



Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Le suivi des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide



GARDER
notre monde
ENSANTÉ

Québec 



Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Le suivi des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide

Janie Houle

Faculté de médecine familiale de l'université de Montréal

Carole Poulin

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

2009



GARDER
notre monde
ENSANTÉ

Québec 

Une réalisation du secteur Écoles et milieux en santé
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-792-0 (version imprimée)
ISBN 978-2-89494-793-7 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Prix : 10 \$

MOT DU DIRECTEUR

La problématique du suicide dans la région de Montréal-Centre demeure très actuelle. Bien que les données récentes nous indiquent que la région de Montréal, à l'instar du Québec, enregistre maintenant une baisse de mortalité associée au suicide, elle reste, compte tenu de la taille de la population, celle où le plus grand nombre de résidents décèdent par suicide.

Outre les actions préventives, l'organisation des services dans les urgences de Montréal doit permettre d'assurer un suivi aux personnes suicidaires qui s'y présentent. En 2002, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal s'est engagée auprès du Groupe de travail sur les suicides depuis le pont Jacques-Cartier, à implanter et à évaluer l'efficacité de nouvelles stratégies d'interventions auprès de la clientèle suicidaire.

La présente étude relate les efforts investis pour inciter trois urgences psychiatriques à mettre en œuvre un protocole de soins basé sur les meilleures pratiques à adopter auprès de la clientèle des personnes suicidaires. L'objectif est de sensibiliser les partenaires à l'importance d'adopter des approches en réseau intégré de services ainsi que des pratiques optimales, au regard des données probantes fournies dans ce rapport.

Le directeur de santé publique



Richard Lessard, M.D.

REMERCIEMENTS

La réalisation d'une telle étude requiert la participation et les compétences de nombreuses personnes. Nos remerciements vont en premier lieu à Dr Susanne Lamarre (St-Mary), Dr Yvan Pelletier (Albert-Prévost), Dr Martin Tremblay et Dr François Lespérance (Notre-Dame) qui ont accepté de participer à cette recherche et ont su convaincre leur personnel de sa pertinence. Sans l'apport des infirmières et médecins des urgences, il nous aurait été impossible de mener à terme cette recherche. Un merci spécial à Mme Sylvie Fortin, Mme Bernadette Derrameaux, Mme Morand, Mme Jocelyne Péladeau et M. Daniel Corbeil de l'urgence de l'hôpital Notre-Dame, à Mme Maude Lanctôt et Mme Caroline Lafond du Pavillon Albert-Prévost, à M. Donald Desrosiers, Mme Lucie Champagne et Mme Angela Cusano du centre hospitalier St-Mary. Merci également à M. Louis Lemay de Suicide-Action Montréal. Enfin, nous tenons à remercier très chaleureusement les participants qui ont accepté si généreusement de donner de leur temps pour les besoins de cette recherche.

Soulignons que cette étude a été rendue possible grâce à l'appui financier de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Un merci particulier à Hélène Van Nieuwenhuysse, professionnelle de recherche, pour la coordination du projet et sa persévérance à motiver le personnel infirmier des trois urgences pour le recrutement des participants.

RÉSUMÉ

Le suicide constitue un problème important de santé publique au Québec. Malgré les efforts considérables consentis en prévention du suicide au cours des dernières années, le taux de suicide demeure préoccupant. À cet égard, les personnes qui se présentent à l'urgence suite à une tentative de suicide représentent une clientèle très à risque de récurrence et de décès par suicide. Plus de 15 % d'entre elles commettront une autre tentative de suicide dans l'année suivante, alors que 1 à 2 % d'entre elles s'enlèveront la vie, ce qui correspond à un taux de suicide 50 à 100 fois plus important que celui que l'on retrouve dans la population générale (Owens et al., 2002). Comme les urgences psychiatriques accueillent la plus forte concentration de personnes qui ont tenté de s'enlever la vie, elles constituent un lieu particulièrement stratégique où intervenir pour prévenir les décès par suicide. Or, plusieurs experts observent des lacunes importantes dans la prise en charge et le suivi des personnes se présentant à l'urgence suite à une tentative de suicide.

Cette étude exploratoire vise à documenter les services reçus par les personnes suicidaires dans trois urgences psychiatriques de Montréal. Les résultats montrent que près du tiers des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide ont obtenu leur congé sans avoir été référées pour un suivi et qu'une proportion similaire devait téléphoner eux-mêmes à la ressource à leur retour à la maison pour prendre un rendez-vous. Le quart des patients ont rencontré un travailleur social et moins de 40 % ont bénéficié d'une rencontre avec un membre de leur famille ou de leur entourage en présence d'un professionnel de l'urgence. Au cours des deux premières semaines suivant le congé de l'hôpital, près de 60 % des personnes suicidaires ont reçu une première rencontre de suivi. Près des deux tiers de ces personnes étaient encore suivies six semaines plus tard. La clientèle hospitalisée après son séjour à l'urgence a été majoritairement référée pour un suivi.

L'application des meilleures pratiques auprès des personnes suicidaires ne se fait donc pas de façon systématique et varie sensiblement d'une urgence psychiatrique à l'autre. Or, l'urgence psychiatrique a la responsabilité d'agir en concertation avec les organismes partenaires en santé mentale afin d'assurer un filet de sécurité aux personnes suicidaires avant leur sortie de l'hôpital. En ce sens, des mécanismes de liaison doivent être clairement établis afin d'assurer un meilleur suivi aux personnes suicidaires.

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU DIRECTEUR.....	iii
REMERCIEMENTS	v
RÉSUMÉ	vii
TABLE DES MATIÈRES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE.....	xi
CONTEXTE.....	1
CHAPITRE 1 : ÉTAT DES CONNAISSANCES	3
1.1 TAUX DE DÉCÈS ET DE RÉCIDIVE DES PERSONNES QUI SE PRÉSENTENT À L'URGENCE SUITE À UNE TENTATIVE DE SUICIDE	3
1.2 SERVICES REÇUS À L'URGENCE ET PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE	3
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE	9
2.1 OBJECTIFS	9
2.2 PARTICIPANTS	9
2.3 MESURES.....	10
2.4 PROCÉDURES	12
2.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	13
2.6 PLAN D'ANALYSES STATISTIQUES	13
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS.....	15
3.1 CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS	15
3.2 SERVICES REÇUS À L'URGENCE	17
3.3 SERVICES REÇUS LORS DE L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE	23
3.4 SUIVI REÇU DEUX SEMAINES APRÈS LE CONGÉ DE L'HÔPITAL.....	24
3.5 SUIVI REÇU DEUX MOIS APRÈS LE CONGÉ DE L'HÔPITAL.....	26
3.6 PERCEPTION DE LA QUALITÉ DU SUIVI REÇU SELON LE TYPE DE RESSOURCE	27
3.7 FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE	29
3.8 IDÉES ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES	30

CHAPITRE 4 : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS.....	31
CONCLUSION.....	35
RÉFÉRENCES.....	37
APPENDICE A	41
APPENDICE B	47

LISTE DES TABLEAUX

1. TAUX DE PARTICIPATION SELON L'URGENCE PSYCHIATRIQUE	10
2. CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS.....	15
3. PRÉSENCE DE TROUBLES MENTAUX ET CARACTÉRISTIQUES DE LA TENTATIVE DE SUICIDE.....	16
4. CARACTÉRISTIQUES DE LA TENTATIVE DE SUICIDE	17
5. SERVICES REÇUS À L'URGENCE.....	18
6. RESSOURCES OÙ LES PARTICIPANTS ONT ÉTÉ RÉFÉRÉS APRÈS LEUR CONGÉ DE L'URGENCE	18
7. SATISFACTION À L'ÉGARD DES SERVICES REÇUS À L'URGENCE	19
8. APPRÉCIATION GLOBALE DES SERVICES REÇUS À L'URGENCE.....	21
9. DESTINATION APRÈS LE CONGÉ DE L'URGENCE SELON L'URGENCE PSYCHIATRIQUE	22
10. RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON L'HÔPITAL ET LA RÉFÉRENCE DE SUIVI	24
11. RESSOURCES OÙ A EU LIEU LA PREMIÈRE RENCONTRE DE SUIVI	24
12. SUIVI DANS LES DEUX SEMAINES SUIVANT LE CONGÉ EN FONCTION DE LA RÉFÉRENCE	25
13. CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS ET FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT	29
14. RÉPARTITION DES PARTICIPANTS SELON LA PRÉSENCE D'IDÉES SUICIDAIRES DEUX SEMAINES ET DEUX MOIS APRÈS LE CONGÉ DE L'HÔPITAL	30

LISTE DE LA FIGURE

1. SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ DEUX SEMAINES ET DEUX MOIS APRÈS LE CONGÉ.....	26
--	----

CONTEXTE

Le Québec est la province canadienne présentant le taux de suicide le plus élevé (St-Laurent et Bouchard, 2004). Le suicide constitue la première cause de mortalité chez les hommes québécois de 20 à 29 ans et chez les femmes de 25 à 29 ans (Institut de la statistique du Québec, 2004). Parmi les populations les plus à risque de s'enlever la vie, on retrouve les personnes qui se présentent à l'urgence d'un hôpital suite à une tentative de suicide. Selon les résultats de maintes études longitudinales, ces personnes présenteraient un taux de suicide de 50 à 100 fois plus élevé que celui de la population générale (Owens, Horrocks et House, 2002).

Un consensus semble se dégager actuellement au Québec quant à l'importance d'améliorer le suivi des personnes suicidaires qui se présentent à l'urgence (Lessard et al., 2002; Potvin, 2004; Gagné et al., 2004, Centre de coordination nationale des urgences, 2004). Le manque de continuité dans les services offerts à cette clientèle fut déploré par plusieurs instances au cours des dernières années, dont le Groupe de travail sur les suicides depuis le pont Jacques-Cartier (Lessard et al., 2002), le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Potvin, 2004), le Groupe d'experts sur l'organisation des services en santé mentale (Gagné et al., 2004) ainsi que le Centre de coordination nationale des urgences (Centre de coordination nationale des urgences, 2004). Les recommandations émises par ces différents groupes afin de corriger la situation présentent plusieurs similarités. Alors que le Groupe de travail présidé par le Directeur de santé publique de Montréal recommande l'application de « *protocoles de soins conformes aux meilleures pratiques en matière d'évaluation, de traitement et de suivi des personnes suicidaires* » (Lessard et al., 2002), le Groupe d'experts dirigé par le Dr Gagné propose la mise en place d'un « *protocole de sortie de l'urgence* » (Gagné et al., 2004). Enfin, le guide de gestion de l'unité d'urgence (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006) précise qu'« *aucun patient suicidaire ou à risque ne devrait quitter l'unité d'urgence sans que l'on se soit assuré de son suivi dans la communauté* » et qu'« *un guide de pratique (protocole) devrait prévoir la prise en charge, l'évaluation et le traitement des personnes suicidaires lorsqu'elles se présentent à l'unité d'urgence* ». (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006).

Cependant, à l'heure actuelle, nous ne disposons d'aucune donnée sur les services reçus par les personnes qui se présentent à l'urgence d'un centre hospitalier québécois suite à une tentative de suicide et sur leur satisfaction à l'égard de ces services. En outre, les facteurs influençant la probabilité qu'une personne suicidaire obtienne un suivi à sa sortie de l'urgence demeurent encore méconnus. La présente étude exploratoire vise à pallier, en partie, à ces lacunes en examinant, dans trois urgences psychiatriques différentes, les pratiques en matière de prise en charge et de suivi des patients ayant commis une tentative de suicide.

CHAPITRE 1

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Le premier chapitre porte sur la problématique du suicide, plus particulièrement sur les taux de décès et de récurrence des personnes qui se présentent à l'hôpital suite à une tentative de suicide. Il fait état également des services dispensés à l'urgence et identifiés comme cruciaux dans la prévention de la récurrence.

1.1 TAUX DE DÉCÈS ET DE RÉCIDIVE DES PERSONNES QUI SE PRÉSENTENT À L'HÔPITAL SUITE À UNE TENTATIVE DE SUICIDE

La tentative de suicide est l'un des facteurs de risque les plus importants du décès par suicide (Brown et al., 2000; Harris et Barraclough, 1997). Près du quart des personnes qui s'enlèvent la vie ont fait une tentative de suicide dans l'année précédant leur décès (Appleby et al., 1999a; Hawton, Houston et Shepperd, 1999; Owens et House, 1994). Les personnes qui se présentent à l'hôpital suite à une tentative de suicide constituent un groupe à risque élevé de récurrence et de décès par suicide. Une recension critique de près d'une centaine d'études longitudinales révèle que 16 % d'entre elles commettront une autre tentative de suicide dans l'année suivante, alors que 1 % à 2 % s'enlèveront la vie, ce qui représente un taux de suicide 50 à 100 fois plus élevé que celui de la population générale (Owens, Horrocks et House, 2002). Une étude réalisée en Angleterre (Gairin, House et Owens, 2003) montre qu'une forte proportion (39 %) des personnes décédées par suicide se sont présentées dans une urgence dans l'année précédant leur décès, dont plus d'un tiers suite à une tentative de suicide (15 % de tous les suicides). La dernière visite à l'urgence pour cause de tentative de suicide s'était produite peu de temps avant le décès (médiane de 38 jours). De fait, les premières semaines suivant le congé de l'urgence sont particulièrement cruciales pour les récurrences (Appleby et al., 1999b; Geddes et al., 1997).

1.2 SERVICES REÇUS À L'URGENCE ET PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE

La qualité des soins reçus à l'urgence peut réduire le risque de poser à nouveau un geste suicidaire et d'en mourir. Trois éléments en particulier ont été identifiés comme cruciaux dans la littérature : 1) l'évaluation du patient; 2) l'implication de la famille et des proches; et 3) le processus de référence.

1.2.1 L'évaluation. L'importance de réaliser, à l'urgence, une évaluation psychiatrique et psychosociale des patients qui se présentent suite à une tentative de suicide fait consensus auprès des associations professionnelles de psychiatres de la Grande Bretagne (Royal College of Psychiatrists, 2004), des États-Unis (American Psychiatric Association, 2003) et de la Suède (Isacsson et Rich, 2001). Les récentes lignes directrices formulées par ces associations pour guider la pratique de leurs professionnels en matière de prise en charge et de suivi des patients suicidaires précisent qu'une telle évaluation doit non seulement porter sur les

troubles mentaux et les idées ou plans suicidaires, mais également sur les antécédents familiaux et personnels du patient, sur sa situation psychosociale ainsi que sur ses forces et ses facteurs de protection. Cette évaluation doit être effectuée le plus tôt possible lorsque l'état du patient le permet afin d'éviter des départs précipités de l'urgence. Des études ont montré que les personnes qui quittent l'urgence de leur propre chef, avant d'avoir complété le processus d'évaluation, ont un risque beaucoup plus élevé de récurrence (Crawford et Wessely, 1998; Hickey et al., 2001).

