

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



Santé publique

Surveillance des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de la région montréalaise

*Janie Houle, Carole Poulin,
avec la collaboration de Léo-Roch Poirier*

Février 2006

LA PRÉVENTION
EN ACTIONS

Garder notre
monde en santé

Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Surveillance des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de la région montréalaise

*Janie Houle, Ph. D., Direction de santé publique de Montréal
Carole Poulin, M. Sc., Direction de santé publique de Montréal
avec la collaboration de
Léo-Roch Poirier, M. Sc., Institut national de santé publique*

Février 2006

Une réalisation du secteur Écoles et milieux en santé
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mandataire

© Direction de santé publique
Agence de la santé et de services sociaux de Montréal (2006)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89494-478-0

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui nous ont accordé une entrevue dans le cadre de ce projet de recherche :

Mme Natalie Caya, infirmière-chef de l'urgence de l'Hôpital Saint-Luc
M. Marc Pépin, infirmier-chef de l'urgence de l'Hôpital Notre-Dame
Mme Colombe Gagnon, infirmière-chef de l'urgence de l'Hôtel-Dieu
Mme Louise de Vaudreuil, infirmière-chef de l'urgence du Centre hospitalier Fleury
Mme Lucie Cyr, infirmière-chef de l'urgence de l'Hôpital de Verdun
Mme Odette Sansregret, monitrice clinique à l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Mme Josée Fillion, infirmière-chef de l'urgence de l'Hôpital Sacré-Cœur
Mme Christiane Doray, infirmière-chef de l'urgence de l'Hôpital Jean-Talon
M. Claude Ménard, infirmier-chef de l'urgence de l'Hôpital de Lasalle
Mme Marie-Andrée Ulysse, infirmière-chef de l'urgence de l'Hôpital Royal-Victoria
M. Alain Paradis, infirmier-chef de l'Hôpital Lakeshore
Mme Ann Thomas, infirmière-chef de l'Hôpital général de Montréal
Mme Valérie Pelletier, infirmière-chef de l'Hôpital général juif de Montréal
Mme Margaret Kerr, infirmière-chef à l'urgence du Centre hospitalier St-Mary's
Mme Manon Latendresse, adjointe à l'infirmière-chef de l'urgence de l'Hôpital Lachine

L'étude de validation n'aurait pu être réalisée sans la précieuse collaboration des responsables des urgences participantes. Nos plus sincères remerciements à Mme Natalie Caya, à Dr Alain Brissette, à Mme Renée Brideau, à Mme Louise de Vaudreuil et à Mme Mélanie Bourgoïn pour leur appui dans le cadre de ce projet. Merci également à leurs employés qui ont été sensibilisés à la problématique du suicide et qui ont fait preuve de vigilance dans la collection des informations relatives aux tentatives de suicide. Enfin, toute notre reconnaissance aux archivistes qui ont examiné des centaines de dossiers avec professionnalisme et célérité, Mme Ginette Daneau et Mme Lyne Sergerie. Cette étude a été rendue possible grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux via son programme de subventions en santé publique.

LISTE DES ACRONYMES

- CMD :** Catégorie majeure de diagnostic
- ETG :** Échelle de triage et de gravité
- GPA :** Groupe de patients ambulatoires correspondant aux diagnostics secondaires posés par le médecin lors du congé du patient
- SIGDU :** Systèmes d'information et de gestion des départements d'urgence

RÉSUMÉ

Le suicide est un important problème de santé publique au Québec. Parmi les groupes les plus à risque de suicide figurent les personnes qui se sont présentées à l'urgence suite à une tentative de suicide. Ces personnes présentent un taux de suicide 100 fois plus élevé que celui de la population générale. Ayant le mandat d'effectuer la surveillance continue de l'état de santé de la population et de contribuer à la prévention des principaux problèmes qui l'affectent, la Direction de santé publique de Montréal doit être en mesure de déterminer l'ampleur du phénomène des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de sa région et dresser le portrait de cette clientèle à risque. Malheureusement, il n'existe actuellement aucune source de données valides pour lui permettre de réaliser son mandat.

L'objectif général de cette étude est d'examiner le potentiel des systèmes d'information et de gestion des départements d'urgence (SIGDU) comme outil de surveillance. Elle comporte deux volets. Le premier consiste en une tournée des salles d'urgence des hôpitaux généraux de la région de Montréal visant à inventorier les SIGDU qui y sont implantés et en décrire les différents usages. Des entrevues en face à face sont alors effectuées auprès des infirmières-chef des urgences. Le second volet de l'étude implique la réalisation d'une collecte de données dans les dossiers médicaux et les SIGDU, afin d'estimer l'ampleur de la sous-déclaration des tentatives de suicide dans ces systèmes. Il s'agit d'une expérimentation pilote puisqu'elle porte sur une période d'un mois et se limite à deux urgences de la région. De concert, les deux volets de l'étude visent à formuler des recommandations quant aux actions à entreprendre pour améliorer la validité des informations tirées des SIGDU.

La tournée des hôpitaux rend compte de la grande diversité de SIGDU implantés dans la région de Montréal de même que du manque de standardisation dans l'utilisation de ces systèmes. Les résultats des entrevues réalisées auprès des infirmières-chefs montrent que la tentative de suicide peut être notée à deux endroits dans le SIGDU : 1) dans l'échelle de triage et de gravité (ETG); et 2) dans le diagnostic secondaire posé par le médecin au moment du congé du patient (GPA). Cependant, tous les SIGDU ne disposent pas d'un ETG et de GPA et seulement la moitié des urgences possèdent la catégorie «tentative de suicide» nécessaire à la déclaration de l'événement.

L'étude pilote révèle une importante sous-déclaration des tentatives de suicide dans les SIGDU. Alors que la collecte de données dans les dossiers médicaux permet l'identification de 35 tentatives de suicide au cours de la période à l'étude, l'analyse des informations contenues dans les SIGDU montre que seulement 14 d'entre elles y sont explicitement rapportées. La lecture de la raison de consultation notée par l'infirmière lors du triage permet de déduire qu'il s'agit d'une tentative de suicide pour 14 autres patients, puisqu'il y est fait mention, à la fois, d'un comportement (intoxication ou lacérations, par exemple) et d'une intention suicidaire. Toutefois, il s'avère impossible de statuer en la présence d'une tentative de suicide pour 7 individus.

Considérant le fait que tous les hôpitaux utilisent un SIGDU pour y consigner les nouvelles admissions à l'urgence, il s'agit d'un outil de surveillance au potentiel intéressant. Toutefois, le

manque d'homogénéité qui prévaut à l'heure actuelle, tant au plan de la diversité de SIGDU implantés que des différences dans leurs modes d'utilisation, rend difficile la production de données régionales. Plus important encore, les tentatives de suicide sont largement sous-déclarées dans ces systèmes. Ceci s'explique en grande partie par le fait que le personnel des urgences ne mentionne pas toujours l'intention suicidaire ayant conduit la personne à s'infliger des blessures, se limitant plutôt à la cause physique de la visite à l'urgence, à savoir l'«intoxication médicamenteuse» ou la «lacération».

Quelques recommandations se dégagent de cette étude. Tout d'abord, il apparaît essentiel de : 1) doter tous les SIGDU d'un ETG et d'un GPA comportant la catégorie «tentative de suicide». Par ailleurs, puisque la disponibilité de la catégorie n'est pas garante de son utilisation, il est recommandé de : 2) faire apparaître la catégorie «tentative de suicide» à chaque fois que celle d'«intoxication» est cochée dans l'ETG; 3) sensibiliser les médecins à l'importance de déclarer toutes les tentatives de suicide dans les diagnostics finaux; 4) former les infirmières à reconnaître les cas de tentatives de suicide et à cocher systématiquement la catégorie «tentative de suicide» lorsque approprié.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
LISTE DES ACRONYMES	iii
RÉSUMÉ	v
TABLE DES MATIÈRES	vii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	3
1.1 Prévalence des décès par suicide	3
1.2 Prévalence des tentatives de suicide	5
1.3 SIGDU : un outil potentiel de surveillance des tentatives de suicide	8
CHAPITRE 2 : OBJECTIFS ET MÉTHODE	9
2.1 But et objectifs	9
2.2 Méthode	9
2.2.1 Premier volet : Tournée des hôpitaux montréalais	9
2.2.2 Deuxième volet : Étude pilote	10
2.3 Considérations éthiques	14
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS	15
Première partie : Tournée des hôpitaux généraux	15
3.1 Participants	15
3.2 SIGDU utilisés dans les urgences de la région de Montréal	15
3.3 Modes d'utilisation des SIGDU	15
3.4 Inscription de la tentative de suicide dans les SIGDU	16
3.5 Pistes d'amélioration de la validité des données	17

Deuxième partie : Étude pilote	17
3.6 Échantillon	17
3.7 Nombre de cas de tentatives de suicide	19
3.8 Sous-déclaration des tentatives de suicide dans les SIGDU	19
3.9 Portrait des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide	20
3.10 Validité des données disponibles dans les SIGDU	22
CHAPITRE 4 : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	23
CONCLUSION	27
APPENDICE A	29
Grille d'entrevue auprès des infirmières-chefs des urgences générales	31
APPENDICE B	35
Fiche de collecte de données sur la dernière visite à l'urgence	37
APPENDICE C	39
Liste des catégories majeures de diagnostic (CMD)	41
APPENDICE D	43
Lettre de sensibilisation aux infirmières	45
APPENDICE E	47
Lettre de sensibilisation aux médecins	49
APPENDICE F	51
Affichettes	53
RÉFÉRENCES	55

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux

1. Prévalence des tentatives de suicide selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998	5
2. Fréquence avec laquelle certaines informations sont rapportées dans les SIGDU, telle qu'estimée par les répondants (n = 15)	16
3. Pistes d'amélioration de la validité des données (n = 15)	17
4. Nombre de visites dans les deux urgences participantes au cours d'une période d'un mois, selon le CMD	18
5. Répartition des personnes qui présentent une problématique suicidaire dans les CMD	19
6. Portrait des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide (n = 35).....	20

LISTE DES FIGURES

Figures

1.	Taux de mortalité par suicide selon l'âge et le sexe	3
2.	Taux de mortalité ajusté par suicide selon les régions du Québec, sexes réunis, 1999-2001	4
3.	Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe, Montréal, 1997-2000	6

INTRODUCTION

La Direction de santé publique de Montréal a comme mandat d'effectuer la surveillance continue de l'état de santé de la population montréalaise et de contribuer à la prévention des principaux problèmes qui l'affectent. Or, la région de Montréal est celle où l'on répertorie le plus grand nombre de décès par suicide de la province et celle qui détient le pire bilan parmi les grandes régions urbaines du Canada. Beaucoup plus prévalentes que les décès par suicide, les tentatives de suicide en sont l'un des facteurs de risque les plus importants. Quotidiennement, les urgences hospitalières de la région accueillent des personnes qui ont tenté de s'enlever la vie, lesquelles présentent un taux de suicide 100 fois plus élevé que celui que l'on retrouve dans la population générale.

