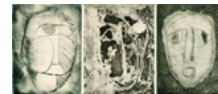


Psychiatrie et violence



Psychiatrie et violence

Cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec

Marc Daigle, Réal Labelle, Catherine Girard, Regroupement des Directrices de soins d'établissements psychiatriques (Céline Pilon, Diane Benoît, Louise Bérubé, Monique Bissonnette, Robyne Kershaw-Bellemare, Louise Letarte) et Nicole Ricard

Volume 3, 2003

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1077218ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1077218ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Daigle, M., Labelle, R., Girard, C., Regroupement des Directrices de soins d'établissements psychiatriques & Ricard, N. (2003). Cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec. *Psychiatrie et violence*, 3. <https://doi.org/10.7202/1077218ar>

Cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec

Marc Daigle, chercheur principal
Réal Labelle, co-chercheur
Catherine Girard, assistante de recherche

et le

Regroupement des Directrices de soins d'établissements psychiatriques

Céline Pilon, CH Institut Philippe-Pinel, responsable du dossier

Diane Benoît, CH Louis-H. Lafontaine
Louise Bérubé, CH Robert-Giffard
Monique Bissonnette, CH Rivière-des-Prairies
Robyne Kershaw-Bellemare, Hôpital Douglas
Louise Letarte, CH Pierre-Janet

en association avec
Nicole Ricard, présidente
Association québécoise des infirmières et infirmiers en psychiatrie (AQIIP)

Janvier 2003

Sommaire

Le présent rapport 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 qui souffrent de troubles mentaux graves. Il présente ensuite les mesures de prévention envisageables en établissement psychiatrique. Une troisième partie propose finalement un cadre de référence précis pour les six hôpitaux québécois qui ont participé au projet.

Dans la population générale, la communauté scientifique s'entend pour dire qu'un trouble mental était présent chez 90% des personnes décédées par suicide. 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 derniers 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, certaines règles plus ou moins formelles sont 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. Par ailleurs, le dépistage des patients suicidaires est une étape qui devait être mieux élaborée. Ce rapport permet ainsi 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.

Ce cadre de référence devrait permettre à chaque établissement, en tout respect de ses particularités, d'élaborer son propre programme de prévention des comportements suicidaires. Ce programme, formalisé dans un document maître, devrait 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.

Table des matières

<i>Sommaire</i>	2
<i>Liste des tableaux et figures</i>	6
<i>Collaborations</i>	7
<i>Introduction</i>	8
1. Problématique suicidaire et établissements psychiatriques	10
1.1 Données statistiques	10
Données générales	10
Selon le trouble	11
Selon le temps et le lieu	12
Selon le sexe	13
1.2 Facteurs associés au risque suicidaire	14
Facteurs liés à la clientèle	14
Facteurs liés au milieu	20
1.3 Deux clientèles particulières	22
Enfants et adolescents	22
Délinquants psychiatisés.....	24
1.4 Impact sur le personnel	25
1.5 Synthèse	26
2. Mesures préventives	28
2.1 Évaluation du risque suicidaire	28
2.2 Mesures répertoriées dans la littérature	36
<i>Litman</i>	37
<i>Wolfersdorf</i>	37
<i>Appleby</i>	38
<i>Bongar</i>	39
<i>Davidson</i>	41
<i>Linehan</i>	42
2.3 Situation dans le réseau de la santé du Québec	43
2.4 Situation dans six établissements psychiatriques du Québec	46

<i>3. Proposition d'un cadre de référence québécois</i>	59
3.1 Objectifs poursuivis	60
3.2 Moyens à mettre en œuvre	60
3.3 Prévention	61
3.4 Intervention	65
3.5 Postvention	65
3.6 Constats généraux et recommandations	66
 <i>Conclusion</i>	 71
 <i>Références</i>	 73
 <i>Appendices</i>	 81

Liste des tableaux et figures

Tableau 1	Prévalence des diagnostics chez les personnes suicidées	15
Tableau 2	Risque de mortalité par suicide chez les personnes présentant un trouble mental	17
Tableau 3	Incidents survenus au centre hospitalier Louis-H. Lafontaine	50
Tableau 4	Incidents survenus au centre hospitalier Pierre-Janet	51
Tableau 5	Incidents survenus au centre hospitalier Robert-Giffard	53
Tableau 6	Incidents survenus à l'hôpital Douglas	54
Tableau 7	Incidents survenus à l'Hôpital Rivières-des-Prairies	56
Tableau 8	Points de coupure (cut-off) pour interpréter les scores utilisés à la phase B	64
Figure 1	Stratégie de dépistage pour détecter les patients suicidaires	63
Figure 2	Schéma du cadre de référence proposé	69
Figure 3	Schéma de parcours effectué par un patient admis en hôpital psychiatrique	70

Collaborations

Ce projet est le fruit d'une collaboration entre plusieurs partenaires:

Les directrices des soins infirmiers (DSI) des six établissements qui participent au projet: Diane Benoît (DSI au 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 (DSI intérimaire à l'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. Nicole Ricard, présidente de l'*Association québécoise des infirmières et infirmiers en psychiatrie* est également associée au projet.

