



DE L'IDÉE, À L'ÉVALUATION, À L'IMPLANTATION OPTIMALE

UNE PROCEDURE DE SURVEILLANCE POUR LES PERSONNES VULNERABLES AU SUICIDE
AVANT LA PRISE EN CHARGE MEDICALE A L'URGENCE DE L'HÔPITAL PIERRE-BOUCHER

Rapport d'évaluation

*Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre*

Québec 

*Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Est*

Québec 

Auteurs

Kareen Nour, Ph.D., secteur de la planification, l'évaluation et la recherche, Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS Montérégie-Centre

Youcef Ouadahi, agent de planification, de programmation et de recherche, Direction des programmes santé mentale et dépendances, CISSS Montérégie-Centre

Collaborateurs

Évelyne Campeau, agente de relations humaines au centre d'intervention de crise l'ACCÈS et formatrice régionale pour l'Association québécoise de prévention du suicide, CISSS-Montérégie-Est – Territoire Pierre-Boucher

Technicienne de recherche

Nathalie Bernier, secteur planification, l'évaluation et la recherche, Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Caroline Gélinas, secteur planification, l'évaluation et la recherche, Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Secrétariat et mise en page

Annie Toupin, secteur de la planification, l'évaluation et la recherche, Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Ce document est disponible en version électronique sur le portail Internet de la Direction de santé publique – www.santemc.quebec/santepublique, section documentation.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN ou ISSN : 978-2-550-77091-6 (version imprimée)

ISBN ou ISSN : 978-2-550-77092-3 (PDF)



Reproduction ou téléchargement autorisé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales avec mention de la source : Nour K. et Y. Ouadahi. *Évaluation de l'implantation d'une procédure de surveillance systématique auprès des personnes vulnérables au suicide avant la prise en charge médicale à l'urgence de l'hôpital Pierre-Boucher. Rapport*, Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 2016, 30 p.

© Tous droits réservés

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 2016

REMERCIEMENTS

L'évaluation de l'implantation de la procédure de surveillance systématique auprès des personnes vulnérables au suicide avant la prise en charge médicale à l'urgence a été réalisée avec le concours de plusieurs personnes, et ce, au sein du réseau local de services (RLS) Pierre-Boucher. Nous tenons à remercier toutes ces personnes-ressources qui ont étroitement collaboré à la planification des revues de dossiers des usagers de l'urgence, à l'envoi des questionnaires de type *survey monkey* et au partage de données de processus et administratives sur la procédure. En l'occurrence, il s'agit de :

- Mme Annie Savard, Coordinatrice de l'urgence, de l'UHB et de l'ambulatoire pour le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est – Territoire Pierre Boucher
- M. Frédéric Lavoie, Infirmier clinicien à la formation – urgence, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est – Territoire Pierre Boucher
- Mme Carine Milante et Mme Johanne Roy, infirmière et conseillère cadre à la Direction des soins infirmiers, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est – Territoire Pierre Boucher

Enfin, nous remercions la Direction de santé publique de la Montérégie, du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre, qui a financé l'évaluation d'implantation de la procédure. Nous remercions, tout particulièrement, madame Ginette Lafontaine, anciennement adjointe à la Planification, l'évaluation et la recherche, et M. Dominique Gagnon, anciennement agent de planification, programmation et recherche pour leur soutien à la conception, l'évaluation et à la rédaction du rapport.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION	1
1.1 PROBLEMATIQUE DU SUICIDE ET IMPORTANCE DE LA GESTION DES CONDUITES SUICIDAIRES	1
1.2 ÉTAT DE SITUATION SUR LES PRATIQUES	2
1.3 DESCRIPTION DE LA PROCEDURE DE SURVEILLANCE DE L'USAGER VULNERABLE AU SUICIDE	3
2. ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DE LA PROCEDURE DE SURVEILLANCE	4
2.1 BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION	4
2.2 ÉVALUATION SELON LE MODELE DE CHEN	5
2.3 ÉVALUATION SELON LA METHODE LEAN	5
2.4 VARIABLES A L'ÉTUDE	5
2.5 METHODOLOGIE	6
3. RESULTATS DE LA PHASE 1 : PROCEDURE DE SURVEILLANCE STANDARD (2014-2015)	8
3.1 ORGANISATION ET INTERVENANTS QUI IMPLANTENT LA PROCEDURE	8
3.2 PROTOCOLE D'INTERVENTION, LIVRAISON DES SERVICES ET POPULATION REJOINTE.....	9
3.3 PARTENARIATS /COLLABORATIONS	11
3.4 CONTEXTE ECOLOGIQUE.....	11
4. LA PETITE HISTOIRE ENTRE LES PHASES 1 ET 2	12
5. RESULTATS DE LA PHASE 2 : PROCÉDURE DE SURVEILLANCE ELECTRONIQUE (2015-2016)	14
5.1 ORGANISATION ET INTERVENANTS QUI IMPLANTENT	14
5.2 PROTOCOLE D'INTERVENTION, LIVRAISON DES SERVICES ET POPULATION REJOINTE.....	16
5.3 PARTENARIATS /COLLABORATIONS	17
5.4 CONTEXTE ECOLOGIQUE.....	17
6. DISCUSSION	19
6.1 UNE PROCEDURE INFORMATISEE, BONIFIEE ET ACTUALISEE.....	19
6.2 UNE APPLICATION ENCORE NON OPTIMALE	20
7. PISTES DE REFLEXION	22
ANNEXE 1 - PROCEDURE DE SURVEILLANCE SYSTEMATIQUE AUPRES DES PERSONNES SUICIDAIRES AVANT LA PRISE EN CHARGE MEDICALE A L'URGENCE	24
ANNEXE 2 - TRAJECTOIRE DES SERVICES DES PERSONNES SUICIDAIRES AVANT LA PRISE EN CHARGE MEDICALE A L'URGENCE	25
ANNEXE 3 - PAGE TYPE DE LA PROCEDURE INFORMATISEE	26
ANNEXE 4 - CARTOGRAPHIE	27
REFERENCES	28

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. DEMARCHE LEAN	5
--------------------------------------	----------

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. ACTIVITES DE SENSIBILISATION (2011)	8
TABLEAU 2. MOTIFS DE CONSULTATION	9
TABLEAU 3. ORIENTATION DE L'USAGER SELON SON NIVEAU DE PRIORITE	10
TABLEAU 4. ACTIVITES DE SENSIBILISATION (2015-2016)	14
TABLEAU 5. ÉVALUATION PAR LES INFIRMIERES	15
TABLEAU 6. ÉVALUATION PAR LES PAB	15
TABLEAU 7. MOTIFS DE CONSULTATION	16
TABLEAU 8. ORIENTATION DE L'USAGER SELON SON NIVEAU DE PRIORITE	16

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASI	Assistance du supérieur immédiat
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CTAS	Canadian Triage And Acuity Scale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PNSP	Programme national de santé publique
RLS	Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
SI-URGE	Système informatique de l'urgence (prologiciel)
UHB	Unité d'hospitalisation brève

RÉSUMÉ

La prévention du suicide est une priorité de santé publique, et diverses actions sont à mettre en place pour y faire face. À l'hôpital Pierre-Boucher, en 2011, le repérage et la surveillance des clientèles vulnérables au suicide ont été priorités. Une procédure de surveillance auprès des personnes vulnérables au suicide avant leur prise en charge médicale à l'urgence a été mise en place. Cette procédure vise à assurer un niveau de surveillance approprié à la condition clinique de chaque usager. Elle est utilisée par les infirmières du triage et le personnel de l'urgence. En janvier 2016, cette procédure a été intégrée au système informatique de l'urgence SIURGE.

Le présent projet d'évaluation visait à documenter et à évaluer l'implantation de la procédure de surveillance lors de la phase 1 (version papier 2011-2014) et de la phase 2 (version informatisée 2015-2016). Différentes méthodes de collecte de données ont été utilisées (grille d'évaluation de dossiers des usagers vulnérables au suicide, questionnaires en ligne, etc.).

