



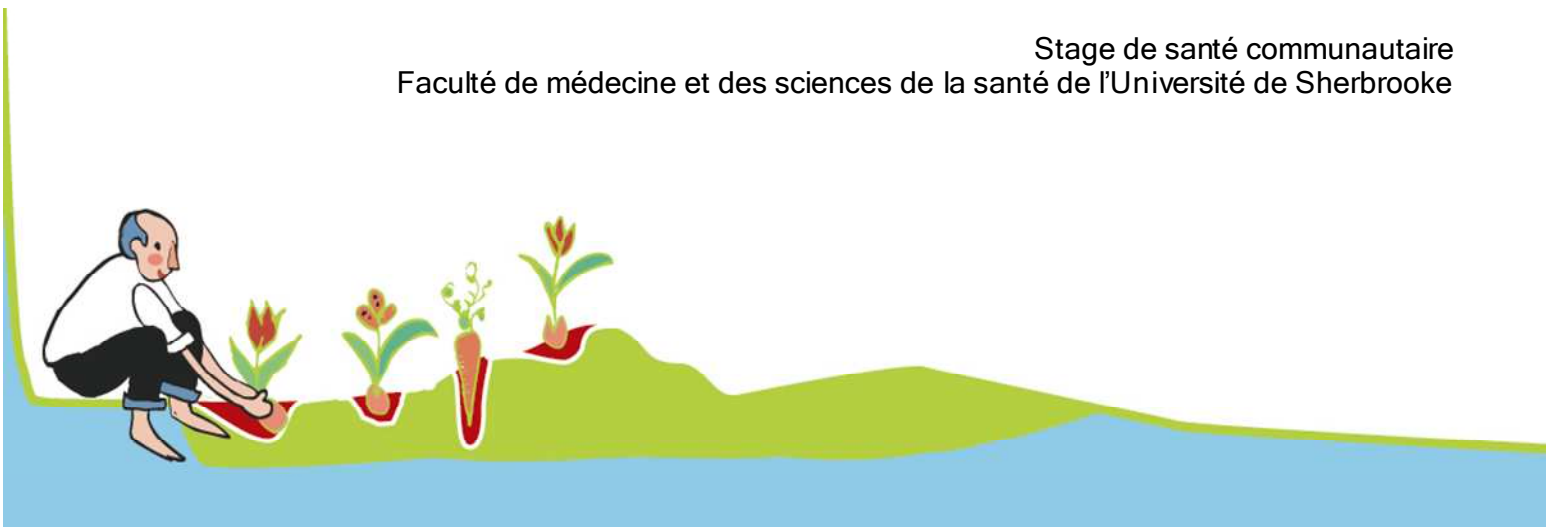
LA PRÉVENTION DU SUICIDE PAR LES MÉDECINS

Analyse de besoins en date du 26 février 2010

Marc-André Demers
Charles Duvareille
Frédéric Lamoureux
Jason Massé
Maxime-Antoine Tremblay

Sous la direction de Julie Lane,
chercheuse, DCAA, CSSS-IUGS

Stage de santé communautaire
Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke



Rédaction

Marc-André Demers, Charles Duvareille, Frédéric Lamoureux, Jason Massé et Marc-Antoine Tremblay, étudiants en médecine à l'Université de Sherbrooke
en collaboration avec Julie Lane, chercheuse, Direction de la coordination et des affaires académiques

Révision linguistique

Lucie Roy, Direction de la coordination et des affaires académiques

Mise en pages

Marie-Ève Latulippe, Direction de la coordination et des affaires académiques

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Le CSSS-IUGS est un centre affilié universitaire (CAU) du secteur social et un institut universitaire de gériatrie (secteur santé)

Vous pouvez obtenir ce document à l'adresse suivante.

Guichet de la DCAA

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Direction de la coordination et des affaires académiques
500, rue Murray, bureau 100
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
819 780-2220, poste 47200
sgrimard.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Ce document est disponible à la section **documentation et médias**, sous la rubrique **publications** du site Web du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke dont l'adresse est : **www.csss-iugs.ca**

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISBN : 978-2-923738-24-6 (Version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2010

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	iii
MÉTHODOLOGIE.....	7
RÉSULTATS.....	9
RECOMMANDATIONS ET DISCUSSION	15
CONCLUSION	19
BIBLIOGRAPHIE.....	21

LA PRÉVENTION DU SUICIDE PAR LES MÉDECINS

Analyse de besoins en date du 26 février 2010

Marc-André Demers

Charles Duvareille

Frédéric Lamoureux

Jason Massé

Maxime-Antoine Tremblay

Sous la direction de Julie Lane, chercheuse, DCAA, CSSS-IUGS

Résumé

Actuellement, le suicide est responsable d'un nombre de décès très inquiétant au Québec. D'après l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), en 2008, un taux de 14,5 décès par 100 000 habitants a été recensé. De plus, jusqu'à 70 % des personnes décédées ont consulté un médecin dans le mois précédant leur passage à l'acte. Devant l'ampleur du problème, il apparaît évident que le médecin joue un rôle primordial en prévention du suicide. Cependant, malgré l'existence de nombreux outils et de certaines lignes de conduite, les taux de suicide n'ont pas diminué au cours des dernières années, laissant de nombreuses questions en suspens. Quels sont les rôles exacts du médecin en matière de dépistage, d'évaluation du risque et de l'urgence suicidaires, de référence vers des services compétents en santé mentale et de suivi des patients? Sont-ils suffisamment outillés pour répondre adéquatement aux besoins du patient? Existe-t-il des stratégies d'appropriation envisageables pour que les médecins utilisent et s'intéressent à un guide de bonnes pratiques sur le long terme?

Le but de cette étude est donc de procéder à une analyse de besoins pour obtenir les perceptions de médecins de première ligne et d'informateurs clés en regard des outils à intégrer dans un guide de bonnes pratiques en prévention du suicide utilisé à long terme par les médecins de CSSS et les médecins de première ligne.

Les recommandations ressortant de cette étude sont précises et concernent : 1) le rôle indéniable des médecins en première ligne, 2) la nécessité d'avoir des outils de dépistage et d'évaluation du risque et de l'urgence suicidaires très performants, simples d'accès et faciles d'utilisation, 3) l'élaboration d'une liste de personnes et de services régionaux à qui référer les patients selon le risque de passage à l'acte, 4) les lignes de bonnes pratiques précises concernant le suivi des patients et la communication entre les différents intervenants, 5) la mise en place de stratégies d'appropriation efficaces pour l'adoption des outils et d'un guide de bonnes pratiques en matière de prévention du suicide pour les médecins.