1.2.2 *L'implication de la famille et des proches.* Les lignes directrices britanniques, américaines et suédoises recommandent d'impliquer la famille dans l'évaluation de la personne suicidaire (American Psychiatric Association, 2003; Isacson et Rich, 2001; Royal College of Psychiatrists, 2004). Les informations collatérales apportées par la famille ou l'entourage du patient permettent de compléter l'évaluation et d'obtenir ainsi un portrait plus juste de la réalité. Le Collège royal des psychiatres de Grande-Bretagne encourage également ses professionnels à offrir à la famille des personnes suicidaires toxicomanes les coordonnées de ressources de soutien pour les proches, comme celles de Al-Anon par exemple (Royal College of Psychiatrists, 2004). Partager le quotidien d'une personne suicidaire s'avère une expérience extrêmement troublante et exigeante pour les proches (Dulac et Laliberté, 2001; Tousignant et Séguin, 1999). Il se fait peu d'intervention auprès des familles et des proches de personnes souffrant d'un problème de santé mentale au Québec et le lien entre les proches et l'équipe traitante n'est pas toujours fonctionnel, les communications étant souvent jugées très insatisfaisantes (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001). Pourtant, l'implication de la famille dans le processus de référence a été démontrée efficace pour accroître la fidélité au suivi post-tentative (Spooren, van Heeringen et Jannes, 1998).

1.2.3 *Le processus de référence.* Avant de quitter l'urgence, les personnes qui ont fait une tentative de suicide devraient obtenir un premier rendez-vous de suivi et savoir où, quand et avec qui s'effectuera ce suivi (American Psychiatric Association, 2003; Isacson et Rich, 2001; Royal College of Psychiatrists, 2004). Ces informations devraient également leur être fournies par écrit (Royal College of Psychiatrists, 2004). Une étude récente montre que, chez des adultes admis à l'urgence suite à une tentative de suicide, le fait d'avoir été référé pour un suivi après le congé est associé à un risque réduit de récurrence (Kapur et al., 2004). L'Association américaine des psychiatres souligne également l'importance d'obtenir l'adhésion du patient quant à la référence choisie, ceci afin d'augmenter la probabilité que la personne se présente à son rendez-vous de suivi (American Psychiatric Association, 2003). Les personnes suicidaires sont effectivement reconnues comme étant peu fidèles au traitement qui leur est recommandé à l'urgence : moins de 40 % reçoivent un suivi après leur congé de l'urgence (Bronisch et Hecht, 1990; Motto et Bostrom, 2001; Van Heeringen et al., 1995). Les

premiers jours suivant le congé seraient critiques pour impliquer les personnes qui ont fait une tentative de suicide dans un suivi, puisque après cette courte période, la probabilité qu'une personne s'y engage est faible (Monti, Cedereke et Öjehagen, 2004).

On connaît mal les raisons de la faible observance constatée chez les personnes qui ont fait une tentative de suicide. Le manque de fidélité est pourtant l'un des déterminants les plus importants de la détérioration de l'état du patient dans les semaines suivant le congé (Cremniter et al., 2001) et est même associé à un risque accru de décès par suicide (Desai, Dausey et Rosenheck, 2005). Peu d'études se sont intéressées aux raisons du manque de fidélité des patients suicidaires, mais leurs résultats suggèrent qu'il pourrait s'expliquer par le fait que la personne (ou son entourage) ne croit pas en l'utilité du suivi proposé (Clarke et al., 2004) ou que la responsabilité de prendre le rendez-vous de suivi est souvent confiée à la personne suicidaire elle-même ou aux membres de son entourage (Dulac, 2003).

Le processus de référence utilisé à l'urgence peut influencer la probabilité qu'une personne suicidaire obtienne un suivi et soit fidèle au traitement recommandé. Un essai clinique randomisé, réalisé auprès de plus de 600 patients admis à l'urgence psychiatrique de trois hôpitaux, a montré que certaines interventions effectuées à l'urgence améliorent la fidélité à la référence et au traitement : la prise d'un premier rendez-vous de suivi avant le congé, l'implication de la famille dans la référence et une communication directe entre le patient et le professionnel qui assurera le suivi (Spooren, van Heeringen et Jannes, 1998). Deux études vont dans le même sens puisqu'elles indiquent que le fait de planifier le suivi et de prendre le rendez-vous avant de laisser la personne quitter l'hôpital augmente le taux de fidélité au traitement chez des jeunes qui ont fait une tentative de suicide (Granboulan et al., 2001; Swedo, 1989). Deux interventions visant à sensibiliser les jeunes qui ont fait une tentative de suicide et leurs parents à l'importance du suivi post-tentative ont aussi été démontrées efficaces à augmenter la fidélité au traitement (Rotheram-Borus et al., 1999; Donaldson et al., 1997).

En résumé, les études recensées indiquent que les personnes qui se présentent à l'urgence suite à une tentative de suicide sont à risque élevé de récurrence et de décès par suicide. Les services dispensés à l'urgence peuvent influencer la probabilité que ces personnes reçoivent, à leur sortie de l'urgence, un suivi approprié à leurs besoins et diminuer ainsi les risques de récurrence. Aucune étude n'a documenté les services reçus suite à une tentative de suicide au Québec et les déterminants de la fidélité au traitement recommandé demeurent encore méconnus.

La diversité des services offerts aux personnes suicidaires varie grandement selon les hôpitaux montréalais et la disponibilité des ressources institutionnelles et communautaires sur leur territoire respectif. Toutefois, les personnes se présentant à l'urgence suite à une tentative de suicide doivent nécessairement passer par l'une ou l'autre de ces étapes permettant ainsi d'établir une évaluation de leur état et de proposer un suivi approprié à leur situation.

- **Évaluation au triage.** La personne ayant fait une tentative de suicide fait l'objet d'une évaluation sommaire documentant les circonstances de la tentative et de son état physique. L'infirmière lui attribue alors un code de priorité. Si la personne présente un danger imminent pour elle-même, des mesures de surveillance sont mises en place en attendant l'évaluation du médecin.
- **Évaluation par l'omnipraticien.** La personne fait l'objet d'une évaluation plus approfondie par le médecin de garde qui vérifie si des soins physiques sont requis (ex. : intoxication médicamenteuse). Une demande de consultation en psychiatrie peut être effectuée à l'urgence psychiatrique, au psychiatre de garde ou encore dans un hôpital doté d'un département de psychiatrie.
- **Évaluation par l'équipe de psychiatrie.** Une première collecte d'informations est effectuée auprès du patient par l'infirmière et transmise au psychiatre. Ce dernier effectue une évaluation psychosociale et psychiatrique du patient en présence ou non d'un membre de l'équipe de psychiatrie. Selon le protocole établi à l'urgence de l'hôpital, un intervenant clé peut rencontrer un proche afin de lui donner du soutien. La décision de donner le congé au patient, de le garder en observation 24 heures ou de l'hospitaliser revient au psychiatre. Cette dernière alternative se fait majoritairement pour sécuriser la personne suicidaire, plus particulièrement pour les personnes souffrant de dépression majeure sévère ou de schizophrénie. Elle s'applique rarement aux personnes présentant des troubles de personnalité ou de toxicomanie.
- **Services avant le congé.** Les services offerts aux personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide varient grandement selon les politiques internes des hôpitaux, la disponibilité des ressources et l'achalandage à l'urgence lors de l'admission. L'implication de la travailleuse sociale se fait habituellement auprès des patients vivant une situation complexe, les toxicomanes ou lorsqu'une intervention auprès de la famille est indiquée.

Favoriser l'application des meilleures pratiques auprès de la clientèle suicidaire se présentant dans les urgences hospitalières apparaît donc cruciale aux yeux de plusieurs experts. Afin d'identifier ces meilleures pratiques,

l'ADRLSSSS¹ de Montréal a constitué un groupe de travail composé de représentants de la Direction de santé publique de Montréal, de Suicide Action Montréal, de l'hôpital Notre-Dame (CHUM), de l'hôpital Sacré-Cœur et du centre hospitalier St-Mary. Après avoir consulté la littérature scientifique et pris connaissance d'expériences réalisées à l'étranger, le groupe de travail a retenu diverses mesures visant à améliorer le suivi des personnes suicidaires basées sur les meilleures pratiques :

- transfert à l'urgence psychiatrique de tout patient qui vient de faire une tentative de suicide;
- évaluation par un psychiatre dans les 24 heures;
- un professionnel de l'urgence rencontre une personne significative de l'entourage au moins une fois pour évaluer le niveau de soutien disponible dans le milieu naturel;
- un professionnel de l'urgence évalue les besoins de suivi, médicaux et psychosociaux;
- un professionnel de l'urgence donne à la famille ou à une personne significative de l'entourage des informations sur les meilleures façons de soutenir la personne suicidaire ainsi que les coordonnées d'une ressource pouvant lui offrir du soutien;
- en collaboration avec la personne suicidaire, le professionnel de l'urgence identifie la(les) ressource(s) qui assureront son suivi;
- avec l'accord de la personne suicidaire, le professionnel de l'urgence contacte les intervenants qui assureront le suivi pour transmettre les informations pertinentes et prendre un premier rendez-vous pour la personne suicidaire;
- la personne reçoit, avant son congé, des informations écrites concernant les coordonnées de la ressource qui assurera son suivi et d'une ressource disponible 24/7;
- retour d'information entre l'urgence et la ressource externe concernant la venue ou non de la personne à son premier rendez-vous;
- dans le cas où la personne ne s'est pas présentée à son rendez-vous, le professionnel effectue une relance.

À titre de projet-pilote, les urgences psychiatriques de Notre-Dame, Sacré-Cœur et St-Mary ont été invitées à promouvoir l'application de ces pratiques au sein de leur unité respective. Précisons que ces recommandations sont une aide à la prise de décision, mais qu'elles ne se substituent en aucun cas au jugement clinique. Les psychiatres demeurent donc entièrement libres d'appliquer ou non chacune d'entre elles.

¹ ADRLSSS : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

CHAPITRE 2

MÉTHODE

2.1 OBJECTIFS

Cette étude vise à documenter les services reçus par les personnes qui se présentent à l'urgence d'un hôpital suite à une tentative de suicide en vue d'en tirer des enseignements utiles pour l'amélioration de leur suivi.

Plus spécifiquement, elle poursuit les objectifs suivants :

- décrire l'ensemble des services reçus par la clientèle lors de son séjour à l'urgence psychiatrique et lors de l'hospitalisation en psychiatrie;
- décrire le suivi obtenu dans la communauté deux semaines et huit semaines après le congé de l'hôpital et en identifier les déterminants;
- déterminer le degré d'appréciation à l'égard des services reçus (utilité perçue et satisfaction);
- identifier les pratiques favorisant la continuité de services entre les centres hospitaliers et les ressources de la communauté.

2.2 PARTICIPANTS

Critères d'inclusion

Les participants doivent satisfaire les critères suivants : 1) être âgé de 18 ans et plus; 2) être francophone ou anglophone; 3) avoir été évalué à l'urgence suite à une tentative de suicide.

Recrutement

Le recrutement des participants s'est effectué selon une méthode d'échantillonnage volontaire. Cette méthode, non probabiliste, convient aux situations qui rendent difficile le recrutement des participants, soit en raison de la nature de la problématique de recherche ou de sa faible prévalence parmi la population à l'étude (Singelton, 1988).

Les participants admissibles à l'étude sont recrutés à l'urgence psychiatrique de trois hôpitaux généraux montréalais où ils ont été admis suite à une tentative de suicide. Les participants potentiels sont identifiés par le personnel de l'urgence (infirmière, travailleuse sociale, psychologue, psychiatre) qui ont pour mandat de solliciter leur participation et de procéder à la signature du formulaire de consentement.

Au cours d'une période de 12 mois (juin 2005 à mai 2006), 113 personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide ont été invitées à participer à l'étude, ce à quoi 84 (74,3 %) ont consenti. Ces personnes ont été rappelées deux semaines après leur congé pour la première entrevue, laquelle a été complétée par 52 (61,9 %) d'entre elles puis par 37 (72,2 %) à la deuxième entrevue. Les interviewers rapportent plusieurs difficultés dans leurs tentatives pour rejoindre cette clientèle (changement de numéro de téléphone, absence du logis lors des appels, pas d'autorisation pour laisser un message sur la boîte vocale, etc.).

Tableau 1
Taux de participation selon l'urgence psychiatrique

	Sollicitation	Refus	Acceptation	Participation
Hôpital 1	47	17	30	21
Hôpital 2	34	4	30	18
Hôpital 3	32	8	24	13
	113	29	84	52

2.3 MESURES

Instruments

Trois instruments de mesure sont utilisés dans le cadre de cette étude : une fiche de renseignements (Appendice 1), une grille d'entrevue semi-structurée pour l'entrevue téléphonique deux semaines après le congé de l'urgence (Appendice 2), ainsi qu'une autre à être administrée six semaines plus tard.

La fiche de renseignements est complétée par un membre du personnel de l'urgence pour chacun des participants. Cette fiche permet de recueillir dans le dossier du patient les informations suivantes : sexe, âge, troubles mentaux, durée du séjour à l'urgence, destination après le séjour à l'urgence, moyen utilisé pour la tentative de suicide et sévérité de celle-ci.

La première entrevue porte sur les interventions effectuées à l'urgence, les services reçus dans la communauté depuis le congé, l'appréciation des services reçus, la consommation de médicaments et la fidélité au traitement, les idéations et les comportements suicidaires ainsi que quelques données sociodémographiques. La deuxième entrevue reprend les mêmes mesures à l'exception des interventions effectuées à l'urgence et des données sociodémographiques.

Variables

Troubles mentaux

Cette variable correspond au diagnostic posé par le psychiatre à l'urgence et est colligée par un membre du personnel de l'urgence au moment du recrutement du participant.

Interventions effectuées à l'urgence

Les interventions effectuées à l'urgence sont rapportées par le participant au cours de la première entrevue téléphonique. Les interventions considérées sont les suivantes :

- évaluation dans les plus brefs délais par l'urgentiste de garde;
- évaluation par un psychiatre de l'urgence;
- évaluation par une travailleuse sociale;
- rencontre (ou contact téléphonique) par un professionnel de l'urgence avec une personne significative de l'entourage de la personne suicidaire;
- transmission d'informations sur les ressources pouvant offrir du soutien à la famille;
- évaluation des besoins de suivi de la personne suicidaire par un professionnel de l'urgence;
- identification de ressources qui assureront le suivi de la personne suicidaire par un professionnel de l'urgence (en collaboration avec la personne suicidaire);
- prise d'un premier rendez-vous de suivi avant le congé de l'urgence;
- transmission d'informations écrites sur la ressource qui assurera le suivi ainsi que sur une ressource disponible 24/7.

Services reçus dans la communauté

Des questions développées pour les fins de cette étude et inspirées de l'Enquête de santé de l'Ontario (Ontario Health Survey, Ministry of Health Ontario, 1990) permettent de mesurer le type de services reçus dans la communauté. Les divers types de dispensateurs et de lieux de consultation, autant du milieu communautaire qu'institutionnel, sont couverts par l'outil.

Appréciation des services reçus

À l'aide de questions ouvertes et fermées développées pour les fins de cette étude, nous mesurons le degré d'appréciation des participants à l'égard des services reçus à l'urgence et dans la communauté ainsi que leur utilité perçue. Nous demandons également aux participants d'identifier des améliorations possibles à apporter aux services actuels.

Consommation de médicaments

Le traitement pharmacologique est précisé à l'aide de quatre questions pour lesquelles le participant doit préciser le nom de la médication, le moment où on la lui a prescrite (à l'urgence, avant l'urgence, après

l'urgence) ainsi que le type de professionnel qui a prescrit la médication (médecin de garde à l'urgence, le psychiatre ou autre médecin).