Dans une optique de prévention du suicide, il s'avère crucial de bien connaître le profil de cette population à risque afin d'agir d'une manière ciblée et efficace. Il n'existe actuellement aucune donnée valide permettant de déterminer avec exactitude le nombre de personnes qui se présentent à l'urgence des hôpitaux montréalais suite à une tentative de suicide. Il serait pourtant possible d'y parvenir à partir des données colligées dans les systèmes informatisés utilisés quotidiennement dans les établissements hospitaliers de la région. Cependant, à l'heure actuelle, ces données sont très parcellaires et se révèlent, par conséquent, peu utiles.

Cette étude vise à mieux comprendre comment les informations relatives à la tentative de suicide sont colligées dans les systèmes informatisés utilisés dans les urgences, à identifier les menaces possibles à la validité des données et à suggérer des correctifs viables. Le présent rapport rend compte de cette démarche et de ses résultats en quatre chapitres. Le premier chapitre aborde la problématique du suicide et traite des enjeux relatifs à sa surveillance. Le second chapitre précise les objectifs de l'étude et la méthodologie utilisée, tandis que le troisième en présente les résultats. Finalement, le quatrième chapitre discute des résultats obtenus et des recommandations qui en découlent.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

1.1 Prévalence des décès par suicide

Au Québec, plus de 1 300 personnes s'enlèvent la vie à chaque année, dont 80% sont des hommes. Le suicide est la première cause de mortalité chez les hommes de 15 à 44 ans et chez les femmes de 15 à 29 ans (Institut de la statistique du Québec, 2004). Les taux de suicide varient selon l'âge, atteignant un sommet chez les 40-49 ans (*voir* figure 1).

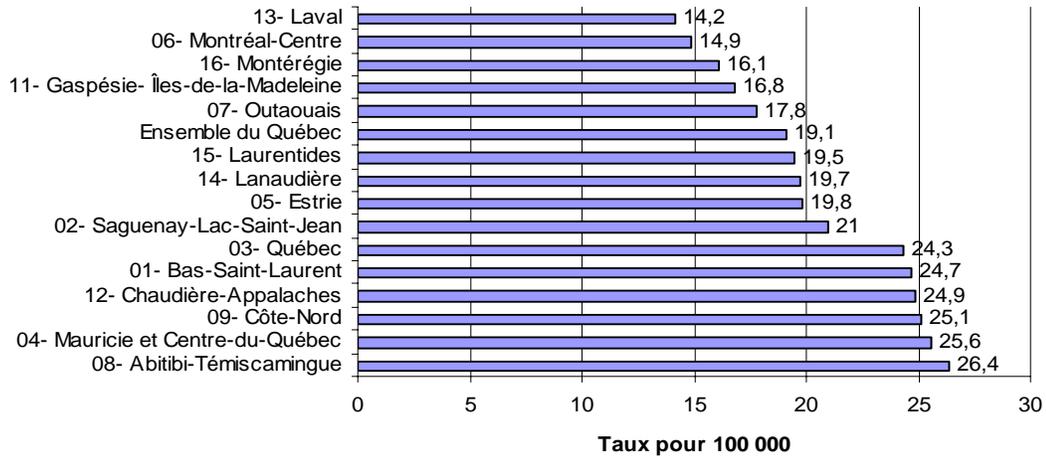
Figure 1
Taux de mortalité par suicide selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004

La région urbaine de Montréal présente l'un des taux de suicide les moins élevés de la province (*voir* figure 2). Cette situation n'est pas exceptionnelle, car plusieurs études, réalisées dans différents pays, montrent que les taux de suicide sont plus élevés dans les régions rurales que dans les régions urbaines (Galliené, 2004; Singh et Siahpush, 2002; Taylor et al., 2005). Toutefois, Montréal détient le pire bilan des grandes villes canadiennes, avec un taux de suicide qui excède de 50% celui d'Ottawa, Toronto et Vancouver (Ayotte, Choinière et Poulin, 2002). Ce constat n'est pas étonnant puisque le Québec est la province qui enregistre le taux de suicide le plus élevé au pays (Saint-Laurent et Bouchard, 2004). Cette disparité entre les taux de suicide observés au Québec et dans le reste du Canada demeure, à ce jour, inexpliquée.

Figure 2
Taux de mortalité ajusté par suicide selon les régions, sexes réunis, 1999-2001



Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004

Au Québec, en vertu de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances de décès*, tous les décès qui surviennent dans des «circonstances obscures ou violentes» de même que ceux qui sont de «cause médicale indéterminée» doivent faire l'objet d'une investigation par un coroner qui détient une formation médicale ou juridique (Bureau du coroner, 2004). Cette procédure vise à déterminer les causes probables du décès de manière à formuler des recommandations permettant d'éviter la répétition d'un décès similaire. Elle implique une cueillette d'information auprès des proches de la personne décédée, des services de police et souvent du médecin traitant.

Les informations recueillies par les coroners sur les causes et les circonstances de décès permettent de déterminer, avec beaucoup d'exactitude, le nombre de suicides qui surviennent dans la province au cours d'une année donnée. Le Québec n'exige pas, comme c'est le cas en Ontario, que les coroners fassent la preuve, hors de tout doute raisonnable, qu'il s'agit bel et bien d'un suicide. À partir du moment où l'analyse des faits entourant l'événement, des antécédents de la personne et des opinions des proches et des professionnels de la santé conduit un coroner à penser qu'une personne s'est infligée un traumatisme avec l'intention de se donner la mort, il peut conclure au suicide si cette hypothèse lui apparaît la plus probable. Ceci fait en sorte de diminuer considérablement le nombre de décès d'intention indéterminée, et conséquemment la sous-déclaration des cas de suicide. La situation est très différente en Ontario, où un rapport de coroner fut contesté devant les tribunaux et conduisit à un renforcement des standards de preuve exigés pour qu'un coroner puisse conclure à un suicide. Libre d'une telle jurisprudence, le Québec peut privilégier une philosophie de santé publique dans l'application de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances de décès*. Bref, les taux de mortalité par suicide produits par l'Institut de la statistique du Québec peuvent être considérés comme fiables, puisqu'ils sont calculés à partir des données inscrites dans les fichiers des coroners.

1.2 Prévalence des tentatives de suicide

Les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes que les décès par suicide. Leur taux de prévalence est toutefois beaucoup plus difficile à établir avec certitude en raison des biais importants liés aux méthodes de collecte des informations. Deux méthodes principales sont utilisées pour déterminer la prévalence des tentatives de suicide : les enquêtes et la compilation des soins médicaux suite à une tentative de suicide. Chacune de ces méthodes est sujette à des erreurs de mesure.

A) Enquêtes

Par le biais d'entrevues ou de questionnaires auto-administrés, les enquêtes demandent directement aux personnes interrogées si elles ont déjà tenté de se suicider. Au Québec, l'Enquête sociale et de santé estime qu'il y aurait 5 personnes sur 1 000 qui tenteraient de s'enlever la vie au cours d'une année dans la province, ce qui représente environ 29 000 Québécois (Boyer et Saint-Laurent, 1995; Boyer et al., 2000).

Tableau 1
Prévalence des tentatives de suicide selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	À vie			12 mois			
	1987	1992-1993		1987	1992	1998	
	%	%	Pe ¹	%	%	%	Pe
Femme	4,2	4,5	116 935	0,9	0,6	0,5	15 000
Homme	2,9	2,8	71 345	1,0	0,6	0,5	13 000

¹ : nombre estimé de personnes dans la population québécoise qui ont fait une tentative de suicide
Source : Boyer et Saint-Laurent (1995) ; Boyer et coll. (2000)

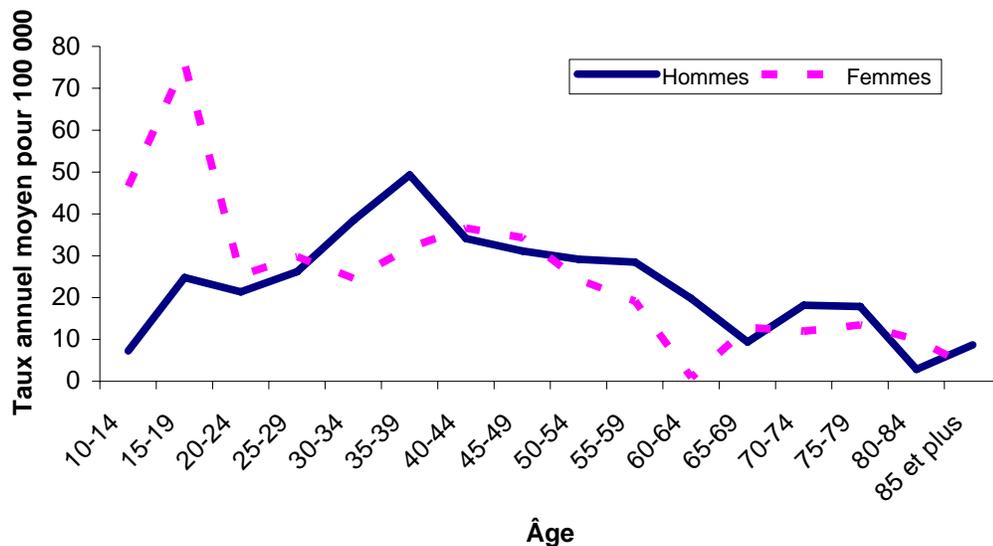
Bien qu'elles soient fréquemment utilisées, les enquêtes sont sujettes à d'importants biais. Tout d'abord, les répondants peuvent rapporter comme «tentative de suicide» des gestes dont l'intentionnalité n'était pas de causer la mort, tels que des comportements d'automutilation par exemple, ce qui aurait pour conséquence de gonfler artificiellement les taux de tentatives de suicide. En outre, ils peuvent omettre, de façon volontaire ou non, de mentionner leur(s) tentative(s) de suicide passée(s). Enfin, dans une optique de surveillance, les enquêtes sont limitées car, en raison des coûts énormes qu'elles impliquent, elles ne peuvent être répliquées régulièrement. Malgré ces limites, les enquêtes auprès de la population générale demeurent, à l'heure actuelle, les principales sources de données permettant d'estimer les taux de tentatives de suicide.

