

Journal information



Hôpital Louis-H. Lafontaine



Sommaire

- 2 • La crise suicidaire
- 4 • Sincères remerciements
- Visite aux Expos
- Marché aux puces

Date et heure de tombée pour le
Journal Information N° 18 du 30 août 2001:

le 21 août 2001 à midi

Nouvelles du module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Dans un précédent numéro du journal (Lesage, octobre 1997), nous avons eu l'occasion de présenter la mission du Module de soutien évaluatif ainsi que la composition de son comité d'orientation.

En résumé, le module vise à soutenir, évaluer, et diffuser les innovations réalisées par les services psychiatriques de l'Hôpital. Le module est dirigé par le Dr Alain Lesage, psychiatre et chercheur au Centre de recherche Fernand-Seguin, et par Nicole Ricard, Ph. D., professeure à la Faculté de nursing de l'Université de Montréal et chercheure au Centre de recherche. Dans ce présent article, j'aimerais tracer un bref bilan des quelques réalisations récentes et des activités du module.

Le projet SIM

Le principal projet de recherche dans lequel est actuellement engagé le module de soutien évaluatif est le projet d'évaluation du programme de *suivi intensif dans le milieu* (SIM). Ce projet est le fruit d'une collaboration étroite entre les intervenants et responsables du SIM et le module de soutien. Le programme SIM, auquel participent les différentes cliniques externes de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, vise le traitement, la réadaptation et la réhabilitation des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants. Il repose sur le travail d'intervenants intégrés à des équipes pluridisciplinaires de secteur auxquelles participent médecins, psychiatres, ergothérapeutes et autres professionnels de la santé. Les intervenants SIM sont responsables d'apporter un soutien continu dans le milieu de vie des personnes et de dispenser *in vivo* la supervision de la prise de médicaments, l'entraînement aux habiletés sociales et l'accompagnement pour faciliter l'accès à toutes les ressources génériques dans la communauté. L'étude d'évaluation de ce programme, qui a débuté en avril 1998, a pour buts:

1. d'évaluer l'implantation, le fonctionnement et le coût du suivi intensif dans le milieu dans les cliniques de secteur de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et d'identifier les facteurs organisationnels qui les influencent;
2. d'évaluer les retombées du programme sur le bien-être des patients suivis et des intervenants;

3. d'identifier les patients pour lesquels, et les conditions dans lesquelles ce programme s'avère le plus bénéfique.

À cette étape-ci, le premier objectif de l'étude est atteint et a conduit à un rapport de recherche disponible à la bibliothèque du personnel de l'Hôpital et au module¹. Les deux autres objectifs seront atteints au cours de l'année qui vient. À cette fin, de multiples questionnaires ont été administrés aux patients suivis dans le SIM et aux intervenants, d'abord en début d'étude (Temps 1) et un an après (Temps 2). Bien que la collecte de données ne soit pas tout à fait complétée, des analyses préliminaires ont été menées pour comparer les réponses des Temps 1 et 2 chez les patients et les intervenants.

Il en ressort, chez les patients, une diminution significative des problèmes de fonctionnement et de compétences sociaux, une augmentation significative de leur qualité de vie à domicile et de l'accès aux services de santé mentale ainsi qu'une augmentation de la satisfaction face à ces services. Des analyses faites sur les données hospitalières montrent en outre une diminution significative des jours d'hospitalisation dans les deux ans suivant l'entrée dans le SIM comparativement aux deux années précédentes. Chez les intervenants, on observe une diminution significative de l'épuisement professionnel et de la détresse psychologique. Ces résultats sont très encourageants. Le programme SIM démontre un impact clairement positif chez les patients et les intervenants.

De nombreuses analyses seront faites dans les mois qui viennent afin de cibler les facteurs associés aux retombées du programme sur les patients et les intervenants. Ces analyses permettront de mieux cibler les patients qui sont les plus susceptibles de bénéficier d'un tel programme ainsi que les conditions les plus susceptibles d'amener ces changements favorables.