L'évaluation de la phase 1 ont permis d'apporter certains changements pour favoriser l'application de la procédure dont : 1) des nouvelles formations pour les intervenants sur la procédure et une activité de sensibilisation auprès des médecins de l'urgence; 2) une informatisation de la procédure (système SIURGE) permettant une meilleure identification des usages vulnérables au suicide, une évaluation systématique du risque suicidaire au triage et une orientation écrite du niveau de surveillance; 3) une modification de la procédure en allégeant certaines étapes. Les résultats de l'évaluation de la phase 2 font ressortir que les changements apportés semblent avoir été porteurs, mais que des défis sont toujours présents. On note 1) une amélioration de la perception d'efficacité de la procédure et de la satisfaction des intervenants; 2) une identification adéquate et élargie des usagers pour le déclenchement de la procédure; 3) des conditions et un contexte plus optimaux, mais présentant encore certains défis en terme de soutien, de ressources et de leadership; 4) un début de changement de pratiques pour l'application de la procédure avec plus grandes de connaissances et de compétences pour les infirmières; toutefois, leur attitude et celle des préposés aux bénéficiaires (PAB) demeurent mitigées face à la procédure; 5) une meilleure adhésion à la procédure, avec un plus grand nombre d'usagers suivant le parcours suggéré par celle-ci. Toutefois, l'évaluation médicale qui précède l'évaluation infirmière demeure une problématique récurrente de ce parcours ; 6) des collaborations interdisciplinaires encore complexes en termes de mobilisation, de communication et de reconnaissance de la contribution des intervenants dans la procédure.

Certaines pistes de réflexion se dégagent de l'évaluation globale pour une optimisation de l'application de la procédure et ce, en lien avec 1) *Les méthodes* : Prioriser l'évaluation médicale une fois toutes les étapes du processus de la procédure complétées (suivre la procédure avec rigueur). 2) *Les ressources humaines* : Penser à une équipe dédiée et formée pour faire l'estimation de dangerosité du passage à l'acte suicidaire. 3) *La communication et collaboration* : Mettre en place des mécanismes pour reconnaître l'apport de chaque intervenant impliqué dans la procédure et pour améliorer la communication entre les intervenants sur des éléments cliniques. 4) *Le soutien* : Revoir les modalités de soutien pour que les intervenants, incluant les médecins, puissent adhérer à la procédure. Envisager d'avoir une personne ressource clairement identifiée à la procédure de surveillance. Faire du renforcement au niveau du personnel. 5) *La formation* : Revoir la formation pour les PAB. 6) *L'environnement physique* : Avoir une salle exclusive pour la santé mentale pour les surveillances et un PAB assigné à ce type de surveillance. 7) *La diffusion* : Procéder à un rafraîchissement continu de la procédure, principalement auprès des médecins. Renforcer sa généralisation par des vignettes régulièrement.

INTRODUCTION

En 2011, l'hôpital Pierre-Boucher a mis en place à l'urgence de l'hôpital une procédure de surveillance systématique auprès des personnes vulnérable au suicide avant leur prise en charge médicale. Un outil de travail présentant une trajectoire des services a été développé pour illustrer le cheminement de l'utilisateur à travers les différents services de l'urgence. Cette procédure, qui permet d'assurer un niveau de surveillance approprié à la condition clinique de chaque usager, a été conçue par les membres du comité de prévention et de gestion des conduites suicidaires de l'Hôpital Pierre-Boucher. Le personnel du triage de l'urgence l'utilisent afin, d'une part, de repérer rapidement la clientèle vulnérable au suicide, avec une problématique de santé mentale ou de toxicomanie et d'autre part, de prendre une décision sécuritaire quant au niveau de surveillance approprié. En janvier 2016, cette procédure de surveillance a été intégrée au système informatique de l'hôpital. D'autres établissements de la Montérégie se sont montrés intéressés par cette procédure de surveillance.

Le présent projet avait pour but de documenter et d'évaluer la procédure de surveillance pour les usagers vulnérables au suicide à l'urgence de l'hôpital Pierre-Boucher à la phase 1 (*version papier : évaluation de novembre 2014 à juin 2015*) et à la phase 2 (*version informatisée : évaluation de novembre 2015 - juin 2016*).

1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

1.1 Problématique du suicide et importance de la gestion des conduites suicidaires

Chaque jour au Québec, environ 3 personnes s'enlèvent la vie et 8 personnes sont hospitalisées parce qu'elles ont tenté de poser un geste. On estime à environ 1 000 le nombre de décès par suicide chaque année. En Montérégie, nous enregistrons chaque année, environ 180 décès, 6 000 tentatives et 30 000 pensées suicidaires sérieuses c'est-à-dire représentant un danger de passage à l'acte. Le suicide n'épargne aucun groupe de la société, et affecte à des degrés divers, tous les groupes d'âge, toutes les classes sociales et toutes les régions. On constate cependant que le suicide touche trois fois plus d'hommes que de femmes (Richard, 2014).

Le suicide et les tentatives de suicide sont un important problème de santé publique. C'est pourquoi la prévention du suicide est une priorité populationnelle et organisationnelle, et les différents guides de bonnes pratiques suggèrent, diverses actions à mettre en place pour y faire face (ex. : Stratégie québécoise d'action face au suicide du MSSS, 1998; Plan d'Action santé mentale- La force des liens, 2005-2010, Magellan Clinical Practice Guideline Task Force, 2012; Guidelines for Working with the Suicidal Person- Department for Health and Ageing, Government of South Australia, 2012; Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des CSSS, MSSS 2010). Parmi les actions à privilégier, les meilleures pratiques en prévention du suicide (Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des CSSS (MSSS, 2010)) nous recommandent de procéder à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, mais pour ce faire, nous devons être en mesure de repérer les personnes les plus vulnérables au suicide et assurer leur surveillance en attendant de pouvoir procéder à une telle estimation. C'est pourquoi le repérage et la sécurité des clientèles vulnérables au suicide à l'urgence ont été priorisés par le comité de prévention et de gestion des conduites suicidaires à l'hôpital Pierre-Boucher pour mieux outiller leur personnel. Cette action a retenu notre attention, vu l'augmentation significative de la fréquentation des urgences au Québec par les usagers potentiellement suicidaires et vivant avec un problème de santé mentale et de dépendances. En effet, selon Chaput et Lebel (2007), 5 % des personnes qui se sont présentées à l'urgence d'un

établissement hospitalier à Montréal présentaient des problèmes de santé mentale. De plus, ces clientèles attendent plus de 24 heures dans une salle d'urgence bondée. Cette attente pourrait être un élément de surstimulation et une menace pour les usagers (MSSS, 2006), Broadbent et coll. (2004) soulignent que les responsables du triage éprouvent des difficultés à évaluer la priorisation des usagers psychiatriques faisant partie des clientèles vulnérables au suicide. Les infirmières au triage, sans outil de dépistage ou d'évaluation adapté à leur réalité de travail, ont la certitude de ne pas posséder les compétences nécessaires pour procéder à un triage efficace (Bonin et coll., 2010).

1.2 État de situation sur les pratiques

Les guides de bonnes pratiques en prévention du suicide diffusés en 2010 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'un à l'intention des intervenants des anciens centres de santé et services sociaux (CSSS) et leurs partenaires et l'autre à l'intention des gestionnaires ont été implantés en 2011 en Montérégie. Ces guides présentent le processus à privilégier lors d'une intervention auprès d'une personne suicidaire comprenant entre autres, une grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire. Pour favoriser l'appropriation de ces bonnes pratiques, l'*Association québécoise de prévention du suicide*, en collaboration avec deux établissements du réseau, soit le Centre Dollard-Cormier et Suicide Action Montréal, a lancé une formation en 2011 pour les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Les intervenants des CSSS et de leurs partenaires de l'ensemble des différentes régions sociosanitaires du Québec ont suivi cette formation de trois jours visant à développer leurs compétences pour améliorer et harmoniser leurs pratiques face au suicide. Très tôt, les gestionnaires des CSSS en Montérégie ont signifié à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ancienne instance régionale) que cette formation, ainsi que l'application de la grille d'estimation de la dangerosité étaient peu adaptées à la réalité du travail des infirmières du triage.