B) Soins médicaux suite à une tentative de suicide

La compilation des soins médicaux (hospitalisation ou autre) dispensés suite à une tentative de suicide est une autre façon d'inférer les taux de tentative de suicide. Au Québec, il existe un système d'information appelé MED-ÉCHO, qui est géré par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et qui comptabilise toutes les hospitalisations pour des soins de courte durée qui surviennent sur le territoire québécois. Les informations sont colligées auprès des médecins qui doivent compléter le formulaire AH-101P pour chacune des personnes hospitalisées. Ce formulaire demande, notamment, au médecin de préciser le diagnostic principal ou secondaire pour lequel la personne est hospitalisée en utilisant la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9). La tentative de suicide est identifiée sous neuf codes de la CIM-9 (E950 à E959), chaque code correspondant à une méthode de suicide différente : suffocation (E953), noyade (E954), arme à feu (E955), par exemple.

L'analyse du fichier des hospitalisations de MED-ÉCHO révèle que le taux d'hospitalisation des résidents montréalais à la suite d'une tentative de suicide était de 25,6 pour 100 000 en 1999-2000 (Ayotte, Choinière et Poulin, 2002). Le taux varie considérablement selon l'âge, les jeunes filles de 15 à 19 ans enregistrant les taux les plus élevés (voir figure 2).

Figure 3
Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe,
Montréal, 1997-2000



Source : Ayotte, Choinière et Poulin, 2002.

Le portrait des tentatives de suicide produit par les données disponibles dans le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO comporte de nombreuses limites. Tout d'abord, les personnes qui se présentent à l'hôpital suite à une tentative de suicide ne représentent qu'une petite proportion de l'ensemble des personnes qui tentent de s'enlever la vie. À cet égard, l'Enquête sociale et de santé

révèle que 38% des personnes qui rapportent avoir fait une tentative de suicide déclarent s'être présentées à l'urgence suite à ce geste (Boyer et al., 2000).

Par ailleurs, le formulaire AH-101P indexé dans les fichiers MED-ÉCHO et utilisé pour calculer le taux de tentative n'est rempli que lorsque la personne est hospitalisée à l'interne. Or, une forte proportion des personnes qui se présentent à l'hôpital suite à une tentative de suicide ne fait qu'un court séjour à l'urgence et obtient son congé dans les 24 à 48 heures. Ces personnes sont, par conséquent, absentes des données disponibles dans les fichiers MED-ÉCHO. De surcroît, les tentatives de suicide ayant conduit à une hospitalisation ne seraient pas toutes rapportées dans le formulaire AH-101P. Dans son rapport sur l'évolution des traumatismes, Hamel (2001) fait état de l'importante sous-estimation des tentatives de suicide dans les fichiers MED-ÉCHO. Il évalue cette sous-estimation à 25% et l'attribue au fait que les tentatives de suicide sont parfois classifiées sous le diagnostic «troubles psychiatriques» ou sous celui de «lésions traumatiques et empoisonnement» sans que l'intention suicidaire ne soit précisée. En effet, les médecins omettent parfois de préciser le véritable motif de l'hospitalisation, lui préférant ces diagnostic plus généraux. L'ampleur de cette sous-déclaration est actuellement inconnue. Enfin, les fluctuations observées dans les taux calculés à partir des fichiers MED-ÉCHO peuvent difficilement être interprétées comme de réels changements dans les taux de tentative, puisqu'elles peuvent résulter de transformations dans les pratiques des hôpitaux qui favorisent de plus en plus les soins ambulatoires (Hamel, 2001). En raison de toutes ces limites, le profil partiel obtenu par l'intermédiaire de ce type de fichiers s'avère insuffisant pour permettre à la santé publique de s'acquitter correctement de sa fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population. Cette fonction est pourtant essentielle à l'accomplissement de son mandat de maintien et d'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise. Elle soutient, en effet, le processus de planification socio-sanitaire et permet d'agir de manière plus ciblée et efficace sur les déterminants de la santé.

Par ailleurs, l'obtention d'un taux valide d'incidence des tentatives de suicide serait un précieux indicateur de l'efficacité des programmes de prévention du suicide. Le suicide étant un événement relativement rare, de très grands échantillons sont nécessaires afin d'observer des fluctuations attribuables à une intervention. Le taux de suicide est un indicateur qui se caractérise par une faible sensibilité (capacité de varier rapidement suite à une intervention). Selon Breton (2004) : *« Cette faible sensibilité s'explique par la létalité restreinte des conduites suicidaires. Il en résulte des problèmes méthodologiques presque insurmontables pour qui veut démontrer scientifiquement l'effet d'un programme de prévention du suicide sur l'indicateur de mortalité. Par exemple, en respectant les paramètres statistiques habituels, il faudrait 12 909 670 participants pour voir une réduction du taux de suicide de 15% avec un taux de dix personnes par 100 000 (Gunnel et Frankel, 1994). »* Les tentatives de suicide étant beaucoup plus fréquentes que les décès par suicide, leur incidence serait un indicateur beaucoup plus sensible et, par conséquent, utile de l'efficacité des interventions. Reste à résoudre le problème de validité qui afflige les taux actuels.

Les tentatives de suicide font partie des objets de surveillance identifiés dans le programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003). Il s'agit, en fait, du facteur de risque le plus important du suicide complété (Brown et al., 2000; Harris et Barraclough, 1997; Isometsa et Lonnqvist, 1998; Suokas et al., 2001). À chaque année, plus de personnes meurent par suicide que

des suites d'un accident de la route, d'un accident de travail ou d'une maladie infectieuse (incluant le sida). Les personnes qui se présentent à l'urgence d'un hôpital suite à une tentative de suicide présentent un risque 100 fois plus élevé de s'enlever la vie que celui de la population générale (Owens et al., 2002). Dans la première année suivant leur congé, 16% commettront une nouvelle tentative de suicide et 2% s'enlèveront la vie. Une meilleure connaissance de ce groupe vulnérable contribuerait à l'amélioration des services qui leur sont offerts.

1.3 SIGDU : un outil potentiel de surveillance des tentatives de suicide

Toutes les personnes qui se présentent à l'hôpital suite à une tentative de suicide passent par la salle d'urgence et les informations qui concernent leur séjour sont consignées dans un dossier médical. Après le congé du patient, le dossier est acheminé aux archives où il y est classé et conservé jusqu'à la prochaine visite. Pour établir un taux de tentative de suicide valide et dresser un portrait des personnes qui se présentent à l'hôpital suite à une tentative de suicide, il faudrait scruter des milliers de dossiers. La Direction de la santé publique de Laval a réalisé cet exercice en 1992 (Raymond et Pica, 1995) auprès de deux hôpitaux desservant sa région et, même si elle a échantillonné seulement 12 semaines sur 52, plus de 1 000 dossiers ont dû être examinés attentivement pour y repérer 115 cas de tentative de suicide lavallois. Reproduire cette étude à l'échelle montréalaise impliquerait des coûts énormes, sans compter l'imprécision des taux calculés à partir de quelques semaines dans l'année.

Une solution plus avantageuse et durable à ce problème consisterait à utiliser les systèmes informatisés utilisés quotidiennement dans les établissements hospitaliers de la région. Ces systèmes d'information et de gestion des départements d'urgence (SIGDU) recèlent des quantités importantes d'informations qui seront sous peu normalisées et centralisées dans un entrepôt régional de données, administré par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en collaboration avec le Technocentre. Les SIGDU sont de puissants outils de recherche qui permettent de connaître, en temps réel, le nombre de personnes admises à l'hôpital pour un motif donné et peuvent, d'une manière rétrospective, identifier les cas de tentatives de suicide pour une période de temps précise.

Toutefois, la grande diversité de SIGDU utilisés à Montréal fait en sorte que les informations ne sont pas colligées de la même façon dans tous les établissements. En outre, on peut supposer, qu'à l'instar du formulaire AH-101P complété pour les hospitalisations, le diagnostic «tentative de suicide» n'est pas systématiquement rapporté dans les SIGDU, les médecins lui préférant possiblement des diagnostics plus neutres et généraux tels que «troubles psychiatriques» ou «empoisonnement». Par conséquent, il s'avère indispensable de s'assurer, dans un premier temps, de la validité des diagnostics répertoriés dans les SIGDU avant de pouvoir procéder à des analyses sur ces bases de données.

CHAPITRE 2

OBJECTIFS ET MÉTHODE

2.1 But et objectifs

Cette recherche a pour but général de déterminer le potentiel des SIGDU comme outil de surveillance des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de la région montréalaise en vue d'émettre des recommandations quant aux actions à entreprendre pour obtenir une information valide.

Elle poursuit quatre objectifs plus spécifiques :

1. Inventorier les différents SIGDU utilisés dans la région montréalaise;
2. Décrire les différents modes d'utilisation des SIGDU lorsqu'une personne se présente à l'urgence suite à une tentative de suicide;
3. Estimer l'ampleur de la sous-déclaration des tentatives de suicide dans les SIGDU;
4. Identifier les menaces possibles à la validité des données relatives à la tentative de suicide.

2.2 Méthode

La recherche est composée de deux volets : une tournée des salles d'urgence des hôpitaux généraux et une étude pilote réalisée dans deux d'entre elles.

2.2.1 Premier volet : Tournée des hôpitaux montréalais

La tournée des salles d'urgence vise à mieux connaître les différents SIGDU utilisés dans la région de Montréal et leur mode d'utilisation.

Population étudiée

L'ensemble des hôpitaux généraux de la région de Montréal sont visés par ce volet de l'étude, c'est-à-dire l'Hôpital Saint-Luc, l'Hôpital Notre-Dame, l'Hôpital Hôtel-Dieu, le Centre hospitalier Fleury, l'Hôpital Jean-Talon, l'Hôpital Lakeshore, le Centre hospitalier de Lachine, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Royal-Victoria, l'Hôpital Général de Montréal, l'Hôpital Général Juif de Montréal, le Centre hospitalier St-Mary, l'Hôpital Sacré-Cœur, le Centre hospitalier de Verdun, le Centre hospitalier de Lasalle, l'Hôpital Santa-Cabrini. Les quatre hôpitaux psychiatriques et les deux hôpitaux pour enfants sont cependant exclus de l'échantillon afin d'en préserver l'homogénéité.

Sources d'information et instruments de mesure

En raison de leur position stratégique dans les salles d'urgence, les infirmières-chefs de l'urgence générale sont identifiées comme les répondants privilégiés dans ce volet de l'étude. Ils sont rencontrés sur leur lieu de travail dans le cadre d'une entrevue semi-structurée (*voir* Appendice A) d'une durée de 30 à 45 minutes qui permet de recueillir les informations suivantes :

1. Type de SIGDU utilisé par l'hôpital;
2. Membre du personnel utilisateur du SIGDU;
3. Moment où est effectuée la saisie des données;
4. Endroits dans le système où sont notées les informations relatives à la tentative de suicide;
5. Nature des informations colligées;
6. Sources possibles de sous-déclaration des tentatives de suicide;
7. Validité perçue des informations relatives à la tentative de suicide;
8. Pistes d'amélioration.

