant donné que notre équipe de recherche provenait de l'externe (l'Université du Québec à Trois-Rivières), il est possible de supposer des lacunes dans la crédibilité et dans l'accès aux chercheurs. La présence de chercheurs à l'interne, ayant préalablement une bonne crédibilité établie dans les équipes, a pu compromettre notre intégration. Le déficit budgétaire occasionnait des difficultés pour pouvoir libérer les infirmières, voulant participer au projet.

(2) *Contexte organisationnel des organismes* : Les coupures budgétaires et le roulement de personnel infirmier venaient entacher la disponibilité et l'ouverture au projet. Une surcharge de travail était présente chez les infirmières. Il s'avérait donc difficile pour elles de se libérer pour participer au projet de recherche. De plus, la rareté, la difficulté à avoir accès et à rejoindre la clientèle cible a occasionné des difficultés à mener à terme l'évaluation.

(3) *Capital relationnel* : Cette recherche était la première tentative de collaboration entre le milieu psychiatrique et la candidate au doctorat. De plus, il est possible de supposer des conflits intra établissements et entre les établissements, du moins en lien avec les octrois de budget du gouvernement. Ces conflits pouvaient causer des tensions à l'intérieur des équipes de travail, formées pour assurer l'application du cadre de référence. La crédibilité des chercheurs était douteuse aux yeux des collaborateurs, puisqu'ils connaissaient peu le milieu.

(4) *Réceptivité des utilisateurs* : Ces variables réfèrent à la propension qu'ont les utilisateurs à utiliser les connaissances scientifiques. Il est possible de supposer que la valeur scientifique des données était approuvée par l'équipe. Cependant, ces données ne semblaient pas correspondre à la réalité terrain, étant donné le manque relatif de crédibilité et l'expérience limitée de la candidate au doctorat. Leur motivation à utiliser

ces données était donc faible car cette connaissance semblait s'appliquer difficilement à la pratique psychiatrique.

(5) *Coûts perçus liés à l'utilisation des connaissances* : Selon les observations, il semblerait que le coût perçu était trop élevé. Ainsi, les changements architecturaux, la nécessité de libérer des infirmières pour la formation et la passation des questionnaires demandait trop de fonds. Une demande de transférer les budgets de recherche aux hôpitaux a été effectuée, ce qui était impossible étant donné que ce budget appartenait à un centre de recherche.

Le cadre de référence proposait plusieurs modifications tels que des changements architecturaux, ce qui nécessitait de lourds investissements financiers. L'autonomie des établissements était toutefois préservée car le cadre se voulait adaptable aux différentes particularités des milieux. Pour ce faire, il aurait fallu s'insérer dans un comité, ce qui représentait des coûts en temps, en ressources humaines et financières.

(5) *Efforts pour développer, acquérir et comprendre* : Mesures et activités entreprises concrètement par l'organisme afin de développer, acquérir et comprendre les connaissances, comme par exemple un investissement financier, l'embauche d'une spécialiste en transfert de connaissances, le dégageant d'intervenant et autres.

Étant donné le manque de ressource, peu d'initiative a été déployée afin de comprendre et d'assurer le transfert des résultats aux équipes de soins. Effectivement, il aurait été préférable d'utiliser un chercheur interne, pouvant être plus présent et disponible, pour expliquer, diriger et transmettre l'application des connaissances.

(6) *Interactions et mécanismes d'échange* : Il est possible de supposer que les délais entre les rencontres ont été trop élevés. La distance géographique entre les chercheurs et les utilisateurs a aussi occasionné ces délais (Trois-Rivières, Québec, Montréal, Hull). Ainsi, comme certains milieux étaient sensibilisés à la problématique, un comité parallèle s'est créé. Afin d'assurer les échanges, on a utilisé les courriers électroniques, quelques contacts téléphoniques et plusieurs réunions (le calendrier des réunions et des étapes du processus a été détaillé plus haut).

(7) *Efforts de diffusion* : Cette variable réfère aux efforts des chercheurs, tels que perçus par les utilisateurs, pour adapter les connaissances aux besoins des utilisateurs et les rendre accessibles : qualité des produits diffusés (lisibles, compréhensibles), adéquation avec les besoins de l'organisme, accessibilité des produits, importance de l'investissement. Plusieurs rencontres ont été complétées afin de consulter les experts en psychiatrie, en suicidologie et de vérifier si des modifications étaient demandées. Cependant, la demande initiale des soins infirmiers était de leur fournir une grille de dépistage des patients à risque suicidaire. Les chercheurs ont toutefois proposé de dresser un cadre de référence plus large. Étant donné cette demande initiale, il est

possible que le cadre ait été trop élaboré, en comparaison avec les besoins du milieu terrain.

(8) *Utilité et crédibilité des connaissances scientifiques* : Cette variable signifie l'évaluation par les utilisateurs de l'utilité et de la crédibilité des connaissances produites par les chercheurs aux fins des programmes, services et orientations. Leur perception de l'utilité de la recherche pouvait s'avérer douteuse, les utilisateurs avaient demandé des grilles et ne voulaient pas évaluer globalement les patients, par manque de temps, par souci de rapidité et donc, d'efficience.

(9) *Efforts consentis pour l'utilisation* : Cette variable réfère aux efforts consentis par les utilisateurs afin d'appliquer les connaissances scientifiques. Cette recherche était basée sur le partenariat entre le milieu clinique et la recherche. La demande initiale et le besoin provenaient des soins infirmiers en établissement psychiatrique, sous la recommandation de leur ordre professionnel (2000). Au même titre que les efforts consentis par le chercheur, il importe de souligner que leur demande initiale était de leur fournir des outils de dépistage, grilles ou « check-lists », afin d'évaluer rapidement le risque suicidaire chez les patients. Une des premières zones de difficulté d'échange a été de leur conseiller un programme de prévention général, incluant des recommandations sur l'ensemble de l'établissement, tout en y insérant des grilles et des échelles de dépistage.

Finalement, au-delà de cette précédente analyse, basée sur ce modèle de transmission de connaissance, il s'avère intéressant de critiquer cette présente thèse sur d'autres aspects cliniques. La section suivante détaille ces éléments.

5.2. Limites de la recherche

La réalisation partielle de différentes étapes d'évaluation du processus d'implantation contribue à limiter cette recherche. Effectivement, elle peut sembler incomplète. Par delà cette limite, d'autres éléments cliniques peuvent ressortir à plusieurs étapes du processus.

En premier lieu, la cueillette de données préliminaires, effectuées auprès des six établissements psychiatriques participants s'est déroulée sous forme d'entretiens semi-structurés. Ces rencontres visaient aussi à développer un lien de collaboration entre les répondantes et l'équipe de recherche. Les données recueillies ne semblent pas dresser un portrait entièrement complet de la situation. Par exemple, les données de l'architecture (surtout les chambres d'isolement) ont été répertoriées seulement à deux établissements. De plus, aucune donnée n'est disponible concernant le lien de collaboration entre l'équipe de recherche et les répondantes au projet (infirmières).

De plus, le devis d'évaluation a été validé auprès des infirmières DSI mais pas auprès de la population étudiée (infirmières cliniciennes et patients suicidaires). Il aurait été souhaitable de tenter une validation de ce devis, afin de parfaire les indicateurs de la

méthodologie. Cela aurait pu permettre d'assurer une meilleure fiabilité et validité des résultats.

De plus, le cadre de référence a axé ses recommandations aux interventions possibles à l'intérieur des établissements psychiatriques. Donc, il propose peu d'outils d'intervention ou de soutien pour la famille et les proches de la personne suicidaire, suite à sa sortie d'hôpital. Aussi, il accorde peu d'attention aux événements stressants comme facteur de risque. Toutefois, il est possible de considérer, par exemple, que l'entrée et la sortie d'hospitalisation représentent en soi des événements stressants pour les patients. La recension des écrits les décrit comme les périodes les plus à risque. Le cadre de référence cerne ces deux épisodes de soins.

Dans le même ordre d'idée, plusieurs événements stressants n'ont pas été explorés comme tels. Il est possible de supposer que des crises relationnelles, des problèmes financiers ou autres peuvent agir comme facteurs de risque du suicide. De plus, ces événements peuvent être vécus différemment par un enfant, un adolescent, ou un délinquant psychiatriqué (les clientèles particulières de ce projet). Le jugement clinique des professionnels prévaut.

Aussi, le cadre de référence ne tient pas compte de certains éléments de co-morbidité pouvant être présents chez le patient suicidaire, notamment la consommation de

substances psychotropes. Ces divers éléments sont considérés comme relevant du jugement clinique des infirmières dépistant les patients.