En effet, l'administration de la grille recommandée ainsi que les interventions associées nécessite près d'une vingtaine de minutes, ce qui est peu réaliste lors du triage à l'urgence de l'hôpital. Selon les normes du CTAS (Canadian Triage And Acuity Scale; <http://caep.ca/resources/ctas>), l'évaluation et la décision au triage doivent être réalisées en moins de 5 minutes (MSSS, 2010). Toutefois, les gestionnaires à l'urgence soulignent l'importance du repérage et de la surveillance des usagers vulnérables au suicide. Ils constatent que le temps d'attente entre le triage de l'infirmière et l'évaluation médicale peut amener certains usagers suicidaires à quitter l'urgence. Certains d'entre eux tentent même de se suicider dans les minutes ou les heures qui suivent. Plusieurs rapports du coroner vont dans le même sens et mettent en lumière les conséquences de l'absence de mesures adéquates de sécurité pendant ce délai d'attente à l'urgence pour les usagers vulnérables au suicide (analyse de 22 rapports de coroner, 2012). En 2011, aucun outil ou grille adaptés au contexte de l'urgence n'était disponible pour repérer cette clientèle. La nécessité d'adapter certaines pratiques recommandées par les guides provinciaux apparaît incontournable afin de répondre à la réalité des infirmières au triage de l'urgence hospitalière.

L'expérience de l'hôpital Pierre-Boucher

Dans le cadre des travaux visant la mise en place de la pratique organisationnelle requise pour la prévention du suicide (Agrément Canada, 2009), et suite à une recommandation du coroner qui découlait d'un événement sentinelle, l'hôpital Pierre-Boucher avait mandaté le comité de travail sur la prévention et la gestion des conduites suicidaires de se questionner sur les pratiques permettant d'améliorer le repérage et la surveillance des personnes vulnérables au suicide se

présentant à l'urgence. Une procédure a été développée afin de repérer et d'assurer la sécurité de ces usagers avant leur prise en charge médicale, qui tient compte de la planification du suicide, des tentatives antérieures et du niveau de collaboration de la personne. En effet, celle-ci inclut l'ensemble des mesures à prendre pour l'orientation du patient après le triage, la surveillance à faire, ainsi que les ressources (intervenants) nécessaires pour mener à bien cette surveillance (voir la section 1.3 : description détaillée de la procédure et l'annexe 1).

À l'automne 2011, tous les intervenants impliqués dans cette procédure ont reçu une formation de trois heures pour les infirmières et d'une heure pour les préposés aux bénéficiaires (PAB). Implantée en 2012, cette procédure de surveillance est prometteuse selon les gestionnaires de l'hôpital Pierre-Boucher. Certains résultats ont été observés, puisque la procédure semblait modifier les façons de faire et répondre aux besoins des professionnels de l'urgence.

Toutefois, en 2013, le comité de travail de l'hôpital Pierre-Boucher constate que la procédure n'est pas aussi bien implantée que désirée et que son utilisation se fait de façon partielle et non systématique, et ce, malgré les sessions de formation et de sensibilisation réalisées auprès des intervenants. De plus, la procédure de surveillance faisait face à plusieurs défis contextuels. L'hôpital Pierre Boucher n'ayant pas d'urgence psychiatrique, le bloc de psychiatrie à l'urgence est utilisé en priorité pour les cas désorganisés, agressifs ou nécessitant une hospitalisation. De plus, l'équipe de santé mentale (infirmière, psychiatre, travailleuse sociale) n'est disponible que de jour. Le comité de travail s'est mis alors à réfléchir pour bonifier la procédure de surveillance. L'idée retenue fut de rendre la procédure de surveillance « informatisée » et systématique en l'intégrant au système informatique SIURGE présentement en place à l'urgence de l'hôpital Pierre-Boucher (voir section 1.3). Ainsi, cette procédure serait utilisée pour toutes les personnes se présentant à l'urgence avec une problématique suicidaire, de dépendance ou de santé mentale. L'informatisation de la procédure permettrait d'augmenter le nombre de personnes repérées et d'assurer une application plus systématique de la procédure de surveillance. Toutefois, le comité se questionnait sur la plus-value de cette innovation en lien avec ses retombées potentielles sur la clientèle repérée, la surveillance et les interventions offertes.

1.3 Description de la procédure de surveillance de l'utilisateur vulnérable au suicide

La procédure telle qu'implantée en 2012 (jusqu'en 2015) était structurée en deux phases, la première étant réalisée à partir d'un questionnaire de repérage formel ciblant la planification du suicide, les tentatives antérieures et le niveau de collaboration. La deuxième phase était abordée par les éléments de générés à partir des résultats du questionnaire de repérage qui permettaient de déterminer le niveau de priorisation, l'orientation et les interventions à mettre en place en attendant la prise en charge médicale.

1.3.1 Application de la procédure de surveillance de l'utilisateur, avant la prise en charge médicale à l'urgence (trajectoire, annexe 2)

Le repérage (*étapes 1 à 5 de la trajectoire*) représente la première phase de la procédure et se déroule au moment du triage. Celui-ci débute avec l'identification de la clientèle vulnérable (problématique suicidaire, de consommation ou de santé mentale) par les infirmières du triage qui questionnent les usagers sur les éléments suivants, à savoir :

- la planification du suicide et les tentatives antérieures posées (présence d'idées suicidaires, d'un plan et de tentatives de suicide antérieures ou en cours);
- le niveau de collaboration selon les quatre éléments suivants (1-intoxication, 2- impulsivité/agressivité verbale ou physique, 3- absence de proches, 4-refus d'être aidé).

Tous ces éléments sont systématiquement explorés et analysés pour la 2^e phase.

Les résultats obtenus au repérage généraient la deuxième phase de la procédure (*étapes 6 à 8 de la trajectoire*) en déterminant le niveau de priorisation variant de P1 à P3 (*étape 6*) selon l'ETG, l'orientation de l'utilisateur (*étape 7*) ainsi que les mesures de surveillance à mettre en place, en attendant la prise en charge médicale (*étape 8*).

Au final, trois intervenants, outre l'infirmière au triage, étaient activement impliqués dans les procédures de surveillance :

- le PAB qui assure une surveillance adéquate (*étape 8*);
- l'infirmière-chef d'équipe ou ASI qui réévalue la planification suicidaire et le niveau de collaboration de l'utilisateur (*étape 9.1*) et rentre en contact avec l'infirmière clinicienne en santé mentale, si besoin. Elle est responsable d'aviser le médecin ou le centre de crise si l'utilisateur quitte l'urgence sans voir le médecin;
- l'infirmière clinicienne en santé mentale qui procède à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte (*étape 9.2*) et discute du plan d'intervention avec le médecin à l'ambulatoire. Elle est sollicitée au besoin.

Suite à cette procédure de surveillance, le médecin de l'urgence réalise une évaluation médicale (*étape 10*) en consultant les notes professionnelles reliées à cette situation clinique et porte un jugement sur l'orientation de l'utilisateur et les services auxquels il sera référé (*étapes 10.1, 10.2*).