Procédure

Les infirmières-chef des salles d'urgence de chacun des 16 hôpitaux généraux de la région de Montréal sont sollicitées par téléphone pour participer à l'étude. Les objectifs leur sont présentés ainsi que la méthode choisie. L'entrevue se déroule dans le bureau de l'infirmière-chef qui est invitée à faire une démonstration de l'utilisation du SIGDU devant le chercheur.

Analyse des données

Les informations recueillies dans le cadre des entrevues sont codifiées et saisies dans un logiciel d'analyses statistiques SPSS. Des analyses strictement descriptives (fréquence et pourcentage) sont effectuées sur les données.

2.2.2 Deuxième volet : Étude pilote

Cette étude a pour but d'estimer l'ampleur de la sous-déclaration des tentatives de suicide dans les SIGDU. Plus précisément, elle vise à : a) déterminer la proportion de tentatives de suicide non rapportées dans les SIGDU; b) vérifier la validité des informations disponibles dans les SIGDU; et c) identifier les situations où les omissions sont plus fréquentes.

Participants

L'étude pilote est réalisée dans deux hôpitaux généraux de la région de Montréal : le Centre hospitalier Fleury et l'Hôpital Saint-Luc du CHUM. Ces établissements ont été choisis parce qu'ils utilisent le système SIURGE, qui est celui le plus répandu à Montréal et pour lequel le Ministère offre des incitatifs financiers lors de son implantation dans un département d'urgence. La participation du Centre hospitalier St-Mary et de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a également été sollicitée, mais le contexte n'était pas propice à la réalisation d'une étude. Enfin, l'Hôpital de Lachine n'ayant pas suffisamment de patients pour satisfaire aux besoins de l'étude a servi de pré-test pour notre grille de collecte des données.

Sources d'information et instruments de mesure

Deux sources d'information principales ont été utilisées dans cette étude-pilote : les dossiers médicaux conservés aux archives et le SIGDU.

A) *Les dossiers médicaux* Un dossier médical est créé pour chacune des personnes qui reçoit des soins à l'hôpital, que ce soit à l'urgence, dans les départements internes ou dans les cliniques externes. Conservés aux archives, les dossiers médicaux constituent la source la plus fiable et la plus complète d'informations sur les motifs de consultation et les interventions réalisées. On y retrouve notamment : la feuille de consultation à l'urgence (Formulaire AH-280), la feuille de triage, l'évaluation de l'urgence, les notes d'évolution, les notes d'observation en soins infirmiers, la surveillance des paramètres (signes vitaux), le rapport des laboratoires, le formulaire de consentement et la demande d'admission.

Les informations contenues dans les dossiers médicaux sont utilisées afin d'identifier les cas de tentative de suicide. Pour chacun des cas avérés, une fiche de collecte de données est complétée, afin de comparer les informations consignées au dossier du patient avec les données disponibles dans le SIGDU (*voir* Appendice B). La fiche de collecte a été pré-testée à l'Hôpital Lachine. Des modifications mineures ont été apportées. Les informations extraites des dossiers médicaux et retranscrites dans la fiche de collecte sont les suivantes :

1. Date et heure de l'arrivée à l'urgence;
2. Provenance et mode d'arrivée;
3. Motifs de la visite tels que mentionnés dans la feuille de triage;
4. État d'intoxication au moment de l'arrivée à l'urgence;
5. Consultation en psychiatrie et référence;
6. Date et heure du congé de l'urgence;
7. Professionnel qui a signé le congé;
8. Diagnostic final au moment du congé;
9. Destination après le congé de l'urgence;
10. Endroit où la tentative de suicide est notée dans le dossier;
11. Moyen utilisé dans la tentative de suicide.

B) *Le SIGDU* Le système informatique utilisé dans les salles d'urgence participantes crée une fiche synthèse pour chacune des personnes qui se sont présentées à l'urgence. Ces fiches reprennent quelques unes des informations du dossier médical, dont :

1. Date et l'heure d'arrivée à l'urgence;
2. Date et l'heure de sortie de l'urgence;
3. Durée du séjour;
4. Sexe;
5. Âge;

6. Diagnostic principal;
7. Antécédents;
8. Raison de consultation;
9. Médecins consultés;
10. Interventions réalisées;
11. Destination après le congé.

Le SIGDU permet également d'effectuer des recherches et de sélectionner certains dossiers en fonction de leurs caractéristiques. Il peut, par exemple, identifier les personnes qui se sont présentées à l'urgence au cours d'une période donnée et pour lesquelles le médecin a attribué une catégorie majeure de diagnostic (CMD) particulière. Les CMD sont 25 catégories de diagnostic très larges (*voir* Appendice C), déterminées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, et qui doivent obligatoirement être utilisées par les médecins pour qualifier chacune des admissions à l'urgence. Dans le cadre de l'étude pilote, cette stratégie a été utilisée afin de sélectionner les dossiers médicaux soumis à l'examen.

Procédure

L'étude pilote comporte plusieurs étapes. Les infirmières-chefs de l'urgence générale des hôpitaux sélectionnés sont d'abord contactées afin de leur exposer le projet et solliciter leur participation. Lorsqu'elles acceptent, des démarches sont entreprises afin d'obtenir l'autorisation du Directeur des services professionnels de l'établissement, lequel a notamment pour mandat de régir l'accès aux dossiers médicaux. Une rencontre est ensuite organisée avec la responsable des archives dans le but de lui exposer le projet et de s'assurer qu'une archiviste est disponible pour effectuer la recherche dans les dossiers des patients. Le médecin responsable de l'urgence générale est également contacté afin d'obtenir son adhésion au projet.

Une fois toutes les autorisations recueillies, l'étude pilote peut débuter. Elle comporte 7 étapes :

1. *S'assurer qu'une catégorie «tentative de suicide» soit disponible dans SIURGE;*

Afin de faciliter l'inscription, par le personnel des urgences, de la tentative de suicide dans SIURGE, cette dernière doit faire partie des choix offerts dans les menus déroulants. Elle est ajoutée à l'échelle de triage et de gravité (ETG), qui est complétée lors de l'évaluation initiale par une infirmière, ainsi que dans les diagnostics secondaires (GPA), attribués au moment du congé du patient.

2. *Sensibiliser le personnel des urgences à l'importance d'inscrire systématiquement les tentatives de suicide dans SIURGE;*

De manière à diminuer le plus possible les sources de sous-déclaration au cours de la période à l'étude, tout le personnel des urgences a été sensibilisé à l'importance de noter systématiquement les tentatives de suicide dans SIURGE. Différentes stratégies ont été adoptées : point abordé lors d'une rencontre des infirmières, lettre envoyée à toutes les infirmières de l'urgence (*voir* Appendice D) et à tous les médecins (*voir* Appendice E),

affichettes disposées à des endroits stratégiques de l'urgence qui annoncent l'étude en cours et précisent les critères d'inclusion des tentatives de suicide (*voir* Appendice F).

3. *Détermination de la période à l'étude;*

Lorsque tout le personnel des urgences est sensibilisé, une période de collecte de données d'un mois est fixée. Seuls les dossiers des personnes qui se sont présentées à l'urgence au cours de cet intervalle temporel sont examinés afin d'identifier les tentatives de suicide. La période à l'étude est relativement courte, mais concerne 862 dossiers pour le Centre hospitalier Fleury et 3466 pour l'Hôpital Saint-Luc. Il nous semble qu'il s'agit là d'un bassin suffisant pour estimer l'ampleur de la sous-déclaration des tentatives de suicide dans SIURGE.

4. *Émission de la liste de dossiers médicaux à l'examen;*

Une fois la période de collecte de données écoulée, une liste des dossiers médicaux à examiner doit être constituée et remise aux archivistes qui effectueront la collecte de données. Considérant le nombre important d'inscriptions à l'urgence pour la période à l'étude et les contraintes financières liées au projet, tous les dossiers ne peuvent être examinés. Une pré-sélection est nécessaire et c'est à partir du CMD (*voir* Appendice C) qu'elle est effectuée. Les CMD les plus susceptibles de référer à des cas de tentatives de suicide ont été choisis, à savoir les CMD 19 (Troubles mentaux), 20 (Troubles mentaux organiques/toxicomanie), 21 (Blessures, empoisonnements et effets toxiques des drogues) et 25 (Traumatismes multiples).

5. Collecte de données dans les dossiers médicaux;

L'archiviste reçoit la liste des dossiers médicaux à examiner avec la date précise du séjour à l'urgence sur lequel doit porter l'investigation. Pour chacun des dossiers mentionnés, l'archiviste doit parcourir l'ensemble des informations relatives à ce séjour afin d'identifier les cas de tentatives de suicide. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont les mêmes que ceux précisés sur les affichettes (*voir* Appendice F). Pour chacun des cas de tentatives de suicide, l'archiviste complète une fiche de collecte de données (*voir* Appendice B).

6. *Impression des fiches synthèses;*

Pour chacun des cas de tentatives de suicide identifiés par l'archiviste, la fiche synthèse du séjour à l'urgence produite par le SIGDU est imprimée.

7. *Comparaison des informations consignées dans les dossiers médicaux avec celles inscrites dans SIURGE;*

Cette étape réfère à l'analyse des données et, à ce titre, est décrite dans la section ci-dessous.

Analyse des données

Les informations recueillies dans la fiche de collecte des données et dans la fiche synthèse sont codées et saisies dans un logiciel d'analyses statistiques SPSS. Des analyses strictement descriptives (fréquence et pourcentage) sont effectuées sur les données.

2.3 Considérations éthiques

La confidentialité des informations obtenues est respectée à toutes les étapes de l'étude. Les informations transmises aux chercheurs sont dénominalisées et ne permettent aucunement d'identifier les personnes qui ont reçu des soins à l'urgence. Les archivistes, de par le code d'éthique lié à leur profession, sont tenus à la confidentialité des informations contenues dans les dossiers des patients. Enfin, la base de données informatiques ne comporte aucun nom et sera détruite six mois après le dépôt du rapport de recherche.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

PREMIÈRE PARTIE : TOURNÉE DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

3.1 Participants

Un seul des hôpitaux généraux de la région de Montréal qui avaient été ciblés pour participer à ce volet de l'étude a décliné l'invitation. Dans la majorité des hôpitaux (n = 12), l'infirmier ou l'infirmière-chef de l'urgence générale a agi à titre de répondant. Une adjointe jugée mieux au fait de l'utilisation du système d'information a cependant été désignée par l'infirmier-chef comme répondante dans trois hôpitaux participants.