De plus, le concept d'intentionnalité suicidaire et de létalité ont été peu répertoriés dans la recension des écrits. Ces concepts sont toutefois centraux dans le phénomène suicidaire et peuvent être utilisés comme prédicteurs. Il serait intéressant de les inclure dans l'évaluation du risque suicidaire, surtout en pratique clinique hospitalière.

Finalement, malgré ces différentes limites, cette thèse a pu contribuer à l'élaboration de meilleures pratiques et à la progression du savoir, surtout pour le milieu psychiatrique. La prochaine section élabore les possibles conséquences et les orientations futures.

5.3. Conséquences et orientations futures

Aucun véritable programme structuré en prévention du suicide pour les établissements psychiatriques n'était répertorié dans la littérature. Ainsi, cette thèse contribue à l'avancement des connaissances dans ce domaine en proposant une recension des diverses recommandations de la littérature, tout en se basant sur la réalité des milieux de pratique psychiatriques québécois. La collecte de données, effectuée auprès des différentes directrices des soins infirmiers et des répondantes cliniques de chaque établissement a permis de dresser un portrait de la réalité, en ce qui a trait aux mesures utilisées en prévention du suicide, dans les hôpitaux psychiatriques québécois. Il serait intéressant de vérifier l'impact des différentes variables du cadre de référence dans les

milieux de pratique, ainsi que de valider le devis d'évaluation, afin de déterminer leur valeur scientifique, leur utilité et leur pertinence dans ces établissements.

Cette thèse a permis aux soins infirmiers des établissements de se sensibiliser face à la problématique et d'avoir un cadre de référence afin de guider leur pratique. Ainsi, un comité parallèle s'est constitué, ce qui peut révéler un bon indice de ce niveau de sensibilisation. De plus, en 2006, ce comité a publié un document sur la prévention et la gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier, applicable aux différents établissements psychiatriques (autant les hôpitaux généraux que spécialisés). Il est possible de supposer que la présente thèse a permis de susciter la mobilisation des infirmières et un début de réflexion sur leur pratique en prévention du suicide.

De plus, selon le concept d'« empowerment » (habilitation), cette collaboration a pu contribuer à outiller ces directrices de soins infirmiers en leur permettant de dresser elles-mêmes un guide de soins en présence de conduites suicidaires.

Conclusion

En premier lieu, cette thèse s'inscrit dans le cadre d'une conception et d'une évaluation de l'implantation d'un programme. Plus précisément, elle est basée sur une démarche participative où l'équipe de recherche a tenté de guider le comité de travail en leur fournissant des moyens scientifiques pour démontrer la valeur de ce qu'ils font et les outiller dans le développement de meilleures pratiques. Ce modèle est basé sur le concept et le processus « d'empowerment » défini plus haut. La publication subséquente d'un guide par le Regroupement des infirmières (2006), soit le comité de travail associé à ce projet, peut supposer que ce concept et processus « d'empowerment » a été respecté.

En deuxième lieu, la recension effectuée dans la littérature indique que le suicide est relativement rare en milieu hospitalier psychiatrique, mais qu'il est quand même plus fréquent que dans la population générale. Il est aussi en hausse à travers le monde. Cependant, les données parcellaires disponibles dans les établissements québécois ne semblent pas confirmer ce constat international. Par ailleurs, les patients les plus à risque sont ceux souffrant de schizophrénie ou de dépression, alors que toute co-morbidité pose un problème supplémentaire.

Troisièmement, le besoin qui avait été identifié au début du projet était essentiellement l'identification d'une grille d'évaluation du risque. Toute la démarche de recherche et de

consultation qui a été effectuée nous a cependant confirmé qu'il fallait prendre en considération toute la complexité du problème, ce qui a mené finalement à la proposition de mise en place de programmes locaux de prévention du suicide. Différentes mesures sont donc envisagées, même au plan architectural, alors que le jugement clinique et l'expertise des infirmières en psychiatrie sont reconnus, par delà l'utilisation plus ou moins mécanique de simples outils de dépistage.

Finalement, nous avons vu que, dans la communauté québécoise, l'absence de directives claires sur les rôles de chacun des partenaires limite souvent l'intervention possible auprès des personnes souffrant de troubles mentaux et qui sont suicidaires. Ainsi, afin de développer des ententes de services inter établissements, il s'avère essentiel d'utiliser un langage commun. Avec les outils de dépistage proposés, cette thèse a tenté de répondre à cette demande. Pendant que les patients à risque sont de passage en établissement psychiatrique, il s'agirait donc de maximiser les chances de bien intervenir auprès d'eux. C'était là l'un des objectifs de ce projet, en cherchant à mieux encadrer l'intervention et ceci sous tous ses aspects. Reste à implanter les mesures proposées, en évaluer l'impact et à s'assurer la collaboration de tous les partenaires. Rappelons-le, l'enjeu ultime est la réduction des comportements suicidaires chez les patients. C'est aussi l'amélioration des conditions de travail auprès de cette clientèle, souvent difficile, et qui nous interpelle quotidiennement, notamment au niveau du sens que nous donnons à leur vie... et à la nôtre.

Références

- Ahern, E. (2002). L'évaluation du risque d'agression. Dans M. Brûlé, L. Cloutier et O. Doyon (Éds), *L'examen clinique dans la pratique infirmière* (pp. 29-42). Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Allgulander, C. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Anxiety disorder. Dans K. Hawton, & K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 179-189). Chichester (England) : Wiley.
- Andrews, S. F. (1989). *Depression, acting-out, and suicide among psychiatrically-hospitalized adolescents*. Unpublished doctoral dissertation, Northwestern University, Dissertation Abstracts International, 50(09), 4209B.
- Appleby, L. (2000). Prevention of suicide in psychiatric patients. Dans K. Hawton, & K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 617-630). Chichester (England): Wiley.
- Association québécoise de prévention du suicide (2001). L'urgence suicidaire. Dans Association québécoise de prévention du suicide (Éd), *Programme provincial d'intervention en situation de crise suicidaire* (pp. 30-32). Document inédit, Montréal.
- Barner-Rasmussen, P., Dupont, A. & Bille, H. (1986). Suicides in psychiatric patient in Denmark, 1971-1981. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 73, 441-448.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1987). *Manuel for Beck Depression Inventory-Second Edition*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A ten years prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Beck, A.T., & Weishaar, M.E. (1990). Suicide risk assessment and prediction. *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 11(2) 22-30.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.

- Blain, P. A., & Donaldson, L. J. (1995). The reporting of inpatient suicides: identifying the problem. *Public Health, 109*, 293-301.
- Bongar, B. (1991). Outpatient management and treatment of the suicidal patient. Dans B. Bongar (Éd.), *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care* (pp. 103-131). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Bongar, B. (1992). Guidelines for risk management in the care of the suicidal patient. Dans B. Bongar (Éd.), *Suicide: Guidelines for assessment, management and treatment*. (pp. 268-281). New York: Oxford University Press.
- Bordeleau, D. (1997). L'approche du patient suicidaire. Dans D. Bordeleau (Éd.), *Face au suicide* (pp.103-135). Beauport : Publications MNH.
- Boyer, R. (1999) Les troubles mentaux comme facteurs de risque des suicides complétés : les apports de la technique d'autopsies psychologiques. *Vis-à-Vis*, 9 (3).
- Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Allman, C., Friend A., Roth C., Schweers J., Balach L., & Baugher M. (1993). Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-control Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 32*, 521-529.
- Caplan, (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York : Basic Books.
- Cardell, R., & Horton-Deutsch, S. (1994). A model for assessment of inpatient suicide potential. *Archives of Psychiatric Nursing, 8*(6), 366-372.
- Chagnon, F. (2001). *Suicide et trouble mental: faut-il intervenir sur les troubles mentaux afin de prévenir le suicide et si oui, comment ?* Présentation au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), document Powerpoint inédit.
- Chatterton R., McTaggart P., Baume P., & Harrison K. (1999). Suicides in an Australian inpatient environment. *Journal of Psychosocial Nursing, 37* (6), 34-40.
- Clark, D. C., & Fawcett, J. (1992). Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. Dans B. Bongar (Éd.), *Suicide: Guidelines for assessment, management and treatment* (pp. 16-45). New York: Oxford University Press.
- Conwell Y., & Caine E.D. (1991). Suicide in the elderly chronic patient population. Dans L. B. D. Light (Éds), *The elderly with chronic mental illness* (pp. 31-52). New York: Springer Publishing.