Les répondantes cliniques dans les établissements: Louise Beauchamps (Hôpital Douglas), Francine Chartrand (CH Louis-H. Lafontaine), Marcelle Fleury (CH Pierre-Janet), Martine Gaudreault (CH Robert-Giffard), Lise Laberge (CH Robert-Giffard), Marie-Josée Désy (CH Rivière-des-Prairies) et Denise Leblanc (CH Rivière-des-Prairies) et Christine Lamarre (Institut Philippe-Pinel).

Les membres du *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie* (CRISE) qui nous ont conseillés et appuyés.

Introduction

Le présent rapport 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. Ce document rend compte de la première étape d'un projet qui vise aussi, ultérieurement, à évaluer 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 été constituée avec deux chercheurs, Marc Daigle et Réal Labelle, et une assistante de recherche, Catherine Girard. Ceux-ci sont associés au *Laboratoire de recherche en santé mentale* de l'*Université du Québec à Trois-Rivières* et au *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie* (CRISE). Marc Daigle est, de plus, associé au *Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal*. Le CRISE a subventionné le projet à même les fonds reçus des *Instituts de recherche en santé du Canada*, volet *Alliances communautaires pour la recherche en santé*.

Ce document débute par la description du phénomène suicidaire en milieu psychiatrique, tel qu'il est rapporté dans les écrits cliniques et scientifiques. Suivent une description des mesures de prévention envisageables et de la situation dans le réseau de la santé québécois. Finalement, 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.

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

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 délinquantes, puis l'impact prévisible 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; Hesso, 1977; Perris, Beskow & Jacobson, 1980; Retterstol, 1986; Wolfersdorf et al., 1988), entre 15 et 60% des personnes admises en hôpital psychiatrique le sont parce qu'elles représentent 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 co-morbidité entre différents diagnostics (Chatterton, McTaggart, Baume & Harrison, 1999).

La recension de la littérature 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. Une telle prévalence 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 entre les deux méthodes de collecte de données. De toute évidence, la méthode des établissements est bien différente, en plus du fait qu'elle retient le plus souvent des périodes débutant en janvier. Par contre, ces dernières statistiques identifiaient surtout la présence de tentatives de suicide nombreuses chez les patients, une situation qui n'en mérite pas moins d'attention. Quoi qu'il en soit, dans la plupart des pays, les taux de comportements suicidaires sont reconnus comme étant plus élevés en milieu psychiatrique que dans la communauté.

Selon le trouble

C'est chez les personnes souffrant de schizophrénie ou de dépression majeure que le risque de décès par suicide est plus particulièrement élevé. Il est estimé être 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 chez elles des 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 (DeHert & Peudkens, 2000; Freed & Rudolph, 1998; Goldston et al., 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, car 64% des suicides institutionnels ont été

complétés dans cette période. Pour ce qui est des comportements suicidaires hors des institutions, Freed et Rudolph (1998) rapportent que les patients admis en unité psychiatrique (pour cause de tentative de suicide) commettent, dans 1 à 2% des cas, le 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 vraiment de cibler un moment 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 hospitalier².

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,

² Malgré l'évidence de ce problème, le mandat spécifique du présent projet est néanmoins de prévenir les tentatives de suicide, les suicides et les cas d'automutilation lorsque les patients demeurent à l'intérieur des murs de l'établissement psychiatrique.

1987; Schwartz, Flinn & Slawson, 1975). Cet écart serait moindre en milieu hospitalier psychiatrique, soit de 1,5 hommes pour une femme (Goh, Salmons & Whittington, 1989).

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 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 problématiques à l'hôpital. 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, la maladie mentale n'est certes pas la moindre. Le Tableau 1 énumère les diagnostics retrouvés chez les personnes décédées par suicide, tous milieux confondus. Ces diagnostics sont établis généralement de façon rétrospective, c.-à-d. 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

Tableau 1**Prévalence des diagnostics chez les personnes suicidées**

Diagnostiques	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 et al., 1987; Oldham & Russakoff, 1984; Wolfersdorf, 2000; Wykle et al., 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 & Peudkens, 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 et al., 2000; Nijman et al., 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; Ostamo & Lönnqvist, 2001; Oldham & Russakoff, 1984; Zimmerman & Asnis, 1995.
* <u>Note.</u> Chez les personnes qui se sont automutilées, 91 % avaient un trouble de la personnalité.		