1.3.2 Procédure de surveillance informatisée

En janvier 2016, la procédure de surveillance a été intégrée au logiciel SIURGE. Dès l'identification d'un utilisateur se présentant pour des motifs de consultation associés au suicide, incluant les problèmes de santé mentale et de dépendance (*étape 4*), les infirmières du triage interrogent systématiquement la planification suicidaire et le niveau de collaboration de l'utilisateur à l'aide d'un questionnaire formel de repérage. Un rapport détaillant les éléments de la deuxième phase de la procédure est généré (format papier) ainsi que la grille de surveillance des PAB qui sont déposés dans le dossier de l'utilisateur. L'annexe 3 présente une esquisse d'une page type de la procédure informatisée. Il est à noter que d'autres modifications ont été réalisées à la procédure suite à l'évaluation de la phase 1 de ce projet de recherche (voir section 4).

2. ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DE LA PROCÉDURE DE SURVEILLANCE

2.1 But et objectifs de l'évaluation

L'évaluation avait pour but de contribuer à l'amélioration des pratiques dans le cadre des services offerts aux personnes vulnérables au suicide en Montérégie. Les objectifs principaux et secondaires étaient :

- Décrire la procédure de surveillance initiée en 2014 (phase 1) et la procédure informatisée en 2016 (phase 2) pour les utilisateurs vulnérables au suicide.
- Évaluer le niveau d'application de la procédure de surveillance initiée en 2014 et de la procédure informatisée en 2016, en lien avec des indicateurs découlant de la trajectoire de services des utilisateurs vulnérables au suicide.
- Documenter l'implantation de la procédure de surveillance initiée en 2014 et informatisée en 2016, en termes de :
 - conditions mises en place;
 - changements de pratiques chez les intervenants impliqués;
 - collaboration interdisciplinaire inhérente à la procédure;

- satisfaction et la perception d'efficacité de la procédure par les intervenants;
 - le portrait des usagers vulnérables pour qui la procédure a été appliquée.
- Documenter le contexte organisationnel et écologique afin d'identifier les facteurs facilitants ainsi que les difficultés rencontrées dans l'implantation de la procédure informatisée.

2.2 Évaluation selon le modèle de Chen

Le cadre conceptuel d'évaluation était celui de Chen (2005), qui s'est intéressé à l'ensemble des composantes associées à l'implantation du programme, tout en présentant les dimensions favorables et contraignantes à celle-ci (Brousselle et coll., 2011; Rondeau, 2008) soit :

- Les organisations qui implantent : ce sont celles qui allouent les ressources, coordonnent les activités, offrent la formation, le soutien et la supervision de ceux qui implantent.
- Les personnes qui implantent : celles qui assument la coordination. On s'intéresse à leurs compétences, connaissances et attitudes à l'égard de la procédure.
- Les partenaires : toutes les organisations ou personnes qui ont un rôle direct ou indirect à jouer dans l'implantation de la procédure : implication et perception de contrôle dans les décisions (Bilodeau et coll., 2010).
- Le protocole d'intervention et la prestation de services : les activités liées à la procédure et à l'organisation de la prestation de services : l'adhésion (ce qui est implanté versus ce qui était prévu) et la qualité (degré d'appropriation à la procédure) (Dane et Schneider, 1988).
- La population cible : elle comprend toutes les personnes visées par la procédure.
- Le contexte écologique : tout facteur du contexte micro (soutien social, psychologique et matériel pour les usagers pour faciliter leur participation au programme) et du contexte macro (normes sociales, culture, politique et économie) qui peuvent influencer l'implantation de l'intervention.

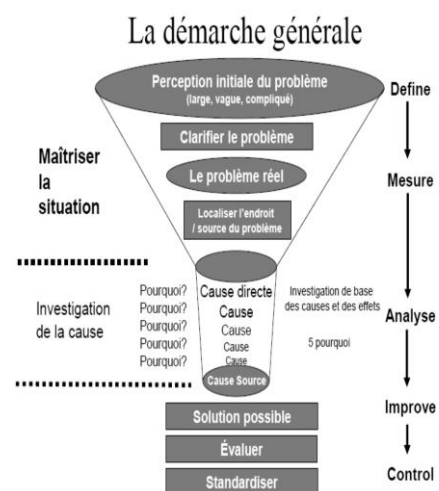
2.3 Évaluation selon la méthode Lean

Une évaluation de la procédure selon l'approche Lean (Figure 1) a été intégrée à l'étude initiale afin de documenter davantage la procédure telle qu'initée en 2014. L'objectif de cette évaluation était de bien comprendre et de vivre cette procédure dans le but de la bonifier pour améliorer celle qui serait implantée en 2016. Cette approche évaluative visait donc à analyser les informations recueillies (toutes les méthodes de collecte de données confondues) et à développer visuellement une illustration de la trajectoire de soins, des valeurs non ajoutées (perte), des valeurs de processus et des valeurs ajoutées, les pertes (de temps, d'argent, d'efficacité), dans le processus afin d'y remédier. Cette évaluation s'est concentrée principalement sur la composante *protocole d'intervention et de livraison des services* du modèle de Chen).

2.4 Variables à l'étude

Les variables retenues découlaient des deux modèles évaluatifs et visaient à dresser un portrait complet de l'application de la procédure.

Figure 1 : Démarche Lean



Organisation et intervenants qui implantent la procédure
Activités de sensibilisation offertes aux intervenants de l'hôpital : • nombre d'activités de sensibilisation offertes et à quel moment; • nombre et type d'intervenants rejoints par ses activités de sensibilisation; • satisfaction des intervenants suite aux activités de sensibilisation.
Connaissances, attitudes et compétences des intervenants suite aux activités de sensibilisation : • utilisation de la procédure; • changement de pratique; • compétences et capacités d'appliquer la procédure; • utilité du format de la procédure; • satisfaction et perception de l'efficacité de la procédure.
Perception des intervenants par rapport au soutien offert par leur établissement.
Ressources humaines et matérielles disponibles.
Protocole d'intervention, livraison des services et population rejointe
Caractéristiques médicales des usagers vulnérables au suicide pour qui la procédure a été enclenchée.
Degré d'application de la procédure de surveillance en termes : • adhésion aux cinq principales étapes de la procédure (étape 4- triage/motif de consultation; étape 5- déclenchement de la procédure; étape 8- mise en place de la surveillance; étape 9- évaluations infirmières; étape 10- orientation); • conformité à la trajectoire de services prévue.
Partenariats /collaborations
Qualité de la collaboration interdisciplinaire vécue par les différents acteurs impliqués dans la procédure en lien avec : • l'étendue de la participation, • la mobilisation des intervenants aux différents stades de la mise en application de la procédure, • la communication visant la résolution des controverses et la co-construction de l'action.
Contexte écologique
Facteurs organisationnels micro (liés à la procédure de surveillance : soutien pour les intervenants) et macro (liés au CSSS : normes, vision, culture, politique) qui peuvent jouer sur l'implantation de la procédure.

2.5 Méthodologie

2.5.1 Populations à l'étude :

- Les usagers se présentant à l'urgence, via l'analyse de leurs dossiers. Un échantillon aléatoire de 30 dossiers a été fait. La sélection des dossiers se faisait sur la base que la procédure a été déclenchée.
- Les intervenants impliqués dans la procédure de surveillance à l'urgence (infirmière triage, PAB, infirmière-chef d'équipe ou ASI, infirmière clinicienne en santé mentale, médecin).
- La formatrice en prévention du suicide du CSSS Pierre-Boucher.

2.5.2 Méthodes de collecte de données :

Une grille d'évaluation des dossiers a été développée pour analyser 60 dossiers d'usagers vulnérables au suicide (30 dossiers en phase 1 en 2014 et 30 dossiers en phase 2 en 2016). Les usagers étaient tous des adultes (ceux de moins de 18 ans sont référés à Hôpital Charles LeMoynes). Cette grille a été complétée par un membre de l'équipe de recherche et l'infirmier responsable des formations à l'urgence. Elle visait à évaluer le degré d'application de la procédure de surveillance en lien avec les 5 principales étapes de la trajectoire de services. Elle comportait une échelle de Likert à trois niveaux, où chacune des étapes est analysée, via des indicateurs, selon son degré d'application (1 : appliqué totalement, 2 : plus ou moins appliqué, 3 : non appliqué). Une section commentaire avait permis de colliger quelques informations complémentaires.