- Cooper C. (1995). Patient suicide and assault: Their impact on psychiatric hospital staff. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33(6), 26-29.
- Cottraux, J. (1985). Échelle de désespoir. Dans J. Cottraux, M. Bouvard, & P. Légeron (Éds), *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements* (pp. 200-202). Paris : Éditions EAP.
- Daigle M. S. (1997). No-suicide contracts in the correctional environment. *Jail Suicide / Mental Health Update*, 7(2), 7-9.
- Daigle M. S. (1999). Les niveaux de responsabilité dans l'intervention. L'exemple du suicide en milieu carcéral. *Frontières*, 12(1), 94-99.
- Davidson, L. (1997). Discharge decisions and recently suicidal inpatients. *Lifesavers*
- Davis, A. T. (1998). Depression and attempted suicide : A hospital based study of 437 patients. Dans R. J. Kosby, H. S. Eshkevari, R. D. Goldney, et R. Hassans (Éds), *Suicide prevention : The global context* (pp. 15-19). New York: Plenum Press.
- De Hert, M., & Peuskens, J. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Schizophrenia. Dans K. Hawton K. et K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 121-131). Chichester (England): Wiley.
- DeCoux Hampton, M. (1997). Dialectical behavior therapy in the treatment of persons with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(2), 96-101.
- Douglas Hospital (1996). *Nursing care of program for clients presenting a suicidal potential*. Chap. 6. pp. 33-34. Document non-publié
- Etchepare, J.-J., & Degeilh, B. (1987). Suicide et tentatives de suicides à l'hôpital psychiatrique intra-extra muros (Secteur). *Psychologie médicale*, 19 (5), 703-708.
- Eyman, J.R., & Eyman, S.K. (1990). Suicide risk and assessment instrument. Dans P. Cimboric et Jobes (Éds), *Youth suicide, Issues, Assessment and Intervention* (pp. 9-32). Illinois: Charles Thomas Publisher.
- Fawcett, J., Clark, D. C., & Busch, K. (1993). Assessing and treating the patient at risk for suicide. *Italian Journal of Suicidology*, 3(1), 9-23.
- Filion, G. (1985). *Évaluation d'un programme de prévention du suicide mis en application au département de psychiatrie de l'Hôpital Jean Talon* (pp. 1-12).
- Freed P. E., & Rudolph, S. (1998). Protecting partial-hospitalization patients from

- suicide. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34 (2), 14-23.
- Fremouw, W., Perczel, M., & Ellis, T.E. (1990). *Suicide risk, assessment and response guidelines*. New York: Pergamon Press.
- Gagnon, J., & Larose, D. (2003a). Résultat d'une enquête sur le suicides dans les établissements de santé. Prévenir le suicide (2^e partie). *Artères, Revue de l'Association des hôpitaux du Québec*, Février 2003, 2-5.
- Gagnon, J., & Larose, D. (2003b). Pour prévenir le suicide en établissement. *Artères, Revue de l'Association des hôpitaux du Québec*, 21(3), 10-11.
- Goh, S. E., Salmons, P. H., & Whittington, R. M. (1989). Hospital suicides: Are there preventable factors? *British Journal of Psychiatry*, 154, 247-249.
- Goldblatt, M.-J. (1994). Hospitalization of the suicidal patient. *Death Studies*, 18(5), 453-469.
- Goldney, R. D., Positano, S., Spence, N. D., & Rosenman, S. J. (1985). Suicide in association with psychiatric hospitalisation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 177-183.
- Goldston D., Daniel S.S. , Reboussin, D.M. , Reboussin, B.A., Frazier, P.H., & Kelley, A.E. (1999). Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 660-671.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Haycock, J. (1993). Double jeopardy: Suicide rates in forensic hospitals. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 130-138.
- Haynes, R. L. & Marques, J. K. (1984). Patterns of suicide among hospitalized mentally disorders offenders. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 14, 113-125.
- Haynes, S.N., & O'Brien W.H. (2000). Introduction of psychological assessment. Dans S.N. Haynes, et W.H. O'Brien (Éds), *Principles and practice of behavioral assessment* (pp. 3-24). New York: Plenum.
- Hesso, R. (1977). Suicide in Norwegian, Finnish and Swedish psychiatric hospitals. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 224, 119-127.
- Hillbrand, M., Krystal, J. H., Sharpe, K., & Foster, H. G. (1994). Clinical predictors of

- self-mutilation in hospitalized forensic patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(1), 9-13.
- Holley, H.L., Fick, G., & Love, E.J. (1998). Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: A Canadian follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(11), 543-551.
- Huberman, M. & Thurler, M.G. (1991). *De la recherche à la pratique. Éléments de base*. Berne : Peter Lang.
- Hughes, D. H. (1995). Can the clinician predict suicide ? *Psychiatric Services*, 46(5), 449-451.
- Jacobs, D. G. (1998). *The Harvard Medical School Guide to suicide assessment and intervention*. San-Francisco: Jossey-Bass.
- JCAHO (2005). Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization's sentinel events. JCAHO Releases 2004 Update on Sentinel Events. *Newslink, Newsletter of the American Association of Suicidology*, 10.
- Jones J., Ward M., Wellman N., Hall J., & Lowe T. (2000). Psychiatric inpatients' experience of nursing observation: A United Kingdom perspective. *Journal of Psychosocial Nursing*, 38(12), 10-20.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Éditions Études Vivantes.
- King, C., Segal, H., Kaminski, K. & Naylor, M. (1995). A prospective study of adolescent suicidal behavior following hospitalization. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 327-338.
- Labelle, R. (2000). Les tests et les mesures en suicidologie. *Vis-à-Vis*, 10(1), 20.
- Labelle, R. (2002). Les tests psychométriques en suicidologie. Communication orale, symposium sur *Les méthodes en suicidologie*, 25^e Congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Trois-Rivières, Québec.
- Landry, R., Armana, N., & Lamari, M. (2000) *Évaluation de l'utilisation de la recherche sociale subventionnée par le CQRS*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Lebossé, Y. & Lavallée, M. (1993). *Empowerment et psychologie communautaire*. Les cahiers internationaux de psychologie sociale, 18, 7-20.
- Linehan, M. M. (1999). Standard protocol for assessing and treating suicidal behaviors

- for patients in treatment. Dans G. Douglas, et M. D. Jacobs (Éds), *The Harvard Medical School Guide to suicide assessment and intervention* (pp. 146-187). San-Francisco: Jossey-Bass.
- Linehan, M. M., Rizvi, S. L., Welch, S. S., & Page, B. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorder. Dans K. Hawton et K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 147-175). Chichester (England): Wiley.
- Litman, R. E. (1992). Predicting and preventing hospital and clinic suicides. Dans R. W. Marris, J. T. Maltzberger, A. L. Berman, et R. I. Yufit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 448-463). New York: Guilford Press.
- Lönnqvist, J. K. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Depression. Dans K. Hawton K. et K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 107-120). Chichester (England): Wiley.
- Maris, R.W. (1992). Overview of the study of suicide assessment and prediction. Dans R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 3-22). New York: Guilford Press.
- Marzuk, P., Tardiff, K., Leon, A. C., Portera, L., & Weiner, C. (1997). The prevalence of aborted suicide attempts among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 492-496.
- Midence, K., Gregory, S., & Stanley, R. (1996). The effects of patient suicide on nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 5, 115-120.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1998). *S'entraider pour la vie: stratégie québécoise d'action face au suicide*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2001). *Accentuer la transformation des services de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes-services et les programmes-soutien*. Québec : Bibliothèque nationale du Québec. Consulté sur internet : www.msss.gouv.qc.ca.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005-2008). *Plan d'action en santé mentale 2005-2008*. Document de consultation (Texte non publié).
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Bibliothèque du Québec. Gouvernement du Québec. Consulté sur internet : www.msss.gouv.qc.ca.

- Mishara, B. (1999). Suicide in the Montreal metro: Characteristics of victims, antecedents and implications for prevention. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 690-696.
- Mitchell, J. T., & Everly, G. S. (2001) (3^{ème} édition). *Critical incident stress debriefing : An operations manual for cisd, defusing and other group crisis intervention services*. Chevron Pub Corporation.
- Morgan, H. G. & Priest, P. (1991). Suicides and other unexpected deaths among psychiatric inpatient: The Bristol confidential inquiry. *British Journal of Psychiatry*, 158, 368-374.
- Motto, A.T. (1991). An integrated approach to estimating suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21(1), 74-89.
- Motto, J. A. (1992). An integrated approach to estimating suicide risk. Dans R. W. Marris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, et R. I. Yufit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 625-639). New York: Guilford Press.
- Murphy, G. E. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Substance abuse. Dans K. Hawton K. et K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 135-189). Chichester (England): Wiley.
- Nassans, M., Sales F., & Rager P. (1987). Au sujet des tentatives de suicide et des suicides à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire en Dordogne. *Psychologie médicale*, 19(5), 713-714.
- Nijman, H. L., Dautzenberg, M, Merckelbach, H. L., Jung, P., Wessel, I., & del Campo, J.A. (1999). Self-mutilating behaviour of psychiatric inpatients. *European Psychiatry*, 14(1), 4-10.
- Oldham, J. M., & Russakoff, M. L. (1984). Suicide at a training center. *Journal of Psychiatric Education*, 8(2).
- Organisation mondiale de la santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant*. Genève (Suisse) : Bibliothèque de l'OMS.
- Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (2001). Excess mortality of suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 29-35.
- Perris, C., Beskow, J., & Jacobson, L. (1980). Some remarks on the incidence of successful suicides in psychiatric care. *Social Psychiatry*, 15, 161-166.
- Phaneuf, J., & Séguin, M. (1987). *Suicide : prévention et intervention - Guide à l'usage des intervenants*. Montréal : Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse.