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 DeHert & Peudkens (2000), un chevauchement entre les différents troubles énumérés au Tableau 1 est possible. Par exemple, dans le trouble psychotique, on dénote souvent la présence de symptômes dépressifs, d'attaque de panique et d'anxiété.

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 2 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 un 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 2**Risque de mortalité par suicide chez les personnes présentant un trouble mental**

Trouble mental	Nombre d'études et population	Nombre de suicide 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 2, l'indice comparatif de mortalité est assez grand pour les personnes présentant un trouble dépressif (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 1).

Par delà ces troubles mentaux, lesquels sont évidemment inhérents à la clientèle des établissements psychiatriques, certains auteurs (Appleby, 2000; DeHert et Peudkens, 2000; Freed et Rudolph, 1998; Marzuk, Tardiff, Leon, Portera, & Weiner, 1997; Morgan & Priest, 1991; Talbot, 1994; Worfersdorf, 2000; Zimmermann & Asnis, 1995) identifient d'autres facteurs de risques pour celle-ci :

- 1- Être de sexe masculin et dans la tranche d'âge de 20 à 45 ans. L'âge moyen serait de 30 ans (Morgan & Priest, 1991).
- 2- Avoir été hospitalisé deux ou trois fois durant une courte période (plus il y a d'hospitalisations, plus il y a de risque).
- 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 DeHert et Peudkens (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.
- 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. 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 un suicide d'un proche.
 - 8- Être l'objet de stressseurs 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 DeHert et Peudkens (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 aux comportements suicidaires pourraient être propres au milieu hospitalier lui-même. Diverses hypothèses ont été soulevées là-dessus mais sans qu'elles soient vraiment soumises à une vérification empirique. Des auteurs comme Appleby (2000), Etchepare et Degeilh (1987) ou Wolfersdorf (2000) avancent ainsi ce type d'hypothèses pour expliquer qu'il y ait une 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- Une évolution dans le type de problématiques retrouvées chez les patients. Ceux-ci ont généralement plus de difficulté qu'auparavant à gérer leurs problèmes personnels (trouble d'adaptation) et la clientèle devient plus exigeante au niveau des soins.
- 3- Présence, 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 désinstitutionnalisation : la nécessité de donner congé à des patients hospitalisés pour les diriger davantage vers les ressources communautaires, alors que les suivis sont parfois inadéquats. Comme les ressources externes sont souvent insuffisantes pour gérer la problématique du suicide, au Canada comme ailleurs, cette clientèle se retrouve 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 & 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.

1.3 Deux clientèles particulières

Les études recensées sur les comportements suicidaires en milieu psychiatrique se sont davantage intéressées aux patients adultes. Il importe cependant de bien identifier les caractéristiques propres aux enfants et aux adolescents hospitalisés mais aussi aux adultes délinquants.

Enfants et adolescents

Pour les enfants souffrant de troubles mentaux, peu d'études sont réalisées dans le contexte hospitalier. 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 perturbés mais sans trouble dépressif. 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 et al., 1993; King et al., 1995, tirés de 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 et al. (1994) a comparé deux groupes d'hommes (53 qui s'auto mutilent au moins une fois en deux ans et 50 sans aucun signe d'agression envers eux-mêmes). Ils ont trouvé que ceux qui s'auto mutilent 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 ne précise pas bien le type d'automutilations faites par les patients, même s'il est indiqué que certaines pouvaient être fatales. Dans ce contexte, il est plus difficile d'extrapoler ces résultats aux conduites suicidaires. Néanmoins, cela ne présume pas de l'importance pour les cliniciens de vérifier l'intention de mourir chez les patients qui ont fait des auto mutilations (Jacobs, 1998).

1.4 Impact sur le personnel

L'impact d'un suicide ou d'une tentative de suicide d'un patient est énorme 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 comment, à l'intérieur d'un établissement concerné, on peut retrouver la recherche d'un coupable parmi les collègues. 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 et infirmiers qui risquent de porter le blâme du fait de leur proximité quotidienne et constante auprès de la clientèle. Ils doivent donc plus particulièrement rester attentifs à l'attitude ultérieure qu'ils 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 des réactions de chocs lors des anniversaires du décès. Même pour le personnel administratif, les réactions peuvent être très semblables à celles des infirmières et infirmiers (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 lors des permissions de congé temporaire, semblent les moments les plus à risque de suicide. De plus, 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, où des familles, des amis,

mais aussi des soignants sont profondément bouleversés, qu'il devenait important d'entreprendre le présent projet concerté.