INTRODUCTION

Problématique du suicide au Québec

Le suicide est un important problème de santé publique à l'échelle mondiale. En effet, le suicide fait partie des dix premières causes de décès dans le monde. On estime à un million le nombre de vies perdues qui lui sont imputables lors de l'année 2001, ce qui correspond à un mort toutes les quarante secondes (OMS, 2001). Concernant le Canada, on recense depuis les années 2000 pas moins de 11 décès par 100 000 habitants annuellement, le plaçant au même rang que les États-Unis. Bien qu'une baisse des taux de suicide soit observée depuis les dernières années (INSPQ 2010), le Québec, de son côté, fait très mauvaise figure en se positionnant comme une des régions où les taux de suicide sont les plus élevés au monde avec 14.2 décès par 100 000 habitants en 2008 (INSPQ, 2010).

C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans son programme national de santé publique de 2003-2012, souligne, entre autres, l'importance d'une : « *Intervention globale au regard de la prévention du suicide par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives* » (Cardinal et al. MSSS, 2003). Ainsi, en 2006, le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) a été mandaté pour concevoir un guide de bonnes pratiques en prévention du suicide pour les professionnels psychosociaux des 95 CSSS du Québec. Actuellement, deux guides basés sur une analyse des besoins d'une centaine d'intervenants ont été élaborés : un premier pour les intervenants et un second pour les gestionnaires de CSSS. Cependant, les guides ne reflètent pas la réalité très différente des médecins de première ligne. Néanmoins, les médecins peuvent jouer un rôle central en prévention du suicide.

Dans le domaine de la prévention du suicide en première ligne, certains auteurs relatent que 40 % à 70 % des personnes qui se sont suicidées ont consulté un médecin moins d'un mois avant de mettre un terme à leurs jours (Appleby et al. 1996; Dumel, 2000; OMS, 2001, Muzina et al. 2004). Cette situation s'observe aussi chez les jeunes où 20 % à 34 % ont consulté un médecin dans le mois précédant leur passage à l'acte (Vassilas et al. 1993; Hawton et al. 1999). Ceci témoigne de l'importance du médecin en prévention du suicide. On peut légitimement se demander jusqu'où s'étend son rôle dans la prise en charge globale de ce problème de santé publique. Est-il seulement limité au dépistage et à l'évaluation de la personne suicidaire ou englobe-t-il aussi son suivi? Quel est son rôle précis dans le cas d'une crise aiguë?

Le **dépistage**, défini comme étant la recherche, chez une personne en bonne santé apparente, des signes d'une maladie avant qu'elle ne se déclare, est l'étape numéro un de toute bonne pratique médicale. Dans un même ordre d'idées, le médecin doit idéalement avoir un outil pour bien dépister la personne suicidaire. Certains tests généraux consistent en de petits questionnaires donnés aux patients à leur arrivée dans la salle d'attente. Le PRIME-MD propose par exemple des questions larges sur le sujet (ex. : « Avez-vous ressenti un désintérêt ou une absence de plaisir à accomplir les choses de la vie? »). Les réponses positives du patient alertent le médecin pour une investigation plus approfondie (Dumel, 2000). Pour le cas plus spécifique des adolescents suicidaires se présentant avec des demandes imprécises et/ou des inquiétudes non dévoilées, l'outil HEADSS (Home Education Activities Drugs Sex Suicide) permet de faire un tour rapide de leur situation personnelle incluant la présence d'idées suicidaires. Cet outil sert donc à faire un dépistage très superficiel de l'idéation suicidaire (Lambert 2005). Toutefois, une étude portant sur les besoins des médecins en matière de prévention du suicide a révélé que près de 80 % de ceux-ci trouvaient difficile le dépistage des individus suicidaires (Fanello, 2002; Hughes et al. 1995). Est-ce par méconnaissance ou par sous-utilisation de ces outils? Est-ce à cause d'une tendance à sous-estimer l'importance du suicide (Michel, 2002)? Est-ce parce que les patients suicidaires se présentent souvent pour des problèmes somatiques et non psychologiques (Michel, 2002, 1997; Simon et al. 1999; Goldberg et al. 1993)? Est-ce à cause de la peur de provoquer un passage à l'acte en abordant directement la question avec le patient; une fausse croyance probablement trop répandue (OMS 2001)? À ce sujet, les adolescents comme les adultes ne parlent pas toujours spontanément et clairement de leurs problèmes aux médecins (Michel, 2002; Bowen et al. 2000).

L'**évaluation** de la personne suicidaire consiste en une bonne estimation du risque et de l'urgence suicidaires. La littérature nous montre que certains outils sont déjà existants. Des médecins utilisent le COQ afin d'évaluer l'urgence suicidaire en posant des questions précises, soit « Comment, Où et Quand » la personne a-t-elle prévu mettre un terme à sa vie (Lévesque 2004). Toutefois, cet outil ne prend pas en considération les facteurs associés au suicide. Cette situation est préoccupante dans la mesure où un médecin qui ne prend pas compte de ces facteurs peut sous-estimer le risque suicidaire et donner congé à une personne qui présente plusieurs facteurs de vulnérabilité. Les personnes et les organisations activement impliquées en prévention du suicide au Québec arrivent aussi à ce constat et reconnaissent que l'estimation de l'urgence suicidaire est insuffisante (Lane et al. 2010). On peut ainsi constater qu'un certain consensus se dégage à l'effet d'identifier un outil qui permettrait d'estimer, de façon simultanée, l'urgence suicidaire, la présence des facteurs les plus associés au suicide et des facteurs de protection (Lane et al. 2010). Il faut aussi savoir que l'évaluation à partir des facteurs associés au suicide peut surestimer le risque de passage à l'acte chez une personne à risque faible, favorisant des hospitalisations excessives et/ou des traitements non recommandés (Pirkis et al. 2002). Il importe tout de même d'utiliser un outil qui permet d'estimer la présence de ces facteurs. À ce sujet, le guide de bonnes pratiques en prévention du suicide en CSSS suggère l'utilisation de la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, développée par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier Institut universitaire sur les dépendances (Lane et al. 2010). En somme, même avec de tels outils, l'évaluation des personnes suicidaires ne reste pas

optimale. Le problème se situe-t-il au niveau de l'efficacité des outils ou de leur utilisation?