- Pokorny, A. D. (1992). Predicting suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study. Dans A. L. Berman, J. T. Maltzberger, R. W. Marris, et R. I. Yufit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 105-129). New York: Guilford Press.
- Proulx, F., & Grunberg, F. (1994). Le suicide chez les patients hospitalisés. *Santé mentale au Québec*, 19(2), 131-143.
- Proulx, F., Lesage, A. D., & Grunberg, F. (1997). One hundred in-patients suicides. *British Journal of Psychiatry*, 171, 247-250.
- Range, L.M., & Knott, E.C. (1997). Twenty suicide assessment instruments: Evaluation and recommendations. *Journal of Death Studies*, 21, 25-58.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre (RRSSS) (1995). *Plan de réorganisation du MSSS des établissements de santé et de services sociaux*. Montréal : document électronique non publié, www.ssss.gouv.qc.ca.
- Regroupement des directions des soins infirmiers des centres hospitaliers psychiatriques du Québec (Centre hospitalier Pierre-Janet, Centre hospitalier Robert-Giffard, Hôpital Douglas, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Hôpital Rivière-des-Prairies et Institut Philippe Pinel de Montréal (2006) *Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier psychiatrique*. Services des communications. Hôpital Rivière-des-Prairies.
- Retterstol, N. (1986). Augmentation des taux de suicide dans les hôpitaux psychiatriques scandinaves. *Annales médico-psychologiques*, 144 (6), 545-554.
- Rothberg, J.M., & Geer-Williams, C.A (1992). A comparison and review of suicide prediction scales. Dans R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, et R.I. Yufit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 202-217). New York: Guilford Press.
- Roy, A. (1985). Suicide and psychiatric patient. *Psychiatric clinics of North America*, 8 (2), 227-241.
- Santé Canada. (1994). *Le suicide au Canada. Mise à jour du rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*. Ottawa.
- Santé et Bien-être social Canada (1987). *Rapport du groupe d'étude national sur le suicide au Canada*. Ottawa : Direction générale des services et de la promotion de la santé.
- Saucier, A., & Raymond, L. (1996). *Les soins infirmiers à l'urgence psychiatrique*. Hôpital Notre-Dame, 1-20.

- Schwartz, D. A., Flinn, D.E., & Slawson, P.F. (1975). Suicide in the psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry*, 132 (2), 150-153.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan R. (1995). Intake interviewing with suicidal patients: A systematic approach. *Professional Psychology: Research and Practices*, 26(1), 41-47.
- Stelmachers, Z. T. (1995). Assessing suicidal client. Dans J.N. Butcher (Éd), *Clinical personality assessment* (pp. 367-379). New York: Oxford University Press.
- Swinson, N. (2003). *Suicides by psychiatric in-patients and within 3 months of discharge*. The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Conférence donnée à Stockholm, septembre 2003.
- Talbot, J. (1994). *Suicides en milieu psychiatrique*. Conférences midi de l'IPPM. Documentation de l'IPPM.
- Terra, J.-L. (2000). *La santé publique et les démarches qualité au service de la prévention du suicide. Comment rendre l'excellence quotidienne*. Actes du Premier congrès international de la francophonie en prévention du suicide. S'entendre pour agir. Québec (<http://www.cam.org/~suicide/programme.html>).
- Tousignant, M. & Bastien, M. F. (2000). Le suicide et les comportements suicidaires. Dans E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot et M. Tousignant (Éds), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative* (pp.522-532). Montréal: Gaëtan Morin.
- Treloar, A. J., & Pinfold, T. J. (1993). Deliberate self-harm: an assessment of patients' attitudes to care they receive. *Crisis*, 14(2), 83-89.
- Walton, A. J. (2000). Schizophrenia and life in the world of others. *Canadian Journal of Nursing Research*, 32(3), 69-84.
- Watts, D., & Morgan, G. (1994). Malignant alienation: Dangers for patients who hard to like. *British Journal of Psychiatry*, 164, 11-15.
- Wolfersdorf, M. (2000). Suicide among psychiatric inpatient. Dans K. Hawton K. et K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 457-465). Chichester (England): Wiley.
- Wolfersdorf, M., Keller, F., Schmidt-Michel, P. O., Weiskittel, C., Vogel, R., & Hole, G. (1988). Are hospital suicides on the increase? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23(4), 207-216.

- Wykle, M. H., & al. (1992). Hospital care: A nursing perspective. Dans J. E. Birren, B. R. Sloane, et D. Cohen Gene (Éds), *Handbook of mental health and aging* (2ème éd.) (pp. 819-820). London: Academic Press.
- Zimmerman, J. K., & Asnis, G. M. (1995). *Treatment approaches with suicidal adolescents*. New York: Wiley.

Appendice A

Évaluation du risque suicidaire

(Réal Labelle, 2002)

Le texte ci-dessous présente une série de cinq questions-réponses portant sur l'évaluation du risque de suicide.

Est-il possible aujourd'hui de prédire un suicide en établissement psychiatrique ? Quel est le meilleur moyen pour évaluer le risque de suicide d'un patient en psychiatrie ? Comment se fait l'évaluation du risque de suicide en psychiatrie ? Où situer l'intervention clinique de l'infirmière tout au long des soins à dispenser lors d'une hospitalisation en psychiatrie ? Existe-t-il des outils de mesure pouvant aider l'infirmière à dépister les patients suicidaires ? Voilà autant de questions auxquelles le présent texte tente de répondre⁹.

Est-ce possible aujourd'hui de prédire un suicide en établissement psychiatrique ? Il est impossible aujourd'hui de prédire ou annoncer avant que survienne un suicide en établissement psychiatrique. Tout au plus peut-on évaluer un «risque» de suicide (et non le suicide comme tel), c'est-à-dire une probabilité qu'un patient pose éventuellement un geste suicidaire, qui soit fatal ou non, à l'intérieur d'une période de temps déterminée à l'avance. On comprend ainsi la portée limitée d'une évaluation du risque de suicide. Elle suppose alors une estimation continue d'un risque (de «nul» à «élevé»), ce qui est différent d'une «prédiction» de suicide qui se voudrait discontinue avec un nombre fini de valeurs identifiables (0 ou 1). Fait important à noter également, le vocabulaire de la

⁹ Ces paragraphes sont inspirés d'une synthèse effectuée par Labelle (2002) qui a recensé les principales publications parues dans le domaine au cours des quarante dernières années.

suicidologie se réfère habituellement à trois types de risque de suicide: le risque de suicide à court terme, le risque à long terme et le risque général, ce dernier englobant alors les deux premiers (Maris, 1992)¹⁰.

Quel est le meilleur moyen pour évaluer le risque de suicide d'un patient en psychiatrie?

Beaucoup reste à faire pour améliorer la capacité d'un clinicien à évaluer correctement le risque de suicide chez un patient en psychiatrie. Toutefois, des sommités comme Motto (1991) suggèrent que le meilleur moyen connu reste actuellement le jumelage du jugement clinique subjectif de l'intervenant à un ensemble de données objectives provenant de cinq sources d'information à savoir : (1) celles provenant du dossier du patient; 2) celles provenant des proches, y compris de celui qui l'a référé¹¹; (3) celles provenant de l'entretien réalisé lors du premier contact; (4) celles provenant des observations de l'intervenant; et (5) celles provenant des questionnaires administrés au patient (outils de mesure). Règle générale, le risque de suicide est d'autant plus précis que le nombre de données recueillies est grand, et ce, pour l'ensemble des cinq sources d'information. Cependant, les données objectives obtenues, telles celles associées aux outils de mesure, doivent être considérées comme des informations complémentaires au

¹⁰ Dans certains écrits spécialisés, d'autres termes sont parfois utilisés. À titre d'exemples, le risque de «suicide imminent» ou «l'urgence suicidaire» sont tout les deux utilisés pour désigner un risque à court terme. Le «potentiel suicidaire» est aussi employé pour englober un risque de suicide à court ou long terme

¹¹ Nous conservons ici l'usage du terme «référer», puisqu'il est d'usage courant au Québec, quoique le terme «renvoyer» serait plus juste.

jugement clinique¹², et non comme des données substitutives. Enfin, s'il faut se fier à des auteurs comme Cardell et Horton-Deutsch (1994), l'évaluation du risque de suicide en établissement psychiatrique doit aussi passer par une approximation du degré d'ambivalence du patient suicidaire. Selon elles, le désir de vie et le désir de mort se confrontent jusqu'à la toute fin, d'où l'importance d'en tenir compte lors de l'évaluation clinique.