La section suivante présente donc les mesures préventives qui sont envisageables 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; (2) une revue des différentes mesures proposées dans la littérature pour les établissements psychiatriques; (3) la situation générale dans le réseau de santé 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 dans la pratique infirmière en établissement psychiatrique. L'objectif poursuivi ici est d'éclairer les professionnels sur les différents éléments associés au risque de suicide lors d'une prise en charge hospitalière d'un patient psychiatrique. Pour ce faire, 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 répondre³.

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 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)⁴.

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

³ Ces paragraphes sont le fruit d'une synthèse effectuée par Labelle (2002) qui a recensé les principales publications parues dans le domaine au cours des quarante dernières années.

(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 référé⁵; (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 jugement clinique⁶, 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

⁴ 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

⁵ Nous conservons ici l'usage du terme «référer», puisqu'il est d'usage courant au Québec, quoique le terme «renvoyer» serait plus juste.

⁶ Pour plus d'information, voir le premier chapitre de Haynes et O'Brien (2000) portant sur l'évaluation et le jugement clinique.

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 clinique⁷, 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 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 (Ahern, 2002). Ce chapitre est inclus dans un

⁷ Pour plus d'information, voir le quatrième chapitre de Bordeleau (1997) portant sur l'approche du patient suicidaire.

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 nombreux⁸. 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 A). 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

⁸ Pour plus d'information, voir les études de Range et Knott (1997), d'Eyman et Eyman (1990) et de Rothberg et Geer-Williams (1992).

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.

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 B) 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 C) 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 D), il s'agit d'une version traduite par Cottraux en 1985. À notre connaissance, aucun maison d'édition ne distribue ce questionnaire.

2.2 Mesures répertoriées dans la littérature

Par delà la synthèse critique qui vient d'être présentée, six auteurs se sont intéressés plus spécifiquement aux mesures de prévention dans les hôpitaux psychiatriques : Litman, Wolfersdorf, Appleby, Bongar, Davidson et Linehan. Ces auteurs ne présentent cependant pas, comme tels, de véritables programmes 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.

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

Cet auteur suggère 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, ainsi que ceux présentant un trouble schizophrénique avec des hallucinations paranoïdes et ceux ré-admis en institution. Pour les infirmières et infirmiers 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. L'auteur soutient 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-patient 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 plus 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'ils ont 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 (Zimmermann & Asnis, 1995). Plus le patient pense attendre 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'abrégé 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-haut, 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, 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 médicaments⁹.

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

⁹ Il est important de rappeler ici que l'objectif du présent projet n'est ni de dresser un «protocole d'intervention» comme tel, 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 fin d'exemple, une partie du protocole de l'Hôpital Douglas est également reproduite en Appendice E au rapport. 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.

critères trop comportementaux pour autoriser une permission de sortie. Des fausses croyances, 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 personnes borderlines, 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. Elle 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 habiletés 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). Cependant, ce type de thérapie n'a pas été vérifié spécifiquement dans les hôpitaux psychiatriques. 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.

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 demandé 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 et al., 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).

2.3 Situation dans le réseau de la santé du Québec

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. Par ailleurs, ce sont les centres de prévention du suicide (CPS), depuis les vingt dernières années, qui ont la plupart du temps assumé la responsabilité face à cette problématique.

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, 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 attenté 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 attente 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 participent à la présente étude), notons que 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.

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 donc actuellement ce qui se fait. Seul le rapport d'inspection professionnelle de l'OIIQ (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, pour chacun des établissements, lors de rencontres avec les personnes intéressées, par échange de documentation et grâce aux sites WEB. Lors des rencontres, la plupart des questions suivantes ont été abordées, de façon large, avec les infirmières cliniciennes responsables. Nous ne rapportons cependant ici que quelques uns des éléments colligés.

- 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.

La personne rencontrée dans cet hôpital est Francine Chartrand, infirmière clinicienne. Selon elle, il n'existe pas de directive officielle pour intervenir auprès d'une personne suicidaire, sauf dans l'unité de soins à court terme. Au niveau 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 le risque actuel ou potentiel du suicide.

Selon Mme Chartrand, le dernier suicide est survenu il y a deux ans. Le taux serait d'environ un suicide par trois ans. Pour la clientèle qui présente une déficience intellectuelle, les suicides seraient très rares. Mme Chartrand relate qu'environ quinze ans se sont passés sans incident de suicide dans l'unité de soins de ces personnes.

Il y a cinq ans, 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. 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 «débriefting» ou de suivi suite à un incident majeur, comme 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 Mme Chartrand, ces chambres sont rarement utilisées pour les patients suicidaires. Elles servent surtout pour les patients jugés très agressifs. Celle qui a été visitée comportait d'ailleurs quelques failles en terme de prévention environnementale (comme, par exemple, un calorifère permettant trop facilement une éventuelle tentative de suicide par pendaison). Finalement, nous reproduisons au Tableau 3 les statistiques qui sont disponibles pour cet établissement¹⁰. Aucun suicide n'est identifié pour les années 2000 et 2001, alors qu'il est entendu que les tentatives identifiées ici sont de gravité majeure. Les automutilations (mineures) ne sont pas rapportées dans les statistiques disponibles.