Fidélité au traitement

La fidélité au traitement réfère au fait de s'être conformé aux recommandations émises par les professionnels de l'urgence quant au suivi approprié à la sortie de l'hôpital (rendez-vous de suivi en clinique externe, traitement pharmacologique, psychothérapie, etc.). Des questions développées pour les fins de cette étude permettent de mesurer cette variable.

Idéations et comportements suicidaires

Quatre questions développées aux fins de cette étude sont utilisées pour mesurer la fréquence des idéations suicidaires et leur gravité, de même que la fréquence des tentatives de suicide depuis leur dernier séjour à l'urgence.

Données sociodémographiques

Des questions tirées de l'Enquête Sociale et de Santé (1998) ont été adaptées afin de mesurer diverses variables sociodémographiques telles le statut civil, la composition du ménage, le niveau de scolarité, le statut d'emploi, la parentalité, le revenu, le statut financier perçu et l'origine ethnique.

2.4 PROCÉDURES

La coordonnatrice de recherche de la Direction de santé publique communique quotidiennement avec chacune des urgences participantes afin de vérifier si une personne correspondant aux critères d'inclusion a été admise à l'urgence suite à une tentative de suicide au cours des 24 dernières heures. Le personnel de l'urgence est également encouragé à communiquer directement avec la coordonnatrice de recherche pour lui signaler tout nouveau participant. Lorsque des participants potentiels sont identifiés, le psychiatre qui les a évalué doit confirmer qu'ils sont aptes à consentir d'une manière éclairée à la recherche et à y participer. Un membre du personnel de l'urgence demande alors au patient s'il accepte de participer à la recherche, et le cas échéant, de lire et signer le formulaire d'information et de consentement. Une copie de ce formulaire est remise au patient, une autre est insérée dans le dossier du patient et une troisième est envoyée aux chercheurs. Les personnes donnant leur consentement éclairé doivent fournir, sur le formulaire, deux numéros de téléphone où les rejoindre.

Dès la réception des formulaires, un membre de l'équipe de recherche transmet l'information relative aux participants potentiels à un interviewer. Ce dernier téléphone au participant deux semaines après son congé de l'hôpital afin de réaliser la première entrevue téléphonique, d'une durée approximative de 30 minutes. Avant de

débuter l'entrevue téléphonique, l'interviewer s'assure d'obtenir encore une fois le consentement éclairé de la personne en lui rappelant les objectifs de la recherche, la nature de la participation demandée et en lui précisant que sa participation est entièrement volontaire et qu'elle peut se retirer de l'étude en tout temps sans aucun préjudice. Une compensation financière de 10 \$ est acheminée au participant par la poste après cette première entrevue. Six semaines plus tard, le même interviewer rappelle le participant afin de réaliser la deuxième entrevue, suite à laquelle une autre compensation financière de 10 \$ lui est acheminée. Avant de procéder à cette dernière entrevue, un consentement éclairé est également demandé au participant.

2.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Cette étude a été passée en revue et approuvée par les comités d'éthique des hôpitaux participants. Un consentement libre et éclairé est obtenu de la part de tous les participants au moment de leur recrutement et avant chacune des entrevues téléphoniques. Les participants conservent une copie signée du formulaire d'information et de consentement, lequel indique les noms et numéros de téléphone des personnes à contacter dans les hôpitaux en cas de plainte au sujet de la participation à cette recherche. Aucune plainte n'a été signalée. Les participants sont tous informés que leur participation est volontaire et qu'ils peuvent se retirer de l'étude en tout temps et sans aucun préjudice.

Les entrevues sont effectuées par des intervenants qualifiés possédant au moins deux années d'expérience clinique. Si une crise suicidaire est décelée lors d'un appel téléphonique, l'interviewer procède à une évaluation de l'urgence de la situation et communique au participant les coordonnées de ressources à contacter pour obtenir de l'aide. Chaque entrevue se termine par une période d'échange pendant laquelle les participants qui en ont besoin peuvent recevoir du soutien et les coordonnées de ressources médicales ou psychosociales. Les données de la recherche sont conservées sous clef à la Direction de santé publique de Montréal et un code numérique remplace les renseignements nominatifs. Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude sont traitées de manière confidentielle et l'anonymat des participants sera préservé dans toute forme de présentation des résultats.

2.6 PLAN D'ANALYSES STATISTIQUES

Dans un premier temps, les informations quantitatives sont saisies dans une base de données SPSS et font ensuite l'objet d'analyses descriptives (fréquence, moyenne, écart-type). Ceci nous permet, notamment, de déterminer le degré d'application des meilleures pratiques pour l'évaluation et le suivi des personnes suicidaires ainsi que le niveau d'appréciation pour chacun des services reçus à l'urgence et dans la communauté.

Dans un deuxième temps, des tests non paramétriques (chi-carré, McNemar) sont effectués avec les données nominales ou dichotomiques afin de mettre en lien les services reçus à l'urgence avec l'obtention de suivi dans la communauté et l'occurrence de nouvelles tentatives.

Dans un troisième temps, des analyses de régression sont effectuées afin d'identifier les déterminants de l'obtention d'un suivi dans la communauté et de la fidélité au traitement (variables dépendantes) en prenant en compte comme variables indépendantes les caractéristiques sociodémographiques, le trouble mental et les services reçus à l'urgence.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

3.1 CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

Les participants sont majoritairement de sexe féminin et âgés en moyenne de 38,6 ans ($ET = 14,6$; $Min = 18$; $Max = 72$). Près de la moitié (48,1 %) était sans emploi au moment de l'entrevue. Le tiers des participants rapporte un revenu annuel inférieur à 10 000 \$ et une proportion similaire se considère pauvre ou très pauvre.

Tableau 2
Caractéristiques des participants (n=52)

Caractéristiques	f	%
Sexe féminin	32	61,5
Statut civil		
Célibataire	27	51,9
Marié ou en union de fait	13	25,0
Séparé, divorcé ou veuf	12	23,1
A un ou des enfants	25	48,1
Vit seul	20	38,5
Niveau de scolarité		
Primaire	7	13,5
Secondaire	24	46,2
Collégial	8	15,4
Universitaire	13	25,0
Statut d'emploi		
Sans emploi	25	48,1
En arrêt de travail	15	28,8
Emploi à temps plein	7	13,5
Emploi à temps partiel	5	9,6
Revenu annuel brut du foyer ^a		
Moins de 10 000\$	16	32,7
10 000\$ à 30 000\$	13	26,5
30 000\$ à 50 000\$	8	16,3
50 000\$ à 70 000\$	6	12,2
70 000\$ et plus	6	12,3
Perception de la situation économique		
À l'aise financièrement	8	15,7
Revenus suffisants pour répondre aux besoins	25	49,0
	11	21,6

Caractéristiques	f	%
Pauvre		
Très pauvre	7	13,7
Canadien d'origine	47	90,4
Orientation hétérosexuelle	50	96,2

^a : n=49; ^b : n=51

Le tableau 3 présente les troubles mentaux tels qu'identifiés par le psychiatre lors du séjour des participants à l'urgence. Un seul participant ne présente aucun trouble mental, alors que le quart présente une comorbidité. Les troubles de la personnalité sont les plus fréquents (46,2 %), suivis de près par les troubles de l'humeur (36,5 %). Viennent ensuite les troubles d'abus ou de dépendance aux substances et les troubles d'adaptation.

Tableau 3

Présence de troubles mentaux et caractéristiques de la tentative de suicide (n=52)

Caractéristiques	f	%
Avoir au moins un trouble	51	98,1
Avoir deux troubles ou plus	13	25,0
Trouble de l'humeur	19	36,5
Trouble de la personnalité	24	46,2
Personnalité limite	20	38,5
Trouble d'abus ou de dépendance aux substances	9	17,3
Trouble d'adaptation	8	15,4
Schizophrénie	3	5,8

Près des deux tiers des tentatives de suicide (63,5 %) sont de sévérité modérée selon l'évaluation des infirmières de l'urgence (tableau 4). La majorité (78,8 %) des tentatives de suicide ont été effectuées par intoxication médicamenteuse. Les autres moyens beaucoup moins fréquents sont les lacérations aux poignets, la strangulation et l'intoxication au monoxyde de carbone.

Tableau 4
Caractéristiques de la tentative de suicide (n=52)

Caractéristiques	f	%
Moyen utilisé pour la tentative de suicide		
Intoxication médicamenteuse ou liquide	41	78,8
Lacérations des poignets	6	11,5
Strangulation	3	5,8
Intoxication au monoxyde de carbone	2	3,9
Sévérité de la tentative de suicide		
Faible	8	15,4
Modérée	33	63,5
Élevée	9	17,3

3.2 SERVICES REÇUS À L'URGENCE

Les informations concernant les services reçus à l'urgence ont été recueillies au cours de la première entrevue téléphonique, en moyenne 18,5 jours ($ET = 4,7$; $Min = 10$; $Max = 32$) après le congé de l'hôpital, mais près d'un mois après la tentative de suicide ($M = 27,3$ jours; $ET = 13,2$; $Min = 14$; $Max = 67$).

Le quart des participants rapportent avoir rencontré une travailleuse sociale au cours de leur séjour à l'urgence. Plus des deux tiers (61,5 %) mentionnent qu'aucun contact n'a été initié avec un membre de leur famille ou de leur entourage par les professionnels de l'urgence. Lorsqu'ils avaient lieu, les contacts étaient principalement effectués en face à face et en présence de la personne ayant commis une tentative de suicide.

Le séjour à l'urgence aura été de moins de 24 heures pour 70 % des participants non-hospitalisés, cinq personnes seulement (16,7 %) y sont demeurés plus de deux jours. Parmi les participants qui ont obtenu leur congé sans hospitalisation (n=35), près du tiers (31,4 %) ont quitté l'urgence sans référence pour un suivi et 28,6 % avec uniquement les coordonnées d'une ressource à contacter après le retour à la maison. Les professionnels se sont assurés de la prise d'un premier rendez-vous dans 40 % des cas.

Tableau 5
Services reçus à l'urgence (n=52)

Services reçus à l'urgence	f	%
Rencontre avec une travailleuse sociale	13	25,0
Contact avec un membre de la famille ou de l'entourage	20	38,5
Congé avec référence pour un suivi (n=35)	24	68,6
Avec un premier rendez-vous	14	40,0
Coordonnées seulement	10	28,6
Pas de référence pour suivi	11	31,4
Hospitalisation en psychiatrie	17	32,7

Les centres de crises ainsi que les cliniques externes de psychiatrie sont les ressources les plus souvent proposées aux personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide (voir tableau 6).

Tableau 6
Ressources où les participants ont été référés après leur congé de l'urgence (n=35)

Ressources	f	%
Centre de crise	14	40,0
CLSC	3	8,6
Clinique externe de psychiatrie	11	31,4
Ressource en toxicomanie	2	5,7
Psychologue en pratique privé	2	5,7

La satisfaction à l'égard des services reçus à l'urgence est assez élevée tant pour les rencontres avec le psychiatre, la travailleuse sociale, qu'avec un membre de l'entourage (voir tableau 7).

Rencontre avec le psychiatre

Les participants ont particulièrement apprécié la qualité d'écoute, l'empathie et le soutien offert par le psychiatre.

« Cette rencontre m'a permis de m'ouvrir, de parler de l'événement et de la vie en général. Cela a ouvert à une discussion, en fait. »

« J'étais renfermé, je ne parlais jamais avant. La psychiatre a été capable de me faire parler de choses que je n'avais jamais dites. J'ai pu évacuer bien des choses. Elle a été capable de venir chercher des informations. Avant, je me savais de tout le monde. »

« Il a été très gentil. Il m'a fait voir que ce que je vivais, c'était très normal, que c'était normal que j'aie pété au frette de même. »

D'autres relèvent le savoir-faire et l'expertise des psychiatres en ce qui a trait au traitement proposé. Que ce soit pour le traitement pharmacologique ou le type de prise en charge suggéré, ils se sont sentis en confiance.

« Le psychiatre a immédiatement conclu le genre de traitement dont j'avais besoin pour guérir de ma dépression. »

« Il a pris la décision de m'hospitaliser tout de suite et de commencer la médication. Je me suis sentie en confiance. »

Certaines personnes ont eu davantage de difficulté à établir de bons liens avec le psychiatre. Elles leur reprochent de ne pas avoir pris le temps nécessaire pour amorcer un dialogue ou encore de ne pas avoir fait montre de compréhension à leur égard.

« Parce que je sentais que le psychiatre voulait juste établir un diagnostic sans, comment je dirais ça... Déjà là qu'avec les psychiatres, j'ai un petit préjugé. Je les trouve un peu froids. Puis, ils n'ont pas vraiment réussi à établir un bon échange avec moi. »

« Il n'était pas très compréhensif, j'avais l'impression de me faire chicaner et qu'il ne voulait pas m'aider. »

Tableau 7

Satisfaction à l'égard des services reçus à l'urgence

Services reçus à l'urgence	Très ou assez aidant	Peu ou pas du tout aidant
Rencontre avec le psychiatre	64,9 %	35,1 %
Rencontre avec la travailleuse sociale	76,9 %	23,1 %
Contact avec un membre de l'entourage	70,6 %	29,4 %

Rencontre avec la travailleuse sociale

Les rencontres avec une travailleuse sociale ne sont pas systématiques, mais la majorité des patients qui en ont bénéficié ont apprécié l'échange. Cela leur a permis de prendre connaissance des ressources auxquelles elles pouvaient recourir à leur sortie de l'urgence et de mieux comprendre le plan d'action proposé. Les rencontres avec la travailleuse sociale se déroulent en individuel ou en collaboration avec un membre de l'équipe de professionnels oeuvrant à l'urgence (psychiatre, infirmière, résidant, etc.). Certains auraient souhaité des échanges plus soutenus avec ce professionnel lors de leur séjour à l'urgence.

« Elle me posait des questions justes. Elle a été cordiale. J'ai été traité comme un être humain. »

« Elle m'a donné les ressources qu'il fallait, comme j'avais demandé. Mais j'ai trouvé que ça avait été un peu bref. J'avais l'impression que : O.K, on fait ça, ça et ça. Mais au moins, elle m'a donné toutes les ressources dont j'avais besoin. »

Rencontre avec un membre de l'entourage

Moins de 40 % des personnes suicidaires ont bénéficié d'un contact avec un membre de leur famille ou de leur entourage en présence d'un professionnel de l'urgence. Certaines disent avoir grandement apprécié ces échanges.

« Nous avons discuté tous ensemble et j'ai montré mon vrai visage. Ça été les retrouvailles avec ma famille. J'ai vu combien mes parents, mes sœurs et même mon ex-conjointe m'aimaient. »

« J'ai pu dire ce que je pensais et les autres ont pu comprendre mon problème. Cela a permis de clarifier les choses autant pour moi que pour eux. »

Cependant, d'autres ont jugé que cette rencontre avait été inconfortable ou peu aidante dans un contexte d'hospitalisation :

« Je n'étais pas à l'aise de parler parce que mon copain était là. Il y a des choses qu'on ressent et qu'on n'a pas envie de divulguer à quelqu'un qu'on connaît. »

« Cela n'a pas donné grand chose. Cela a viré un petit peu mal et on a haussé le ton. On n'était pas toujours d'accord, le psychiatre, ma famille et moi. »

Fait surprenant, seulement 12,5 % des personnes pour lesquelles il n'y a eu aucun contact avec un membre de leur famille ou de leur entourage auraient souhaité qu'un tel contact ait lieu.