Comment se fait l'évaluation du risque de suicide en établissement psychiatrique ?

L'évaluation du risque de suicide en établissement psychiatrique se fait habituellement par un examen clinique complet comprenant les composantes suivantes : (1) l'histoire personnelle et familiale du patient; (2) l'examen de l'état mental du patient; (3) l'identification de troubles mentaux du patient; (4) la recherche de facteurs de risque associés au suicide; et (5) le niveau de suicidalité du patient. Sans vouloir détailler toutes ces facettes de l'évaluation clinique¹³, mentionnons certains éléments plus importants que d'autres à considérer lors de l'évaluation du risque de suicide chez un patient en établissement psychiatrique. De façon générale, des écrits-synthèses comme celui de Stelmachers (1995) montrent que cette clientèle présente essentiellement des vécus avec des histoires d'abus/négligences, un niveau élevé de perturbation mentale prenant la forme d'un dérapage lié à une perte de contrôle, une combinaison de troubles mentaux

¹² Pour plus d'information, voir le premier chapitre de Haynes et O'Brien (2000) portant sur l'évaluation et le jugement clinique.

¹³ Pour plus d'information, voir le quatrième chapitre de Bordeleau (1997) portant sur l'approche du patient suicidaire.

dont la triade létale (troubles de personnalité/troubles de conduites, dépression, abus d'alcool/drogues), une présence de problèmes de fonctionnement, un haut degré de détresse psychologique et des expériences suicidaires diverses, dont des tentatives de suicide antérieures et des idées de suicide avec plan.

Où situer l'intervention clinique de l'infirmière tout au long des soins à dispenser lors d'une hospitalisation en psychiatrie ?

Elle se situe principalement au niveau de la surveillance clinique requise lors de l'hospitalisation des patients souffrant psychologiquement. Il semble ainsi qu'elle soit, de par son rôle de coordinatrice du suivi en amont et en aval de la phase d'hospitalisation en psychiatrie, une intervenante-clef pour dépister les patients suicidaires. Cette position stratégique des infirmières a été bien décrite récemment dans un chapitre de livre portant spécifiquement sur l'évaluation du risque d'agression auto et hétéro-dirigée (Aherm, 2002). Ce chapitre est inclus dans un ouvrage québécois consacré à la pratique infirmière. Enfin, notons que le dépistage est défini ici comme une procédure relativement rapide qui fait appel à des techniques simples et peu coûteuses, mais suffisamment fiables pour déceler des patients suicidaires. Le résultat d'un dépistage ne peut cependant, à lui seul, se substituer à un examen clinique complet menant à un diagnostic et il ne peut constituer une indication de traitement. Dans le contexte de la pratique hospitalière québécoise, un dépistage positif permet d'orienter le patient vers un psychiatre qui procédera à une évaluation complète et offrira un traitement personnalisé.

Existe-t-il des outils de mesure pouvant aider l'infirmière à dépister les patients suicidaires ?

Il en existe effectivement de nombreux¹⁴. Compte tenu des objectifs du présent projet, nous en sélectionnons cependant quatre qui peuvent aider l'infirmière à dépister les patients suicidaires. Ces quatre instruments seront par ailleurs contextualisés plus loin (point 3.3), dans le cadre d'une stratégie complète de dépistage.

Le *premier* outil se veut une grille des prédicteurs du suicide (voir Appendice B). Cette liste de quatorze facteurs de risque associés au suicide (avec l'ajout d'un item portant sur la répétition ou la co-morbidité des quatorze facteurs et la dynamique récurrente du suicide) fait actuellement consensus dans la communauté scientifique. L'auteur de cet outil, (Maris, 1992) spécifie que ces facteurs de risque ne constituent pas des causes immédiates du suicide, mais bien des variables associées statistiquement au suicide. Ainsi, la recherche de ces facteurs dès l'admission d'un patient en unité de soins permet à l'infirmière d'estimer un risque de suicide général dans une perspective préventive. La recherche d'information se fait dans le dossier du patient, par les tierces personnes entourant le patient et lors du premier contact avec le patient.

¹⁴ Pour plus d'information, voir les études de Range et Knott (1997), d'Eyman et Eyman (1990) et de Rothberg et Geer-Williams (1992).

Le *deuxième* outil retenu est celui utilisé depuis quelques années dans les *Centres québécois de prévention du suicide* et résumé récemment dans un document de l'*Association québécoise de prévention du suicide* (2001). Cette grille de suicidalité (voir Appendice C) permet de reconnaître rapidement la présence d'une crise suicidaire et d'orienter l'intervention en conséquence. Il s'agit ici de la probabilité qu'une personne se suicide dans les 48 heures («risque à court terme» ou «urgence suicidaire», selon la terminologie utilisée auparavant dans les centres de prévention). Cette probabilité à court terme tient compte du niveau de perturbation de la personne et de la présence d'idées suicidaires avec ou sans plan de suicide. Nous vérifions habituellement la présence de ces expériences suicidaires par les questions suivantes : As-tu souvent pensé à t'enlever la vie ou à te tuer au cours des derniers 12 mois ? (présence d'idées suicidaires); As-tu un plan précis sur la façon dont tu te tuerais ? (présence d'un plan); As-tu déjà, au cours de toute ta vie essayé de te tuer ? Je veux dire par là une action, un geste pour te tuer, pas seulement en parler. As-tu essayé de te tuer au cours des derniers 12 mois ? (présence de tentatives de suicide). L'infirmière demande des renseignements additionnels si la réponse est positive à une ou plusieurs questions. Ensuite, elle se fie à ses observations et à son jugement clinique afin de coter, sur une échelle de 1 à 8, le risque à court terme de

suicide (plus le chiffre est élevé, plus l'urgence est grande). Cette autre étape dans le dépistage dure environ de 5 à 10 minutes.

Enfin, les *troisième* et *quatrième* outils de mesure sélectionnés sont ceux issus des travaux de Beck. La voie empruntée par cet auteur au cours des années est digne d'intérêt en raison de son effort d'unité conceptuelle qui s'avère toujours aussi fructueux puisque nombre d'études actuelles s'en inspirent. La parution de son célèbre article *Thinking and depression* (Beck, 1964) en fait l'un des fondateurs de la théorie cognitive de la dépression. Dans ce travail, il étudie le contenu thématique des pensées de 50 patients qu'il suivait en psychothérapie analytique. Il rompt alors avec la théorie freudienne du transfert et décrit les cognitions spécifiques des dépressifs, à savoir: des impressions d'infériorité, de pertes, d'autocritique, une surestimation des problèmes, un sens du devoir très développé et des désirs de suicide liés au souhait de s'échapper d'une situation où l'individu se voit dans une impasse. Cette situation est décrite par Beck comme intenable et désespérée (*hopeless*), c'est-à-dire que le dépressif se sent inférieur et incompetent, et en même temps surestime les tâches qui l'attendent. C'est à la même époque que Beck et son équipe se montrent insatisfaits des échelles évaluant la dépression et qu'ils proposent le *Beck Depression Inventory* qui tient compte davantage des pensées du dépressif (voir à ce sujet la synthèse de Beck, Steer et Brown, 1987). C'est aussi à ce moment que Beck et son

équipe constatent que l'item du *Beck Depression Inventory* portant sur le pessimisme est très associé au risque de suicide d'un dépressif. Il s'en suit une série de travaux afin de développer des échelles plus spécifiques axées sur le suicide (voir la synthèse de Beck et Weishaar, 1990). La plus célèbre et la plus utilisée encore de nos jours demeure la *Beck Hopelessness Scale* (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974). Cet outil de mesure évalue la vision négative de l'avenir d'un individu et comprend 20 items auxquels le patient répond par vrai ou par faux. D'après Beck et son équipe, la vision négative de l'avenir explique, en partie, l'association entre la dépression et le désir de mort. Le désespoir entraînerait une diminution du désir de vivre et l'émergence de préoccupations suicidaires en vue d'échapper à une situation vécue comme intolérable, ce qui s'oppose donc à la théorie freudienne de l'auto-agressivité. Par ailleurs, de nombreuses études que nous ne détaillerons pas ici ont vérifié que l'association entre l'intention de suicide et le désespoir était plus importante qu'entre l'intention de suicide et la dépression. Ces résultats suggèrent donc que le désespoir repéré et chiffré par l'*Échelle de désespoir* de Beck est un meilleur indicateur de l'intention de suicide que la dépression. Qui plus est, Beck et son équipe (1985) démontrent, à l'occasion du suivi sur dix ans de 165 patients, qu'un score de neuf et plus à l'*Échelle de désespoir* permet d'identifier neuf des onze patients décédés par suicide. C'est dans ce contexte et celui où toute une littérature scientifique confirme les qualités psychométriques de ces deux

échelles, que nous proposons donc d'utiliser celles-ci pour l'évaluation du risque de suicide à court terme en établissement psychiatrique. Il importe de souligner que l'*Échelle de dépression* de Beck (voir Appendice D) est disponible chez le distributeur torontois *The Psychological Corporation* et qu'il s'agit d'une deuxième édition de la version française de l'inventaire s'appliquant, non seulement aux adultes, mais aussi aux adolescents âgés de 13 ans et plus. La traduction française a été réalisée conjointement par *The Psychological Corporation* au Canada et les *Éditions du Centre de Psychologie Appliquée* en France. Pour l'*Échelle de désespoir* (voir Appendice E), il s'agit d'une version traduite par Cottraux en 1985. À notre connaissance, aucune maison d'édition ne distribue ce questionnaire.