Le relevé quotidien de contact (RQC)

Une autre innovation issue de ce projet concerne le développement et la validation du *relevé quotidien de contact* (RQC). Cette grille d'évaluation permet aux intervenants de documenter chacune des interventions faites auprès de leurs patients: date et durée du contact, type d'intervention (discuter, faire avec, intervention de crise, etc.) et la sphère d'intervention (symptômes, santé physique, médication, logement, etc.) Le RQC est rempli régulièrement par les intervenants et des rapports cumulatifs leur sont fournis régulièrement leur permettant d'avoir un aperçu des interventions faites auprès de leurs patients. Pour les besoins de la recherche, le RQC permet de préciser la quantité, la fréquence et les caractéristiques des interventions reçues par chaque client dans le cadre du programme, ce qui fournit une information extrêmement riche sur le processus du traitement.

Au cours de la dernière année, et toujours en collaboration avec les intervenants et les responsables du SIM, nous avons mené une étude approfondie de la validité du RQC. Les résultats préliminaires indiquent que le RQC est un instrument de mesure très fiable, facile à comprendre et à utiliser dans le contexte du suivi intensif dans le milieu. Les résultats de ces analyses seront publiés prochainement, ce que nous ne manquerons pas de souligner lors d'un prochain numéro du journal.

Le séminaire du module

Cette année, tout comme les dernières années, nous poursuivons notre série de séminaires scientifiques. Ces séminaires offrent l'occasion de discuter de différents sujets relatifs à la psychiatrie sociale, de recevoir différents conférenciers et de présenter les résultats de recherche ou les projets de recherche des différentes équipes du module. La présentation de méthodes d'analyses, qualitatives ou quantitatives, sont également au programme.

Les séminaires sont ouverts à l'ensemble de l'Hôpital. Ils auront lieu les 1^{ers} et 3^{es} jeudis de chaque mois de 16h à 17h30 au Module, soit à la salle Vivaldi de l'unité 218 du pavillon Bédard. Le calendrier des rencontres devrait être disponible sous peu sur le site Web de l'Hôpital et dans le répertoire commun (M:\Commun\Echange\Psychiatrie sociale\Seminaires). ▀

Jocelyn Bisson, M. Sc.
coordonnatrice du module de soutien évaluatif

1. BENOIT, F. et al. (1999). *Évaluation des aspects organisationnels de l'implantation et du fonctionnement du suivi intensif dans le milieu*. Rapport de recherche, Centre de recherche Fernand-Seguin.

La crise suicidaire

Les statistiques des dernières années nous ont révélé la hausse significative des personnes suicidées tant au Québec qu'au Canada. Et parmi ces personnes, nous retrouvons de plus en plus des jeunes de 14 à 18 ans. D'ailleurs, la Fondation québécoise des maladies mentales a mis sur pied un programme intitulé *Solitaires pour la vie* à l'intention des jeunes des 4^e et 5^e secondaire de l'ensemble du Québec. Ce programme fait l'objet présentement d'une tournée dans les écoles du Québec.

C'est par l'entremise de la recherche que nos connaissances sur le suicide évoluent. C'est avec plaisir que nous publions dans ce numéro, avec l'aimable autorisation de l'auteure, un texte de M^{me} Monique Séguin, psychologue et chercheur au Centre de recherche Fernand-Séguin (CRF-S) portant sur la crise suicidaire.

Nous espérons qu'il vous aidera au niveau de votre travail ou encore, comme ami(e) d'une personne en détresse ou comme parent d'adolescent! ▶

Michel Demers
conseiller en gestion, direction générale

La crise suicidaire

Le suicide a plus que triplé au Québec, passant de 5,0 pour 100 000 en 1960 à 18,0 pour 100 000 en 1987. Le suicide est la première cause de mortalité chez les hommes de 15 à 39 ans. En 1996, sur les 1136 décès par suicide chez les hommes, 66 % (n=753) était le fait d'adultes entre 25-54 ans (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996). Au Canada, les données sont les suivantes.