« Avec ma famille, cela ne marche pas. Cette rencontre n'aurait pu être possible avec personne. Ma tante ne veut rien savoir, mon père vit en France. Je suis pas mal toute seule. Personne n'est intéressée à m'aider. »

« Je préférais que ma famille ne soit pas mise au courant. Je suis déconnectée avec ma famille. Personne ne viendra me chercher. »

Services reçus à l'urgence

D'une manière générale, les participants (70,9 %) rapportent avoir « assez » ou « beaucoup » apprécié les services reçus à l'urgence. Ainsi, ils estiment avoir été traités avec respect, écoutés attentivement et pris au sérieux (voir tableau 8). Cependant, 41,3 % des participants ne considèrent pas avoir reçu toutes les informations nécessaires sur les services disponibles pour les aider après leur congé. Aussi, près du tiers

(31,9 %) des participants jugent que le personnel de l'urgence ne les a pas bien compris. Un score d'appréciation globale a été calculé en additionnant les réponses aux énoncés présentés au tableau 8. Une seule différence a été observée à cet égard : les personnes souffrant d'un trouble de personnalité rapportent une appréciation plus élevée que les personnes ne souffrant pas d'un tel trouble. Il n'y a aucune différence en ce qui concerne le sexe, l'âge, les antécédents suicidaires, la sévérité de la tentative de suicide, l'hôpital d'accueil, la durée du séjour à l'urgence ou le fait d'y avoir été référé pour un suivi.

Tableau 8
Appréciation globale des services reçus à l'urgence

Énoncés	Totalement d'accord	D'accord	En désaccord	Totalement en désaccord
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
On vous a traité avec respect.	22 (47,8)	19 (41,3)	4 (7,7)	1 (2,2)
On vous a donné toutes les informations nécessaires sur les services disponibles pour vous aider après votre congé.	12 (26,1)	15 (32,6)	14 (30,4)	5 (10,9)
Le personnel de l'urgence (psychiatre, infirmière, travailleuse sociale) vous a écouté attentivement et vous a pris au sérieux.	25 (53,2)	11 (23,4)	7 (14,9)	4 (8,5)
L'ensemble des professionnels rencontrés vous a bien compris.	17 (36,2)	15 (31,9)	12 (25,5)	3 (6,4)

Une majorité de participants affirment avoir grandement apprécié les soins de qualité qui leur ont été prodigués, et ce, dans un cadre à la fois sécuritaire et sécurisant. Ils ont ressenti beaucoup d'empathie de la part du personnel soignant qui, de façon générale, ne posait pas de jugement sur les motifs ayant conduit à la tentative de suicide.

« J'ai apprécié la manière dont on m'a accueilli et traité. Ils ne m'ont pas jugé malgré ce que j'ai fait. »

« J'ai apprécié que l'on ne m'infantilise pas, qu'on ne minimise pas ma souffrance et qu'on fasse appel à mon autonomie. »

Toutefois, certains participants déplorent le fait que l'urgence ne constitue pas un lieu propice à l'écoute et que la durée du séjour très brève ne favorise pas l'établissement de liens de confiance avec les professionnels.

« J'aurais eu besoin de plus de temps pour parler, pour que l'on m'écoute. J'aurais accepté qu'ils me gardent un ou deux jours de plus. Je me suis sentie trop vite renvoyée dans mon quotidien. »

« J'aurais aimé avoir plus de rencontres avec le psychiatre, plus de ressources et plus de choix. Il fallait que je cours après le personnel pour qu'il me parle. »

En outre, plusieurs participants déplorent ne pas avoir été informés des ressources disponibles pour assurer leur suivi. Ils auraient apprécié avoir leur rendez-vous de suivi à la sortie de l'hôpital ou à tout le moins connaître les coordonnées d'une ressource à contacter au besoin.

« J'aurais aimé être référée en psychiatrie ou avoir un suivi concret comme une thérapie. Ils ne m'ont rien proposé à l'urgence psychiatrique. »

« J'aurais voulu avoir plus de ressources ou alors qu'ils me gardent plus longtemps à l'hôpital. J'aurais voulu voir une travailleuse sociale. »

Destination après le congé de l'urgence

La majorité des participants (61,5 %) sont retournés à leur domicile après leur séjour à l'urgence, le tiers (32,7 %) ont été hospitalisés en psychiatrie et trois d'entre eux (5,8 %) ont été hébergés temporairement en centre de crise. Afin de mieux comprendre les variables en jeu dans la décision de retourner la personne à domicile plutôt que de l'hospitaliser ou de la transférer dans un centre de crise pour un hébergement, nous avons effectué des analyses de chi-carré en séparant nos participants en deux groupes : retour à domicile (n=32) et hospitalisation ou hébergement en centre de crise (n=20).

Tableau 9
Destination après le congé de l'urgence selon l'urgence psychiatrique

	Destination après le congé de l'urgence	
	Domicile	Hospitalisation ou hébergement en centre de crise
	n (%)	n (%)
Hôpital 1	19 (90,5)	2 (9,5)
Hôpital 2	10 (55,6)	8 (44,4)
Hôpital 3	3 (23,1)	10 (76,9)

$\chi^2=15,8$; $p < 0,001$

Les résultats indiquent que l'heure d'arrivée à l'urgence (le jour, le soir ou la nuit) n'est pas associée à une proportion plus élevée de retour à la maison. Il en va de même de la gravité de la tentative de suicide. Cependant, les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur sont moins nombreuses à retourner à leur domicile après leur congé de l'urgence comparativement aux personnes ne souffrant pas d'un tel trouble (33,3 % comparativement à 67,7 %; $\chi^2=5,45$; $p < 0,05$). Il n'y a aucune différence pour les autres diagnostics.

Enfin, le retour à la maison après le congé est en partie tributaire de l'hôpital où la personne suicidaire a été admise (voir tableau 9). D'ailleurs, une régression logistique indique que l'hôpital d'accueil est le seul prédicteur significatif de la destination après l'urgence ($\chi^2[1]=17,1$; $p < 0,001$).

3.3 SERVICES REÇUS LORS DE L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

La durée moyenne de séjour des patients hospitalisés en psychiatrie est de 23,3 jours (ET = 9,6; Min = 7; Max = 40). Au cours de l'hospitalisation, une rencontre en face à face avec un membre de la famille ou de l'entourage de la personne suicidaire est presque systématiquement organisée. En fait, seulement deux des 17 personnes hospitalisées n'ont pas bénéficié de cette rencontre. Celle-ci s'effectue toujours en présence de la personne suicidaire et est jugée très ou assez aidante dans 91,7 % des cas. Pour certains, cette rencontre a permis aux proches de mieux comprendre les raisons ayant motivé le geste suicidaire.

« Cela a facilité le contact avec mon fils car une version officielle lui a été donnée. »

« Des affaires que ma mère ne savait pas de ma vie personnelle ont été dévoilées. Cela a été aidant qu'elle apprenne ça. Ça m'a enlevé un poids. »

Les personnes hospitalisées suite à leur séjour à l'urgence semblent avoir grandement apprécié la qualité des soins, l'empathie du personnel et les contacts plus fréquents avec le psychiatre.

« La relève, les soins infirmiers, le professionnalisme des jeunes et de l'équipe, le travail d'équipe. On sent qu'il y a un bon encadrement et de la discrétion. »

« On prend soin des gens. On fait attention à ce qu'ils ne manquent de rien au plan physique et psychologique. »

Par ailleurs, l'hospitalisation en psychiatrie s'est avérée pour certains une expérience négative du fait qu'ils se sentaient sous surveillance constante et étaient confinés dans un espace restreint selon le plan de traitement qui leur était imposé.

« J'avais des problèmes de consommation et au retour d'une sortie, je me sentais surveillé sur le fait qu'ils pensaient que j'avais peut-être consommé. C'était très power trip. »

« On est témoin de la souffrance des autres. Un soir, des gens de la sécurité sont intervenus pour un patient plus agité. On a l'impression que les infirmières passent beaucoup de temps à l'écriture des dossiers et qu'ils ont moins de disponibilité pour les patients. »

Toutes les personnes hospitalisées sauf une ont rapporté avoir été référées pour un suivi après leur hospitalisation. La clinique externe de psychiatrie (88,2 %) est la ressource la plus souvent proposée, suivie du centre de crise (23,5 %) et du CLSC (17,6 %).

Lorsqu'on considère l'ensemble des participants (urgence et hospitalisation confondues), près du quart (23,1 %) n'ont pas été référés au moment de leur séjour à l'hôpital. À l'instar de la destination après le congé de l'urgence, les deux variables associées au fait d'avoir été référé à une ressource pour un suivi sont l'hôpital où a été admis la personne (voir tableau 10) et le fait de souffrir d'un trouble de l'humeur. La quasi-totalité (94,7 %) des personnes souffrant d'un trouble de l'humeur ont été référées pour un suivi, alors que c'est le cas des deux tiers (66,7 %) des personnes ne souffrant pas d'un tel trouble ($\chi^2=5,35$; $p < 0,05$). Il n'y a pas de différence selon le niveau de sévérité de la tentative de suicide, la présence d'antécédents suicidaires ou le fait d'être déjà suivi avant le séjour à l'urgence.

Tableau 10

Répartition des participants (urgence et hospitalisation) selon l'hôpital et la référence de suivi (n=52)

	Référence après le congé de l'hôpital	
	Oui n (%)	Non n (%)
Hôpital 1	12 (57,1)	9 (42,9)
Hôpital 2	16 (88,9)	2 (11,1)
Hôpital 3	12 (92,3)	1 (7,7)

$\chi^2=7,81$; $p < 0,05$

3.4 SUIVI REÇU DEUX SEMAINES APRÈS LE CONGÉ DE L'HÔPITAL

Au cours des deux premières semaines suivant le congé de l'hôpital, 59,6 % (n=31) des personnes suicidaires ont reçu une première rencontre de suivi. La majorité de ces rencontres ont eu lieu en clinique externe de psychiatrie (voir tableau 11).

Tableau 11

Ressources où a eu lieu la première rencontre de suivi¹

Ressources	f	%
Clinique externe de psychiatrie	18	58,1
Centre de crise	11	35,5
CLSC	3	9,7
Centre de réadaptation en toxicomanie	1	3,2
Médecin de famille	1	3,2

¹ Plus d'une rencontre est possible par personne. Le pourcentage est calculé sur les 31 personnes qui ont bénéficié d'un suivi au cours des deux premières semaines suivant le congé de l'hôpital.

Les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur sont davantage susceptibles d'avoir obtenu une première rencontre de suivi au cours des deux semaines suivant le congé comparativement aux personnes ne souffrant pas d'un tel trouble (78,9 % contre 48,5 %; $\chi^2=4,6$; $p < 0,05$). Cependant, ni l'hôpital d'accueil, ni la sévérité de la tentative ou la présence d'antécédents suicidaires n'y sont associés.

Les interventions réalisées à l'hôpital influencent toutefois la probabilité d'obtenir un suivi rapide après le congé. Ainsi, les personnes suicidaires ayant été référées lors de leur séjour à l'hôpital sont proportionnellement plus nombreuses à avoir obtenu un suivi au cours de ces deux premières semaines (*voir* tableau 12).

Tableau 12
Suivi dans les deux semaines suivant le congé en fonction de la référence (n=40)

Référé pour un suivi	Suivi dans les deux semaines suivant le congé		
	Non	Oui	Total
Non	10	2	12
Référé après l'urgence	8	16	24
Référé après l'hospitalisation	3	13	16
Total	21	31	52

$\chi^2=12,8$; $p < 0,01$

En outre, le mécanisme de référence utilisé influe sur la probabilité qu'ils aient obtenu une première rencontre de suivi dans les deux semaines suivant leur congé. Ainsi, les personnes dont la prise d'un rendez-vous a été effectuée lors de leur séjour à l'hôpital sont plus nombreuses à avoir obtenu un suivi comparativement à celles ayant reçu uniquement le nom et les coordonnées téléphoniques de la ressource ou encore l'assurance que la ressource les contactera au domicile (88,5 % contre 42,9 %; $\chi^2=9,5$; $p < 0,01$).

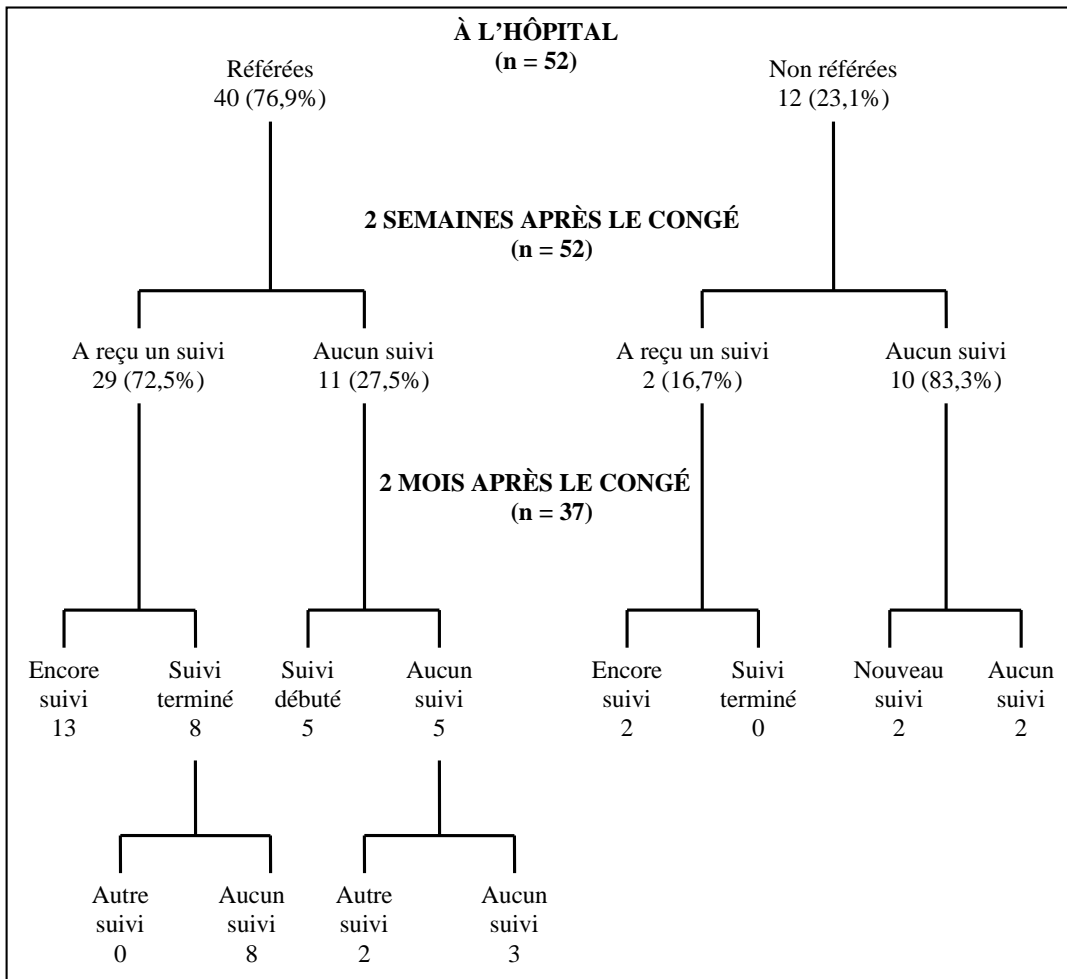
3.5 SUIVI REÇU DEUX MOIS APRÈS LE CONGÉ DE L'HÔPITAL

Quinze participants (28,8 %) n'ont pas complété la deuxième entrevue téléphonique deux mois après le congé de l'hôpital, de sorte que les analyses suivantes ne portent que sur 37 participants. Près des deux tiers (65,2 %) des personnes ayant débuté un suivi dans les deux semaines suivant leur congé étaient encore suivies six semaines plus tard. Cependant, la moitié (50,0 %) des personnes qui ne bénéficiaient d'aucun suivi deux semaines après le congé étaient suivies six semaines plus tard. Un peu plus du tiers (35,1 %) des participants ne recevaient aucun suivi deux mois après leur congé de l'hôpital. Les raisons invoquées pour ne pas avoir utilisé de ressource depuis le congé se rapportent principalement au temps d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous et à l'absence de moyens financiers pour consulter en privé. D'autres considérant que leur état s'était grandement amélioré, ont jugé que le recours à une ressource ne leur serait d'aucune aide.