Appendice B

Grille des prédictors du suicide

(Maris, 1992)

1. Dépression, troubles mentaux
2. Abus d'alcool ou de drogues
3. Idées suicidaires, menaces suicidaires, plan suicidaire
4. Tentatives de suicide antérieures
5. Méthodes létales
6. Isolement social, habiter seul, perte de soutien
7. Désespoir, rigidité cognitive
8. Homme âgé blanc (au Québec inclure adolescent et jeune homme)
9. Histoire familiale de suicide
10. Problèmes liées au travail ou à l'école
11. Problèmes familiaux ou interpersonnels
12. Événements de vie difficiles, stress
13. Comportements agressifs, irritabilité, 5-HIAA
14. Maladies physiques
15. Répétition et co-morbidité des facteurs 1 à 14, dynamique récurrente de suicide

Appendice C

Grille de suicidalité

(Association québécoise de prévention du suicide, 2001)

Risque à court terme nul ou faible		
1	2	
<ul style="list-style-type: none"> Le patient est en état de vulnérabilité. Le patient est anxieux, mais demeure calme. Le patient n'a pas d'idée suicidaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Le patient est en état de vulnérabilité. Le patient est anxieux, mais sans perte de contrôle. Le patient a des idées suicidaires passagères. 	
Risque à court terme léger		
3		
<ul style="list-style-type: none"> Le patient est en état de déséquilibre partiel. Le patient a des idées suicidaires qui reviennent régulièrement (quelques fois par semaine), mais n'a pas de plan suicidaire. Le patient garde espoir en l'avenir et accepte l'aide. 		
Risque à court terme modéré		
4	5	
<p>Le comment, où et quand prennent de plus en plus forme</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient est en état de déséquilibre. Le patient pense au suicide presque tous les jours et élabore provisoirement un plan suicidaire. Le patient est très ambivalent. 	<p>Le comment, où et quand dans plus de 48 heures</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient est en état de déséquilibre. Le patient devient obnubilé par le suicide et le plan peut être mis en exécution dans un délai variable. Le patient est moins ambivalent et le désir de mort s'installe. 	
Risque à court terme élevé		
6	7	8
<p>Le comment, où et quand dans moins de 48 heures</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient est agité ou coupé de ses affects. Le patient a complété la planification de son suicide. Le moyen est disponible. 	<p>Le comment, où et quand dans immédiat</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient est agité ou coupé de ses affects. Le patient menace de se suicider durant l'entretien ou après la fin de l'entrevue. Le moyen est disponible. 	<p>Tentative en cours</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient a mis en œuvre son plan. Une intervention médicale est requise.

Appendice D

Items contenus dans l'Échelle de dépression de Beck (2^e édition, version française)

(Beck, Steer, & Brown, 1987).

1. Tristesse
2. Pessimisme
3. Échecs dans le passé
4. Perte de plaisir
5. Sentiment de culpabilité
6. Sentiment d'être puni
7. Sentiment négatif envers soi
8. Attitude critique envers soi
9. Pensées ou désirs de suicide
10. Pleurs
11. Agitation
12. Perte d'intérêts
13. Indécision
14. Dévalorisation
15. Perte d'énergie
16. Changement aux habitudes de sommeil
17. Irritabilité
18. Changement à l'appétit
19. Difficulté à se concentrer
20. Fatigue
21. Perte d'intérêt pour le sexe

Appendice E

Questions contenues dans l'Échelle de désespoir de Beck

(Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974)

1. J'attends le futur avec espoir.
2. Je ferai mieux d'abandonner car je ne peux rendre les choses meilleures pour moi.
3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours.
4. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans dix ans.
5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire le plus faire.
6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi.
7. Mon avenir me semble sombre.
8. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens.
9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurais dans le futur.
10. Mon expérience passée m'a préparé(e) parfaitement pour l'avenir.
11. Le déplaisir est devant moi bien plus que le plaisir.
12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus.
13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux(se) que maintenant.
14. Les choses ne sont pas comme je le veux.
15. J'ai foi en l'avenir.
16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit.
17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelle satisfaction dans le futur.
18. L'avenir me semble vague et incertain.
19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments.
20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire parce que probablement je ne l'obtiendrai pas.

Appendice F

Renseignements au participant de l'étude

Titre du projet : Développement et évaluation d'un cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec.

La présente recherche vise à évaluer les services de dépistage offerts, en prévention du suicide, dans cet hôpital psychiatrique. Votre collaboration est demandée pour un entretien réalisé lors de votre première semaine d'hospitalisation puis pour un autre réalisé un mois plus tard. Ces rencontres se dérouleront dans un bureau, situé dans ce pavillon. Chacune des deux rencontres devrait durer 30 minutes. Vos réponses seront notées par l'assistante de recherche, durant ces entretiens. Aucun risque n'est prévisible pour les participants. Si vous signez votre consentement à participer, nous vous demanderons également de nous autoriser à consulter vos dossiers dans l'établissement. Les données recueillies lors des entrevues seront transférées directement sur l'ordinateur personnel de l'assistante de recherche, accessible par mot de passe. Marc Daigle (chercheur principal) et Catherine Girard (assistante de recherche) y auront accès. Un code sera attribué à chaque sujet et à chacun des infirmiers interviewés. La clé de ce code sera conservée sur l'ordinateur de l'assistante. Les notes d'entrevues seront conservées pour une période maximale de trois ans.

Toutes vos réponses, durant ces entretiens, resteront entièrement confidentielles et elles ne seront pas inscrites à votre dossier. Cependant, si vous représentez un risque pour votre santé ou votre sécurité ou pour celles d'autrui, nous demanderons à un membre du personnel ou de l'équipe traitante de vous prendre en charge.

Votre participation aux deux phases de ce projet permettrait que les données recueillies soient valides. Cependant, votre participation est tout à fait volontaire, **vous pouvez à tout moment vous retirer**. Pour ce faire, il vous suffit d'en aviser l'assistante de recherche, Catherine Girard ou votre infirmier traitant. Votre retrait n'entraîne aucune conséquence dans les soins qui vous sont dispensés.

Si vous avez des questions ou désirez de plus amples renseignements, vous pouvez contacter Catherine Girard, l'assistante de recherche ou votre infirmier traitant.

Hôpital Rivières-des-Prairies : Si vous étiez insatisfait du déroulement de cette recherche ou si vous avez des questions sur vos droits en tant que sujet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman de l'Hôpital Rivières-des-Prairies, **Mme Hélène Bousquet, au (514) 323-7260, poste 2154.**

Institut Philippe Pinel : Si vous étiez insatisfait du déroulement de cette recherche, vous pourriez porter plainte auprès de la présidente du Comité d'éthique, **Dre France Proulx (514-648-8461, poste 574).**

Appendice G

Formulaire de consentement (patients mineurs)

Titre du projet : Développement et évaluation d'un cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec.

Je, soussigné(e), consens librement à ce que mon enfant participe à ce présent projet de recherche, dans le cadre de rencontres d'évaluation des services reçus en prévention du suicide. J'affirme avoir pris connaissance et bien compris le but de cette recherche. L'information reçue était claire et satisfaisante. Les entretiens seront réalisés avec une étudiante au doctorat en psychologie à l'UQTR (Catherine Girard), laquelle est supervisée par un professeur du Département de psychologie (Marc Daigle). Aussi, je consens à ce que l'étudiante et son professeur prennent connaissance de mon dossier dans cet hôpital. Finalement, j'accepte que l'étudiante utilise les informations recueillies uniquement dans le cadre de ce projet de recherche. Je sais que mon enfant est libre de participer au projet et qu'il demeure libre de s'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec l'équipe traitante. Je demeure aussi libre de l'en retirer à tout moment, aux mêmes conditions. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je certifie que ce projet a été expliqué à mon enfant dans la mesure du possible et qu'il accepte d'y participer sans contrainte ni pression de qui que ce soit. Je comprends que je recevrai une copie signée du présent formulaire.