Nombre de suicides par groupe d'âge et sexe au Canada, 1995

Âge	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Total
Homme	22	507	744	742	522	284	189	146	3,156
Femme	21	96	141	205	158	94	63	34	812

Si le décès par suicide est un événement d'occurrence plutôt rare dans la pratique d'un clinicien, les tentatives de suicide, les idées suicidaires et les crises suicidaires sont des événements fréquents.

La crise suicidaire

La description d'un individu en situation de crise telle que proposée par Caplan (1964) et Messick et Aguilera (1976) correspond bien à la situation d'une personne qui vit une période de déséquilibre et qui peut éventuellement retrouver un état d'équilibre avec un soutien approprié. L'événement déclencheur de la crise est souvent de nature psychosociale; une perte, une rupture ou une série d'adversités. Un événement tragique provoque souvent une chaîne d'événements difficiles qui rendront le maintien de l'équilibre de plus en plus précaire. Dans un contexte comme celui-ci, l'intervention sera axée sur le rétablissement de l'équilibre, l'expression des émotions, la compréhension des événements qui ont mené à la crise, l'apprentissage de nouvelles habiletés de résolution de problème et le recadrage cognitif. Mais qu'en est-il des personnes ayant une vulnérabilité psychologique et qui se retrouvent régulièrement en situation de crise? Le modèle de crise ne saurait être une explication étiologique de la pathologie, bien qu'une

personne ayant des troubles de santé mentale puisse aussi être en crise. L'observation clinique nous permet de constater que lorsque les personnes ayant des antécédents de santé mentale ou de grande vulnérabilité psychologique vivent des situations difficiles, ils se retrouvent en crise plus rapidement. Ceci, sans doute, parce que ces personnes n'étaient pas en phase d'équilibre lorsque les situations de stress sont apparues. Ces personnes vivent souvent dans un état de vulnérabilité continue, la présence d'un événement stressant pourra les précipiter en situation de crise. Ainsi le type d'intervention devra être adapté en fonction de l'évaluation du clinicien.

Qui peut désamorcer une crise suicidaire?

Il semble assez clair que l'intervention de crise peut être appliquée avec succès tant par des intervenants professionnels que paraprofessionnels. Cependant, des nuances doivent être faites quant aux rôles professionnels de chacun, entre la place de la prise en charge que peuvent réaliser des intervenants paraprofessionnels et la place de la prise en charge qui incombe aux professionnels afin de bien identifier qui peut intervenir pour désamorcer une crise suicidaire, auprès de quelles clientèles et dans quel contexte.

Comme les crises suicidaires ne sont pas prévisibles, elles peuvent émerger dans tous les milieux, à toutes heures et il devient nécessaire d'avoir des intervenants bien formés à la technique d'intervention de crise dans presque tous les milieux. La dimension de la formation, tant dans ses modalités techniques qu'organisationnelles est une question primordiale. Bien que l'intervention de crise puisse être utilisée tant par les intervenants professionnels que paraprofessionnels, il n'en demeure pas moins que les objectifs d'intervention pourront différer en fonction de l'un ou l'autre des ces intervenants.

L'évaluation du potentiel suicidaire

Lorsque des intentions suicidaires sont décelées chez une personne en crise, il est nécessaire d'évaluer la gravité de la crise avant d'établir un plan d'intervention. Lors de l'évaluation du potentiel suicidaire, le clinicien s'intéresse à l'évaluation (a) du risque suicidaire (facteurs prédisposant à l'apparition du geste), (b) de l'urgence du passage à l'acte (imminence de la conduite suicidaire), (c) du danger entraîné par le scénario suicidaire (léthalité du moyen).

Selon Pruet (1990), la clef d'une évaluation adéquate se trouve dans la formation des intervenants. Ces derniers doivent être bien formés à la reconnaissance des facteurs de risque qui peuvent augmenter les intentions suicidaires. Ils doivent être en mesure de reconnaître les intentions suicidaires, de considérer les signes, les symptômes et les éléments du passé tels que les tentatives de suicide antérieures et de discerner tous les éléments pouvant vraisemblablement influencer le processus suicidaire (ex.: l'abus d'alcool, de drogues, de médicaments, des antécédents de l'historique familial, les problèmes de santé mentale, etc.)