La **gestion de crise aiguë** se définit comme étant l'intervention du médecin qui vise à stabiliser l'état émotionnel du patient afin de diminuer le risque immédiat de passage à l'acte. Malheureusement, le médecin est souvent mal outillé pour intervenir auprès de la personne suicidaire (Julien et al. 2002). Il est recommandé, selon une étude américaine, d'hospitaliser en urgence le patient (Muzina et al. 2004). Si ce dernier confie ses intentions au médecin par téléphone, le contact doit être pris avec les autorités locales pour assurer un transfert immédiat aux urgences psychiatriques (Muzina et al. 2004). Au Québec (Lévesque et al. 2004), en cas de danger immédiat, des ressources locales sont disponibles pour assurer le transfert entre le cabinet médical et les urgences. De plus, si le patient refuse d'être hospitalisé en cas de crise majeure présentant un danger pour lui ou pour autrui, le médecin est tenu par la loi (article 8 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*) de contacter les forces de l'ordre pour assurer une hospitalisation dans les services de psychiatrie. Le médecin peut aussi demander une ordonnance du tribunal pour obliger le patient à subir une évaluation en psychiatrie. Cependant, entre le moment où le médecin accueille le patient en crise et son transfert vers les ressources appropriées, la littérature recensée ne fait pas mention de l'étape intermédiaire de stabilisation du patient par le médecin. En cas de risque suicidaire moins important, mais présent, aucune ligne de conduite précise n'a été élaborée, laissant les médecins libres d'adapter leur pratique comme bon leur semble. Il est aussi à noter que les proches jouent un rôle important dans ce cheminement (Owens et al. 2005; Muzina et al. 2004). Dans les cas où le diagnostic d'une composante dépressive est posé à l'aide d'outils tels que le DSM-IV et des tables de dépistage (Hickie et al. 2002), une des alternatives adoptées est le traitement quasi systématique de la dépression qui est très associée au suicide (APA, 2003). De plus, il a été démontré qu'une bonne prise en charge de la dépression est une stratégie efficace dans la prévention du suicide (Isacsson et al. 2002) et que la chute des taux de suicide observée en Europe dans les années 90 était attribuable au traitement de la dépression par antidépresseur (Isacsson et al. 2000; Rihmer et al. 2001).

La **référence** désigne le moment où le médecin souhaite orienter la personne suicidaire vers des services susceptibles de mieux répondre à ses besoins. Néanmoins, comment référer un patient avec des idéations suicidaires demeure un enjeu important. Actuellement, il semble que peu de médecins réfèrent leurs patients suicidaires vers un suivi psychosocial (Lane et al. 2010). Cependant, dans les écrits recensés (Lévesque et al. 2004; Bouchard et al. 2008; Muzina et al. 2004; Blashki et al. 2006), on mentionne fréquemment le suivi psychosocial comme une option dans la prise en charge de la dépression et des idées suicidaires. Malheureusement, on ne donne pas de directives claires et précises sur les indications de référer aux ressources sociocommunitaires. De telles directives standardisées pourraient favoriser l'aptitude des médecins à référer vers ces ressources, ce qui constitue un des rôles du médecin relevé par Lane et al. en 2010.

La question du **suivi** des patients après le diagnostic clinique est abordée par peu d'auteurs. En effet, Bouchard, en 2008, propose d'optimiser le traitement de la dépression si elle est associée au risque suicidaire et de resserrer le suivi du patient toutes les deux semaines si le risque de passage à l'acte est léger et chaque semaine pour un risque modéré. Pour le suivi médical en posthospitalisation, des lignes plus précises sont énoncées. En effet, le congé ne sera accordé par le médecin que si l'état mental de la personne suicidaire est stable (Apter et al. 2006) et qu'un suivi par le médecin de famille et/ou les organismes sociocommunitaires est planifié (MSSS, 2006; ANAES, 1998). Le patient doit être réévalué dans les 24 à 48 heures suivant sa sortie pour s'assurer que tout risque aigu ait disparu (Qin et al. 2005; Links et al. 2005). Le suivi étroit consiste en la réévaluation du risque suicidaire à chaque rencontre hebdomadaire (Jobes et al. 2004). La fin de la crise suicidaire est diagnostiquée quand le patient n'a pas d'idéation suicidaire pendant au moins trois rencontres consécutives (Jobes et al. 2000). Cependant, le jugement clinique de l'intervenant doit s'exercer en tout temps et il peut choisir de continuer le suivi sachant que le risque suicidaire reste très élevé un an après une tentative (Mishara et al. 2004; OMS, 2006; Darcourt et al. 2004).

Avec de tels outils déjà existants, il apparaît légitime de se demander quelles stratégies peuvent favoriser l'**appropriation** des bonnes pratiques cliniques en prévention du suicide par les médecins. Les conférences sur la prévention du suicide semblent avoir un certain impact. Cette approche, souhaitée par 90 % des médecins (St-Hilaire et al. 2003) a démontré être bénéfique pour l'efficacité des médecins à dépister et prévenir le suicide (Pfaff et al. 2001; Slaven et al. 2002; Bowen et al. 2002). De plus, une étude suédoise sur l'île de Gotland a fait état d'une réduction importante du taux de suicide après l'implantation d'un programme de formation des médecins sur la dépression (Rutz et al. 1997). Au Québec, une formation pour les médecins sur la reconnaissance de la dépression à l'adolescence a été parrainée par l'Association médicale du Québec (AMQ) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Cette formation, donnée dans plusieurs régions du Québec, n'a malheureusement pas suscité l'engouement des médecins. D'aucuns ont proposé des alternatives pour rejoindre plus de médecins via un partenariat avec les Directions régionales de médecine générale (DRMG), les responsables de la formation médicale en milieu hospitalier et, éventuellement, les groupes de médecine familiale (GMF). De plus, les formations données par des médecins à des médecins auraient plus d'impact surtout dans l'optique où des crédits de formation seraient attribués (Potvin 2004). D'autres études (Bero et al. 1998; Graham et al. 2002), portant sur l'adoption des guides de pratique par les médecins, arrivent au constat que certaines interventions présentent une forte efficacité comme : 1) la mise en place d'un système de rappel qui vise spécifiquement à rappeler au médecin la pratique clinique à adopter, 2) le développement de réunions éducatives interactives dans un but de formation continue, 3) l'utilisation multistratégique des outils d'appropriation.

À la lumière de cette recension des écrits, il est possible de réaliser l'importance : 1) du médecin dans la prévention du suicide au Québec; 2) d'outils et de pratiques solides pour les médecins, et ce, à chacune des étapes de la prise en charge de la personne suicidaire et 3) de l'identification de stratégies pour favoriser l'appropriation de ces pratiques et de ces outils.

Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de faire une analyse de besoins pour obtenir les perceptions de médecins de première ligne et d'informateurs clés en regard : 1) des outils et pratiques à intégrer dans un guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des médecins de CSSS et 2) des stratégies pour favoriser l'appropriation de ces outils et de ces pratiques par les médecins.