¹⁰ 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.

Tableau 3
Incidents survenus du 1^e janvier 2000 au 31 décembre 2001
au centre hospitalier Louis-H. Lafontaine

Incidents	1 ^e 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.

La personne rencontrée a été Mme Marcelle Fleury, infirmière clinicienne. Elle nous a mentionné que l'hôpital peut loger entre 64 et 66 adultes, de même qu'environ 12 enfants âgés entre 4 et 12 ans. Aussi, douze autres enfants fréquentent 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 risques

suicidaires, mais ne sont pas spécifiquement bâtis 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'*Inventaire de la dépression* de Beck peut être administré. Madame Fleury explique aussi qu'il peut y avoir la présence d'un service *un pour un* (ou service privé) pour les personnes à hauts risques suicidaires. Finalement, suite à un suicide, un service de debriefing peut être offert pour le personnel et les patients en besoin. Il est fourni par le programme d'aide aux employés de l'hôpital. Par ailleurs, les statistiques de l'établissement (Tableau 4) révèlent essentiellement des automutilations qualifiées de mineures (blessures superficielles).

Tableau 4
Incidents survenus du 1^e janvier 2000 au 31 décembre 2001
au centre hospitalier Pierre-Janet

Incidents	1^e janvier 2000 au 31 décembre 2000	1^e janvier 2001 au 31 décembre 2001	TOTAL
Tentatives de suicide	8	15	23
Suicides complétés	1	0	1
Automutilations (mineures)	Adolescents : 32	Adolescents : 51	83
	Adultes : 36	Adultes : 31	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 de Québec. Les personnes rencontrées dans cet établissement sont Mesdames Lise Laberge et Martine Gaudreault. Selon elles, les cas de suicide sont relativement rares à l'interne. Cependant, en 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, le personnel de cet établissement privilégie le modèle d'Anderson.

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 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 5).

Tableau 5
Incidents survenus du 1^e avril 1999 au 25 août 2001
au centre hospitalier Robert-Giffard

Incidents	1^e avril 1999 au 31 mars 2000	1^e avril 2000 au 31 mars 2001	1^e 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.

La personne rencontrée était Madame Louise Beauchamps, infirmière clinicienne. Cette dernière 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. 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 6
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. La personne rencontrée est Marie-Josée Désy, infirmière clinicienne. 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 (décrite ici comme le risque suicidaire) et des procédures d'observation des personnes à risque faible, modéré ou élevé.

Nous nous y sommes intéressé 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 il y a cinq ans. 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 ils 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, situé au 2e 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 car une infirmière a déjà été témoin d'une tentative de suicide à ces endroits. Cette fâcheuse expérience a permis un changement architectural.

Au niveau statistique, ce sont encore essentiellement des automutilations qui sont recensées ici (Tableau 7)

Tableau 7
Incidents survenus du 1^e avril 1999 au 31 mars 2001
à l'Hôpital Rivières-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 Cour, les autres hôpitaux, les prisons et les pénitenciers.

La personne rencontrée à cet établissement était Madame Christine Lamarre, infirmière clinicienne et coordonnatrice des services externes. Elle nous rapporte que la clientèle fréquentant l'institut présente majoritairement des troubles de l'axe II du DSM-IV, contrairement à autrefois où ceux de l'axe I étaient en majorité.

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 responsabilité de chaque intervenant. Effectivement, il y existe un protocole pour les mesures anti-suicidaires (MAS), protocole qui élabore toutes les interventions à effectuer et qui détermine les responsabilité 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 malades et de leur entourage, tant pour les agressions envers autrui que 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 un qualifié de «service privé». Notons finalement que le cadre médico-légal de cet établissement semble avoir favorisé la rédaction d'un ensemble de procédures, 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 Selon Madame Lamarre, le dernier suicide intra hospitalier est survenu il y a 6 ans environ.

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. Ce programme institutionnel, formalisé dans un document maître (directive ou autre), pourrait reprendre les rubriques que nous utilisons ici et préciser: (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 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 intervenantes - spécialistes en suicidologie
- Analyse des contenus de discussions
- Rétroaction

3.1 Objectifs poursuivis

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

- 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 locales¹¹.

¹¹ 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.

- 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 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.