3.2 SIGDU utilisés dans les urgences de la région de Montréal

Pour les 15 hôpitaux visités, nous avons constaté l'utilisation de 7 SIGDU différents. Le logiciel SIURGE est le plus populaire puisqu'il est utilisé dans près de la moitié (n = 7) des urgences visitées. Le SAP-ISH (logiciel administratif permettant de gérer l'hôpital au complet et pas seulement l'urgence) est utilisé dans deux centres hospitaliers, de même que le EMERGENCY REGISTRY (n = 2). Quatre hôpitaux ont des systèmes maison généralement peu élaborés, à l'exception d'un établissement qui utilise un système conçu sur mesure et qui serait très performant aux dires du personnel.

Le logiciel SIURGE dont l'adoption fait l'objet d'incitatifs financiers de la part du MSSS est en voie d'être implanté dans deux autres hôpitaux montréalais. Dans le cadre de nos entrevues, deux centres hospitaliers anglophones ont précisé qu'ils n'avaient pas l'intention d'adopter ce système unilingue français, préférant s'inspirer des systèmes américain, canadien ou australien.

3.3 Modes d'utilisation des SIGDU

Dans plusieurs hôpitaux (n = 6), ce sont uniquement les commis qui utilisent les SIGDU et entrent les informations dans le système. Ces informations proviennent des notes des infirmières, mais surtout de celles des médecins. Le tiers (n = 5) des établissements impliquent les infirmières, en plus des commis, dans l'utilisation du système informatisé, alors que dans trois hôpitaux, seules les infirmières sont habilitées à le faire. Dans la majorité des cas, les informations sont entrées dans le système au moment du triage (n = 13) et du congé (n = 12). Un hôpital n'entre cependant les informations qu'au moment du triage, alors qu'un autre ne le fait que lors du congé.

3.4 Inscription de la tentative de suicide dans les SIGDU

L'analyse des systèmes informatisés utilisés dans les urgences montre qu'il serait possible d'y inscrire la tentative de suicide à deux endroits : 1) dans l'échelle de triage et de gravité (ETG); et 2) dans le diagnostic secondaire posé par le médecin au moment du congé du patient (GPA). Pour que les informations puissent être transmises au technocentre et analysées, il est nécessaire qu'une catégorie «tentative de suicide» soit disponible afin de la sélectionner dans un menu déroulant. À l'heure actuelle, la moitié (n = 8) seulement des urgences ont accès à une catégorie «tentative de suicide» et celle-ci n'est jamais disponible simultanément dans l'ETG et dans les GPA.

La présence d'une catégorie «tentative de suicide» ne signifie pas nécessairement qu'elle sera utilisée d'une manière systématique. Dans les établissements où une catégorie est disponible, les répondants estiment qu'on lui préfère souvent le diagnostic «intoxication» ou celui de «dépression». Ceci explique en partie pourquoi aucun participant à la tournée des hôpitaux considère, qu'actuellement, les statistiques produites à partir des données relatives aux tentatives de suicide dans les SIGDU sont valides.

Par ailleurs, selon les répondants, le portrait des personnes traitées suite à une tentative de suicide serait incomplet à plusieurs égards s'il était produit à partir des données actuellement disponibles dans les SIGDU. En effet, bien qu'il serait possible de connaître avec certitude le sexe, l'âge, la durée de séjour à l'urgence et la présence d'une consultation en psychiatrie et d'une hospitalisation, les autres informations seraient parcellaires. Le tableau 2 montre l'estimation de la fréquence avec laquelle différentes informations sont notées dans les SIGDU, d'après les répondants à l'étude.

Tableau 2
Fréquence avec laquelle certaines informations sont rapportées dans les SIGDU
telle qu'estimée par les répondants (n = 15)

	Toujours	Parfois	Jamais
Moyen utilisé dans la tentative	6,7	66,7	26,7
Lieu de la tentative	0,0	0,0	100,0
Durée du séjour l'urgence	93,3	0,0	6,7
Intoxication au moment de la tentative	13,3	66,7	20,0
Consultation en psychiatrie	100,0	0,0	0,0
Transfert à l'urgence psychiatrique	93,3	0,0	6,7
Hospitalisation	100,0	0,0	0,0
Évaluation par une travailleuse sociale	73,3	0,0	26,7
Références	20,0	26,7	53,3

3.5 Pistes d'amélioration de la validité des données

Plusieurs stratégies sont proposées par les répondants pour améliorer la validité des données relatives à la tentative de suicide (*voir* tableau 3). À nos yeux, l'ajout d'une catégorie «tentative de suicide» est un prérequis à atteindre pour les établissements qui en sont privés. Avoir la possibilité de sélectionner plus d'un diagnostic est également un facteur qui pourrait améliorer la validité des données. En effet, lorsque les médecins sont limités à un seul, ils vont plus souvent privilégier un diagnostic «médical» plus conservateur tel que «intoxication» ou «dépression».

La sensibilisation des médecins et des infirmières à l'importance de noter systématiquement la tentative de suicide dans le SIGDU est la piste d'amélioration la plus souvent mentionnée par les répondants. Alors que les infirmières jouent un rôle déterminant au moment du triage, puisque ce sont elles qui complètent l'ETG, les médecins ont l'entière responsabilité des diagnostics. Afin de limiter le plus possible les risques de sous-déclaration, les répondants estiment que ces deux corps professionnels doivent connaître l'existence d'une catégorie «tentative de suicide» dans le SIGDU et être sensibilisés à l'importance d'obtenir des données valides à cet égard.

Tableau 3
Pistes d'amélioration de la validité des données (n = 15)*

	n	%
Sensibilisation des médecins	5	33,3
Formation et sensibilisation des infirmières	5	33,3
Formation et sensibilisation des commis	3	20,0
Ajout d'une catégorie «tentative de suicide»	3	20,0
Possibilité de donner plus d'un diagnostic	2	13,3
Possibilité de corriger les informations après l'évaluation du médecin	1	6,7
Adapter le SIGDU aux besoins des cliniciens	1	6,7

* Plus d'une piste pouvait être mentionnée par répondant

DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE PILOTE

3.6 Échantillon

Au cours de la période à l'étude d'un mois, on note 4 328 nouvelles inscriptions dans les SIGDU des deux urgences participantes. Le tableau 4 présente la répartition des inscriptions en fonction des CMD. Au total, 686 dossiers médicaux sont sélectionnés pour être examinés par les archivistes afin d'identifier les cas de tentative de suicide. Ils correspondent aux visites pour lesquelles le CMD «19- *maladies et troubles mentaux*», «20- *troubles mentaux organiques induits par des substances toxiques*», «21- *blessures, empoisonnement et effets toxiques des drogues*» ou «25- *traumatismes multiples*» a été attribué.

Tableau 4
Nombre de visites dans les deux urgences participantes
au cours d'une période d'un mois selon le CMD

	n	%
01- Système nerveux (maladie et troubles)	191	4,4
02- Oculaires (maladie et troubles)	47	1,1
03- Oreilles, nez, bouche et gorge (maladie et troubles)	168	3,9
04- Appareil respiratoire (maladie et troubles)	282	6,5
05- Appareil circulatoire (maladie et troubles)	400	9,2
06- Appareil digestif (maladie et troubles)	535	12,4
07- Système hépato-biliaire (maladie et troubles)	109	2,5
08- Appareil musculo-squelettique et tissu conjonctif (maladie et troubles)	432	10,0
09- Peau, tissu sous-cutané et sein (maladie et troubles)	318	7,3
10- Endocriniens, nutrition et métabolisme (maladie et troubles)	93	2,1
11- Appareil urinaire (maladie et troubles)	182	4,2
12- Appareil reproducteur chez l'homme (maladie et troubles)	24	5,5
13- Appareil reproducteur chez la femme (maladie et troubles)	76	1,8
14- Grossesse, accouchement et post-partum	63	1,5
16- Immunitaires du sang et des organes hématopoïétiques (maladie et troubles)	29	0,7
17- Myéloprolifératifs et tumeurs peu différenciées (maladie et troubles)	4	0,01
18- Infectieuses et parasitaires de siège non spécifié (maladie et troubles)	72	1,7
19- Mentaux (maladie et troubles)	264	6,1
20- Mentaux organiques induits par des substances toxiques (troubles)	170	3,9
21- Blessures, empoisonnements et effets toxiques des drogues	164	3,8
22- Brûlure	14	0,3
23- Autres facteurs influant sur l'état de santé	596	13,8
24- Infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	2	0,01
25- Traumatismes multiples	88	2,0
Non défini	5	0,01
TOTAL	4 328	100,0

3.7 Nombre de cas de tentative de suicide

Après analyse des dossiers par les archivistes, une problématique suicidaire est observée chez 120 patients, ce qui représente 17,5% des 686 inscriptions à l'urgence pour lesquelles les médecins ont attribué les CMD 19, 20, 21 ou 25. Les archivistes ont identifié la présence d'idées suicidaires sans passage à l'acte dans 85 dossiers (12,4%) et ont repéré au total 35 tentatives de suicide (5,1%). La consultation à l'urgence pour des idées suicidaires est environ deux fois plus fréquente que celle pour tentative de suicide. Les personnes qui se sont présentées à l'urgence suite à une tentative de suicide reçoivent le CMD 20 dans les deux-tiers des cas, alors que les personnes qui ont rapporté des idées suicidaires sans passage à l'acte se répartissent à peu près également entre les CMD 19 et 20 (voir tableau 5).

Tableau 5
Répartition des personnes qui présentent une problématique suicidaire dans les CMD

	Tentative de suicide		Idées suicidaires		Total	
	n	%	n	%	n	%
19- Mentaux (troubles et maladies)	13	37,1	53	62,4	66	55,0
20- Mentaux organiques induits par des substances toxiques (troubles)	21	60,0	30	35,3	51	42,5
21- Blessures, empoisonnements et effets toxiques des drogues	1	2,9	2	2,3	3	2,5
25- Traumatismes multiples	0	0,0	0	0,0	0	0,0

3.8 Sous-déclaration des tentatives de suicide dans les SIGDU

Des 35 tentatives de suicide repérées dans les dossiers médicaux par les archivistes, seulement 14 ont été identifiées dans le SIGDU. Cinq tentatives de suicide ont été mentionnées à la fois dans la raison de consultation et dans le diagnostic final. Toutefois, la moitié n'a été rapportée que dans la raison de consultation (n = 7) et deux n'ont été mentionnées que dans le diagnostic final (n = 2). Ceci signifie que les tentatives de suicide sont souvent identifiées par les infirmières, dès l'étape du triage.