Les crises suicidaires, malgré qu'elles soient de durée limitée, peuvent être récurrentes, ainsi une évaluation régulière du potentiel suicidaire pourra permettre au clinicien de dépasser les impressions cliniques qui peuvent, avec certains patients, être trompeuses. D'ailleurs, une étude britannique récente (Appleby, Shaw, Amos, McDonnell, et Harris, 1999) analysant 2 170 décès par suicide auprès de personnes ayant des problèmes psychiatriques, identifient que 20% de ces personnes avaient été en contact avec des services de santé mentale 24 heures avant leurs décès et que 50% d'entre elles avaient été en contact avec des services de santé mentale la semaine avant le décès. De plus, les professionnels de la santé mentale avaient évalué le risque de suicide comme étant absent à faible dans 84% des cas, modéré dans 13% des cas et élevé dans seulement 2% des cas. Ce qui pose la question de l'efficacité de l'évaluation. Est-ce que dans des milliers d'autres situations l'évaluation fut adéquate ou est-ce une indication de la difficulté qu'ont les intervenants à évaluer le potentiel suicidaire?

L'évaluation du potentiel suicidaire

L'évaluation du potentiel suicidaire consiste à identifier le degré de perturbation chez l'individu afin de déterminer l'imminence et la dangerosité du geste suicidaire. La tâche pour les intervenants en situation de crise est lourde et exigeante. Ils doivent repousser l'échéance du passage à l'acte tout en concevant un plan de traitement, reconnaître les intentions de la personne en crise et discerner tous les éléments qui augmentent le risque suicidaire (tels que: les abus d'alcool, de drogue, de médicaments, les tentatives suicidaires antérieures, les antécédents psychiatriques ainsi que les problèmes de santé mentale existant dans la famille). Ce type d'évaluation tente de déceler une comorbidité symp-

tomatique, c'est-à-dire qu'il cherche à établir la présence de plusieurs difficultés de santé mentale chez l'individu et/ou des problèmes de comportement qui peuvent interférer lors de l'intervention.

L'évaluation du risque suicidaire:

De plus en plus d'études bien menées identifient des facteurs qui augmentent le risque, soit de tentatives de suicide, ou de décès par suicide (Isometsä *et al.* 1994, 1996, Brent, *et al.* 1996; Schaffer *et al.* 1996, etc.). Ces facteurs sont nombreux et nous présenterons seulement les plus significatifs (Organisation Mondiale de la Santé, 2000). Ici nous insistons sur les facteurs de risque de décès par suicide.

Les facteurs individuels:

- Antécédents suicidaires de l'individu;
- Présence de problèmes de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de personnalité, etc.);
- Pauvre estime de soi;
- Tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, colérique, agressif);
- Présence de troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.)

Les facteurs familiaux:

- Présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu;
- Existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu;
- Pertes et abandons précoces;
- Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents de l'individu;
- Négligence de la part des parents;
- Présence de conflits conjugaux majeurs;
- Comportements suicidaires chez l'un ou les deux parents;
- Problèmes de santé mentale d'un ou des parents.

Les facteurs psychosociaux:

- Présence de difficultés économiques persistantes;
- Isolement social et affectif de l'individu;
- Séparation et perte récente de liens importants, deuil;
- Placements dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention, victimisation;
- Difficultés académiques, professionnelles;
- Effet de contagion (suivant le suicide d'un proche, endeuillés suite à un suicide);
- Difficulté avec la loi;
- Présence de problèmes d'intégration sociale.