Je déclare avoir été bien informé(e) du but de ce projet et je sais que ce que je dirai sera tenu confidentiel. Toute communication de renseignements à mon sujet exige une autorisation écrite de ma part, sauf dans le cas d'une injonction de la Cour ou d'un danger pour moi ou pour une autre personne. Ainsi, si mon état mental représente un risque pour ma santé ou ma sécurité ou pour celles d'autrui, l'étudiante sera tenue de le signaler à un membre de l'équipe traitante.

_____	_____	_____
Nom du représentant légal ou parent	Signature	Date

_____	_____	_____
Nom du sujet mineur	Signature du mineur	Date

Formule d'engagement du chercheur

Je certifie avoir expliqué aux signataires les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions qu'ils m'ont posées à cet égard, leur avoir clairement indiqué qu'ils restent à tout moment libre de mettre un terme à leur participation et que je leur remettrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

Catherine Girard
assistante de recherche

Signature de l'assistante de Date
recherche

Formulaire de consentement (patients majeurs)

Titre du projet : Développement et évaluation d'un cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec.

Je, soussigné(e), consens librement à participer à ce présent projet de recherche, dans le cadre de rencontres d'évaluation des services reçus en prévention du suicide. J'affirme avoir pris connaissance et bien compris le but de cette recherche. L'information reçue était claire et satisfaisante. Les entretiens seront réalisés avec une étudiante au doctorat en psychologie à l'UQTR (Catherine Girard), laquelle est supervisée par un professeur du Département de psychologie (Marc Daigle). Aussi, je consens à ce que l'étudiante et son professeur prennent connaissance de mon dossier dans cet hôpital. Finalement, j'accepte que l'étudiante utilise les informations recueillies uniquement dans le cadre de ce projet de recherche. Je sais que je suis libre de participer au projet et je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec l'équipe traitante. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je comprends que je recevrai une copie signée du présent formulaire.

Je déclare avoir été bien informé(e) du but de ce projet et je sais que ce que je dirai sera tenu confidentiel. Toute communication de renseignements à mon sujet exige une autorisation écrite de ma part, sauf dans le cas d'une injonction de la Cour ou d'un danger pour moi ou pour une autre personne. Ainsi, si mon état mental représente un risque pour ma santé ou ma sécurité ou pour celles d'autrui, l'étudiante sera tenue de le signaler à un membre de l'équipe traitante.

Nom du sujet	Signature	Date

Formule d'engagement du chercheur

Je certifie avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard, lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation et que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

Catherine Girard assistante de recherche	Signature recherche	de l'assistante de recherche	Date

Formulaire de consentement (infirmiers)

Titre du projet : Développement et évaluation d'un cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec.

Je, soussigné(e), consens à participer à ce présent projet de recherche, dans le cadre de rencontres d'évaluation des services effectués, en prévention du suicide. J'affirme avoir pris connaissance et bien compris le but de cette recherche. Ces rencontres seront réalisées avec une étudiante au doctorat en psychologie à l'UQTR (Catherine Girard), qui sera supervisée par un professeur du Département de psychologie (Marc Daigle). Finalement, j'accepte que l'étudiante utilise les informations recueillies uniquement dans le cadre de ce projet de recherche.

Je déclare avoir été informé(e) du but de ce projet et je sais que ce que je dirai sera tenu confidentiel. Toute communication de renseignements à mon sujet exige une autorisation écrite de ma part, sauf dans le cas d'une injonction de la Cour ou d'un danger pour moi ou pour une autre personne. Ainsi, si l'état mental du patient rencontré dans le cadre de ce projet de recherche représente un risque pour sa santé ou sa sécurité, ou pour celles d'autrui, je serai tenu de le signaler à un membre de l'équipe traitante.

_____	_____	_____
Nom de l'infirmier (ère)	Signature de l'infirmier (ère)	Date

<u>Catherine Girard</u>	_____	_____
assistante de recherche	Signature de l'assistante de recherche	Date

Appendice H

Questionnaires d'évaluation

Patients psychiatriques suicidaires

Temps 1. Dépistage systématique

Descriptif / Processus

Instruction : Je vais vous questionner sur les services que vous avez reçus à votre entrée à l'hôpital.

Éléments / Critères	Indicateurs	
Dépistage systématique	<ul style="list-style-type: none">- utilisation des grilles de dépistage- temps écoulé entre l'admission et le dépistage	<ol style="list-style-type: none">1. Avez-vous été questionné avec ces grilles?2. D'après vous, combien de temps s'est écoulé entre votre arrivée et le moment où vous avez répondu à cette grille ?

Efficacité / Satisfaction

Éléments / Critères	Indicateurs	
Dépistage systématique (Grille de suicidalité)	<ul style="list-style-type: none">- clarté et compréhension de la grille- perception de son utilité	<ol style="list-style-type: none">3. Avez-vous compris les questions de cette grille ?4. Pensez-vous que c'est utile pour vous d'y répondre ?
Risque suicidaire et comportements suicidaires	<ul style="list-style-type: none">- perception des pensées et du risque suicidaire- symptômes dépressifs- symptômes anxieux- la douleur psychologique	<ol style="list-style-type: none">14.1 Pensez-vous au suicide?14.2 Vous sentez-vous dépressif ?14.3 Anxieux?14.4 Avez-vous de la douleur psychologique, du mal de vivre ?

Temps 2. Post Dépistage
(1 mois plus tard ou 48 heures plus tard)

Descriptif / Processus

Instruction : Je vais maintenant vous questionner sur la (les) rencontre (s) que vous avez eues après votre admission.

Éléments / Critères	Indicateurs	
Les tests ÉDB, IDB	- utilisation des tests ÉDB, IDB	5. Avez-vous été questionné avec ces tests ?
Entretiens individuels (autre que le premier contact)	- nombre d'interventions effectuées - nombre de rencontres par semaine - temps écoulé entre l'admission et cette rencontre	6. Avez-vous rencontré seul à seul un intervenant ? 7. Combien de fois ? 8. D'après vous, combien de temps s'est écoulé entre votre arrivée et cette autre rencontre avec cet intervenant ?

Efficacité / Satisfaction

Dépistage systématique (Tests de Beck)	- clarté et compréhension des tests - perception de leur utilité - perception de leur effet	9. Avez-vous bien compris les questions de ces tests? 10. Pensez-vous que c'est utile pour vous d'y répondre ? 11. Pourquoi ?
Entretiens individuels	- perception des interventions reçues	12. Cette rencontre vous a t'elle fait du bien ? 13.1 Comment vous êtes-vous senti après avoir été rencontré ? 13.2 Qu'est-ce qui s'est passé suite à cette rencontre?
Risque suicidaire et comportements suicidaires	- perception des pensées et du risque suicidaire - perception des symptômes dépressifs - perception des symptômes anxieux - perception de la douleur psychologique	14. Par rapport à votre entrée : Pensez-vous encore au suicide ? Vous sentez-vous encore dépressif ? Anxieux? avez-vous encore de la douleur psychologique, du mal de vivre ?

Infirmiers

Temps 1. Dépistage systématique et formation

Descriptif

Éléments / Critères	Indicateurs	
Dépistage systématique	<ul style="list-style-type: none"> - utilisation de la grille de suicidalité, - nombre de patients dépistés - temps écoulé entre l'admission et le dépistage 	1) Utilisez-vous ces grilles ? 2) Quand l'utilisez-vous ? 3) Combien de temps s'est-il écoulé entre l'arrivée du client et la passation de ces grilles ?
Formation des infirmières	<ul style="list-style-type: none"> - connaissance de base sur les outils de dépistage 	4) Que connaissez-vous sur ces grilles ? 5) Quelles questions posez-vous afin de déterminer le risque suicidaire d'un patient ?

Satisfaction / Qualité

Formation des infirmières	<ul style="list-style-type: none"> - perception de la qualité de la formation, des acquis (après la formation) - perception d'être plus compétent, plus outillé 	6) Répondait-elle à vos attentes ? 7) Qu'en avez-vous retenu ? 8) Vous permet-elle de vous sentir plus outillé en dépistage ? 9) Quel test préférez-vous ? 10) Vous sentez vous apte à les passer ? 11) Pensez-vous qu'ils pourront vous aider pour vos prochaines interventions ?
Dépistage systématique	<ul style="list-style-type: none"> - clarté et compréhension des grilles, - perception de leur utilité - perception de leur efficacité 	12) Trouvez-vous cette grille claire ? 13) En quoi vous est-elle utile ? 14) Trouvez-vous qu'elle prédit efficacement le risque suicidaire ? 15) Pensez-vous que votre patient a bien compris les questions ?