Un questionnaire qualitatif en ligne sur la plateforme *Survey Monkey* a été envoyé par courriel à la phase 1 en 2014 et à la phase 2 en 2016 à tous les intervenants impliqués dans la procédure. Ces derniers ont été informés préalablement, par leur supérieur (c.-à-d. le chef de service de l'UHB et l'adjointe de la coordonnatrice de l'urgence ou la coordonnatrice intérimaire à l'urgence). Le questionnaire en ligne était disponible sur un poste de travail à l'urgence, afin de faciliter sa complétion par les participants. Les participants étaient invités à lire le formulaire de consentement en ligne, puis à donner leur accord de façon électronique. Si un participant ne désirait pas remplir le questionnaire, il pouvait cocher dans le formulaire de consentement son désir de non-participation à l'étude. Si le consentement est donné, le questionnaire en ligne devenait accessible. Le questionnaire contenait des questions à la fois fermées, avec des échelles de Likert (de 1 à 10, où 1 est le plus faible score et 10 le plus élevé), et des questions ouvertes (pour commentaires).

Une fiche de suivi de la formatrice a été complétée par la personne responsable de la formation sur la procédure de surveillance. Cette fiche a été complétée à chaque activité de sensibilisation offerte entre la phase 1-2014 et la phase 2-2016. Une telle fiche avait été complétée lors des activités de sensibilisation réalisées avant la phase 1-2014.

Un questionnaire d'évaluation des activités de sensibilisation a été rempli par tous les participants à une activité (données disponibles seulement pour la phase 2-2016).

2.5.3 Analyse des données :

Pour les données quantitatives saisies via les « *questionnaires suite aux activités de sensibilisation* » et aux *questionnaires en ligne* », des analyses descriptives de fréquence ont été faites. En ce qui concerne les « *dossiers d'usagers* », des analyses descriptives ont été effectuées. Pour toutes les analyses quantitatives, le logiciel EXCEL a été utilisé. Pour l'analyse Lean, la méthode du groupe de travail par consensus avait été privilégiée. Un groupe constitué d'un membre de l'équipe d'évaluation, de la responsable des formations en prévention du suicide ainsi qu'une équipe de trois intervenantes et étudiantes en administration de la santé (2^e cycle) a participé à cette analyse. Il est à noter que cette analyse n'a été réalisée qu'à la phase 1-2014. Pour le matériel qualitatif obtenu lors des « *questionnaires en ligne* », aucune analyse n'a été réalisée en raison du faible nombre d'informations retenues. Les verbatims de certains intervenants sont présentés dans la discussion en appui aux conclusions obtenues par l'analyse des données quantitatives.

3. RÉSULTATS DE LA PHASE 1 : PROCÉDURE DE SURVEILLANCE STANDARD (2014-2015)

Cette phase de collecte de données a eu lieu avant l'implantation de la procédure informatique. Elle a débuté à l'automne 2014 et s'est terminée au printemps 2015. Trente dossiers médicaux ont été consultés et 64 questionnaires en ligne ont été remplis. Il est à noter cependant que pour les questionnaires en ligne, seulement 21 intervenants ont répondu à l'ensemble du sondage sur les 64 qui l'ont débuté (30 % d'infirmières de triage, 13 % de PAB, 7 % infirmière-chef ou ASI, 34 % d'infirmière d'observation ou infirmière auxiliaire et 16 % médecin). L'analyse Lean découle de l'examen des dossiers et des questionnaires complétés (annexe 4).

3.1 Organisation et intervenants qui implantent la procédure

Plusieurs activités de sensibilisation ont eu lieu en début d'implantation (en 2011) pour les intervenants impliqués dans la procédure (tableau 1).

Tableau 1. Activités de sensibilisation (2011)

Intervenants ciblés	Nb. d'activités	Période et durée	Nb. d'intervenants rejoints	Satisfaction	Offertes par
infirmières au triage, aux ASI et chef d'équipe	10	Automne 2011 3 heures	Environ 80 à 100	Non évaluée	Conseillère en soins infirmiers de la DSI et la formatrice en prévention suicide
préposés aux bénéficiaires (PAB)	1	Automne 2011 1 heure	Donnée non disponible	Non évaluée	ASI
Moment opportun : Les activités répondaient à la demande du coroner, et la procédure allait être implantée quelques semaines plus tard. Mais il y avait des changements au niveau de la direction à l'urgence : suivi de l'implantation plus difficile					

En 2011, aucune activité de sensibilisation auprès des médecins n'a été réalisée. Entre 2012 et 2014, aucune activité de sensibilisation (médecins, infirmières et PAB) n'a été organisée au niveau du RLS. Aussi, lors de l'évaluation de la phase 1-2014, 3 ans se sont écoulés sans qu'une activité de sensibilisation n'ait eu lieu de même qu'aucun questionnaire d'évaluation.

Des 64 répondants initiaux qui ont rempli le questionnaire en ligne, 45 d'entre eux, soit 76 %, étaient au courant de la procédure de surveillance systématique mise en place dans leur hôpital. Toutefois, depuis son implantation, les résultats pour le volet connaissances, attitudes et compétences en lien avec la procédure, sont moyens. Ainsi, sur une moyenne de 10, où 10 représente *totale*ment et 1 *pas du tout*, les répondants (n=21) ayant complétés le questionnaire en ligne soulignaient avoir de bonnes connaissances et compétences en lien avec la procédure pour ce qui est des éléments suivants :

	Moyenne (/10)
La planification du suicide et l'évaluation de la collaboration de l'utilisateur au triage	5.43
L'orientation de l'utilisateur suite au triage	6.76
Les interventions et la surveillance de l'utilisateur en attendant la prise en charge médicale	6.67
Les interventions à faire si l'utilisateur quitte sans avoir vu le médecin	5.05

Toutefois, leur attitude face à la procédure était plus mitigée :

	Moyenne (/10)
Ils avaient changé leur pratique auprès de ces usagers	4.19
Ils se sentaient compétent pour intervenir	5.14
Ils adhéraient à la procédure	6.95
Ils étaient satisfaits avec le fonctionnement de la procédure	4.90
Ils percevaient l'efficacité de la procédure	5.71

En ce qui concerne la perception du soutien offert par l'organisation pour l'application de la procédure, les résultats présentaient une cotation assez faible :

	Moyenne (/10)
La formation ou activité de sensibilisation reçue	3.89
La ou les personnes ressources	3.39

En ce qui concerne les ressources humaines et matérielles dédiées pour l'application de la procédure, 76 % des répondants du questionnaire en ligne (n=21) soulignent qu'il manque des ressources importantes, mais qu'ils parviennent quand même à faire fonctionner la procédure alors que 19 % estiment que le manque de ressources indispensables compromet l'application de la procédure. Seulement 4,8 % estiment que les ressources essentielles (ex. : locaux disponibles, structure d'implantation, soutien informatique) sont disponibles.

3.2 Protocole d'intervention, livraison des services et population rejointe

Sur les 30 dossiers consultés, la procédure de surveillance standard a été principalement déclenchée pour les usagers se présentant avec des idées suicidaires.

Tableau 2. Motifs de consultation

Idées suicidaires	Santé mentale	Dépendance
20	12	5

Les résultats obtenus sur l'adhésion à la procédure montrent qu'une très faible proportion des usagers suit le parcours optimal tel que décrit par la trajectoire de service :

1. Lors du triage (*étape 4*), l'identification des priorités (P1 à P5) ne concordait toujours pas avec la salle d'évaluation attitrée. En effet, les cas triés avec un des motifs de consultation identifiés (idées suicidaires, problème de santé mentale, problèmes de dépendance) devaient être dirigés vers la salle 3. Or, moins de la moitié des usagers étaient dirigés vers cette salle, et le tiers était retourné dans la salle d'attente (voir tableau 3). De plus, bien que plusieurs usagers présentaient les motifs identifiés, 16 % d'entre eux (5\30) n'étaient pas considérés comme prioritaires (P4-P5) au triage. Pour 57 % des usagers (17\30), les idées

suicidaires étaient le premier motif de consultation. Au total seulement 70 % des personnes (21\30) ont été assignées dans la bonne salle considérant leur niveau de priorité.