Les études utilisant la méthode d'autopsies psychologiques (qui permet d'établir un diagnostic psychiatrique postmortem) ont permis d'identifier des variables qui augmentent le risque de décès par suicide. Entre autres, l'association entre troubles mentaux et suicide est abondamment documentée dans la littérature. La dépression majeure ou des prédispositions à l'égard de l'impulsivité ainsi que l'abus de substances sont des variables largement reconnues pour leur rôle dans l'augmentation du risque de décès par suicide (Brent, 1998). Les études identifient des taux de 70 à 95% de troubles mentaux chez les personnes décédées par suicide. La comorbidité demeure fort importante à 69%, les troubles de l'humeur est le désordre le plus souvent identifié (près de 60%), suivi par l'abus de substances (41%) et les troubles de la personnalité (41%) (Lesage *et al.*, 1994). Malgré cette évidence du lien entre psychopathologie et suicide, il convient d'observer que si la majorité des personnes décédées par suicide avaient des problèmes de santé mentale, toutes les personnes ayant des problèmes de santé mentale ne se suicident pas. Ce qui rend difficile et complexe l'évaluation des personnes à risque de décès par suicide.

Plusieurs études indiquent également que des antécédents de tentatives de suicide, particulièrement chez des personnes dépressives, est possiblement le facteur de risque le plus important de décès par sui-

cide (Brent, 1998). Les adultes ayant fait une tentative de suicide ont un risque huit fois plus élevé de décéder par suicide au cours des trois premières années et demie suivant un congé d'un hôpital psychiatrique que les adolescents ayant fait une tentative de suicide (Schaffer, 1996).

L'évaluation de l'urgence et de la dangerosité

Pour déterminer les priorités de l'intervention, il convient de procéder assez rapidement à l'évaluation de l'urgence, c'est-à-dire à l'évaluation de la probabilité et de l'imminence d'un passage à l'acte. Est-ce que la personne a déterminé un scénario suicidaire, est-il bien élaboré, où et quand le passage à l'acte suicidaire aura-t-il lieu?

Au cours de cette évaluation, l'intervenant doit nécessairement prendre en considération la létalité du scénario en questionnant la personne suicidaire sur ses intentions et sur les moyens qu'elle pense utiliser lors du passage à l'acte. L'intervenant doit évaluer adéquatement l'élaboration du scénario suicidaire.

Lorsque les questions sont précises, les réponses auront plus de chances d'être précises. Les réponses de la personne suicidaire permettent aussi de mieux apprécier la situation et de mieux évaluer l'urgence et la dangerosité du passage à l'acte, ainsi l'intervention n'en sera que plus adéquate. Il est clair que l'intervention sera différente dans le cas d'une personne qui nous dit qu'elle a l'intention de se suicider le soir même, avec les moyens qui se trouvent à sa disposition (armes à feu, médicaments, etc.), comparativement à l'intervention nécessaire pour une personne qui dit qu'elle pense vaguement au suicide mais qui ne songe à aucun scénario précis.

Si l'accessibilité directe aux moyens ne pose pas d'entrave à la réalisation de son projet, c'est-à-dire si l'individu a accès facilement à des armes à feu, à des médicaments ou à tout autre moyen de mettre fin à ses jours, il faut donc considérer que la dangerosité est extrême et agir en conséquence.

Conclusion

Le défi actuel pour les intervenants en suicidologie est de développer des approches novatrices basées sur un cadre conceptuel précis. Il est donc nécessaire de continuer à documenter le phénomène, de tenter de mieux cibler quels types d'interventions sont efficaces auprès de quels sous-groupes de personnes suicidaires. Il faut avoir une meilleure connaissance de quelles interventions pourront servir de protection et serviront à renforcer la résilience des personnes vulnérables en détresse suicidaire. ■

Monique Séguin, Ph. D.

directrice du Module de psychologie, Université du Québec à Hull, directrice du Laboratoire de recherche sur le suicide et le deuil, Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis H. Lafontaine, Montréal
membre du CRISE