MÉTHODOLOGIE

Description et sélection des participants

La sélection des sujets s'est faite à l'aide d'un échantillonnage au jugé. Plus précisément, l'équipe de recherche a identifié des médecins et des informateurs clés qu'elle jugeait plus spécialisés dans le domaine du suicide. Au total, treize personnes-ressources dans les domaines du suicide et de la santé mentale ont été interrogées. Parmi ces personnes, on retrouve sept médecins et six informateurs clés. Quatre médecins travaillent en CSSS et trois hors CSSS (hôpital universitaire et cliniques médicales). Les informateurs clés incluent une directrice générale de CPS, un superviseur clinique en CSSS, une responsable de services en santé mentale œuvrant dans une agence de santé et de services sociaux (ASSS), une infirmière en santé mentale ainsi que deux professeurs d'université qui ont effectué des recherches en prévention du suicide.

Recueil des informations

Les perceptions des répondants ont été recueillies lors d'entrevues individuelles non directives d'une durée d'une heure environ et d'après un questionnaire conçu par notre équipe. Cette méthode de collecte de données consiste à poser des questions ouvertes, sans réponse préétablie. Dans le cas présent, sept grands thèmes ont été abordés : 1) le rôle du médecin en prévention du suicide; 2) le dépistage et l'évaluation de la personne suicidaire; 3) la gestion d'une crise suicidaire; 4) la référence vers les ressources communautaires (intervenants psychosociaux et prise en charge à moyen et long terme); 5) le suivi médical; 6) la forme et le contenu d'un éventuel guide de bonnes pratiques à l'intention des médecins et finalement 7) les stratégies d'appropriation d'un tel guide. Les thèmes abordés et les questions posées s'inspiraient des thèmes qui ont émergé de la recension des écrits présentée en première partie de ce rapport.

Au début de chaque rencontre, le consentement oral a été obtenu pour effectuer l'entrevue et pour permettre d'enregistrer le contenu audio pour des fins d'analyse. Les répondants ont été informés clairement de la confidentialité de leurs propos, c'est-à-dire que toutes les citations utilisées dans ce rapport seraient non nominales.

Analyse des données

Une analyse qualitative de contenu (Landry, 1993) a été privilégiée. Les catégories des grilles d'analyse ont été élaborées à l'aide d'une méthode mixte, soit en s'inspirant des catégories provenant d'une recension des écrits sur le sujet ainsi qu'à partir de l'induction de thèmes en cours d'analyse. L'analyse des entrevues a été effectuée selon sept grands thèmes présentés dans la section précédente. En plus d'attribuer une catégorie à l'unité de sens, elle était traduite en un énoncé synthèse (Paillé, 1994) qui consistait en une phrase résumant son contenu.

RÉSULTATS

RÔLES DU MÉDECIN EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Les répondants s'entendent pour dire que le médecin a un rôle primordial dans le dépistage de la dépression et des intentions suicidaires, de l'évaluation du risque et de l'urgence suicidaires et du traitement de la dépression.

Oui, le médecin a un rôle majeur, auquel il doit être sensibilisé, spécialement lors des situations atypiques comme dans le cas de pertes, d'étudiants dont les notes baissent ou de troubles psychosomatiques.

Un médecin

Cependant, les informateurs clés semblent insister davantage que les médecins sur l'importance que ceux-ci réfèrent la personne suicidaire vers les organismes susceptibles de répondre à ses besoins. Effectivement, la plupart mentionnent que la prise en charge psychosociale dépasse les compétences du médecin.

La majorité des personnes interviewées n'a pas mentionné d'emblée la gestion de la crise suicidaire et le suivi médical comme des rôles du médecin.

DÉPISTAGE ET ÉVALUATION DE LA PERSONNE SUICIDAIRE

Les médecins n'utilisent majoritairement pas ou peu d'outils spécifiques au dépistage de la personne suicidaire, bien qu'ils rapportent qu'il en existe plusieurs. Certains rapportent qu'ils utilisent l'outil « HEADSS » chez les adolescents. Cependant, ils s'entendent pour dire qu'un outil plus complet serait le bienvenu. Aussi, les médecins n'ont pas tendance à dépister systématiquement la présence d'idées suicidaires, que ce soit en raison d'un manque de temps ou de spécificité des outils disponibles. Par contre, quelques professionnels, travaillant dans des CSSS, soulignent que le dépistage devrait être systématique afin de repérer le plus de cas possible et de permettre une intervention précoce. Des médecins interrogés affirment que le problème du suicide ne se situe pas au niveau du dépistage, mais plutôt dans la prise en charge globale, tant médicale que psychosociale. Parmi les obstacles les plus rencontrés en dépistage du suicide, on note le manque de temps, les cas avec présentation clinique atypique (ex. : symptômes somatiques), la difficulté d'intervention supplémentaire chez certaines populations plus vulnérables (ex. : adolescents, homosexuels, hommes, autochtones), la rémunération inadéquate pour les problèmes de santé mentale et la complexité de la prise en charge d'un patient suicidaire.

Il reste que certains médecins sont réticents à dépister en santé mentale parce que les patients sont plus difficiles à suivre. Il y a aussi la peur qu'un de leurs patients se suicide, ça rend le sujet tabou.

Un médecin

Pour ce qui est de l'évaluation du risque suicidaire, des médecins mentionnent qu'ils n'ont pas d'outils spécifiques, mais qu'ils cherchent à identifier les facteurs associés au suicide ainsi que les facteurs de protection. En ce qui concerne l'évaluation de l'urgence suicidaire, plusieurs répondants disent utiliser l'outil « COQ ». De plus, les opinions des médecins et des informateurs clés sont variées à propos d'une version abrégée de la grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte de la personne suicidaire (outil présenté dans le guide des bonnes pratiques en prévention du suicide des CSSS). D'une part, certains trouvent que cet outil serait utile au médecin dans l'évaluation du risque et de l'urgence suicidaires. D'autre part, des répondants affirment qu'il est incomplet, qu'il ne tient pas compte de tous les éléments pertinents et qu'il semble trop complexe. Quelques personnes reconnaissent toutefois qu'il est nécessaire d'avoir une formation pour utiliser adéquatement cet outil.

À cet effet, un éventuel guide de bonnes pratiques en matière de prévention du suicide, spécifiquement dédié aux médecins de première ligne, devrait pallier les difficultés susmentionnées. Un outil de dépistage pourrait présenter une liste de questions clés, des groupes vulnérables au suicide et des exemples de situations concrètes où un médecin doit penser à dépister les intentions suicidaires. De son côté, l'outil d'évaluation du risque suicidaire pourrait englober l'outil COQ, les facteurs associés au suicide ainsi que les facteurs de protection. Un seul médecin a mentionné qu'il aimerait avoir une grille d'évaluation avec un score objectif pour dicter la conduite.