Pour ce qui est plus spécifiquement de la stratégie de dépistage des patients suicidaires que nous suggérons, elle est illustrée à la Figure 1. Cette stratégie est proposée à partir notamment de la recension critique présentée à la section 2.1 , 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 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 A, B, C et D. Le Tableau 8, quant à lui, fournit les points de coupure (cut-off) 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. 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.

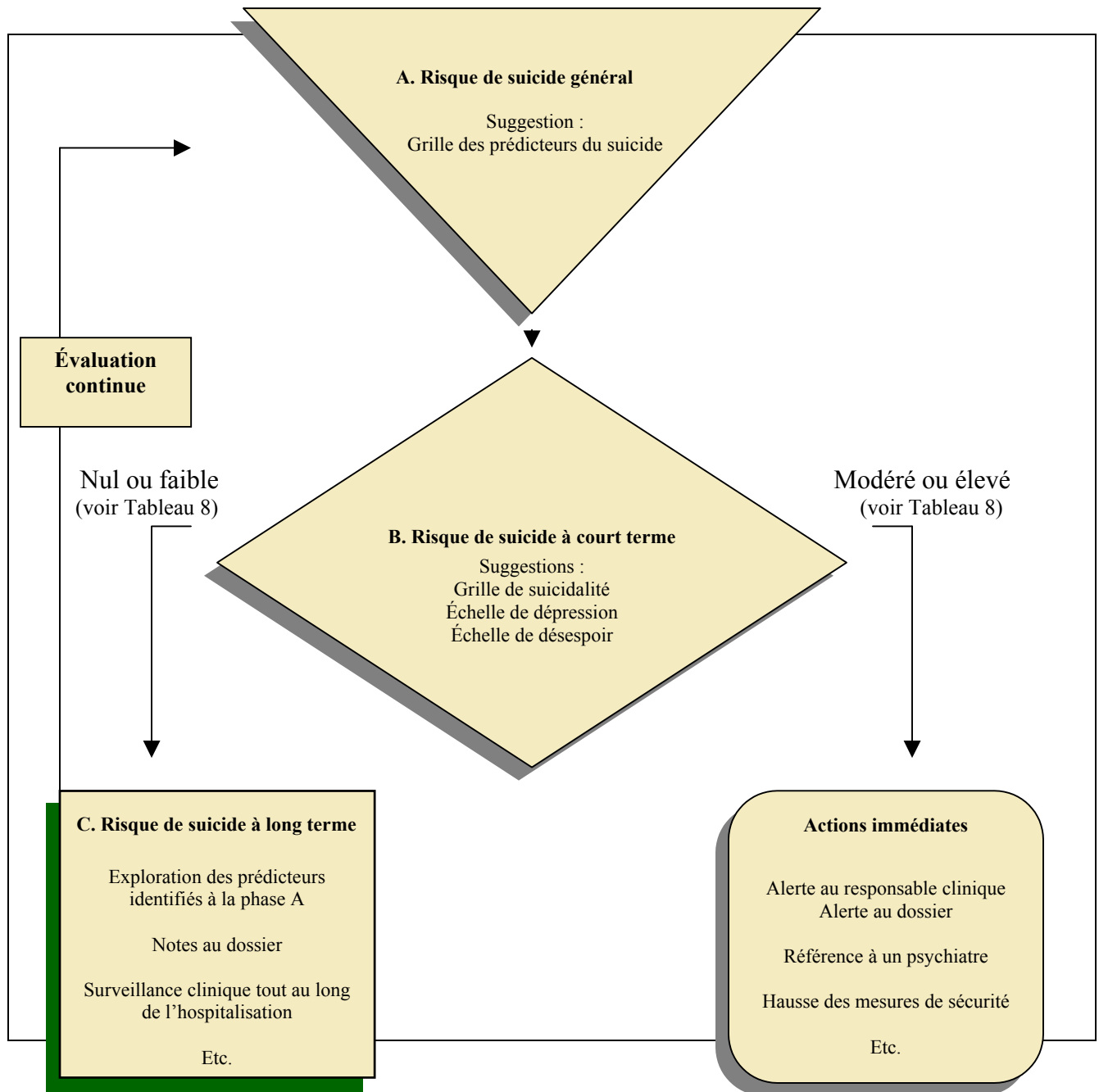


Figure 1. Stratégie de dépistage pour détecter les patients suicidaires

Tableau 8

Points de coupure (cut-off) 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

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 et du personnel hospitalier, 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 (débriefing) 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, 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. 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. Au niveau 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.

La Figure 3, quant à elle, permet de voir le cheminement que les patients y feraient. 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. Effectivement, comme vu précédemment, ces périodes sont à haut risque suicidaire et le personnel doit donc être vigilant à ces occasions.

Recommandations

Plus précisément cependant, et par delà le cadre global qui est proposé plus haut, nous énonçons cependant 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).