Tableau 3. Orientation de l'utilisateur selon son niveau de priorité

Priorité\salle	Salle de choc	Salle 3	Salle d'attente	total
P1	3	1	-	4
P2	3	8	2	13
P3	-	5	3	8
P4 ou P5	-	-	5	5
Total	6	14	10	30

2. À l'étape 5, soit lors du déclenchement de la procédure, les infirmières au triage demandent des informations leur permettant d'établir le niveau de surveillance requis et les orienter selon la procédure de surveillance pour 20 usagers sur 30. Pour les 10 autres usagers, très peu d'informations étaient demandées (selon ce qui était noté aux dossiers) permettant d'estimer le niveau de surveillance approprié.
3. La complétion de la grille de surveillance par les PAB à l'étape 8 n'a pas du tout été réalisée : aucun des dossiers examinés ne contenait cette grille.
4. À l'étape 9, seulement 2 dossiers sur 30 n'ont pas rencontré les infirmières après le triage. Des 28 usagers rencontrés par les infirmières, 12 avaient eu une évaluation de l'infirmière en santé mentale et 14 ont été vus par une infirmière, sans évaluation formelle. Seulement 2 furent évalués avec la grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.
5. À l'étape 10, 3 usagers sur 30 ont quitté l'urgence avant d'avoir obtenu leur évaluation médicale. Pour les 27 usagers ayant eu une évaluation médicale, 8 usagers ont eu leur congé (dont 2 ont été dirigés vers le centre de crise), 10 ont été dirigés vers le bloc de psychiatrie soit 30 %, 8 ont été hospitalisés. Pour un usager, nous n'avons pas pu connaître son orientation (non inscrite au dossier).
6. Globalement, l'évaluation médicale s'est réalisée avant l'évaluation infirmière pour 78 % des dossiers (21/27) alors que le protocole prévoyait l'inverse.

L'analyse Lean et la cartographie en découlant évaluant la conformité de la trajectoire (annexe 4) font ressortir que la procédure de surveillance est non suivie à plusieurs niveaux. Les sources du problème sont nombreuses, qu'elles soient liées à :

1. La main d'œuvre : il y a : a) méconnaissance de la procédure par les intervenants; b) manque de disponibilité des intervenants (quart de travail et type de profession) pour offrir les évaluations et les interventions nécessaires; c) manque de formation des intervenants pour la procédure et pour l'évaluation de la dangerosité; d) manque d'adhésion des intervenants face à la procédure.
2. Les méthodes : on note une surabondance : a) de décisions qui augmentent la variabilité du processus; b) d'étapes qui amènent plusieurs délais et de la répétition de tâches; c) de formulaires et d'évaluations pour le même besoin; d) de références à différents professionnels; e) d'intervenants impliqués pour un seul bénéficiaire.
3. La diffusion : un manque de diffusion de la procédure.
4. Le milieu ou environnement physique : un manque de disponibilité des salles d'examen.

3.3 Partenariats /collaborations

Les répondants au questionnaire en ligne (n=21) soulignent que le partenariat entre les intervenants appliquant la procédure n'est pas si simple que cela.

1. Pour 57,1 % des répondants, l'étendue de la collaboration est défailante, car il manque des intervenants essentiels pour appliquer la procédure de surveillance. Pour environ 29 % d'entre eux, les intervenants essentiels sont mobilisés, mais la participation d'autres intervenants permettrait de mieux appliquer la procédure de surveillance et pour seulement 19 % des répondants, les intervenants essentiels sont mobilisés.
2. Pour ce qui est de la mobilisation des intervenants aux différents stades de la mise en application de la procédure, 76 % des répondants indiquent que la contribution des intervenants à l'application de la procédure est reconnue, mais de façon peu adéquate. Pour 10 % d'entre eux, cette contribution n'est pas reconnue du tout.
3. En lien avec la communication permettant la résolution des controverses et l'application de la procédure, 66,7 % des répondants indiquent que les intervenants sont moyennement capables d'échanger sur des éléments cliniques ressortis lors de l'application de la procédure. Seulement 19 % d'entre eux mentionnent être capables d'échanger sur ces éléments.

3.4 Contexte écologique

Différents facteurs organisationnels ont été identifiés influençant l'implantation de la procédure. D'un point de vue facilitant :

1. Au sein de l'établissement, la prévention du suicide est une priorité pour la haute direction et pour les différents paliers décisionnels du CSSS;
2. Des collaborations ont aidé à la mise en place de la procédure : Un intervenant du *Virage* est présent à l'urgence pour les personnes ayant un problème de dépendance; il y a aussi eu une entente avec les policiers pour s'assurer d'un meilleur transfert des usagers.
3. Il y a une reconnaissance grandissante des partenaires que le CSSS Pierre Boucher est un établissement à l'avant-garde, implantant divers projets novateurs (particulièrement en prévention du suicide). Les intervenants sollicités sont plus ouverts aux changements.

En termes de contraintes, il a été noté que:

1. des changements au niveau de la direction de l'urgence, de la conseillère en soins infirmiers, ce qui n'a pas facilité le suivi de l'implantation de la procédure.
2. des changements de la composition du comité prévention suicide : le projet n'est plus porté autant par le comité.
3. qu'une ambiguïté demeure face aux changements : le besoin et le vouloir de faire autrement en raison de l'évènement sentinelle, et la peur de changer les pratiques.
4. qu'il n'y a pas de gardien ou de porteur du dossier sur le terrain.
5. Les médecins (urgentologues) restent une population qui nécessite une activité de sensibilisation. Pour eux, la santé mentale est une affaire relevant de la psychiatrie.
6. L'environnement physique a subi plusieurs modifications. En effet, l'urgence a été reconstruite entièrement, ce qui a amené des défis au niveau de l'espace.
7. L'implication de plusieurs intervenants et gestionnaire dans un Projet LEAN : ils étaient plus concentrés par ce dernier que par la procédure de surveillance.

À retenir, en 2014 :

- Bonne satisfaction et perception d'efficacité de la procédure par les intervenants.
- Identification adéquate de la clientèle pour le déclenchement de la procédure.
- Conditions et contexte non optimaux pour l'application de la procédure.
 - plusieurs formations offertes à plusieurs intervenants de l'urgence, mais réalisées seulement en 2011. Un important roulement du personnel de l'urgence a été observé depuis.
 - soutien perçu comme faible et ressources manquantes.
 - plusieurs défis contextuels principalement en termes de leadership (absence d'un porteur de dossier, changements au sein de la direction de l'urgence).
- Peu de changements de pratiques chez les intervenants dans son application.
 - connaissances, attitude et compétences relativement moyennes.
 - adhésion certaine à la procédure, mais très faible proportion des usagers empruntant le parcours suggéré par la procédure.
- Collaborations interdisciplinaires complexes.
 - intervenants essentiels peu mobilisés ou absents.
 - reconnaissance de la contribution des intervenants à la procédure non optimale et communication ne permettant pas la résolution de controverses.

4. LA PETITE HISTOIRE ENTRE LES PHASES 1 ET 2

L'évaluation de la phase 1 a permis de faire ressortir les points positifs et les éléments à bonifier dans la procédure de surveillance. En vue de l'implantation de la procédure informatisée (phase 2), voici les changements qui ont été apportés :

1. En termes de **formation**, l'analyse de la phase 1 avait souligné la méconnaissance du protocole et le manque d'adhésion face au protocole des intervenants. Le manque de formation des différents intervenants en lien avec la procédure était directement en lien avec ces constats. Aussi, il a donc été décidé que pour la phase 2, tous les intervenants seront formés à la procédure. Au 1^{er} février 2016 :
 - des formations de trois heures ont été données aux infirmières de l'urgence;
 - des formations d'une heure ont été données aux PAB;
 - une présentation des différentes étapes de la procédure a été faite auprès des médecins de l'urgence.