Au contraire, certains éléments seraient à éviter, par exemple l'utilisation d'un langage technocrate, par exemple d'employer « facteurs associés au suicide » plutôt que « facteurs de risque », une expression familière aux médecins. Aussi, il faudrait qu'il n'y ait pas de droits d'auteur du MSSS sur l'outil, empêchant ce dernier d'être reproduit au gré des médecins.

GESTION DE LA CRISE

Les opinions des médecins interrogés concernant la gestion de la crise suicidaire sont très variées. Certains répondants indiquent que les médecins sont très bien outillés pour effectuer cette étape, tandis que d'autres soulignent le manque de confiance en leurs compétences dans ce domaine. En effet, cela peut engendrer chez le médecin une peur de représailles légales de la part de la famille, advenant le cas où un de ses patients s'enlève la vie.

La seule tendance observable est qu'il n'y a pas d'outils spécifiques pour aider les médecins à gérer une crise suicidaire ou de comportements à privilégier pour venir en aide au patient. C'est souvent au cas par cas, selon les connaissances et l'expérience clinique du médecin en la matière. Lorsque le danger n'est pas immédiat, les médecins

ont tendance à prendre en charge le patient, notamment en véhiculant l'espoir et en insistant sur les facteurs de protection, en impliquant les proches, en faisant un pacte de non-suicide ou en référant aux Centres de prévention du suicide (CPS). Toutefois, lorsque le danger de passage à l'acte est immédiat, il semble y avoir une tendance à référer à l'urgence hospitalière. De plus, un médecin mentionne que lorsqu'il réfère à l'urgence, il fait accompagner systématiquement ses patients avec l'aide du Centre de prévention du suicide.

RÉFÉRENCE AUX RESSOURCES SOCIOCOMMUNAUTAIRES

Lorsque la situation dépasse les capacités du médecin traitant, la référence aux services sociocommunautaires compétents en prévention du suicide est préconisée par ce dernier. Cependant, les médecins comme les intervenants reconnaissent qu'il y a un manque de connaissance des ressources sociocommunautaires disponibles, la ressource qui semble être la plus utilisée étant l'urgence hospitalière.

Les médecins ont tendance à référer à l'urgence psychiatrique. Si on réfère tous les patients avec des idées noires aux psychiatres, on va rapidement saturer le système. Je crois qu'il serait profitable de les connaître [les ressources communautaires].

Un médecin

Les médecins interrogés expriment la volonté et la nécessité de connaître les ressources régionales. Par exemple, ils trouvent que les rôles des organismes sont mal définis de sorte qu'ils ne savent pas quand et pourquoi les solliciter, même pour les CPS qui n'ont été mentionnés que par certains médecins.

La communication entre intervenants et médecins n'est pas optimale, peut-être parce que les médecins ne connaissent pas bien leur rôle et leur importance.

Un informateur

Selon certains informateurs clés, il serait bénéfique que les médecins passent systématiquement par le CSSS pour référer aux ressources sociocommunautaires. Cependant, les médecins trouvent en général que, lorsque le CSSS est impliqué, le processus s'alourdit, notamment à cause des listes d'attente, des boîtes vocales et de la difficulté à parler directement à la personne voulue. Bref, ils trouvent cela impersonnel et bureaucratique. Mentionnons qu'un intervenant psychosocial en CSSS a relevé les mêmes problèmes concernant la communication entre les médecins et les CSSS.

Je crois qu'il est primordial que les différents intervenants se connaissent et puissent communiquer aisément, qu'ils créent des liens.

Un informateur

Plusieurs informateurs et médecins suggèrent la création d'un poste d'« infirmière pivot », qui aurait un rôle de gestion de la crise (organisation de l'accompagnement vers les ressources appropriées en cas de crise aiguë), d'orientation du patient vers les divers organismes et d'intermédiaire dans la communication bidirectionnelle entre les médecins et les ressources communautaires.

Ce serait bien d'avoir une infirmière spécialisée en santé mentale qui connaîtrait bien les ressources et qui pourrait servir de pont entre les professionnels.

Un médecin

Autant chez les médecins que chez les intervenants, on constate qu'il y a très peu de rétroaction de la part des intervenants psychosociaux pour rendre compte aux médecins de leur évaluation du patient.

Il faudrait que les ressources sociocommunautaires donnent de la rétroaction aux médecins parce que ça se fait très peu présentement.

Un intervenant

Un médecin souligne cependant que les psychiatres donnent en général une bonne rétroaction. À l'inverse, les intervenants psychosociaux voudraient recevoir des demandes de consultation plus complètes, c'est-à-dire avec plus d'informations sur le patient et sa problématique.

Il est intéressant de noter qu'un médecin interrogé, qui travaille depuis plusieurs années avec les mêmes personnes au sein d'une équipe multidisciplinaire, ne voit pas de problèmes de communication ni de rétroaction entre les professionnels.

En ce qui a trait au contenu d'un éventuel guide de bonnes pratiques, le médecin doit savoir à quelle(s) ressource(s) référer au besoin. Un médecin propose d'ailleurs l'utilisation d'un arbre décisionnel simple. En ce sens, la majorité des répondants exprime le besoin d'inclure dans le guide une liste des ressources locales, avec leur rôle, le nom de la personne à joindre ainsi que des coordonnées, le tout dans un format concis et facile à consulter.

SUIVI DU PATIENT SUICIDAIRE

Suivi médical

Médicalement parlant, la plupart des répondants s'entendent pour dire que le médecin doit assurer un suivi serré du patient évalué pour idéations suicidaires, en portant une attention particulière aux troubles de santé mentale ainsi qu'aux comorbidités. De plus, les médecins sont particulièrement conscients de leur rôle majeur dans le traitement de la dépression. En ce sens, des intervenants proposent même d'inclure dans le guide un rappel des lignes de conduite dans le traitement médical de la dépression, celle-ci étant souvent associée au suicide.

Suivi psychosocial

De manière générale, les personnes interrogées mentionnent le rôle plutôt restreint du médecin à cette étape de la prise en charge, n'étant pas adéquatement formé pour répondre aux besoins des patients suicidaires, sauf s'il est particulièrement à l'aise avec ce type de situation. Par exemple, certains médecins ont rapporté l'efficacité d'une approche interprofessionnelle qui se prête plutôt bien à une pratique en GMF. Aussi, la plupart des médecins s'entendent pour dire qu'ils peuvent assumer seuls ce suivi lorsque le risque et l'urgence suicidaires sont faibles.