Temps 2. Post Dépistage

Descriptif / Processus

Éléments / Critères	Indicateurs	
Les tests ÉDB, IDB	<ul style="list-style-type: none"> - utilisation du ÉDB, de l'IDB - clarté et compréhension des tests ÉDB, IDB - perception de leur utilité - perception de leur efficacité 	16) Avez-vous utilisez ces tests? Trouvez-vous ces tests clairs ? 17) En quoi vous sont-ils utiles ? 18) Trouvez-vous qu'ils prédisent efficacement le risque suicidaire ? 19) Pensez-vous que votre patient a bien compris les questions ?
Entretiens individuels	<ul style="list-style-type: none"> - nombre d'interventions effectuées - temps écoulé entre l'admission et cette rencontre 	20) Quelqu'un a-t-il rencontré ce patient suite à son dépistage ? 21) À quelle fréquence ? 22) Combien de temps s'est écoulé entre son arrivée et cette rencontre ? 23) Quelles actions ont été prises suite aux rencontres ?

Efficacité / Satisfaction

Éléments / Critères	Indicateurs	
Risque suicidaire, facteurs de risque et comportements suicidaires	<ul style="list-style-type: none"> - perception des pensées et du risque suicidaire - perception des symptômes dépressifs - perception des symptômes anxieux - perception de la douleur psychologique 	24. Avez-vous remarqué, chez votre patient une diminution : 24.1 du risque suicidaire ? 24.2 des symptômes dépressifs ? 24.3 des symptômes anxieux ? 24.4 de la douleur psychologique ?

Appendice I

Tableaux détaillés du devis de l'évaluation

Dépistage systématique et formation

Descriptif

		Patient	Infirmière	Dossier
Éléments / Critères	Indicateurs			
Dépistage systématique	- utilisation de la grille de suicidalité	X	X	X
	- nombre de patients dépistés	X	X	X
	- temps écoulé entre l'admission et le dépistage	X	X	X
Formation des infirmières	- Connaissance globale sur les outils de dépistage - Temps de formation		X	

Satisfaction et qualité

		Patient	Infirmière	Dossier
Éléments / Critères	Indicateurs			
Dépistage systématique	- clarté et compréhension des grilles	X	X	
	- perception de leur utilité	X	X	X
	- perception de leur efficacité		X	X
Formation des infirmières	- perception de la qualité de la formation, des acquis - perception d'être plus compétent, plus outillé		X X	

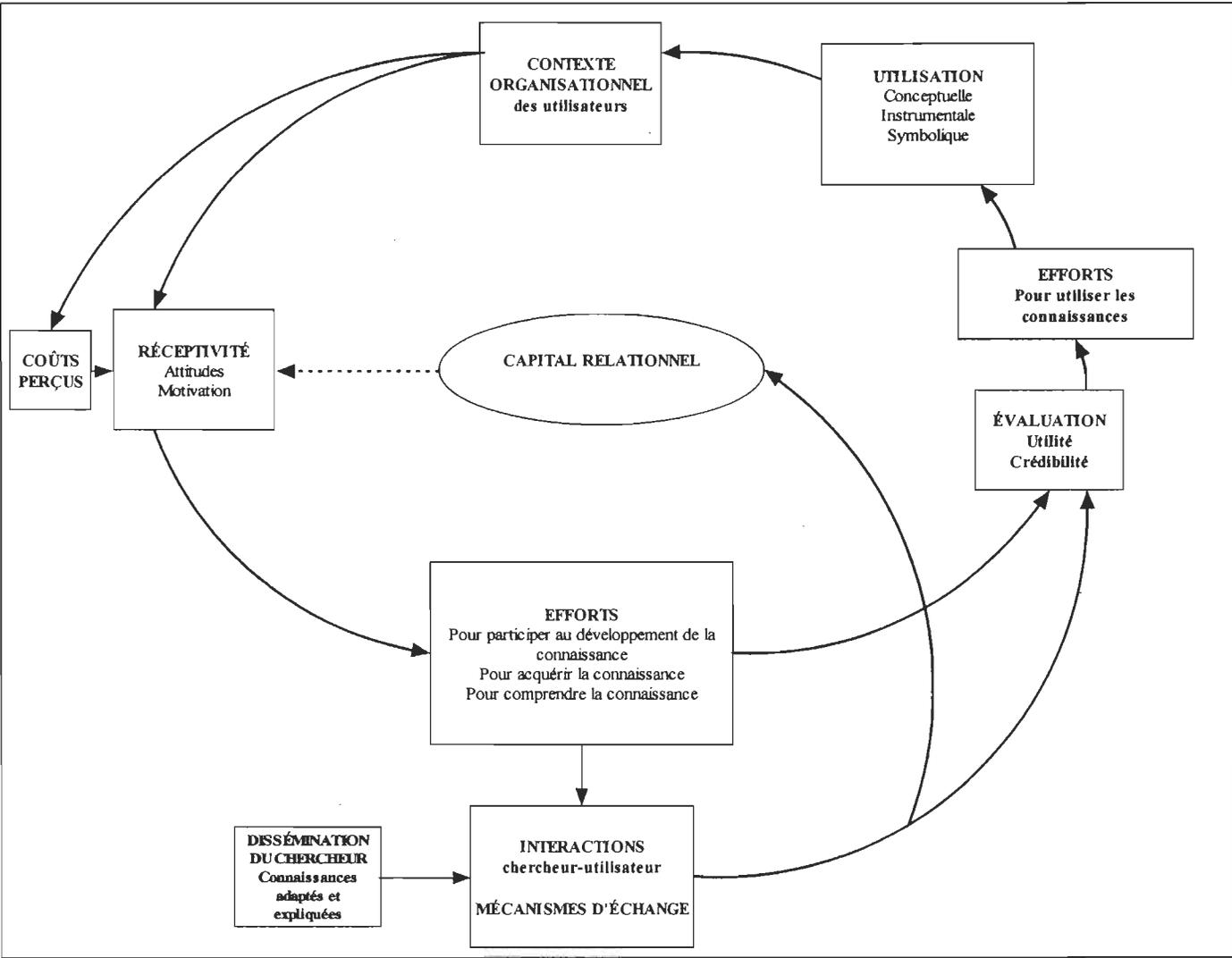
Post dépistage

Descriptif / Processus		Patient	Infirmière	Dossier
Éléments / Critères	Indicateurs			
Dépistage	- test ÉDB et IDB	X	X	X
	- nombre de patients dépistés	X	X	X
	- temps écoulé entre l'admission et le dépistage	X	X	X
Entretiens individuels	- nombre d'interventions effectuées	X	X	X
	- nombre de rencontres par semaine	X	X	X
	- temps écoulé entre l'admission et cette rencontre	X	X	X

Efficacité / Satisfaction		Patient	Infirmier	Dossier
Éléments / Critères	Indicateurs			
Dépistage systématique	- clarté et compréhension des tests	X	X	
	- perception de leur utilité	X	X	X
	- perception de leur efficacité		X	X
Entretiens individuels	- perception des interventions reçues	X	X	
	- effet de ces interventions	X	X	X
Risque suicidaire, facteurs de risque et comportements suicidaires	- perception des pensées et du risque suicidaire			
	- perception des symptômes dépressifs	X	X	X
	- perception des symptômes anxieux	X	X	X
	- perception de la douleur psychologique	X	X	X

Appendice J

Schémas du nouveau modèle de transmission de connaissances



Appendice K

Pistes d'interventions suggérées

(Extrait de: Douglas Hospital (1996). Nursing care of program for clients presenting a suicidal potential. Chap. 6. pp. 33-34. Document non-publié)

1. Discuter ouvertement du suicide avec la personne suicidaire, afin de prendre en considération ce qu'elle vit ici et maintenant.
2. Mettre l'emphase sur l'élément déclencheur de la crise, ce qui a fait en sorte que la personne veuille passer à l'acte.
3. Calmer et rassurer la personne avec le ton de la voix, une proximité physique, tout en respect avec les limites (l'espace vital) de soi-même et de la personne.
4. Être respectueux afin de démontrer à la personne qu'elle est acceptée.
5. Être directif en explorant avec la personne les autres alternatives afin de contrer cette souffrance.
6. Permettre à l'individu de ventiler ses émotions, normaliser les affects négatifs, accompagner la personne dans ce processus.
7. Ramener l'espoir, envisager avec la personne de nouveaux objectifs, de nouveaux buts.