Figure 2

Schéma du cadre de référence proposé

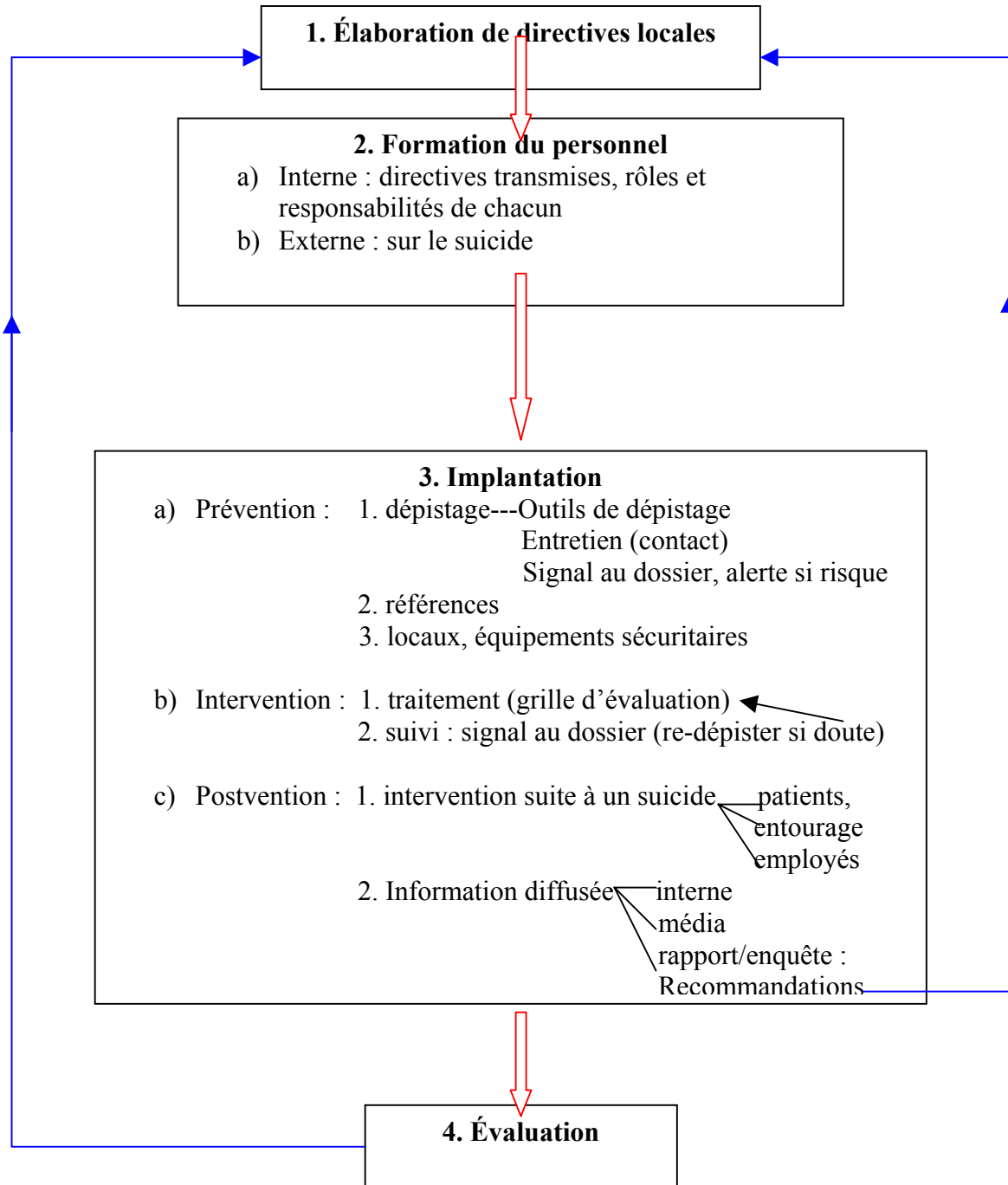
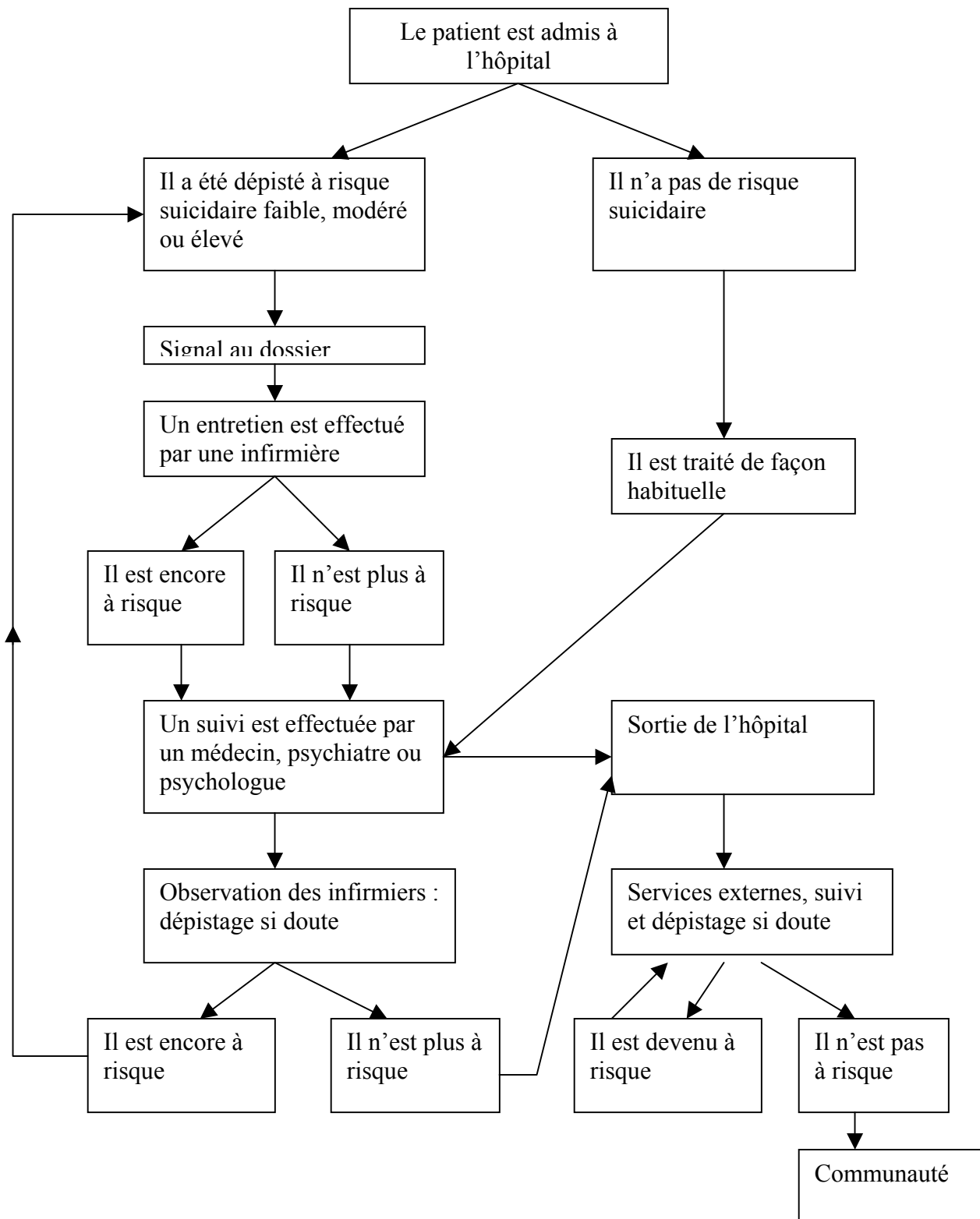