« Il y avait trop d'attente à la ressource qui m'avait été offerte. C'était trop long et j'avais pas les sous pour voir un psychologue en privé. »

Figure 1

Suivi dans la communauté deux semaines et deux mois après le congé



Deux mois après le congé de l'hôpital, la clinique externe est encore la ressource la plus utilisée, puisque 83,3 % des personnes encore suivies le sont par cette ressource. Les centres de crise ne sont plus du tout utilisés, alors que les psychologues et les groupes d'entraide ne sont utilisés que par trois participants chacun. Seulement six participants (16,2 %) rapportent avoir consulté un médecin de famille au cours des deux mois suivant la tentative de suicide.

3.6 PERCEPTION DE LA QUALITÉ DU SUIVI REÇU SELON LE TYPE DE RESSOURCE

Cette section rapporte les propos des participants au sujet de leur appréciation du suivi obtenu après leur congé de l'urgence ou de l'hôpital. Il n'y a pas de distinction entre les discours tenus lors de la première ou de la seconde entrevue.

➤ Suivi en clinique externe de psychiatrie

Les personnes suicidaires peuvent avoir accès aux activités plus intensives d'un hôpital de jour ou à un suivi individuel par un psychiatre. Les deux modalités de services sont très appréciés des participants.

L'hôpital de jour favorise les rencontres de groupe et les échanges. Les participants peuvent s'y exprimer librement sans avoir l'impression d'être jugé par les autres usagers ou les professionnels. Ils s'y sentent soutenus et encouragés. De plus, les activités proposées leur permettent d'acquérir divers outils afin, notamment, d'exercer un meilleur contrôle sur leurs émotions.

« J'apprécie les outils utilisés dans les rencontres de groupe, les échanges qu'on a entre nous et les trucs proposés pour mieux contrôler notre problème. »

« J'aime voir du monde en groupe. Cela m'aide dans mes rapports interpersonnels. »

Outre l'écoute et les conseils des professionnels, les participants mentionnent apprécier les ateliers qui leur permettent d'échanger avec d'autres personnes aux prises avec des problématiques similaires. À l'exception d'une seule personne, toutes ont l'intention de poursuivre leur suivi.

« J'apprécie le fait de pouvoir m'exprimer librement, sans être jugé. J'apprécie aussi le soutien et l'encouragement des animateurs et des participants. Ils nous expliquent plein de choses, nous montrent plein de trucs. Les ateliers de groupe nous permettent d'échanger ensemble sur ce que l'on vit. »

Certains individus sont cependant moins enclins à apprécier les thérapies de groupe, préférant les rencontres individuelles avec leur thérapeute. Le temps limité consacré à ces rencontres de groupe ne leur permet pas d'approfondir les motifs ayant provoqué leur tentative de suicide et ne facilite pas selon eux leur réhabilitation.

« Le fait que les activités sont en groupe fait que je n'ai pas la même aisance que si j'étais seul avec un psychologue. »

« À l'hôpital de jour, il y a beaucoup d'ateliers trop courts. Tous les participants ne peuvent pas s'exprimer. Il y a en a qui parlent beaucoup, quelquefois tous en même temps et des fois, il y a de la chicane. »

Les personnes suivies en individuel estiment que les services reçus sont bénéfiques et elles ont toutes l'intention de poursuivre leur suivi.

« J'ai trouvé que le personnel était moins pressé, plus disponible qu'à l'urgence. L'ambiance générale était très calme, cela pousse à l'introspection. »

« C'est plus calme qu'en groupe. Le psychiatre est là seulement pour moi. Je n'ai pas l'impression d'être un numéro. Je me sens compris et écouté. »

➤ Centres de crise

Toutes les personnes référées à un centre de crise obtiennent une première rencontre de suivi dans la première semaine suivant le congé de l'hôpital. Le suivi offert est évalué comme aidant par les participants et semble répondre aux besoins de la clientèle suicidaire. Outre l'écoute et l'empathie démontrées par les intervenants, les usagers ont apprécié l'aide concrète et les outils suggérés pour améliorer leur bien-être psychologique et leur assurer un filet de sécurité.

« Elle m'a donné des outils, un filet de sécurité. Nous avons discuté de certaines choses qui ne marchaient pas et je suis arrivé à y voir plus clair. »

« Au centre de crise, ils sont moins submergés et sont plus disponibles avec nous. L'ambiance générale est très calme, cela pousse à l'introspection. »

➤ CLSC

Les services des CLSC demeurent peu utilisés par les participants. Seulement trois personnes y ont eu recours après leur congé de l'hôpital mais elles estiment que les services reçus les ont aidées.

« Parmi les références que l'on m'a suggérées, j'ai choisi le CLSC car c'était la ressource la plus près de chez moi. Je me suis présentée moi-même pour avoir un rendez-vous. Cela m'a fait sortir des choses, je me suis dévoilée. »

➤ Ressources en toxicomanie

Seulement deux personnes ont été référées en toxicomanie dont une seule a accepté le suivi. Refusant de se joindre à un groupe de thérapie, elle attend les disponibilités pour un suivi individuel.

➤ **Organisme communautaire**

Aucune des deux personnes référées à des organismes communautaires ne s'est présentée. L'une a refusé le service, alors que l'autre ne se sentait pas suffisamment bien pour le faire.

➤ **Psychologue en pratique privée**

Aucune des deux personnes référées à des psychologues en pratique privée ne les a consultés.

➤ **Médecins de famille**

Sept personnes ont eu une rencontre avec leur médecin de famille dans les deux semaines suivant leur congé de l'hôpital et deux autres ont consulté par eux-mêmes un omnipraticien. Six semaines plus tard, six autres personnes avaient rencontré un omnipraticien, pour trois personnes il s'agissait du médecin de famille et pour trois autres d'un médecin d'une clinique sans rendez-vous. Les rencontres avec un médecin généraliste sont évaluées comme assez ou très aidantes, à l'exception d'une personne.

« Mon médecin est très à l'écoute et comprend mes besoins. Je me sens compris par elle et pas jugé. Elle répond à mes questions et est patiente avec moi. »

3.7 FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

La moitié des participants prenaient déjà des médicaments pour contrôler leurs symptômes psychologiques avant la tentative de suicide et cette proportion est passée à 80,8 % deux semaines après le congé de l'hôpital. Près du quart (21,2 %) des participants prennent trois médicaments et plus. Six semaines plus tard, onze médicaments ont été abandonnés, alors que cinq nouveaux ont été commencés.

Tableau 13
Consommation de médicaments et fidélité au traitement

	f	%
Deux semaines après le congé (n=52)		
Prend au moins un médicament	42	80,8
Un médicament	15	28,9
Deux médicaments	16	30,8
Trois médicaments ou plus	11	21,2
Prend toujours les médicaments selon l'ordonnance	34	65,4
Symptômes visés par le médicament		
Humeur dépressive	25	48,1
Anxiété	23	44,2
Troubles du sommeil	12	23,1
Autres symptômes	12	23,1
Prendait des médicaments avant la tentative de suicide	26	50,0

Deux mois après le congé (n=37)		
Prend au moins un médicament	27	73,0
Prend toujours les médicaments selon l'ordonnance	25	67,6

3.8 IDÉES ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Deux personnes ont refait une tentative de suicide dans les deux mois suivant le congé, dont une personne à deux reprises. Près du tiers des participants pensaient encore sérieusement au suicide au cours des deux semaines suivant le congé, de même que six semaines plus tard. À la question « S'il vous arrivait à nouveau de penser sérieusement au suicide, à quelle(s) ressource(s) feriez-vous appel pour vous aider? » 28 % consulteraient à l'urgence, 22 % téléphoneraient à Suicide Action Montréal et 20 % se présenteraient à un centre de crise. Plus de 19 % des participants ne consulteraient pas une ressource en particulier et feraient plutôt appel à un membre de leur famille ou de leur entourage.

Tableau 14

**Répartition des participants selon la présence d'idées suicidaires
deux semaines et deux mois après le congé de l'hôpital**

	f	%
Deux semaines après le congé (n=52)		
Idées suicidaires sérieuses	18	34,6
Tous les jours	4	22,2
Quelquefois	9	50,0
Rarement	5	27,8
Deux mois après le congé (n=37)		
Idées suicidaires sérieuses	11	29,7
Tous les jours	3	27,3
Quelquefois	6	54,5
Rarement	2	18,2

CHAPITRE 4

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude exploratoire visait à documenter les pratiques en matière de prise en charge et de suivi des patients ayant commis une tentative de suicide dans les urgences psychiatriques de trois hôpitaux généraux de la région de Montréal. Ce chapitre discute des principaux résultats obtenus et précise les limites de l'étude.

DIVERSITÉ DU SUIVI DES PERSONNES ADMISES À L'URGENCE SUITE À UNE TENTATIVE DE SUICIDE

L'importance accordée au suivi des personnes suicidaires a mené en 1998 à l'implantation du protocole MARCO dans trois territoires de Montréal. Cette initiative de Suicide Action Montréal regroupe une quinzaine d'établissements partenaires dont les trois hôpitaux faisant l'objet de la présente étude. Ce protocole visait à améliorer l'organisation des services offerts aux personnes suicidaires et les relations entre les organismes qui oeuvrent auprès de cette clientèle (Suicide Action Montréal, 2001). L'évaluation a montré que l'implantation du protocole a eu un impact positif sur les relations entre les établissements ainsi que sur la continuité des services offerts aux personnes suicidaires. Cependant, il ne fait pas l'objet d'une application adéquate et systématique des procédures chez une forte proportion de professionnels. D'ailleurs, une seule urgence avait utilisé le protocole à plus d'une reprise, alors qu'une forte proportion de personnes ayant commis des tentatives de suicide sont nombreuses à s'y présenter (Houle et al., 2006).

En 2005, un groupe de travail composé de représentants des urgences psychiatriques de Notre-Dame, Albert-Prévost et St-Mary, de la Direction de santé publique de Montréal ainsi que de Suicide Action Montréal a réitéré l'importance que soient mises en place diverses mesures visant à améliorer le suivi des personnes suicidaires dont celles mises de l'avant dans le protocole MARCO. Les chefs des urgences psychiatriques se sont engagés à promouvoir l'application de ces pratiques au sein de leur unité respective : un professionnel de l'urgence devait, de concert avec la personne suicidaire, identifier la ou les ressources qui assureront un suivi psychosocial adéquat, transmettre à ces ressources les informations pertinentes se rapportant au patient et s'assurer d'une date de premier rendez-vous pour le suivi. De plus, elle devait avoir en main un numéro de téléphone d'une ressource disponible 24/7. La mise en place de ces procédures devait contribuer à assurer une meilleure fidélité au traitement et à prévenir les récives (Spooren et al., 1998).

Malgré les efforts déployés, la présente étude démontre une très grande diversité dans la qualité des soins offerts dans les urgences, tant au sein d'un même hôpital qu'entre les trois sites. De façon générale, les patients des trois hôpitaux sont invités à prendre leur premier rendez-vous de suivi eux-mêmes en présence du

professionnel de l'urgence. Toutefois, cette situation n'est pas appliquée de façon systématique et s'avère plus difficile à gérer lorsque le patient est admis le soir, la nuit ou la fin de semaine. Ainsi, les résultats de cette étude montrent que près du tiers des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide ont obtenu leur congé sans avoir été référées pour un suivi et qu'une même proportion étaient incitées à prendre eux-mêmes leur rendez-vous à leur retour à la maison. La pertinence d'assurer un suivi post-tentative avant le congé de l'hôpital se vérifie également dans nos données puisque les personnes dont le premier rendez-vous de suivi a été pris avant le congé de l'urgence sont plus nombreuses à avoir obtenu un suivi comparativement aux personnes ayant été référées par le biais d'autres méthodes telles la transmission des coordonnées de la ressource sans prise de rendez-vous, liste de ressources potentielles ou attente d'un appel de la ressource. Ces résultats sont congruents avec les recommandations d'experts à l'effet qu'une prise de rendez-vous de suivi avant le congé de l'hôpital améliore la fidélité au traitement recommandé (American Psychiatric Association, 2003; Royal College of Psychiatrists, 2004). Il s'avère plus difficile d'apprécier la fidélité au traitement deux mois après le congé de l'hôpital dû à l'attrition de sujets lors de la deuxième entrevue. Nos données révèlent cependant qu'un peu plus du tiers des répondants ne bénéficiaient toujours pas de suivi deux mois après la tentative de suicide, prétextant les longues listes d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous, l'absence de moyens financiers pour accéder aux services en privé ou tout simplement parce qu'ils jugeaient que leur état de santé mentale était maintenant satisfaisant.

Outre l'importance d'un suivi suite à une tentative de suicide, il est primordial que la personne bénéficie du soutien de sa famille et de ses proches. En effet, les personnes isolées présentent un risque beaucoup plus élevé de suicide comparativement à celles pouvant compter sur un réseau de soutien (Appleby et al., 1999b) car ce dernier peut s'avérer complémentaire à celui offert par les ressources institutionnelles et communautaires. Une rencontre avec un membre de la famille ou de l'entourage en présence d'un professionnel et du patient permet de dédramatiser l'événement tout en aidant le patient à surmonter ses craintes d'être jugé ou de se sentir culpabilisé. En ce sens, les personnes ayant bénéficié, en présence d'un professionnel, d'une telle rencontre ont généralement apprécié cette démarche et se sont sentis davantage acceptés et mieux compris. Or, dans cette étude, seule une personne sur deux a bénéficié d'une rencontre avec un membre de la famille ou de l'entourage. Le personnel des hôpitaux évoque le manque de ressources de soir, la nuit et la fin de semaine pour expliquer cette lacune.

FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

De nombreux efforts ont été déployés par le personnel de l'urgence pour solliciter la participation des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide à cette recherche. Soulignons l'appui des chefs de psychiatrie qui ont su sensibiliser leur personnel à l'importance de cette étude et qui à maintes reprises ont dû leur insuffler la motivation nécessaire pour se rapprocher des quotas requis.

Plusieurs facteurs limitent cependant les conclusions de cette recherche exploratoire. En cours de collecte des données, il s'est avéré difficile de recruter des participants répondant au troisième critère, soit celui d'avoir eu l'intention de mourir au moment du geste suicidaire. En effet, si les patients sollicités pour cette recherche reconnaissent avoir posé un geste suicidaire concret, peu d'entre eux admettent avoir eu l'intention d'en mourir. Nous avons dès lors omis ce critère, ce qui a facilité le recrutement des participants.