Des différences importantes sont toutefois notées entre les hôpitaux participants : l'un d'entre eux (hôpital A) a noté plus de la moitié (n = 11) des tentatives de suicide dans le SIGDU, alors que l'autre (hôpital B) ne l'a fait que pour trois individus. En outre, l'hôpital qui a le mieux répertorié les tentatives de suicide (hôpital A) donne suffisamment d'informations dans les raisons de consultation pour pouvoir déduire qu'il s'agit d'une tentative de suicide dans tous les cas où la catégorie «tentative de suicide» n'est pas cochée. Il y est en effet toujours mention d'un geste : «prise de médicament», «voulait se jeter en bas du métro», «dit avoir bu une bouteille de loxapine», «courait devant autos» et d'une intention : «dans un but suicidaire», «dans un dessein suicidaire», «veut mourir», «état suicidaire».

Par contre, à l'hôpital où la tentative de suicide n'est mentionnée que pour trois individus, il est absolument impossible de déduire s'il s'agit d'une tentative de suicide à la lecture de la fiche synthèse de 9 des patients, puisqu'il n'y ait fait aucunement mention du mot «suicide». Seulement deux fiches mentionnent l'intention suicidaire derrière le geste qui a conduit la personne à l'urgence.

3.9 Portrait des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide

Les informations disponibles dans le SIGDU ainsi que celles qui ont été extraites des dossiers des patients admis à l'urgence suite à une tentative de suicide nous permettent de dresser un portrait sommaire de cette clientèle vulnérable. Les personnes qui se sont présentées à l'urgence après une tentative de suicide sont principalement des femmes. L'âge moyen de cette clientèle est de 35 ans (*ET* = 11,8; *Min* = 15; *Max* = 61) et la durée moyenne de séjour à l'urgence est de 29,5 heures (*ET* = 48,8; *Min* = 0,5; *Max* = 223,0).

Tableau 6
Portrait des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide (n = 35)

Caractéristiques	n	%
Sexe* féminin	24	68,6
Âge*		
15 à 24 ans	8	22,9
25 à 34 ans	8	22,9
35 à 44 ans	12	34,3
45 à 54 ans	5	14,3
55 ans et plus	2	5,7
Intoxication à l'alcool au moment de l'arrivée*	7	20,0
Moyen utilisé pour la tentative de suicide*		
Intoxication	26	74,3
Lacérations	5	14,3
Pendaison	2	5,7
Accident d'automobile	1	2,9
Métro	1	2,9
Durée du séjour à l'urgence*		
12 heures et moins	13	37,1
13 heures à 24 heures	13	37,1
25 heures à 48 heures	4	11,4
48 heures et plus	5	14,3

* Ces informations sont disponibles dans les fiches synthèses des SIGDU

Tableau 6 (suite)
Portrait des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide (n = 35)

Caractéristiques	n	%
Jour d'arrivée*		
Du lundi au vendredi	28	80
Samedi ou dimanche	7	20
Heure d'arrivée*		
9h à 17h	9	25,7
17h à 24h	20	57,1
0h à 9h	6	17,1
Provenance		
Domicile	28	80,0
Rue	2	5,7
Autre hôpital	1	2,9
Métro	1	2,9
Prison	3	8,6
Arrivée en ambulance	35	100,0
A été évalué par un psychiatre *	27	77,1
Jour du départ*		
Du lundi au vendredi	25	71,4
Samedi ou dimanche	10	28,6
Heure du départ*		
9h à 17h	29	82,9
17h à 24h	5	14,3
0h à 9h	1	2,9
Médecin qui a signé le congé		
Omnipraticien	12	35,3
Psychiatre	16	47,1
Omnipraticien et psychiatre	6	17,6

* Ces informations sont disponibles dans les fiches synthèses des SIGDU

Tableau 6 (suite)
Portrait des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide (n = 35)

Caractéristiques	n	%
Diagnostic noté dans le SIGDU		
Tentative de suicide	8	22,9
Intoxication	21	60,0
Dépression	4	11,4
Troubles du comportement	1	2,9
Destination après l'urgence		
A été hospitalisé en psychiatrie	6	17,1
A été hospitalisé en hépatologie	1	2,9
A été transféré en psychiatrie dans un autre établissement	2	5,7
A été référé à l'externe	13	37,1
Clinique externe de psychiatrie	7	20,0
Ressource en toxicomanie	3	8,6
Médecin de famille	2	5,7
Thérapie de soutien	1	2,9
Retour en prison	3	8,8
Retour dans la communauté sans référence	10	28,8

3.10 Validité des données disponibles dans les SIGDU

Hormis la sous-déclaration des tentatives de suicide dans les systèmes informatisés utilisés dans les urgences, la comparaison des informations disponibles dans ces systèmes avec celles inscrites dans les dossiers médicaux des patients révèle un problème de validité sur certaines variables. Ainsi, alors que certaines informations des fiches synthèses sont rigoureusement exactes : sexe, âge, durée du séjour, date et heure d'arrivée et de sortie, d'autres sont moins valides. L'information relative à la consultation en psychiatrie n'est pas toujours exacte : on retrouve quatre omissions et une consultation qui a été annulée, mais qui est demeurée inscrite dans la fiche synthèse. L'hôpital où l'on observe la plus forte sous-estimation (hôpital B) est celui où l'on retrouve trois des quatre omissions.

En ce qui concerne la destination après le congé, elle est manquante pour la majorité (78,6%) des patients de l'hôpital B. Par comparaison, l'hôpital A consigne toujours cette information qui est entièrement valide en ce qui a trait aux admissions à l'interne, aux transferts dans un autre établissement et au retour dans la communauté. Par contre, la catégorie «congé sans référence» est incorrectement utilisée dans 41,7% des cas, les patients ayant reçu une référence.

CHAPITRE 4

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Diversité des SIGDU et de leur utilisation

L'un des premiers constats qui se dégage de cette étude est qu'il existe une grande diversité de SIGDU dans la région de Montréal. Pas moins de sept SIGDU différents ont été répertoriés dans les 15 hôpitaux participants. En outre, les SIGDU ne possèdent pas tous un ETG et des GPA et il n'y a aucune uniformité dans la manière dont ils sont utilisés dans les départements d'urgence : le type de professionnels qui entrent les données dans le système diffèrent, de même que le moment où la saisie est effectuée. D'ailleurs, malgré le fait que le système SIURGE soit implanté dans pas moins de sept urgences à Montréal, le menu déroulant de l'échelle de triage et de gravité (ETG) de même que celui des diagnostics secondaires (GPA) varient d'un établissement à l'autre. Seuls les CMD et le premier niveau de l'ETG sont uniformes, car ils sont exigés par le Ministère. La catégorie «tentative de suicide» étant facultative, elle n'est, par conséquent, disponible que dans la moitié des établissements et n'est jamais présente à la fois dans l'ETG et dans les GPA. Pourtant, la plupart des tentatives de suicide sont connues dès le triage et la disponibilité d'une catégorie «tentative de suicide» dans l'ETG permettrait d'améliorer la validité des statistiques relatives à ce motif de consultation à l'urgence. Il importe néanmoins que la tentative de suicide figure également parmi la liste des diagnostics secondaires, car elle peut être repérée uniquement lors de l'évaluation par le médecin de garde ou de la consultation en psychiatrie. La présence d'une catégorie «tentative de suicide» aux deux étapes clés de l'entrée de données dans les SIGDU, c'est-à-dire au moment du triage et à celui du congé, permettrait de réduire la sous-déclaration.

Il existerait donc une étape préalable à toute utilisation des données issues des SIGDU : s'assurer que tous les hôpitaux de la région disposent d'une catégorie «tentative de suicide» dans l'ETG et dans les GPA. Plusieurs obstacles devront être surmontés dans la réalisation de cette incontournable étape. Tout d'abord, certains SIGDU ne comportent ni ETG, ni GPA. En outre, l'entrée de données dans les systèmes informatisés n'est pas toujours effectuée lors du triage et au moment du congé. Certains établissements n'utilisent le SIGDU qu'à un seul moment du séjour de la personne à l'urgence. Enfin, l'ajout de la catégorie «tentative de suicide» ne faisant pas l'objet de directives ministérielles, elle demeure donc à l'entière discrétion de chacun des établissements. Des démarches de sensibilisation devront être réalisées auprès tant des hôpitaux que du ministère afin de les convaincre de la pertinence d'effectuer cet ajout. Les infirmières-chef rencontrées dans le cadre de la tournée se sont néanmoins montrées très favorables à une telle modification de leur système.

Ampleur de la sous-déclaration

La disponibilité d'une catégorie «tentative de suicide» n'est toutefois pas garante de son utilisation. Les résultats de l'étude pilote montrent que seulement 40% des tentatives de suicide sont explicitement notées dans les SIGDU. Les infirmières-chef suggéraient que l'une des causes principales de la sous-déclaration était la préférence des médecins à utiliser les diagnostics «intoxication» et «dépression». Cette intuition clinique s'est avérée fondée puisque 60% des tentatives de suicide ont reçu le diagnostic «intoxication» et 11,4% celui de «dépression». Moins du quart (22,9%) des tentatives de suicide sont identifiées comme telles dans le diagnostic du SIGDU. La raison de consultation inscrite au moment du triage fait mention de la tentative de suicide dans le tiers des cas (n = 12). Il s'avère particulièrement inquiétant de constater l'ampleur de cette sous-déclaration dans des milieux qui avaient été sensibilisés à l'importance de noter systématiquement la tentative de suicide dans le système informatisé et qui avaient été avisés, en outre, de la réalisation de cette étude.

Des différences importantes et révélatrices sont observées entre les deux hôpitaux participants, l'un ayant identifié plus de la moitié des tentatives de suicide et l'autre moins du quart. Ces différences peuvent être attribuées, en partie, à l'intensité de la sensibilisation des médecins qui était supérieure dans l'établissement où la sous-déclaration fut la plus faible. D'autre part, au moment du triage, les infirmières de cet établissement mentionnent toujours, dans la raison de consultation, qu'une intention suicidaire avait motivé la prise de médicament ou les lacérations. Cette pratique permet de statuer avec confiance qu'il s'agit d'une tentative de suicide, et ce même si la catégorie n'a pas été cochée. En réalité, la catégorie «tentative de suicide» n'est disponible dans l'ETG que dans la section «comportement». Il serait avantageux de l'inclure également dans la section «intoxication», car la majorité des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence sont effectuées par ce moyen. L'ETG de l'hôpital où on a observé la plus forte sous-déclaration ne disposait d'aucune catégorie tentative de suicide. En plus de l'absence de précision quant à l'intention derrière le geste, ceci explique sans doute pourquoi cet hôpital dispose de statistiques moins fiables sur les tentatives de suicide.