Figure 3
Schéma de parcours effectué par un patient admis en hôpital psychiatrique



Conclusion

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.

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.

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. Pendant que celles-ci

sont de passage en établissement psychiatrique, il s'agirait donc de maximiser les chances de bien intervenir auprès d'elles. 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 et à s'assurer la collaboration de tous les partenaires. Rappelons-le, l'enjeu ultime est la réduction des comportements suicidaires chez les patients. Mais 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. In 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. In 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. In 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. In 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. In 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. In 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. In D. Bordeleau (Éd), *Face au suicide* (pp.103-135). Beauport : Publications MNH.
- 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, 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. In 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. In 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. In 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. In 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., & Peudkens, J. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Schizophrenia. In 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.
- 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. In 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.
- 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. In 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.
- 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.
- 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 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.
- Linehan, M. M. (1999). Standard protocol for assessing and treating suicidal behaviors

for patients in treatment. In 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. In 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. In 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. In 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. In 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.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2001). *Accentuer la transformation des services de santé mentale*. Québec.
- 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. In 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. In 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).
- 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.
- Pokorny, A. D. (1992). Predicting suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study. In 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 (1995). *Plan de réorganisation du MSSS des établissements de santé et de services sociaux*. Montréal : document électronique non publié, www.ssss.gouv.qc.ca.
- 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. In 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. In J.N. Butcher (Éd), *Clinical personality assessment* (pp. 367-379). New York: Oxford University Press.
- 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. In 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. In 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. In 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

Grille des prédicteurs 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 B

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'entretien. 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 C

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 D

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 E

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 personnes 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.