Bien que l'ensemble du personnel des urgences (infirmière, travailleur social, médecin, psychiatre) a été sollicité pour identifier les personnes suicidaires répondant aux critères d'admissibilité, la majorité des références reposaient sur une collaboration plus soutenue de la part d'un ou deux professionnels par site, lesquels travaillaient essentiellement de jour. Nous avons dû mettre un terme au recrutement des sujets sans avoir atteint notre objectif de 30 patients par hôpital. En effet, il devenait difficile de poursuivre le recrutement avec la même motivation au-delà d'une période de 12 mois. La taille réduite de notre échantillon nous incite donc à la prudence dans l'interprétation de nos résultats.

D'autre part, la qualité des informations recueillies auprès des participants deux semaines après leur sortie de l'urgence ou leur hospitalisation est inégale. La lourde charge émotive associée aux conséquences de leur geste suicidaire peut avoir entraîné certains biais dans la déclaration des sujets dus à l'oubli ou à une certaine confusion des événements survenus lors de leur séjour à l'hôpital. La deuxième relance téléphonique deux mois après leur séjour à l'hôpital a été encore plus ardue et présente un biais de sélection du fait que plusieurs n'ont pu être rejoints ou ont carrément refusé de poursuivre la recherche

CONCLUSION

Cette étude exploratoire visait à promouvoir la continuité des services pour les personnes suicidaires se présentant à l'urgence. Malgré les efforts soutenus déployés par les chefs des urgences et la collaboration des ressources professionnelles qui y oeuvrent, tous les patients ne bénéficient pas d'un suivi à leur sortie de l'urgence. L'application des meilleures pratiques auprès des personnes suicidaires ne se fait pas de façon systématique et varie sensiblement d'une urgence psychiatrique à l'autre.

La récente réorganisation du système de santé québécois ainsi que les priorités ministérielles concernant l'intervention auprès des personnes à potentiel suicidaire élevé militent en faveur d'une utilisation judicieuse d'un protocole de soins et de suivi, particulièrement dans les urgences. L'urgence psychiatrique a la responsabilité d'agir en concertation avec les organismes partenaires en santé mentale afin d'assurer un filet de sécurité aux personnes suicidaires avant leur sortie de l'hôpital. En ce sens, des mécanismes de liaison doivent être établis afin d'assurer un meilleur suivi aux personnes suicidaires.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2003). *Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington: American Journal of Psychiatry.
- Appleby, L., Cooper, J., Amos, T. et al. (1999a). Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry*, 175, 168-174.
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T. et al. (1999b). Suicide within 12 months of contact with mental health services: National clinical survey. *British Journal of Medicine*, 318, 1235-1239.
- Bronisch, T. et Hecht, H. (1990). Prospective long-term follow-up of depressed patients with and without suicide attempts. In G. Ferrari, M. Bellini, P. Crepet (Eds). *Suicidal behavior and risk factors*. Bologna: Monduzzi.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., et Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68, 371-377.
- Clarke, A. R. et al. (2004). Factors associated with treatment compliance in young people following an emergency department presentation for deliberate self-harm. *Archives of Suicide Research*, 8, 147-152.
- Crawford, M. J. et Wessely, S. (1998). Does initial management affect the rate of repetition of deliberate self harm ? Cohort study. *British Medical Journal*, 317, 985.
- Cremniter, D., Payan, C., Meidinger, A., Batista, G., et Fermanian, J. (2001). Predictors of short-term deterioration and compliance in psychiatric emergency patients: A prospective study of 457 patients referred to the emergency room of general hospital. *Psychiatry Research*, 104, 49-59.
- Desai, R. A., Dausey, D. J., et Rosenheck, R. A. (2005). Mental health service delivery and suicide risk: The role of individual patient and facility factors. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 311-318.
- Donaldson, D., Spirito, A., Arrigan, M., et Aspel, J. (1997). Structured disposition for adolescent suicide attempters in a general hospital: Preliminary findings on short-term outcome. *Archives of Suicide Research*, 3(4), 271-282.
- Dulac, G. (2003). *Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque de suicide présentant des problèmes de toxicomanie et/ou de santé mentale dans le processus suicidaire*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille.
- Dulac, G. et Laliberté, A. (2002). Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque suicidaire : la limite des aidants naturels. In C. Lacharité, G. Pronovost et É. Coutu (Eds). *Comprendre la famille : Actes du 6^e symposium québécois de recherche sur la famille*. Sainte Foy : Presses de l'université du Québec.
- Gagné, P. et al. (2004). *Rapport du comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale*. Sherbrooke.
- Gairin, I., House, A., et Owens, D. (2003). Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: Retrospective study. *British Journal of Psychiatry*, 183, 28-33.

- Geddes, J. R., Juszczak, E., O'Brien, F., et Kendrick, S. (1997). Suicide in the 12-month after discharge from psychiatric inpatient care, Scotland 1968-1992. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(4), 430-434.
- Granboulan, V., Roudot Thoraval, F., Lemerie, S., et Alvin, P. (2001). Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(1), 31-35
- Harris, E. C. et Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hawton, K., Houston, K., et Shepperd, R. (1999). Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years based on coroner 's and medical records. *British Journal of Psychiatry*, 175, 271-276.
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., et Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: A neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(2), 87-93.
- Houle, J., Poulin, C., et Van Nieuwenhuysse, H. (2006). Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole MARCO. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique.
- Institut de la statistique du Québec (2003). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2000*. Site internet : www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/index.htm
- Isacsson, G. et Rich, C. (2001). Management of patients who deliberately harm themselves. *British Medical Journal*, 322, 213-215.
- Kapur, N., Cooper, J., Hiroeh, U., May, C., Appleby, L., et House, A. (2004). Emergency department management and outcome for self-poisoning: A cohort study. *General Hospital Psychiatry*, 26, 36-41.
- Lessard, R., Trickey, F., et Perron, S. (2002). *Un pont sécuritaire pour tous. Recommandations du Groupe de travail sur les suicides depuis le pont Jacques-Cartier*. Montréal : Direction de santé publique de Montréal.
- Ministry of Health Ontario. (1990). *Ontario Health Survey*. Mental Health Supplement.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Guide de gestion de l'urgence*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Accentuer la transformation des services de santé mentale. Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*. Québec : MSSS.
- Mishara, B. L. (2004). Les questions éthiques et l'évaluation de programmes en suicidologie. In F. Chagnon et B. L. Mishara (Eds.), *Évaluation de programmes en prévention du suicide*. (pp. 83-94). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Monti, K., Cedereke, M., et Öjehagen, A. (2003). Treatment attendance and suicidal behaviour 1 month and 3 months after a suicide attempt: A comparison between two samples. *Archives of Suicide Research*, 7, 167-174.

- Motto, J. A. et Bostrom, A. C. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services, 52*(6), 828-833.
- Organisation mondiale de la santé (2005). *Suicide attempt (parasuicide)/ attempted suicide*. Site web consulté le 18 février 2005
www.who.int/violence_injury_prevention/injury/definitions/def25/en
- Owens, D., Horrocks, J., et House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry, 181*, 193-199.
- Owens, D. et House, A. (1994). General hospital services for deliberate self-harm. *Journal of the Royal College of Physicians of London, 28*, 370-371.
- Potvin, N. (2004). *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Van Rossem, R., Graae, F., Cantwell, C., Castro-Blanco, D., et Feldman, J. (1999). Treatment adherence among Latina female adolescent suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 29*(4), 319-331.
- Royal College of Psychiatrists (2004). *Assessment following self-harm in adults*. London: Royal College of Psychiatrists.
- St-Laurent, D. et Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ?* Institut national de santé publique du Québec.
- Spooren, D., Van Heeringen, C., et Jannes, C. (1998). Strategies to increase compliance with out-patient aftercare among patients referred to a psychiatric emergency department: A multi-centre controlled intervention study. *Psychological Medicine, 28*, 949-956.
- Suicide Action Montréal (2001). Protocole pour la continuité des services aux personnes suicidaires. Montréal : Suicide Action Montréal.
- Swedo, S. E. (1989). Postdischarge therapy of hospitalized adolescent suicide attempters. *Journal of Adolescent Health Care, 10*(6), 541-544.
- Tousignant, M. et Séguin, M. (1999). Le dilemme de la protection de la vie privée dans l'assistance aux personnes suicidaires. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 30*, 23-26.
- Van Heeringen, C., Jannes, S., Buylaert, W. et al. (1995). The management of compliance with referral to out-patient aftercare among attempted suicide patients: A controlled intervention study. *Psychological Medicine, 25*, 963-970.

APPENDICE A

Informations tirées du dossier du patient à l'urgence

IDÉATIONS ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Informations tirées du dossier du patient à l'urgence

1. Sexe : 2. Âge : _____
1 Masculin
2 Féminin
3. Diagnostic(s) de troubles mentaux : _____

4. Date d'arrivée à l'urgence : _____ 5. Heure d'arrivée de l'urgence : _____
6. Date de congé de l'urgence : _____ 7. Heure de sortie de l'urgence : _____
8. Destination après l'urgence :
1 Domicile
2 Centre de crise
3 Hospitalisation → *Quelle unité?* _____
4 Transfert dans un autre hôpital → *Lequel?* _____
5 Autre → *Précisez :* _____

9. Moyens utilisés pour la tentative de suicide (*donner des détails sur la sévérité de la tentative*) :

A Lacérations des poignets

Profondes ou superficielles? _____

Nombre de points de suture nécessaires? _____

Sévérité de la tentative? Faible Modérée Élevée

Justifiez : _____

IDÉATIONS ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

B Intoxication médicamenteuse ou liquide

Produit et quantité utilisés? _____

Traitement(s) requis? (*Précisez lequel?*) _____

Sévérité de la tentative? Faible Modérée Élevée

Justifiez : _____

C Intoxication au monoxyde de carbone

A été secouru ou a demandé de l'aide? _____

Traitement(s) requis? (*Précisez lequel?*) _____

Sévérité de la tentative? Faible Modérée Élevée

Justifiez : _____

D Pendaison (strangulation)

Comment? _____

A été secouru ou a demandé de l'aide? _____

Sévérité de la tentative? Faible Modérée Élevée

Justifiez : _____

E Accident de véhicule motorisé

Comment? _____

Blessures? (*Précisez lesquelles?*) _____

Sévérité de la tentative? Faible Modérée Élevée

Justifiez : _____

IDÉATIONS ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

F Chute

De quelle hauteur? _____

Blessures? (*Précisez lesquelles?*) _____

Sévérité de la tentative? Faible Modérée Élevée

Justifiez : _____

G Autre méthode : _____

Donnez des détails : _____

Sévérité de la tentative? Faible Modérée Élevée

Justifiez : _____

APPENDICE B

**ENTREVUE
DEUX SEMAINES APRÈS LE CONGÉ**

Numéro du participant

ENTREVUE

DEUX SEMAINES APRÈS LE CONGÉ

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|---|
| Date du 1 ^{er} contact : _____ | <input type="checkbox"/> a.m. | <input type="checkbox"/> p.m. | <input type="checkbox"/> Message laissé |
| Date du 2 ^{ème} contact : _____ | <input type="checkbox"/> a.m. | <input type="checkbox"/> p.m. | <input type="checkbox"/> Message laissé |
| Date du 3 ^{ème} contact : _____ | <input type="checkbox"/> a.m. | <input type="checkbox"/> p.m. | <input type="checkbox"/> Message laissé |
| Date du 4 ^{ème} contact : _____ | <input type="checkbox"/> a.m. | <input type="checkbox"/> p.m. | <input type="checkbox"/> Message laissé |
| Date du 5 ^{ème} contact : _____ | <input type="checkbox"/> a.m. | <input type="checkbox"/> p.m. | <input type="checkbox"/> Message laissé |
| Date du 6 ^{ème} contact : _____ | <input type="checkbox"/> a.m. | <input type="checkbox"/> p.m. | <input type="checkbox"/> Message laissé |

Date de l'entrevue : _____

INTRODUCTION

Bonjour, mon nom est _____ et je travaille pour la Direction de santé publique de Montréal. Je vous appelle parce que le _____ dernier, vous vous êtes montré intéressé à participer à une étude visant à décrire les services que vous avez reçus à l'urgence de _____. Nous aimerions connaître la satisfaction de la clientèle à l'égard des services reçus à l'urgence et après le congé, afin de pouvoir améliorer les services offerts aux personnes suicidaires.

Nous vous invitons donc à participer à une entrevue téléphonique d'une trentaine de minutes. Une compensation financière de 10 \$ vous sera versée après la participation à cette entrevue. Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels. L'entrevue sera enregistrée, mais les enregistrements ne seront utilisés qu'aux fins de la présente recherche et ne seront disponibles à personne d'autre qu'aux chercheuses et aux interviewers de ce projet.

Votre participation à cette étude est volontaire et nous vous rappelons que vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps.

Acceptez-vous de participer à cette entrevue?

- 1 Oui
- 2 Non

Acceptez-vous qu'elle soit enregistrée?

- 1 Oui
- 2 Non

SERVICES REÇUS À L'URGENCE

JE VAIS DÉBUTER L'ENTREVUE EN VOUS POSANT DES QUESTIONS SUR LES SERVICES QUE VOUS AVEZ REÇUS LORS DE VOTRE SÉJOUR À L'URGENCE DE _____ IL Y A DEUX SEMAINES.

(nom de l'hôpital)

10. Combien d'heures avez-vous attendu à l'urgence avant d'être évalué(e) (vue) par un médecin?

1 Moins de 4 heures

2 4 à 8 heures

3 8 à 12 heures

4 Plus de 12 heures

11. Lors de votre séjour à l'urgence, avez-vous rencontré un psychiatre?

1 Oui

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

} Passez à Q 12

SERVICES REÇUS À L'URGENCE

11B. Combien de fois avez-vous vu un psychiatre au cours de votre séjour à l'urgence?

1 Une seule fois → **Passez à Q 11D**

2 Plus d'une fois → *Précisez le nombre* : _____

11C. Était-ce toujours le même psychiatre?

1 Oui

2 Non

11D. Cette(ces) rencontre(s) avec le(s) psychiatre(s) a(ont)-t-elle(s) été...

1 Très aidante(s)

2 Assez aidante(s)

3 Peu aidante(s)

4 Pas du tout aidante(s)

11E. Pourquoi? (*Faire élaborer le plus possible*) _____

12. Avez-vous rencontré une travailleuse sociale à l'urgence?

1 Oui

2 Non

8 Ne sait pas

Passez à Q 13 }

SERVICES REÇUS À L'URGENCE

12A. Cette rencontre avec la travailleuse sociale a-t-elle été...

- 1 Très aidante
- 2 Assez aidante
- 3 Peu aidante
- 4 Pas du tout aidante

12B. Pourquoi? (*Faire élaborer le plus possible*) _____

13. Est-ce qu'un professionnel de l'urgence a rencontré ou téléphoné à un membre de votre famille ou de votre entourage avant que vous n'obteniez votre congé?

- 1 Oui, rencontré
 - 2 Oui, téléphoné
 - 3 Non
 - 8 Ne sait pas
- } **Passez à Q 14**

13A. Qui était ce professionnel? _____

13B. Quel membre de votre entourage a été rencontré (contacté par téléphone)? _____

13C. Étiez-vous présent à cette rencontre (lors de ce contact téléphonique)?

- 1 Oui
- 2 Non

SERVICES REÇUS À L'URGENCE

13D. Considérez-vous que cette rencontre (contact téléphonique) a été...