Fiabilité des informations concernant la tentative de suicide et le séjour à l'urgence

Dans la perspective où toutes les tentatives de suicide seraient correctement consignées dans les SIGDU, le portrait qu'on pourrait dresser des personnes qui se présentent à l'urgence suite à une tentative de suicide serait assez sommaire. Il se limiterait à l'âge et au sexe de ces personnes, ainsi qu'au moyen utilisé pour tenter de s'enlever la vie. Nous disposerions également de quelques informations sur les soins reçus à l'urgence, dont la durée du séjour, l'évaluation par un psychiatre et la destination après le congé. Toutefois, ces deux dernières informations devront être interprétées avec prudence : la consultation en psychiatrie n'étant pas toujours mentionnée dans SIURGE et la catégorie «congé sans référence» étant incorrectement utilisée dans près de la moitié des cas.

Recommandations

Tous les hôpitaux généraux de Montréal utilisent un SIGDU pour y consigner les nouvelles admissions à l'urgence. Ce système possède donc un potentiel intéressant comme outil de surveillance. Il existe, cependant, à l'heure actuelle, une telle diversité dans les SIGDU que l'obtention d'une information comparable d'un établissement à l'autre s'avère impossible. En

outre, alors que certains SIGDU pourraient facilement être dotés d'une catégorie «tentative de suicide», ce n'est pas le cas de tous. Par conséquent, une des premières recommandations qui se dégagent de cette étude est de :

1. Doter tous les SIGDU d'un ETG et de GPA comportant la catégorie «tentative de suicide».

La tentative de suicide ne figure pas parmi les informations devant obligatoirement être colligées dans les SIGDU, en vertu du plus récent cadre normatif émis par le MSSS (2004). En effet, le CMD est l'unique information relative au diagnostic devant être fournie par les établissements, tandis que les données exigées par rapport au triage se limitent à : la date de fin du triage, le niveau de priorité accordé au patient et son niveau d'autonomie après cette étape. Par conséquent, l'ajout d'une catégorie «tentative de suicide» est laissée à l'entière discrétion de chacun des établissements. La première recommandation impliquera donc de les convaincre, un à un, de la pertinence et de l'utilité d'un tel ajout. Dans certains cas, cela impliquera des modifications majeures aux SIGDU déjà en place. À cet égard, les incitatifs financiers offerts par le MSSS aux hôpitaux intéressés à implanter le système SIURGE pourraient diminuer les résistances et rehausser la qualité générale des systèmes utilisés dans la région de Montréal.

Les résultats de cette étude montrent que la disponibilité de la catégorie n'est pas garante de son utilisation. Plusieurs actions pourraient être mises en œuvre afin de diminuer la sous-déclaration des tentatives de suicide dans les SIGDU :

2. Faire apparaître la catégorie «tentative de suicide» à chaque fois que celle d'«intoxication» est cochée dans l'ETG;
3. Sensibiliser les médecins à l'importance de déclarer toutes les tentatives de suicide dans les diagnostics finaux;
4. Former les infirmières à reconnaître les cas de tentatives de suicide et à cocher systématiquement la catégorie «tentative de suicide» lorsque approprié.

Il faut néanmoins reconnaître que l'importante sous-déclaration obtenue dans le cadre de l'étude pilote fut observée dans des établissements qui avaient été sensibilisés à l'importance de noter systématiquement la tentative de suicide dans le SIGDU et qui connaissaient l'existence de cette étude. Compte tenu du contexte extrêmement exigeant du travail dans les urgences et de l'important roulement de personnel, il est à prévoir qu'en dépit d'une application parfaite des précédentes recommandations une importante sous-déclaration persiste.

Il est peu probable qu'un portrait valide des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de la région de Montréal puisse être obtenu par la seule utilisation des informations colligées dans les SIGDU. Ces outils pourraient toutefois permettre de restreindre le nombre de dossiers médicaux à examiner pour identifier les tentatives de suicide. L'étude pilote montre que les tentatives de suicide reçoivent toutes, soit le CMD 19 «Mentaux (troubles et maladies)» ou 20 «Mentaux organiques induits par des substances toxiques (troubles)». Les SIGDU permettent de faire des recherches par mots clefs. Il serait possible de repérer les cas les plus susceptibles d'être des tentatives de suicide en demandant de rechercher, parmi ces deux CMD, ceux où il est fait mention de «lacération*», «intox*», «pendaison*», «suicid*». Aucun des cas de tentative de suicide repéré dans l'étude pilote aurait été omis par cette recherche. Il aurait cependant été nécessaire de

consulter les dossiers médicaux afin d'éliminer les faux positifs, comme les lacérations ou les intoxications accidentelles et les idées suicidaires sans passage à l'acte.

Limites de l'étude

Plusieurs facteurs limitent les conclusions de cette étude. Tout d'abord, la tournée s'est restreinte aux hôpitaux généraux, de sorte qu'il serait imprudent de généraliser ces résultats aux hôpitaux psychiatriques et aux hôpitaux pour enfants.

D'autre part, en raison de contrainte financière, l'étude pilote a été réalisée auprès de seulement deux établissements n'ayant pas été choisis au hasard. Ces hôpitaux ne sont certes pas représentatifs de l'ensemble des hôpitaux généraux de la région, puisqu'ils possèdent tous deux le système SIURGE et comptent un volume élevé de visites à l'urgence. Le taux de sous-déclaration obtenu dans cette étude n'est donc présenté qu'à titre indicatif, d'autant plus qu'il a été établi à partir d'une courte période d'un mois et que le personnel infirmier et médical avait été informé de la réalisation de cette l'étude et sensibilisé à l'importance de noter les tentatives de suicide dans le système. Les variations importantes observées entre les établissements confirment également la non représentativité du taux. L'identification d'une sous-déclaration de cette ampleur dans des établissements qui avaient été sensibilisés au préalable, nous révèle néanmoins la complexité du problème et suggère l'existence d'une situation similaire, voire pire encore, dans les autres hôpitaux, particulièrement ceux qui disposent d'un système moins élaboré que SIURGE. Des études auprès d'échantillons représentatifs devront être réalisées afin de statuer sur le taux exact de sous-déclaration. L'étude pilote a néanmoins le mérite d'avoir exploré les différentes sources de sous-déclaration et identifié des correctifs possibles.

CONCLUSION

Cette étude portant sur les difficultés inhérentes à l'établissement d'un taux valide de prévalence des tentatives de suicide requérant des soins médicaux permet de mettre en relief les défis associés à l'obtention d'une information de qualité sur les causes des visites dans les salles d'urgence. En matière de diagnostic, le Ministère se satisfait d'une information très générale : l'une des 25 catégories majeures de diagnostic (CMD). Les systèmes d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU) ont pourtant le potentiel pour devenir un puissant outil de surveillance en santé publique. Cependant, en raison de l'absence d'une volonté politique claire à ce sujet, les informations sur les diagnostics plus spécifiques, dont la tentative de suicide fait partie, sont non valides et, par conséquent, inutilisables.

Les résultats de l'étude suggèrent quelques pistes d'amélioration de la validité des données, telles que la formation et la sensibilisation du personnel oeuvrant dans les urgences, mais elles ne pallieront toujours qu'imparfaitement au problème. Le roulement de personnel étant tellement élevé dans le milieu hospitalier, il s'avère impossible d'envisager obtenir des taux valides de tentatives de suicide sans que la déclaration de ces diagnostics plus spécifiques ne soit rendue obligatoire par le Ministère. Il en est de même pour tous les autres problèmes de santé motivant le recours à l'urgence.

Bien qu'une stratégie alternative de surveillance, combinant l'analyse des informations colligées dans les SIGDU et celles disponibles dans les dossiers médicaux, soit proposée dans ce rapport, elle nécessiterait un investissement financier trop important pour permettre une surveillance continue des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence. Elle s'avèrerait toutefois intéressante à envisager au cours de la période de cinq années, entre chacune des enquêtes sociales et de santé.

APPENDICE A

GRILLE D'ENTREVUE AUPRÈS DES INFIRMIÈRES-CHEFS DES URGENCES GÉNÉRALES

Date de la rencontre : _____

Hôpital visité : _____

Personne rencontrée : _____

Poste : _____

Coordonnées : _____

Grille d'entrevue sur l'utilisation des SIGDU

1. Quelle sorte de système utilisez-vous?

SIURGE

Autre : _____

2. Quelles sont les personnes qui entrent les informations dans le système?

Commis

Infirmière

Médecin

Psychiatre

Autre : _____

3. À quel moment est réalisée l'entrée de données?

Accueil

Au triage

Après l'évaluation du médecin

Durant le séjour

Avant le congé

Autre : _____

4. Serait-il possible de nous donner un exemple d'output vierge afin que nous puissions connaître les diverses catégories d'informations disponibles dans le système et celles se rapportant plus directement aux tentatives de suicide?

5. À quelle catégorie se retrouve le diagnostic « tentative de suicide » et indiquer le ou les catégories y menant? Exemple : santé mentale – tentative de suicide.
6. On va vous présenter cinq cas fictifs et vous demander de nous indiquer comment les informations seraient entrées dans le système.

1^{er} cas : Une personne se présente à l'urgence et elle mentionne ouvertement aux professionnels qui l'évaluent qu'elle vient de faire une tentative de suicide. Cette information est-elle consignée dans le système et où?

2^e cas : Une personne se présente à l'urgence et elle indique aux professionnels de l'urgence qu'elle vient de prendre beaucoup de médicaments. Quelle information sera consignée dans le système? Intoxication ou tentative de suicide?

3^e cas : Une personne se présente à l'urgence avec des lacérations superficielles aux poignets. Quelle information sera consignée dans le système? Lacérations ou tentative de suicide?

4^e cas : Une personne se présente à l'urgence pour problème médical. En cours d'évaluation, il ressort que cette personne a fait une tentative de suicide. L'information sera-t-elle corrigée dans le système?

5^e cas : Une personne se présente à l'urgence pour problème médical. Ce n'est que lors de la consultation en psychiatrie que la personne reconnaît avoir fait une tentative de suicide. Cette information sera-t-elle corrigée dans le système.

7. À quel moment les dossiers des patients à l'urgence sont-ils acheminés aux archives?

À tous les jours

Autre : _____

8. Nous avons établi une liste des informations qui nous seraient utiles pour dresser notre portrait des tentatives de suicide. Nous aimerions que vous nous indiquiez si ces informations sont toujours entrées dans le système, parfois ou jamais.

Informations	Toujours	Parfois	Jamais
Moyen utilisé			
Lieu de la tentative			
Durée du séjour			
Intoxication au moment de la tentative			
Hospitalisation			
Consultation en psychiatrie			
Transfert à l'urgence psychiatrique			
Évaluation par une travailleuse sociale			
Références			

9. Selon vous, les données inscrites dans le système sont-elles valides, c'est-à-dire peut-on en tirer un portrait juste des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence?
10. Selon vous, comment pourrait-on améliorer la validité de ces données?