Références

- AGUILERA, D. C. (1995). *Intervention en situation de crise: théorie et méthodologie*. Paris: InterÉditions.
- APPLEBY, L., SHAW, J., AMOS, T., McDONNELL, R. & HARRIS, C. (1999). «Suicide within 12 months of contact with mental services: National clinical survey.» *British Medical Journal*, 318, 1235-1239.
- BRENT, D.A. (1994). «Resolved: Several weeks of depressive symptoms after exposure to a friend's suicide is "major depressive disorder": Affirmative.» *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (4), 582-584.
- BRENT, D.A., & MORITZ, G. (1996). Developmental pathways to adolescent suicide. In D. Cicchetti & S.L. Toth (Eds.), *Adolescence: Opportunities and challenges* (pp.233-258). Rochester, NJ: University of Rochester Press.
- BRENT, D.A., ROTH, C. M., HOLDER, D. P., & KOLKO, D. J. (1996). «Psychosocial interventions for treating adolescent suicidal depression: A comparison of three psychosocial interventions». In E. D. Hibbs & P.S. Jensen. (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 187-206), Washington, DC.: American Psychological Association.
- CAPLAN, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- ISOMETSÄ, E.T., ARO, H.M., HENRIKSSON, M.M., HEIKKINEN, M.E., & LONNQVIST, J.K. (1994). «Suicide in major depression in different treatment setting». *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 523-527.
- ISOMETSÄ, E.T., HENRIKSSON, M.M., & HEIKKINEN, M.E. (1996). «Suicide among subjects with personality disorders». *American Journal of Psychiatry*, 153, 667-673.
- LESAGE, A.D., BOYER, R., GRUNBERG, F., VANIER, C., MORISSETTE, R., MÉNARD-BUTEAU, C., LOYER, M. (1994). «Suicide and Mental Disorders: A Case-Control Study of Young Adult Males». *The American Journal of Psychiatry*, 151, 1063-1068.
- MESSICK, J.M., & AGUILERA, D.C. (1976). *Intervention en situation de crise: théorie et méthodologie* (2^e éd). Saint-Louis, Missouri: Mosby.
- Organisation Mondiale de la Santé (2000). *Bulletin de l'organisation mondiale de la santé* (2000). Genève, Suisse: auteur.
- PRUETT, H. L. (1990). «Crisis intervention and prevention with suicide». *New Directions for Student Services*, 49, 45-55.



aux Puces Marché

BONS D'INSCRIPTION DISPONIBLES au service de reprographie (sous-sol du pavillon Bourget, porte 0028), ainsi qu'au comptoir postal (entrée principale, pavillon Bourget).

Coût: 2\$ par parution

GÉO METRO 1993, manuelle, 5 vitesses, 4 portes, bleu marine, 130 000 km, 4 cylindres, radio-cassette, 8 pneus hiver/été, très bonne condition. Nicolas au 450. 674.4048.



Photos: Josée Bissonnette



Comité des usagers

Visite aux Expos

Le 28 juillet dernier, Eugène Kurot, du 2^e Riel, allait voir un match des Expos de Montréal contre les Braves d'Atlanta en compagnie d'un préposé et d'un membre du personnel du Comité des usagers. Au grand plaisir de tous, une rencontre avant match était organisée afin de rencontrer certains joueurs de l'équipe. Parmi les joueurs rencontrés, on pouvait voir Vladimir Guerrero, favori de tous ainsi que la mascotte Youppi!

La soirée fut très appréciée par Eugène. Par contre, nos Expos se sont inclinés devant les Braves 10-5. ▀

*Sincères
remerciements*



*Dernièrement, j'ai
perdu mon conjoint.
Tous ceux qui l'ont connu
se rappelleront son sourire, sa générosité,
sa disponibilité et son grand cœur.*

Je tiens à remercier:

- *Les compagnons de travail de l'unité 406 ainsi que les amis(es) de l'Hôpital.*
- *Mes compagnons de travail des unités 503 et 505.*
- *Spécialement ma chef d'unité, Diane Dupont, qui m'a soutenue et aidée à traverser cette pénible épreuve par son support moral et sa grande compréhension.*

Je viens vous témoigner ma gratitude pour la sympathie et le support que vous tous avez su m'apporter lors du décès inattendu de Marcel Laurin survenu le 16 février 2001.

À tous, un profond et sincère merci!

P.S. : Il peut maintenant déployer ses ailes et se laisser aller, là, où son âme a sa place, là où il mérite de se reposer.

Pauline Desjardins Laurin

J'ARRÊTE

C'est possible!

Programme d'aide aux employé(e)s

Huguette Courtemanche

514.251.4000, poste 4003