Sauf dans les cas d'équipe multidisciplinaire, le médecin ne devrait pas effectuer de suivi psychosocial, sauf s'il est très à l'aise dans ce domaine.

Un informateur

STRATÉGIES D'APPROPRIATION DU GUIDE

Pour ce qui est de la forme d'un éventuel guide, tous les répondants rapportent qu'il devrait être court, facile à utiliser et s'en tenir à l'essentiel afin de capter l'attention des médecins.

[...] Comme on dit : « keep it simple and stupid ».

Un médecin

Plusieurs ont proposé un outil d'aide à la pratique d'une page plastifiée, recto verso. En complément, d'autres ont proposé une version informatique.

La majorité des répondants croit qu'une formation est essentielle à l'appropriation d'un éventuel guide par les médecins. Cette formation devrait être courte, par exemple sur l'heure du dîner ou pendant une demi-journée. Au besoin, la formation pourrait se faire sur quelques séances courtes. Pour assurer la pérennité du guide, une répétition de la formation devrait se faire à des intervalles réguliers, par exemple environ aux deux ans. Lors de ces ateliers, les formateurs pourraient donner de la rétroaction sur l'impact du guide dans la prévention du suicide pour la région concernée. En outre, ces formations

devraient se faire en petits groupes de médecins, soit sous forme de conférence ou d'atelier.

Pour ce qui est du contenu, la formation devrait être interactive, par exemple en faisant pratiquer les médecins à utiliser l'outil de dépistage, le cas échéant. Aussi, la formation devrait mettre l'accent sur la sensibilisation des médecins à leur rôle primordial dans la prévention du suicide. Pour ce faire, quelques stratégies ont été proposées par les répondants, notamment en présentant des exemples concrets de patients atypiques ayant déjà tenté à leurs jours (pas de symptômes dépressifs, pas d'histoire de pertes, pas d'antécédents...).

Il faut que les médecins se sentent interpellés. Ça peut être par le témoignage d'une personne qui a déjà tenté de se suicider ou l'opinion d'une figure de proue dans le domaine.

Un médecin

Sur le plan stratégique, les répondants ont suggéré quelques idées pour rejoindre les médecins. Par exemple, le guide de bonnes pratiques devrait être approuvé par des organisations reconnues par les médecins, telles que le Collège des médecins, l'Association médicale du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Afin de rejoindre une plus grande partie de la communauté médicale, il a été suggéré de publiciser le guide périodiquement dans des revues à grand tirage comme *Le Médecin du Québec*. Finalement, dans le but d'encourager la participation des médecins, il a été suggéré d'attribuer des crédits de formation.

RECOMMANDATIONS ET DISCUSSION

À la suite des entrevues menées dans le cadre de ce projet, il est tout à fait logique d'en arriver à la conclusion qu'un guide de bonnes pratiques en matière de prévention du suicide pour les médecins s'avère un outil indispensable pour ces derniers. En ce sens, suivant les propositions des personnes interrogées ainsi que les orientations des écrits recensés, voici les recommandations majeures pour l'élaboration d'un tel guide.

- Élaborer un guide papier simple, court, possiblement sous forme d'aide-mémoire et de points essentiels en matière de prévention et de prise en charge clinique des patients suicidaires. En effet, la littérature nous indique que la présentation d'informations orales, écrites ou sur support électronique incite le professionnel de la santé à se rappeler l'information (Sequist et al. 2007).
- Utiliser une terminologie médicale dans le guide sans toutefois porter préjudice aux personnes vulnérables au suicide.
- Intégrer un outil de dépistage des personnes suicidaires, qui, dans un premier temps, devrait présenter les populations vulnérables au suicide et des exemples concrets de situations où le médecin devrait faire un dépistage. Un article fait état qu'il est rare qu'un patient parle spontanément d'idées suicidaires (Michel, 2002), d'où l'importance de la recommandation ci-haut. En second lieu, avec ces informations en tête, le médecin pourrait poser des questions visant à faire émerger les idéations suicidaires, la plus pertinente selon nous étant : « Avez-vous subi des pertes récemment ».
- Intégrer un outil d'évaluation du risque et de l'urgence suicidaires qui fait suite au dépistage et qui met l'accent sur les facteurs associés au suicide, les facteurs de protection, l'évaluation des symptômes dépressifs et l'outil COQ. Un auteur souligne l'incapacité relative à prédire le suicide en soi, d'où l'importance d'une évaluation globale (Muzina, 2004).
- Insister sur le fait que le guide se veut un adjuvant à la prise de décisions médicales et non un regroupement de lignes de conduite desquelles on ne peut déroger, tel que souligné dans la littérature par Muzina (2004).
- Résumer, en quelques points, les grandes lignes de traitement et de prise en charge de la dépression pour assurer un suivi médical optimal et ce, parce qu'il est reconnu que le traitement pharmacologique de la dépression diminue le taux de suicide (Blashki et al. 2006).
- Élaborer une liste des ressources communautaires locales et des organismes publics (nom, rôle bref, coordonnées) et l'intégrer dans un algorithme aidant à la prise en charge. Le tout favoriserait une meilleure coordination entre les services primaires et spécialisés (Fleury et al. 2008).

- Instaurer une feuille de route standardisée (information par rapport à la situation actuelle) du patient suicidaire pour permettre une transmission adéquate de l'information et un meilleur suivi (Fleury et al. 2008).
- Créer un poste d'intervenant pivot en matière de santé mentale, lequel devrait faire le lien entre le médecin et les ressources sociocommunautaires.
- Standardiser les outils d'évaluation en santé mentale en adoptant un langage commun pour les différents intervenants en prévention du suicide afin d'optimiser les échanges et la communication/collaboration entre eux-ci.

Afin d'assurer l'utilisation adéquate d'un tel guide par les médecins, il est suggéré d'instaurer certaines mesures.

- Adopter une approche multistratégique qui, selon les écrits dans le domaine, devrait permettre une meilleure diffusion et une utilisation plus juste du guide de bonnes pratiques (Bero et al. 1998; Graham et al. 2002; Fleury et al. 2008).
- Élaborer un programme de formation court et interactif (Pfaff et al. 2001; Slaven et al. 2002; Bowen et al. 2002; Schneeweiss et Ratnapalan, 2007), centré davantage sur la réalité clinique et donné par un spécialiste en la matière (Majumdar et al. 2005).
- Inclure, dans cette formation sur le guide, des conseils sur la façon de gérer une crise suicidaire, notamment pour la période entre l'accueil du patient et son transfert vers d'autres ressources. Ces conseils mettraient l'accent sur la communication, l'établissement de la confiance, l'écoute et l'empathie, tel que mentionné dans le guide à l'intention des intervenants (Lane et al. 2010).
- Effectuer un suivi de formation à des intervalles réguliers, avec un superviseur clinique sur le terrain (Young et Ward, 2003) et fournir un feedback sur l'efficacité du programme à l'aide de statistiques locales (Sequist et al. 2007).