Lors de la formation avec les infirmières, on a insisté sur différents points :

- le type de surveillance nécessaire en lien avec la procédure (*étape 4*) : comme constaté à l'évaluation de la phase 1, les usagers n'étaient pas toujours orientés vers la bonne salle et/ou avec le niveau de surveillance requis. Les infirmières dirigeaient mal les PAB et demandaient une surveillance constante pour certains usagers alors que celle-ci n'était pas toujours nécessaire selon le portrait de la clientèle.
 - les interventions à faire si l'utilisateur quitte sans avoir vu le médecin : dans l'évaluation de la phase 1, on a constaté qu'environ 10 % des usagers quittaient sans avoir obtenu une évaluation médicale. L'importance de faire une orientation vers les ressources de la communauté, principalement le centre de crise, a été réitérée auprès des infirmières.
2. En termes **d'identification des usagers et de l'application de la procédure par les infirmières au triage**, l'analyse de la phase 1 avait fait ressortir que la procédure de

surveillance était appliquée de façon non systématique par les intervenants. Pour tenter de remédier en partie à cela, le système informatique SIURGE a été modifié pour permettre :

- une meilleure identification des usages vulnérables au suicide : inclusion au triage des symptômes dépressifs pour évaluation du risque suicidaire.
- une évaluation systématique du risque suicidaire au triage : questionnaire de repérage formel automatique.
- une orientation écrite du niveau de surveillance pour les usagers vulnérables facilitant ainsi la prise de décision.

Ainsi, l'actualisation de *l'étape 5* qui était déficiente à la phase 1, est bonifiée, car dès l'identification des usagers vulnérables, le questionnaire du repérage formel apparaît automatiquement à l'infirmière du triage qui n'aura donc pas le choix que de le compléter. Le nouveau système est fonctionnel depuis le 13 janvier 2016.

3. En lien avec **l'application de la procédure (après le triage)**, le manque de disponibilité des intervenants pour offrir les évaluations et interventions nécessaires avait été souligné; il a été décidé que la procédure excluait *l'étape 9* jusqu'à nouvel ordre (étape 9 : estimation de la dangerosité par les infirmières-chefs ou ASI). Plusieurs raisons justifient ce choix :

- Bien que complété, le questionnaire ne requiert que 15 minutes, et ni les ASI ni l'infirmière-chef ne sont pas les bonnes personnes pour le compléter. Une personne doit être identifiée pour réaliser cette évaluation (probablement un gestionnaire) et doit suivre la formation pour l'évaluation de la dangerosité qui dure 3 jours. Pour les ASI et l'infirmière-chef, cette formation demeure pertinente, car elles doivent comprendre cette évaluation afin d'aider celles qui le feront. Toutefois, vu la rareté des ressources humaines et financières, l'équipe est à réfléchir comment former ces infirmières efficacement.
- L'analyse de la phase 1 a permis de constater que la contribution des intervenants à l'application de la procédure est reconnue, mais de façon peu adéquate. En effet, les infirmières ont l'impression que les médecins ne tiendront pas compte de l'évaluation de la dangerosité (étape 9), ce qui les amène à être moins réceptifs à suivre la formation et à compléter cette évaluation.
- Les médecins devraient être formés pour l'interprétation du questionnaire et tenir compte de l'évaluation et des recommandations de l'infirmière. Cela demande du temps, des ressources et un changement de pratiques chez les médecins, ce qui représente un enjeu important à relever et qui requiert temps et incitatifs. Le contexte actuel ne semble pas être propice pour relever ce défi.

Par ailleurs, la procédure a été modifiée également en lien avec l'environnement physique. Le manque de disponibilité des salles d'examen et les expériences vécues ces dernières années ont amené l'équipe à ne plus systématiquement envoyer un usager dans la salle 3, mais dans la salle d'attente quand le niveau de collaboration est approprié. Cela permet de moins engorger la salle 3 qui est réservée aux usagers nécessitant une surveillance plus importante.

4. Il n'y a pas eu de modifications sur certaines composantes de la procédure, soit :
 - la grille de surveillance par les PAB à l'étape 8
 - l'ordre des évaluations : l'évaluation médicale se réalise toujours après les évaluations infirmières.

5. RÉSULTATS DE LA PHASE 2 : PROCÉDURE DE SURVEILLANCE ÉLECTRONIQUE (2015-2016)

La collecte de donnée de la phase 2-2016 a débuté à l'automne 2015 avec les activités de sensibilisation pour se terminer à l'été 2016. Trente dossiers médicaux ont été consultés (dont 2 ont été éliminés faute de données), 11 questionnaires en ligne et 30 questionnaires de satisfaction face aux activités de sensibilisation et de formation ont été complétés. Il est à noter que le nombre de répondants pour le questionnaire en ligne est bien en deca de ce qui était attendu. Les résultats sont donc à prendre avec beaucoup de précautions et aucune conclusion ne peut être tirée de ces derniers.

5.1 Organisation et intervenants qui implantent

Plusieurs activités de sensibilisation ont été organisées depuis l'implantation de la procédure informatisée (tableau 4). Pour les intervenants non rejoints par ces activités, il y avait l'intention de les rencontrer et les former individuellement.

Tableau 4. Activités de sensibilisation (2015-2016)

Intervenants ciblés	Nb. d'activités	Période et durée	Nb. d'intervenants rejoints	Satisfaction	Offertes par
infirmières au triage, ASI, chef d'équipe	10	Automne 2015 3 heures	60	Voir ci-dessous	Infirmier clinicien à la formation de l'urgence et formatrice prévention suicide
préposés aux bénéficiaires (PAB)	5	Automne 2015 3 heures	15	Voir ci-dessous	Infirmier clinicien à la formation de l'urgence
médecins	1	Hiver 2016 1 heure	8	Non évaluée	Directrice de l'urgence, Infirmier clinicien à la formation de l'urgence, formatrice prévention suicide
Moment opportun : Avant le lancement de la procédure en ligne dans le SI-URGE.					

L'évaluation des activités de sensibilisation a été complétée par les infirmières (n=24) et les PAB (n=6). Globalement, 75 % des infirmières et 100 % des PAB ont mentionné leur satisfaction de l'activité de sensibilisation.

Pour ce qui est de leurs connaissances, attitudes et compétences, les répondants du questionnaire de satisfaction (ceux ayant participé aux ateliers) indiquent :

Tableau 5. Évaluation par les infirmières (n=24)

	En accord/ Totalelement en accord
Être capable d'identifier les clientèles vulnérables au suicide ainsi que les éléments de planification du suicide	88 %
Être capable d'identifier le niveau de collaboration des clients selon la procédure	74 %
Savoir où orienter le client suite au triage	74 %
Connaître les interventions et le degré de surveillance nécessaires en attendant la prise en charge médicale	59 %
Connaître les interventions à faire si le client quitte sans avoir vu le médecin	58 %
Savoir qui sont les gens capables de faire l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire	67 %
Comprendre comment la procédure informatisée fonctionne	52 %

Tableau 6. Évaluation par les PAB (n=6)

	En accord/ Totalelement en accord
Être capable de mieux comprendre les comportements des clients vulnérables au suicide se présentant à l'urgence	80 %
Être capable de savoir où le client est suite au triage	50 %
Connaître les interventions et le degré de surveillance nécessaires en attendant la prise en charge médicale	34 %
Connaître les interventions à faire si le client quitte sans avoir vu le médecin	40 %
Connaître la grille de surveillance à compléter	20 %

Par ailleurs, 82 % des 11 répondants initiaux du questionnaire en ligne (9 sur 11) étaient au courant de la procédure de surveillance systématique mise en place dans leur hôpital. Depuis l'implantation de la version informatisée, les connaissances, attitudes et compétences en lien avec la procédure, sont bonnes. Sur une moyenne de 10, où 10 représente *totalelement* et 1 *pas du tout*, les répondants (n=9) ayant complétés le questionnaire en ligne soulignaient avoir de bonnes connaissances et compétences pour ce qui est des éléments suivants :

	Moyenne (/10)
La planification du suicide et l'évaluation de la collaboration de l'utilisateur au triage	8,0
L'orientation de l'utilisateur suite au triage	8,1
Les interventions et la surveillance de l'utilisateur en attendant la prise en charge médicale	8,0
Les interventions à faire si l'utilisateur quitte sans avoir vu le médecin	8,3

Ces données étaient nettement plus élevées que celles obtenues lors de l'évaluation de la phase 1-2014 où les moyennes oscillaient entre 5,43 et 6,6.