APPENDICE B

FICHE DE COLLECTE DE DONNÉES SUR LA DERNIÈRE VISITE À L'URGENCE

FICHE DE COLLECTE DE DONNÉES SUR LA DERNIÈRE VISITE À L'URGENCE

IDENTIFICATION DU PATIENT	
Numéro de dossier (QUE L'ON POURRA RETROUVER DANS SIURGE) :	
FEUILLE DE TRIAGE	
Date d'arrivée :	Heure :
Provenance :	
Mode d'arrivée :	
Motifs de la visite :	
Était intoxiqué à son arrivée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
SERVICES REÇUS À L'URGENCE	
Consultation en psychiatrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Référence : <input type="checkbox"/> Oui Où : _____ <input type="checkbox"/> Non	
CONGÉ DE L'URGENCE	
Date de départ :	Heure :
Signature du congé par : <input type="checkbox"/> Omnipraticien <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Diagnostic final au moment du congé :	
Où la personne va-t-elle après son congé : <input type="checkbox"/> Hospitalisé à l'interne Où : _____ <input type="checkbox"/> Transféré dans un autre établissement Où : _____ <input type="checkbox"/> Retour dans la communauté <input type="checkbox"/> Avec référence <input type="checkbox"/> Sans référence <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	

TENTATIVE DE SUICIDE

Endroit où elle est notée dans le dossier: Feuille de triage Où : _____
 Formulaire AH-280 Où : _____
 Notes d'évolution
 Autre Précisez : _____

Par qui la tentative est-elle notée : Infirmière au triage
 Omnipraticien de garde à l'urgence
 Psychiatre
 Autre Précisez : _____

Moyen utilisé : Lacération des poignets
 Intoxication
 Pendaison (strangulation)
 Accident de véhicule motorisé
 Chute
 Autre : _____

Signature de l'archiviste : _____ Date : _____

APPENDICE C

CATÉGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTIC (CMD)

Liste des catégories majeures de diagnostic (CMD)

- 01- Système nerveux
- 02- Ophtalmologie
- 03- O.R.L.
- 04- Appareil respiratoire
- 05- Appareil circulatoire
- 06- Appareil digestif
- 07- Système hépato-biliaire et pancréas
- 08- Appareil musculosquelletique
- 09- Peau, tissus sous cutané et sein
- 10- Endocrino, nutrition et métabolisme
- 11- Appareil urinaire
- 12- Génito-homme
- 13- Génito-femme
- 14- Obstétrique
- 15- Nouveaux-nés
- 16- Hématologie
- 17- Tumeurs
- 18- Maladie infectieuse et parasitaire
- 19- Troubles mentaux
- 20- Troubles mentaux organiques et toxicomanie
- 21- Blessures, empoisonnement et effets toxiques des drogues
- 22- Brûlures
- 23- Autres facteurs
- 24- VIH
- 25- Traumatismes multiples

APPENDICE D

LETTRE DE SENSIBILISATION AUX INFIRMIÈRES

Le 3 mars 2005

À toutes les infirmières de l'urgence
Centre hospitalier Fleury
2180, rue Fleury Est
Montréal (Québec)
H2B 1K3

Objet : Ampleur des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de Montréal

Bonjour,

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche visant à mieux documenter l'ampleur des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de la région montréalaise. Le suicide est un important problème de santé publique au Québec et la région de Montréal est celle où l'on répertorie le plus grand nombre de décès. Elle détient d'ailleurs le pire bilan parmi les grandes régions urbaines du Canada, comme Toronto, Ottawa ou Vancouver.

Les salles d'urgence sont des lieux stratégiques où intervenir pour prévenir les décès par suicide, car elles accueillent une forte concentration de personnes qui viennent de faire une tentative de suicide, lesquelles présentent un taux de suicide de 50 à 100 fois plus élevé que celui que l'on retrouve dans la population générale. Dans une optique de prévention du suicide, il s'avère crucial de bien connaître le profil de cette population à risque afin d'agir d'une manière ciblée et efficace. Il n'existe actuellement aucune donnée valide permettant de déterminer avec exactitude le nombre de personnes qui se présentent à l'urgence des hôpitaux montréalais suite à une **tentative de suicide**. Nous croyons qu'il serait pourtant possible d'y parvenir à partir des données colligées dans SIURGE.

Nous vous invitons à contribuer à une meilleure connaissance des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence en rapportant, d'une manière systématique, cette information dans le système SIURGE, via l'ETG ou les GPA. L'infirmière-chef de l'urgence, Mme Louise de Vaudreuil, vous informera des procédures à suivre à cet effet et Mme Mélanie Bourgoin, infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale (poste 3209), demeurera disponible pour répondre à vos questions. Votre participation à ce projet de recherche est importante. Elle permettra d'améliorer les services offerts aux personnes suicidaires et contribuer ainsi à prévenir les décès par suicide.

Merci infiniment de votre collaboration,

Janie Houle, Ph.D.
Agente de recherche
Direction de santé publique de Montréal
1301 Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Tél : (514) 528-2400 #3635

Carole Poulin, Msc.
Agente de recherche
Direction de santé publique de Montréal
1301 Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Tél : (514) 528-2400 #3415

APPENDICE E

LETTRE DE SENSIBILISATION AUX MÉDECINS

Le 8 mars 2005

À tous les médecins de l'urgence
Hôpital Saint-Luc
1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4

Objet : Ampleur des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de Montréal

Bonjour,

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche visant à mieux documenter l'ampleur des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de la région montréalaise. Le suicide est un important problème de santé publique au Québec et la région de Montréal est celle où l'on répertorie le plus grand nombre de décès. Elle détient d'ailleurs le pire bilan parmi les grandes régions urbaines du Canada, comme Toronto, Ottawa ou Vancouver.

Les salles d'urgence sont des lieux stratégiques pour intervenir afin de prévenir les décès par suicide. Elles accueillent, en effet, une forte concentration de personnes qui viennent de faire une tentative de suicide, lesquelles présentent un taux de suicide de 50 à 100 fois plus élevé que celui que l'on retrouve dans la population générale. Dans une optique de prévention du suicide, il s'avère crucial de bien connaître le profil de cette population à risque afin d'agir d'une manière ciblée et efficace. Il n'existe actuellement aucune donnée valide permettant de déterminer avec exactitude le nombre de personnes qui se présentent à l'urgence des hôpitaux montréalais suite à une **tentative de suicide**. Nous croyons qu'il serait pourtant possible d'y parvenir à partir des données colligées dans SIURGE.

Nous vous invitons à contribuer à une meilleure connaissance des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence en signalant, d'une manière systématique, tous les cas de tentatives afin qu'ils soient indexés dans SIURGE. Votre participation à ce projet de recherche est importante. Elle permettra d'améliorer les services offerts aux personnes suicidaires et contribuer ainsi à prévenir les décès par suicide.

Merci infiniment de votre collaboration,

Alain Brissette, M.d.
Médecin en chef de l'urgence
Hôpital Saint-Luc
Montréal (Québec) H2X 3J4
Tél : (514) 890-8000 #36360

Janie Houle, Ph.D.
Agente de recherche
Direction de santé publique de Montréal
1301 Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Tél : (514) 528-2400 #3635

APPENDICE F

AFFICHETTES

RECHERCHE EN COURS
sur les
TENTATIVES DE SUICIDE

Merci beaucoup de NOTER TOUTES les
TENTATIVES DE SUICIDE dans SIURGE.



TENTATIVE DE SUICIDE

? Pour aider à différencier IDÉES suicidaires de TENTATIVES suicidaires

? ? DÉFINITION de TENTATIVE SUICIDAIRE:

Comportement potentiellement dangereux pour la vie de la personne, mais dont l'issue n'est pas fatale et pour lequel la personne **reconnait avoir eu l'intention**, à un certain niveau (non nul), de s'enlever la vie»

(Organisation mondiale de la santé, 2005).

? ? 2 CRITÈRES nécessaires pour parler de TENTATIVE de suicide:

1^{er} Geste concret

(ex : intoxication, lacérations, strangulation, saut d'un édifice en hauteur, accident de véhicule moteur, etc.)

ET

2^e Intention de mourir au moment du geste

(même si cette intention était faible ou modérée ou se soit modifiée après le geste)

? ? EXCLUSION :

- Idées suicidaires sans passage à l'acte
- Simulation (d'intoxication, par exemple)
- **Aucune** intention de mourir au moment du geste



RÉFÉRENCES

- Ayotte, V., Choinière, R. et Poulin, C. (2002). *Profil statistique du suicide dans la région de Montréal-centre*. Montréal: Direction de la santé publique de Montréal.
- Boyer, R. et al. (2000). Idées suicidaires et parasuicides. Dans *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Boyer, R. et Saint-Laurent, D. (1995). Et la santé ça va en 1992-1993? *Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Montréal: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Breton, J.-J. (2004). Les indicateurs en prévention du suicide: proposition d'un cadre conceptuel pour le XXI^e siècle. Dans B. Mishara et F. Chagnon (Eds). *Évaluation de programmes en prévention du suicide*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., et Grisham, J. (2000). Risk factors of suicide in psychiatric outpatients: A 20 year prospective study. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 68*, 371-377.
- Bureau du coroner. (2004). *Rapport annuel de gestion 2003-2004*. Sainte-Foy: Gouvernement du Québec.
- Gailiené, D. (2004). Suicide in Lithuania during the years of 1990 to 2002. *Archives of Suicide Research, 8*(4), 389-395.
- Hamel, D. (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*. Québec: Institut national de santé publique.
- Harris, E. C. et Barraclough, B. M. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 170*, 205-228.
- Institut de la statistique du Québec (2004). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2002*. Site internet consulté le 21 septembre 2005 : www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/index.htm
- Isometsa, E. T., et Lonnqvist, J. K. (1998). Suicide attempts before completed suicide. *British Journal of Psychiatry, 173*, 531-535.
- MSSS (2003) *Programme national de santé publique 2003-2012*. Sainte-Foy: Gouvernement du Québec.
- 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.
- Raymond, S., et Pica, L. (1995). *Prévalence des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence des hôpitaux desservant Laval*. Laval: Direction de la santé publique de Laval.
- Saint-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.

- Singh, G. K. et Siahpush, M. (2002). Increasing rural-urban gradients in US suicide mortality, 1970-1997. *American Journal of Public Health, 92*, 1161-1167.
- Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A., et Lönnqvist, J. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide - findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 117-121.
- Taylor, R., Page, A., Morrell, S., Harrison, J., et Carter, G. (2005). Social and psychiatric influences on urban-rural differentials in Australian suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(3), 277-290.



BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Surveillance des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de la région montréalaise	7 \$	
	NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN		
	2-89494-478-0		

Nom _____

Organisme _____

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 de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 1M3

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.