- 1 Très aidant(e)
- 2 Assez aidant(e)
- 3 Peu aidant(e)
- 4 Pas du tout aidant(e)

13E. Pourquoi? (*Faire élaborer le plus possible*) _____



Passez à la Q 15

14. Auriez-vous aimé qu'une telle rencontre ait lieu?

- 1 Oui
- 2 Non

14A. Pourquoi? (*Faire élaborer le plus possible*) _____

15. Est-ce que quelqu'un de votre entourage a eu recours à un groupe d'entraide ou à une ressource pour lui donner du soutien dans la situation que vous vivez présentement?

- 1 Oui → À quelle ressource? _____
- 2 Non

SERVICES REÇUS À L'URGENCE

16. Lorsque vous étiez à l'urgence, vous a-t-on référé à des ressources pour obtenir un suivi après votre congé, comme un CLSC, un centre de crise, une clinique externe par exemple?

1 Oui

2 Non → **Passez à Q 21**

3 Non, car hospitalisé → **Passez à Q 23**

4 Non, déjà suivi par une ressource → Laquelle? _____

→ Est-ce que le personnel de l'hôpital a pris contact avec cette ressource ou vous a conseillé de le faire vous-même? _____

Passez à Q 21 }

16A. Vous a-t-on référé au :

1 CLSC Oui Non

2 Centre de crise Oui Non

3 Clinique externe de psychiatrie Oui Non

4 Autre → *Précisez :* _____

16B. Qui vous a référé à cette(ces) ressource(s)? _____

CONSIGNE : SI N'À PAS ÉTÉ RÉFÉRÉ À UN CENTRE DE CRISE, PASSEZ À LA QUESTION 18.

Par rapport à la référence au centre de crise _____

17. Vous a-t-on donné la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'urgence?

1 Oui →

Qui avait pris ce rendez-vous?

1 Vous

2 Le professionnel de l'urgence → Lequel? _____

SERVICES REÇUS À L'URGENCE

2 Non → Vous a-t-on donné les coordonnées du centre de crise (nom, numéro de téléphone)?

1 Oui

2 Non

→ Auriez-vous aimé connaître la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'urgence?

1 Oui

2 Non

17A. Un intervenant du centre de crise s'est-il présenté à l'urgence pour vous rencontrer?

1 Oui

2 Non

CONSIGNE : SI N'A PAS ÉTÉ RÉFÉRÉ À D'AUTRES RESSOURCES, PASSEZ À Q 22.

Par rapport à la référence à(au) _____

18. Vous a-t-on donné la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'urgence?

1 Oui → Qui avait pris ce rendez-vous?

1 Vous

2 Le professionnel de l'urgence → Lequel? _____

2 Non → Vous a-t-on donné les coordonnées de la ressource (nom, numéro de téléphone)?

1 Oui

2 Non

→ Auriez-vous aimé connaître la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'urgence?

1 Oui

2 Non

SERVICES REÇUS À L'URGENCE

CONSIGNE : SI N'A PAS ÉTÉ RÉFÉRÉ À D'AUTRES RESSOURCES, PASSEZ À Q 22.

Par rapport à la référence à(au) _____

19. Vous a-t-on donné la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'urgence?

1 Oui

→

Qui avait pris ce rendez-vous?

1 Vous

2 Le professionnel de l'urgence → Lequel? _____

2 Non

→

Vous a-t-on donné les coordonnées de la ressource (nom, numéro de téléphone)?

1 Oui

2 Non

→

Auriez-vous aimé connaître la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'urgence?

1 Oui

2 Non

CONSIGNE : SI N'A PAS ÉTÉ RÉFÉRÉ À D'AUTRES RESSOURCES, PASSEZ À Q 22.

Par rapport à la référence à(au) _____

20. Vous a-t-on donné la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'urgence?

1 Oui

→

Qui avait pris ce rendez-vous?

1 Vous

2 Le professionnel de l'urgence → Lequel? _____



Passez à la Q 22

SERVICES REÇUS À L'URGENCE

2 Non → Vous a-t-on donné les coordonnées de la ressource (nom, numéro de téléphone)?

1 Oui

2 Non

→ Auriez-vous aimé connaître la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'urgence?

1 Oui

2 Non

 **Passez à la Q 22**

21. Auriez-vous aimé qu'on vous réfère?

1 Oui

2 Non

22. Vous a-t-on remis les coordonnées d'une autre ressource disponible 24 heures sur 24 (comme celles de Suicide Action Montréal, par exemple)?

1 Oui → Quelle était cette ressource? _____

2 Non

23. Si on se réfère à votre expérience à l'urgence de _____ il y a deux semaines.
(nom de l'hôpital)

Dites-moi pour chacun des énoncés suivants, si vous êtes totalement d'accord, d'accord, en désaccord, totalement en désaccord :

23A. On vous a traité avec respect.

1 Totalelement d'accord

2 D'accord

3 En désaccord

4 Totalelement en désaccord

SERVICES REÇUS À L'URGENCE

23B. On vous a donné toutes les informations nécessaires sur les services disponibles pour vous aider après votre congé.

- 1 Totallement d'accord
- 2 D'accord
- 3 En désaccord
- 4 Totallement en désaccord

23C. Le personnel de l'urgence (psychiatre, infirmière, travailleuse sociale) vous a écouté attentivement et vous a pris au sérieux.

- 1 Totallement d'accord
- 2 D'accord
- 3 En désaccord
- 4 Totallement en désaccord



Si nécessaire, précisez réponse : _____

23D. L'ensemble des professionnels rencontrés vous ont bien compris.

- 1 Totallement d'accord
- 2 D'accord
- 3 En désaccord
- 4 Totallement en désaccord

23E. D'une manière générale, avez-vous... les services reçus à l'urgence?

- 1 Beaucoup apprécié
- 2 Assez apprécié
- 3 Peu apprécié
- 4 Pas du tout apprécié

Passez à Q 25



SERVICES REÇUS À L'URGENCE

24. Qu'avez-vous apprécié le plus? _____

24A. Qu'est-ce qu'on aurait pu faire, pour vous aider davantage? _____

 **Pour les personnes qui ont été hospitalisées, passez à la prochaine section. Pour les autres, passez à Q 26**

25. Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié? Qu'est-ce qu'on aurait pu faire, pour vous aider davantage? _____

 **Pour les personnes qui ont été hospitalisées, passez à la prochaine section. Pour les autres, passez à Q 26**

SERVICES REÇUS LORS DE L'HOSPITALISATION

CONSIGNE : SECTION POUR LES PERSONNES QUI ONT ÉTÉ HOSPITALISÉES. POUR LES AUTRES, PASSEZ À LA PROCHAINE SECTION (Q 26)

JE VAIS MAINTENANT VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LES SERVICES REÇUS LORS DE VOTRE HOSPITALISATION.

A- Combien de jour avez-vous été hospitalisé? _____

B- Quels services avez-vous reçus lors de votre hospitalisation? (rencontres psychiatre, rencontres travailleuse sociale, etc.)

B₁ Est-ce qu'un professionnel sur l'unité où vous avez été hospitalisé a rencontré ou téléphoné à un membre de votre famille ou de votre entourage avant que vous n'obteniez votre congé?

1 Oui, rencontré

2 Oui, téléphoné

3 Non

8 Ne sait pas

} **Passez à B₁F.**

B₁A. Qui était ce professionnel? _____

B₁B. Quel membre de votre entourage a été rencontré (contacté par téléphone)? _____

B₁C. Étiez-vous présent à cette rencontre (lors de ce contact téléphonique)?

1 Oui

2 Non

SERVICES REÇUS LORS DE L'HOSPITALISATION

B,D. Considérez-vous que cette rencontre (contact téléphonique) a été...

- 1 Très aidant(e)
- 2 Assez aidant(e)
- 3 Peu aidant(e)
- 4 Pas du tout aidant(e)

B,E. Pourquoi? *(Faire élaborer le plus possible)* _____



Passez à la question C.

B,F. Auriez-vous aimé qu'une telle rencontre ait lieu?

- 1 Oui
- 2 Non

B,G. Pourquoi? *(Faire élaborer le plus possible)* _____

C- Lors de votre hospitalisation, qu'avez-vous apprécié le plus? _____

SERVICES REÇUS LORS DE L'HOSPITALISATION

D- Y a-t-il des choses que vous avez moins appréciés ? _____

E- Qu'est-ce qu'on aurait pu faire, pour vous aider davantage? _____

F- Lorsque vous étiez hospitalisé, vous a-t-on référé à des ressources pour obtenir un suivi après votre congé, comme un CLSC, un centre de crise, une clinique externe par exemple?

1 Oui

2 Non → Auriez-vous aimé être référé ? 1 Oui 2 Non

} **Passez à la prochaine section (Q 26)**

F₁- Vous a-t-on référé au :

1 CLSC Oui Non

2 Centre de crise Oui Non

3 Clinique externe de psychiatrie Oui Non

4 Autre → Précisez : _____

F₂- Qui vous a référé à cette(ces) ressource(s)? _____

SERVICES REÇUS LORS DE L'HOSPITALISATION

CONSIGNE : SI N'A PAS ÉTÉ RÉFÉRÉ À UN CENTRE DE CRISE, PASSEZ À LA QUESTION H.

Par rapport à la référence au centre de crise _____

G- Vous a-t-on donné la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'hôpital?

1 Oui

→

Qui avait pris ce rendez-vous?

1 Vous

2 Un professionnel → Lequel? _____

2 Non

→

Vous a-t-on donné les coordonnées du centre de crise (nom, numéro de téléphone)?

1 Oui

2 Non

→

Auriez-vous aimé connaître la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'hôpital?

1 Oui

2 Non

G₁- Un intervenant du centre de crise s'est-il présenté à l'hôpital pour vous rencontrer?

1 Oui

2 Non

CONSIGNE : SI N'A PAS ÉTÉ RÉFÉRÉ À D'AUTRES RESSOURCES, PASSEZ À LA PROCHAINE SECTION (Q 26).

Par rapport à la référence à(au) _____

H- Vous a-t-on donné la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'hôpital?

1 Oui

→

Qui avait pris ce rendez-vous?

1 Vous

2 Un professionnel → Lequel? _____

SERVICES REÇUS LORS DE L'HOSPITALISATION

- 2 Non → Vous a-t-on donné les coordonnées de la ressource (nom, numéro de téléphone)?
1 Oui
2 Non
- Auriez-vous aimé connaître la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'hôpital?
1 Oui
2 Non

CONSIGNE : SI N'A PAS ÉTÉ RÉFÉRÉ À D'AUTRES RESSOURCES, PASSEZ À LA PROCHAINE SECTION (Q 26).

Par rapport à la référence à(au) _____

I. Vous a-t-on donné la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'hôpital?

- 1 Oui → Qui avait pris ce rendez-vous?
1 Vous
2 Un professionnel → Lequel? _____
- 2 Non → Vous a-t-on donné les coordonnées de la ressource (nom, numéro de téléphone)?
1 Oui
2 Non
- Auriez-vous aimé connaître la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'hôpital?
1 Oui
2 Non

SERVICES REÇUS LORS DE L'HOSPITALISATION

CONSIGNE : SI N'A PAS ÉTÉ RÉFÉRÉ À D'AUTRES RESSOURCES, PASSEZ À LA PROCHAINE SECTION (Q 26).

Par rapport à la référence à(au) _____

J. Vous a-t-on donné la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'hôpital?

1 Oui

→

Qui avait pris ce rendez-vous?

1 Vous

2 Un professionnel → Lequel? _____



Passez à la prochaine section (Q 26)

2 Non

→

Vous a-t-on donné les coordonnées de la ressource (nom, numéro de téléphone)?

1 Oui

2 Non

→

Auriez-vous aimé connaître la date et l'heure de votre premier rendez-vous avant de quitter l'hôpital?

1 Oui

2 Non



Passez à la prochaine section (Q 26)

SERVICES REÇUS DANS LA COMMUNAUTÉ

MAINTENANT, JE VAIS VOUS POSER DES QUESTIONS CONCERNANT LES SERVICES QUE VOUS AVEZ REÇUS DEPUIS VOTRE CONGÉ DE L'HÔPITAL?

CONSIGNE : POUR LES PERSONNES QUI N'ONT PAS ÉTÉ RÉFÉRÉES À L'URGENCE, PASSEZ À Q 54.

26. Avez-vous eu une première rencontre de suivi à _____ ?

1 Oui

2 Non → Pourquoi? 1 Rendez-vous fixé, mais plus tard

2 Ne désire pas s'y présenter

3 Incapable de rejoindre la ressource

4 Autre → *Spécifiez* : _____

Passez à Q 33



27. Combien de jours après votre congé de l'urgence avez-vous eu cette rencontre? _____

28. Quel(s) professionnel(s) y avez-vous rencontré(s)? _____

29. Cette rencontre a-t-elle été...

1 Très aidante

2 Assez aidante

3 Peu aidante

4 Pas du tout aidante



Passez à Q 31

30. Qu'avez-vous apprécié le plus lors de cette rencontre? (*Faire élaborer le plus possible*) _____



Passez à Q 32

SERVICES REÇUS DANS LA COMMUNAUTÉ

31. Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié? Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour vous aider davantage? *(Faire élaborer le plus possible)* _____

32. D'autres rencontres sont-elles prévues à(au) _____

1 Oui → À quel moment? _____

→ Avez-vous l'intention d'y aller?

1 Oui

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

SERVICES REÇUS DANS LA COMMUNAUTÉ

CONSIGNE : SI N'À PAS ÉTÉ RÉFÉRÉ À D'AUTRES RESSOURCES, PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE Q 54.

33. Avez-vous eu une première rencontre de suivi à(au) _____ ?

1 Oui

2 Non → Pourquoi? 1 Rendez-vous fixé, mais plus tard

2 Ne désire pas s'y présenter

3 Incapable de rejoindre la ressource

4 Autre → *Spécifiez :* _____

} **Passez à Q 40**

34. Combien de jours après votre congé de l'urgence avez-vous eu cette rencontre? _____

35. Quel(s) professionnel(s) y avez-vous rencontré(s)? _____

36. Cette rencontre a-t-elle été...

1 Très aidante

2 Assez aidante

3 Peu aidante

4 Pas du tout aidante

} **Passez à Q 38**

37. Qu'avez-vous apprécié le plus lors de cette rencontre? (*Faire élaborer le plus possible*) _____



Passez à Q 39

SERVICES REÇUS DANS LA COMMUNAUTÉ

38. Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié? Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour vous aider davantage? (*Faire élaborer le plus possible*) _____

39. D'autres rencontres sont-elles prévues à (au) _____ ?

1 Oui

→

À quel moment? _____

→

Avez-vous l'intention d'y aller?

1 Oui

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

SERVICES REÇUS DANS LA COMMUNAUTÉ

CONSIGNE : SI N'A PAS ÉTÉ RÉFÉRÉ À D'AUTRES RESSOURCES, PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE Q 54.

40. Avez-vous eu une première rencontre de suivi à _____ ?

1 Oui

2 Non → Pourquoi? 1 Rendez-vous fixé, mais plus tard

2 Ne désire pas s'y présenter

3 Incapable de rejoindre la ressource

4 Autre → *Spécifiez* : _____

} Passez à Q 47

41. Combien de jours après votre congé de l'urgence avez-vous eu cette rencontre? _____

42. Quel(s) professionnel(s) y avez-vous rencontré(s)? _____

43. Cette rencontre a-t-elle été...

1 Très aidante

2 Assez aidante

3 Peu aidante

4 Pas du tout aidante

} Passez à Q 45

44. Qu'avez-vous apprécié le plus lors de cette rencontre? (*Faire élaborer le plus possible*) _____



Passez à Q 46

SERVICES REÇUS DANS LA COMMUNAUTÉ

45. Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié ? Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour vous aider davantage? *(Faire élaborer le plus possible)* _____

46. D'autres rencontres sont-elles prévues à(au) _____ ?

1 Oui → À quel moment? _____

→ Avez-vous l'intention d'y aller?