Dans le but de donner de la visibilité au guide de bonnes pratiques et de stimuler l'intérêt du domaine médical dans son utilisation, certaines stratégies d'appropriation sont à considérer.

- Reconnaître publiquement, par des organismes reconnus du domaine médical, l'expertise des ressources communautaires disponibles en prévention du suicide (CPS, Centres de crise).
- Inclure des hyperliens vers les ressources en matière de prévention du suicide à partir de sites reconnus et utilisés par le monde médical (AQPS, FMOQ, AMQ, AMC, CMQ) (Garg et al. 2005).
- Créer une page web à l'intention des médecins sur le site de l'AQPS, accessible via les sites médicaux (FMOQ, AMQ, AMC, CMQ) (Garg et al. 2005).

- Créditer les formations mentionnées précédemment aux médecins participants.
- Mettre sur pied une campagne médiatique à l'intention du grand public. Ceci semble optimiser les échanges entre les patients et les médecins (Buchbinder et Jolley, 2001).
- Inciter les médecins à s'engager dans le dépistage des problèmes de santé mentale en révisant la tarification qui leur est accordée, comme le suggère aussi la littérature (Rosenthal et al. 2005), compte tenu du temps non rémunéré consacré à ces cas (référence, entrevue médicale longue).

CONCLUSION

Avant de conclure, il importe de souligner les limites de la présente étude. En effet, ce projet échelonné sur un mois ne nous a permis de rencontrer que 13 répondants, travaillant pour la plupart dans la région sherbrookoise. Il aurait été intéressant de rencontrer des professionnels originaires des autres régions du Québec. De plus, accroître le nombre de participants à l'étude aurait probablement donné plus de poids aux conclusions. Il est aussi à noter que l'échantillonnage au jugé induit un biais de sélection, favorisant la sélection de professionnels particulièrement impliqués et sensibilisés dans la prévention du suicide.

Pour conclure, nous insistons sur le fait que le suicide est un problème majeur de santé publique, particulièrement au Québec. Les statistiques inquiétantes rappellent qu'il faut redoubler d'ardeur dans la prévention du suicide. Heureusement, on note depuis quelques années une diminution des taux de suicide dans la province, mais il y a encore place à l'amélioration. Des campagnes de sensibilisation au grand public ont vu le jour et en 2010 paraîtront des guides à l'intention des intervenants psychosociaux et des gestionnaires de CSSS. Du côté des médecins, à qui on attribue unanimement un rôle capital dans la prévention du suicide, il n'existe malheureusement pas de guide de bonnes pratiques qui soit standardisé à l'échelle provinciale. Dans cette optique, nous espérons fortement que notre rapport permettra de jeter les bases d'un tel guide, qui, nous le croyons, pourrait changer pour le mieux les pratiques dans ce domaine et avoir un impact réel sur la prévention du suicide.

BIBLIOGRAPHIE

Appleby L. et al. General practitioners and young suicides: a preventive role for primary care. *Br.J.Psychiatry* 168: 3: 330-333, 1996.

American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors.* Washington : American Psychiatric Association, 117 p., 2003.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Service des recommandations professionnelles. ANAES, 44 p., 1998.

Apter A. et al. Management of the depressed, suicidal child or adolescent. *Child Adolesc.Psychiatr.Clin.N.Am.* 15: 4: 999-1013, x, 2006.

Bero LA. et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ* 317: 7156: 465-468, 1998.

Blashki G. et al. Managing depression and suicide risk in men presenting to primary care physicians. *Prim.Care* 33: 1: 211-21, x-xi, 2006.

Bouchard A. et al. Consultation sans rendez-vous : Docteur, je n'en peux plus... vous seul pouvez m'aider. *Médecin du Québec*, 43(6), 2008.

Bowen P. et al. Youth suicide prevention programs: review of literature published in english and french between 1990 and 1999. Genève : Département de psychiatrie, hopitaux universitaires de Genève. 2000.

Buchbinder R. et al. Improvements in general practitioner beliefs and stated management of back pain persist 4.5 years after the cessation of a public health media campaign. *Spine*, 32, p. 156-162, 2007.

Cardinal L. et al. Programme national de santé publique 2003-2012. MSSS. Québec, 2003, mise à jour en 2008.

Darcourt G. et al. La crise suicidaire : Recommandations du jury. Fédération Française de Psychiatrie, La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge (p.421-446). Paris : John Libbey Eurotext, 446 p., 2001.

Dumel F. et al. *Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale*, 2000, http://www.esculape.com/psychiatrie/suicide_risque.html (Page consultée le 8 janvier 2008).

Fanello S. et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. *Santé publique* 14(3) : 263-273, 2002.

Garg A. X. et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes. A systematic review. *JAMA*, 293, p. 1223-1238, 2005.

Gilbody SM. et al. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ* 322: 7283: 406-409, 2001.

Goldberg DP. et al. The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. *Psychol.Med.* 23: 1: 185-193, 1993.

Graham I. et al. Deciding on your implementation strategies. In: Toolkit implementation of clinical practice guidelines. Ontario: Registered Nurses Association of Ontario, p. 47-56, 2002.

Hawton K. et al. Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years, based on coroners' and medical records. *Br.J.Psychiatry* 175: 271-276, 1999.

Hickie IB. et al. Measuring outcomes in patients with depression or anxiety: an essential part of clinical practice. *Med.J.Aust.* 177: 4: 205-207, 2002.

Hughes DH. et al. Can the clinician predict suicide? *Psychiatr.Serv.* 46: 5: 449-451, 1995.

INSPQ. *Rapport : La mortalité par suicide au Québec : Tendances et données récentes* : Québec; ISSN : 1920-9800; ISBN : 978-2-550-58144-4. 2010.

Isacsson G. et al. Suicide Prevention: A Medical Break Trough? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102(2), 113-117, 2000.

Isacsson G. et al. Données récentes d'études scandinaves. Traiter la dépression : une stratégie efficace de prévention du suicide ? *Santé mentale au Québec*, XXV!! , 2, p. 235-259, 2002.