1 Oui

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

SERVICES REÇUS DANS LA COMMUNAUTÉ

CONSIGNE : POUR LES PERSONNES QUI N'ONT PAS ÉTÉ RÉFÉRÉES À L'URGENCE, PASSEZ À Q 54.

47. Avez-vous eu une première rencontre de suivi à _____ ?

1 Oui

2 Non → Pourquoi? 1 Rendez-vous fixé, mais plus tard

2 Ne désire pas s'y présenter

3 Incapable de rejoindre la ressource

4 Autre → *Spécifiez* : _____

} **Passez à Q 54**

48. Combien de jours après votre congé de l'urgence avez-vous eu cette rencontre? _____

49. Quel(s) professionnel(s) y avez-vous rencontré(s)? _____

50. Cette rencontre a-t-elle été...

1 Très aidante

2 Assez aidante

3 Peu aidante

4 Pas du tout aidante

} **Passez à Q 52**

51. Qu'avez-vous apprécié le plus lors de cette rencontre? (*Faire élaborer le plus possible*) _____



Passez à Q 53

SERVICES REÇUS DANS LA COMMUNAUTÉ

52. Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié? Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour vous aider davantage? *(Faire élaborer le plus possible)* _____

53. D'autres rencontres sont-elles prévues à(au) _____ ?

1 Oui → À quel moment? _____

→ Avez-vous l'intention d'y aller?

1 Oui

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

AUTRES SERVICES REÇUS DEPUIS LE CONGÉ DE L'URGENCE

MAINTENANT, JE VAIS VOUS NOMMER D'AUTRES RESSOURCES DISPONIBLES DANS LA COMMUNAUTÉ POUR VENIR EN AIDE AUX PERSONNES QUI VIVENT DES DIFFICULTÉS ET J'AIMERAIS SAVOIR SI VOUS AVEZ UTILISÉ CES RESSOURCES DEPUIS VOTRE CONGÉ DE L'URGENCE.

CONSIGNE : NE DEMANDEZ QUE LES RESSOURCES QUI N'ONT PAS ENCORE ÉTÉ MENTIONNÉES.

54. Depuis votre congé de l'urgence, avez-vous utilisé les services suivants :

Services utilisés	OUI	NON
A. l'urgence d'un hôpital	1	2
B. une clinique externe de psychiatrie	1	2
C. un CLSC Quel professionnel y avez-vous rencontré ? _____	1	2
D. un hôpital de jour	1	2
E. un centre de crise	1	2
F. un professionnel en pratique privée, tel un psychologue, un psychothérapeute. Précisez : _____	1	2
G. un médecin généraliste ou votre médecin de famille	1	2
H. Suicide Action Montréal	1	2
I. une autre ligne d'écoute Laquelle? _____	1	2
J. une ressource en alcoolisme ou en toxicomanie Laquelle? _____	1	2
K. un groupe d'entraide Lequel? _____	1	2
L. autres services (tel un organisme communautaire, un programme d'aide aux employés, etc.) Lesquels? _____	1	2

AUTRES SERVICES REÇUS DEPUIS LE CONGÉ DE L'URGENCE

CONSIGNE : POUR LES PERSONNES QUI ONT EU RECOURS À DES RESSOURCES, PASSEZ À Q 56.

55. Au cours des deux dernières semaines, vous n'avez utilisé aucune ressource. Pourquoi? _____



PASSEZ À Q 76

Pour chacun des services utilisés depuis votre congé de l'urgence, j'aimerais que vous répondiez à quelques questions supplémentaires :

56. Vous nous avez mentionné avoir utilisé les services de _____

56A. Combien de fois? _____

56B. Qui vous y a référé? _____

56C. Les services offerts ont-ils été...

1 Très aidants

2 Assez aidants

3 Peu aidants

4 Pas du tout aidants



Passez à Q 58

57. Qu'avez-vous apprécié le plus? (*Faire élaborer le plus possible*) _____



Passez à Q 59

AUTRES SERVICES REÇUS DEPUIS LE CONGÉ DE L'URGENCE

58. Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié? Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour vous aider davantage? *(Faire élaborer le plus possible)* _____

59. D'autres rencontres sont-elles prévues à(au) _____

1 Oui → À quel moment? _____

→ Avez-vous l'intention d'y aller?

1 Oui

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

AUTRES SERVICES REÇUS DEPUIS LE CONGÉ DE L'URGENCE

CONSIGNE : SI N'A PAS CONSULTÉ D'AUTRES RESSOURCES, PASSEZ À Q 76.

60. Vous nous avez mentionné avoir utilisé les services de _____

60A. Combien de fois? _____

60B. Qui vous y a référé? _____

60C. Les services offerts ont-ils été...

1 Très aidants

2 Assez aidants

3 Peu aidants

4 Pas du tout aidants

} **Passez à Q 62**

61. Qu'avez-vous apprécié le plus? (*Faire élaborer le plus possible*) _____

 **Passez à Q 63**

AUTRES SERVICES REÇUS DEPUIS LE CONGÉ DE L'URGENCE

62. Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié? Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour vous aider davantage? *(Faire élaborer le plus possible)* _____

63. D'autres rencontres sont-elles prévues à(au) _____ ?

1 Oui → À quel moment? _____

→ Avez-vous l'intention d'y aller?

1 Oui

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

AUTRES SERVICES REÇUS DEPUIS LE CONGÉ DE L'URGENCE

CONSIGNE : SI N'À PAS CONSULTÉ D'AUTRES RESSOURCES, PASSEZ À Q 76.

64. Vous nous avez mentionné avoir utilisé les services de _____

64A. Combien de fois? _____

64B. Qui vous y a référé? _____

64C. Les services offerts ont-ils été...

1 Très aidants

2 Assez aidants

3 Peu aidants

4 Pas du tout aidants

} **Passez à Q 66**

65. Qu'avez-vous apprécié le plus? (*Faire élaborer le plus possible*) _____

 **Passez à Q 67**

AUTRES SERVICES REÇUS DEPUIS LE CONGÉ DE L'URGENCE

66. Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié? Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour vous aider davantage? *(Faire élaborer le plus possible)* _____

67. D'autres rencontres sont-elles prévues?

1 Oui → À quel moment? _____
→ Avez-vous l'intention d'y aller?
1 Oui
2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

AUTRES SERVICES REÇUS DEPUIS LE CONGÉ DE L'URGENCE

CONSIGNE : SI N' A PAS CONSULTÉ D' AUTRES RESSOURCES, PASSEZ À Q 76.

68. Vous nous avez mentionné avoir utilisé les services de _____

68A. Combien de fois? _____

68B. Qui vous y a référé? _____

68C. Les services offerts ont-ils été...

1 Très aidants

2 Assez aidants

3 Peu aidants

4 Pas du tout aidants

} **Passez à Q 70**

69. Qu'avez-vous apprécié le plus? (*Faire élaborer le plus possible*) _____

 **Passez à Q 71**

AUTRES SERVICES REÇUS DEPUIS LE CONGÉ DE L'URGENCE

70. Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié? Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour vous aider davantage? *(Faire élaborer le plus possible)* _____

71. D'autres rencontres sont-elles prévues à(au) _____?

1 Oui → À quel moment? _____

→ Avez-vous l'intention d'y aller?

1 Oui

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

AUTRES SERVICES REÇUS DEPUIS LE CONGÉ DE L'URGENCE

CONSIGNE : SI N'A PAS CONSULTÉ D'AUTRES RESSOURCES, PASSEZ À Q 76.

72. Vous nous avez mentionné avoir utilisé les services de _____

72A. Combien de fois? _____

72B. Qui vous y a référé? _____

72C. Les services offerts ont-ils été...

1 Très aidants

2 Assez aidants

3 Peu aidants

4 Pas du tout aidants

} **Passez à Q 74**

73. Qu'avez-vous apprécié le plus? (*Faire élaborer le plus possible*) _____

 **Passez à Q 75**

AUTRES SERVICES REÇUS DEPUIS LE CONGÉ DE L'URGENCE

74. Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié? Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour vous aider davantage? *(Faire élaborer le plus possible)* _____

75. D'autres rencontres sont-elles prévues à(au) _____?

1 Oui → À quel moment? _____
→ Avez-vous l'intention d'y aller?
1 Oui
2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

AUTRES SERVICES REÇUS DEPUIS LE CONGÉ DE L'URGENCE

76. Avez-vous l'intention de faire appel à une autre ressource dans les prochaines semaines?

1 Oui → À quelle ressource? _____

À quel moment? _____

Pour quels motifs? _____

2 Non → Pourquoi? _____

8 Ne sait pas

MÉDICATION

JE VAIS MAINTENANT VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA MÉDICATION QUE VOUS PRENEZ ACTUELLEMENT.

Catégorie	Q 77	Q 78	Q 79	Q 80	Q 81	Q 81A.
Actuellement, est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler... 1. Oui 2. Non 8. Ne sait pas		Quel est le nom exact du médicament? (donner des choix de réponses à l'aide de la grille de Rx)	Quand ce médicament vous a-t-il été prescrit? 1. À l'urgence 2. Avant l'urgence 3. Après l'urgence	Qui vous a prescrit ce médicament? 1. Médecin de garde à l'urgence 2. Psychiatre de l'urgence 3. Un autre médecin (Précisez)	Prenez-vous ce médicament selon l'ordonnance? 1. Toujours 2. Généralement 3. Rarement 4. Jamais	Pourquoi rarement ou jamais? (Retranscrire au verso)
Votre anxiété, votre angoisse ou votre stress?						
Votre humeur dépressive, votre tristesse, vos pleurs?						
Vos problèmes de sommeil?						
D'autres symptômes psychologiques?						

IDÉATIONS ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

MAINTENANT, EN CE QUI CONCERNE VOS PENSÉES SUICIDAIRES...

82. Lorsque vous avez fait votre tentative de suicide il y a deux semaines, était-ce votre première tentative ou en aviez-vous fait d'autres auparavant?

1 Première tentative

2 D'autres auparavant → **Combien ?** _____

83. Depuis votre congé de l'urgence, vous arrive-t-il de penser encore **sérieusement** à vous suicider?

1 Oui

2 Non → **Passez à Q 85**

83A. Y pensez-vous :

1 À tous les jours

2 Quelques fois

3 Rarement



Évaluez l'urgence en consultant la grille à la fin de l'entrevue

84. Depuis votre congé de l'urgence, avez-vous fait une autre tentative de suicide?

1 Oui

2 Non → **Passez à Q 85**

84A. Quand? _____

84B. Avez-vous consulté suite à cette tentative de suicide?

1 Oui

2 Non → Pourquoi?

IDÉATIONS ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

85. S'il vous arrivait à nouveau de penser sérieusement au suicide, à quelle(s) ressource(s) feriez-vous appel pour vous aider? _____

CONSIGNE : SI NE CONNAÎT AUCUNE RESSOURCE, RÉFÉRER LA PERSONNE SELON LA GRILLE À LA FIN DE L'ENTREVUE.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

EN TERMINANT, LES QUELQUES QUESTIONS QUI SUIVENT NOUS PERMETTRONS DE CLASSIFIER VOS RÉPONSES.

86. Quel est votre statut civil actuellement?

- 1 Célibataire
- 2 Légalement marié(e) et non-séparé(e)
- 3 Vit avec un conjoint(e) de fait
- 4 Séparé(e) ou divorcé(e)
- 5 Veuf(ve)
- 9 Refus

87. Combien d'enfants avez-vous ou avez-vous eu, incluant les enfants adoptés?

- 0 Aucun
- 1 Un et plus : Précisez le nombre : _____

Combien ont moins de 16 ans et pour lesquels vous avez la responsabilité entière ou partagée? _____

88. Avec qui viviez-vous au moment où vous avez été admis à l'hôpital (composition du ménage lors de la tentative de suicide)?

- 1 Vivait seul
- 2 Vivait seul avec enfant(s)
- 3 Vivait avec partenaire sans enfant
- 4 Vivait avec partenaire et enfant
- 3 Vivait avec parents
- 4 Vivait avec d'autres proches/amis
- 5 Autre → Précisez : _____

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

89. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

- 1 Primaire
- 2 Secondaire
- 3 Collégial
- 4 Universitaire

90. Occupez-vous un emploi actuellement?

1 Oui

Êtes-vous :

- 1 À temps plein
- 2 À temps partiel
- 3 En arrêt de travail
- 4 Autre → Précisez : _____

2 Non

→

Depuis combien de temps? _____

→

Êtes-vous :

- 1 Au chômage
- 2 À la retraite
- 3 Aux études
- 4 Autre → Précisez : _____

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

91. Dans quelle catégorie se situe le revenu annuel total (avant impôt) de votre foyer?
- 1 Moins de 10 000 \$
 - 2 Entre 10 000 et 30 000 \$
 - 3 Entre 30 000 et 50 000 \$
 - 4 Entre 50 000 et 70 000 \$
 - 5 Entre 70 000 et 90 000 \$
 - 6 90 000 et plus
 - 9 Refus
92. De façon générale, comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?
- 1 Vous vous considérez à l'aise financièrement
 - 2 Vous considérez vos revenus suffisants pour répondre à vos besoins
 - 3 Vous vous considérez pauvre
 - 4 Vous vous considérez très pauvre
 - 9 Refus
93. Où êtes-vous né?
- 1 Canada
 - 2 Autre → Précisez : _____
- Depuis combien de temps vivez-vous au Canada?
- 1 Moins de 5 ans
 - 2 Plus de 5 ans

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

94. Quelle est la première langue que vous avez apprise et que vous parlez encore?

1 Français

2 Anglais

3 Autre → *Précisez :* _____

95. Quelle est votre orientation sexuelle?

1 Hétérosexuelle

2 Homosexuelle

3 Bisexuelle

4 Autre

9 Refus

REMERCIEMENTS

**VOILÀ, NOUS AVONS FAIT LE TOUR DES QUESTIONS,
JE VOUS REMERCIE SINCÈREMENT D'AVOIR ACCEPTÉ DE PARTICIPER À CETTE RECHERCHE.**

UNE COMPENSATION FINANCIÈRE DE 10 \$ VOUS SERA ENVOYÉE PAR LA POSTE.

Nous avons donc besoin de votre adresse : _____

Pour votre part, auriez-vous des questions ou des commentaires sur l'entrevue? Y aurait-il des questions importantes selon vous qu'on aurait oublié de vous demander?

Commentaires du/de la répondant(e) : _____

Nous vous rappellerons dans six semaines, afin de connaître votre appréciation des services reçus. Si jamais vous changez de numéro de téléphone, veuillez nous appeler au numéro suivant : (514) 528-2400, poste 3436.

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Le suivi des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide	Coût 10 \$	

NUMÉRO D'ISBN (version imprimée)

978-2-89494-792-0

Nom _____

Adresse _____

No

Rue

App.

Ville

Code postal

Téléphone _____

Télécopieur _____

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-
poste à l'ordre de la **Direction de santé publique de Montréal**

Veillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 