Jobs D. et al. The CAMS Approach to Working with Suicidal Patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34 (1), p. 73-85, 2004.

Julien M. et al. implantation d'un programme de prévention du suicide s'adressant à des médecins généralistes. Communication présentée au 2^e Congrès international francophone en prévention du suicide. Belgique. 2002.

Lambert D. et al. *La prévention chez l'adolescent : Comment l'aborder.* Le Médecin du Québec 40(5), 55-62, 2005.

Lane J. et al. Analyse des besoins au regard de la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux, à paraître en 2010.

Lane J. et al. Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux, à paraître en 2010.

Lane J. et al. Guide de soutien au rehaussement des services en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux, à paraître en 2010.

Lévesque G. et al. *La dépression chez l'adulte.* Le Médecin du Québec 39(5), 21-28, 2004.

Links PS. et al. Preventing suicidal behaviour in a general hospital psychiatric service: priorities for programming. *Can.J.Psychiatry* 50: 8: 490-496, 2005.

Majumdar S.R. et al. Impact of opinion leader-endorsed evidence summaries on the quality of prescribing for patients with cardiovascular disease : a randomized controlled trial. *Am Heart J*, 153, p. 1-8, 2007.

Michel K. et al. Contacts of suicide attempters with GPs prior to the event: a comparison between Stockholm and Bern. *Acta Psychiatr.Scand.* 95: 2: 94-99, 1997.

Michel K. et al. *Le médecin et le patient suicidaire : Partie I : Aspects fondamentaux.* Forum Med Suisse 29/30, 704-707, 2002.

Michel K. et al. *Le médecin et le patient suicidaire : Partie II : Aspects pratiques.* Forum Med Suisse 31, 730-734, 2002.

Mishara B. et al. Comprendre le suicide. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 172 p., 2004.

Muzina DJ. et al. What physicians can do to prevent suicide. *Cleve.Clin.J.Med.* 71: 3: 242-250, 2004.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé. *La prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes :* Département de Santé Mentale et Toxicomanie. Genève, 2001.

OMS. Prévenir le suicide. Ressource pour les conseillers. Genève : Département de santé mentale et abus de substances psychoactives. Prise en charge des troubles mentaux et des affections cérébrales, 27 p., 2006.

Owens C. et al. A qualitative study of help seeking and primary care consultation prior to suicide. *Br.J.Gen.Pract.* 55: 516: 503-509, 2005.

Pfaff JJ. et al. Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Med.J.Aust.* 174: 5: 222-226, 2001.

Pirkis J. et al. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br.J.Psychiatry* 173: 462-474, 1998.

Potvin N. et al. Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide. Ministère de la Santé et des Services sociaux Direction générale adjointe de l'évaluation, de la recherche et des affaires; 2004.

Qin P. et al. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch.Gen.Psychiatry* 62: 4: 427-432, 2005.

Rihmer Z. et al. Antidepressants and suicide prevention in hungary. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 103(3), 238-239, 2001.

Rosenthal M. B. et al. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *JAMA*, 294, 1788-1793, 2005.

Rutz W. et al. Prevention of depression and suicide by education-impact on male suicidality. An update of Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1(1), p. 39-46. 1997.

Schneeweiss S. et al. Impact of a multifaceted pediatric sedation course: self-directed learning versus a formal continuing medical education course to improve knowledge of sedation guidelines. *CJEM*; 9:93-100. 2007.

Sequist T.D. et al. A randomized trial of electronic clinical reminders to improve quality of care for diabetes and coronary artery disease. *J Am Med Inform Assoc*, 12(4), p. 431-437, 2005.

St-Hilaire E. et al. *Formation médicale en prévention du suicide : Bilan mi-étape d'une expérience dans la région de la Chaudière-Appalaches*, Direction de santé publique, régie régionale de la Chaudière-Appalaches, Québec, p. 7, 2003.

Simon GE. et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N.Engl.J.Med.* 341: 18: 1329-1335, 1999.

Slaven J. et al. The Esperance primary prevention of suicide project. *Aust.N.Z.J.Psychiatry* 36: 5: 617-621, 2002.

Vassilas CA. et al. General practitioners' contact with victims of suicide. *BMJ* 307: 6899: 300-301, 1993.

Wensing M et al. Organizational interventions to implement improvements in patient care : a structured review of interviews. *Implement Sci*, 1:2, 2006.

Young J.M. et al. Randomised trial of intensive academic detailing to promote opportunistic recruitment of women to cervical screening by general practitioners. *Aust N Z J Public Health*, 27, p. 273-281, 2003.



À PROPOS DU DOCUMENT...

Ce document rend compte d'un projet effectué par des externes en médecine dans le cadre du stage d'externat en santé communautaire. Ce projet visant à effectuer une analyse de besoins pour obtenir les perceptions de médecins de première ligne et d'informateurs clés, en regard des outils à intégrer dans un guide de bonnes pratiques en prévention du suicide, qui serait destiné aux médecins de CSSS. Cette analyse des besoins débouche sur la formulation de recommandations qui soulignent l'importance : 1) du rôle des médecins de première ligne en prévention du suicide; 2) que les médecins aient accès à des outils de dépistage et d'évaluation du risque et de l'urgence suicidaires; 3) que les médecins aient accès à une liste d'organisations partenaires à qui référer les patients suicidaires; 4) d'élaborer un guide de bonnes pratiques concernant le suivi des patients et la communication entre les différents intervenants; 5) de la mise en place de stratégies d'appropriation efficaces pour l'adoption des outils et d'un guide de bonnes pratiques en matière de prévention du suicide pour les médecins.

À PROPOS DES AUTEURS...

Marc-André Demers, Charles Duvareille, Frédéric Lamoureux, Jason Massé et Maxime-Antoine Tremblay sont étudiants en médecine à l'Université de Sherbrooke. Ce projet a été réalisé dans le cadre de leur externat en santé communautaire ainsi que sous la direction de Julie Lane qui est chercheuse à la Direction de la coordination et des affaires académiques.

À PROPOS DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX—INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE (CSSS-IUGS)

Le CSSS-IUGS possède une désignation d'institut universitaire de gériatrie et une désignation de centre affilié universitaire. Ces deux désignations font en sorte de créer un environnement de travail où l'innovation est présente dans l'optique de contribuer au rehaussement constant de la qualité des services. Cela se traduit par l'omniprésence de l'enseignement, de la recherche et du partage des connaissances au sein de l'établissement. Les publications du CSSS-IUGS visent ainsi à favoriser la diffusion et le partage des connaissances produites par les intervenants, les gestionnaires, les chercheurs et les étudiants de l'établissement.