Toutefois, on observe que leur attitude face à la procédure était encore mitigée en lien avec la phase 1-2014 (n=9) :

	Moyenne (/10)
Ils avaient changé leur pratique auprès des personnes	5,7
Ils se sentaient compétent pour intervenir	6,6
Ils adhéraient à la procédure	8,3
Ils étaient satisfaits avec le fonctionnement de la procédure	5,9
Ils percevaient l'efficacité de la procédure	6,2

Il est à noter cependant que la perception du soutien offert par l'organisation pour l'application de la procédure cotait faiblement, mais demeurait plus élevée qu'à la phase 1-2014 :

	Moyenne (/10)
La formation ou activité de sensibilisation reçue	4,6
La ou les personnes ressources	6,0

En ce qui concerne les ressources humaines et matérielles pour l'application de cette nouvelle procédure, 33 % des répondants du questionnaire en ligne soulignent qu'il manque des ressources importantes, mais qu'ils parviennent quand même à faire fonctionner la procédure alors que, 56 % d'entre eux sont d'avis que le manque de ressources indispensables compromet l'application de la procédure et enfin, seuls 11 % estiment que les ressources essentielles pour l'application de la procédure sont disponibles.

5.2 Protocole d'intervention, livraison des services et population rejointe.

Dans les 28 dossiers consultés, la procédure a été déclenchée principalement pour des usagers se présentant avec des idées suicidaires, mais également pour ceux ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance. Plus d'un motif de consultation pouvait être noté.

Tableau 7. Motifs de consultation

Idées suicidaires	Santé mentale	Dépendance
19	11	14

Les résultats obtenus sur l'adhésion à la procédure illustrent qu'une bonne proportion suit globalement le parcours optimal tel que décrit par la trajectoire de service.

1. Depuis l'implantation de la procédure informatisée, l'identification des priorités (*étape 4*) va, globalement, de pair avec l'identification de la salle (encadré en gris dans le tableau 8). En effet, 86 % des usagers ont été assignés à la bonne salle, soit 24 sur 28 usagers.

Tableau 8. Orientation de l'utilisateur selon son niveau de priorité

Priorité\salle	Salle 3	Salle d'attente	Autre lieu	total
P1				
P2	17	2		19
P3	1	1	4	6
P4 ou P5	1	2		3
Total	19	5	4	28

2. Lors du déclenchement de la procédure, à l'étape 5, pour 18 des 28 usagers (64 %), les infirmières au triage ont demandé des informations leur permettant d'établir le niveau de surveillance requis et de les orienter selon la procédure de surveillance. Pour les 10 autres usagers, aucune feuille contenant les informations ne se retrouvait aux dossiers.

3. En excluant les 6 usagers pour lesquels la complétion de la grille de surveillance par les PAB (*étape 8*) n'était pas nécessaire (*P4 et P5 et 3 usagers du P3 car collaboration*), elle a été complétée pour 3 dossiers. Un total de 14 dossiers a des notes de surveillance ou des grilles incomplètes et seulement 5 dossiers n'ont aucune grille ou note.
4. Six usagers sur 28 n'ont pas été rencontrés par les infirmières après le triage (*étape 9*). Des 22 usagers rencontrés, 13 ont été vus également par l'infirmière de santé mentale sans que cette dernière ne réalise l'évaluation avec la grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.
5. En ce qui concerne *l'étape 10*, on constate que 2 usagers sur 28 ont quitté l'urgence avant d'avoir eu leur évaluation médicale. Pour les 26 autres usagers, suite à l'évaluation médicale, 22 usagers ont eu leur congé et ont orienté vers des ressources de la communauté ou du réseau, dont 41 % au Centre de crise et 23 % au Virage.
6. Pour 81 % des dossiers, le médecin a vu le patient avant que l'infirmière évalue (21\26) alors que le protocole prévoit l'inverse. Fait préoccupant, 69 % des usagers (18\26) ont été vu par un psychiatre et 42 % (11\26) ont été vus deux fois ou plus par l'urgentologue.
7. Pour 3 dossiers, il y a eu l'implication de la travailleuse sociale en santé mentale.
8. Pour 2 dossiers, l'utilisateur est revenu à l'urgence pour des raisons semblables dans l'espace de trois mois.

Bien qu'une analyse Lean n'ait pas été réalisée lors de cette deuxième collecte de données, l'analyse des dossiers fait ressortir un certain manque de **conformité de la trajectoire**, principalement en ce qui a trait à l'évaluation médicale se déroulant avec celle infirmière, amenant les médecins (urgentologue et psychiatre) à rencontrer plus d'une fois les usagers.

5.3 Partenariats /collaborations

1. Pour 45 % des répondants, l'étendue de la **collaboration** est défailante, car il manque des intervenants essentiels pour appliquer la procédure de surveillance. Pour environ 55 % des répondants, les intervenants essentiels sont mobilisés, mais la participation d'autres intervenants permettrait de mieux appliquer la procédure de surveillance.
2. Pour ce qui est de la **mobilisation des intervenants** aux différents stades de la mise en application de la procédure, 56 % des répondants indiquent que la contribution des intervenants à l'application de la procédure est reconnue, mais de façon peu adéquate. Pour 33 % d'entre eux, cette contribution n'est pas reconnue du tout.
3. En lien avec la **communication** permettant la résolution des controverses et l'application de la procédure, 67 % des répondants indiquent que les intervenants sont moyennement capables d'échanger sur des éléments cliniques ressortis lors de l'application de la procédure. Pour 33 % ils mentionnent être incapables d'échanger sur ces éléments.

5.4 Contexte écologique

Différents facteurs organisationnels ont été identifiés influençant l'implantation de la procédure informatisée. Pour ce qui est des facteurs facilitants, on peut noter :

1. L'appui de la direction de l'hôpital et des différents acteurs de l'urgence à l'implantation de cette procédure informatisée, malgré les changements de chaises et changement organisationnel.
2. La position constante de l'établissement de faire de la prévention du suicide une priorité organisationnelle
3. Le temps alloué pour suivre les ateliers de sensibilisation qui ont eu lieu à l'automne 2015 auprès de tous les intervenants impliqués incluant les médecins.

4. Le temps accordé par les médecins pour assister à une présentation sur la procédure.
5. Les changements apportés à la procédure par l'organisation à travers le comité *Prévention suicide* de l'établissement (entre les deux phases de collecte de données).
6. La reconnaissance de l'importance et la pertinence de la procédure par l'association québécoise de prévention du suicide, qui s'en est inspiré pour développer et offrir, depuis 2015, une formation sur le repérage des personnes vulnérable au suicide pour les professionnels du réseau.

En termes de contraintes, il a été noté :

1. L'absence de vigie quotidienne quant à l'application de la procédure.
2. L'absence d'un médecin de l'urgence dans le développement de la procédure ce qui, aurait contribué à faciliter son implantation et son utilisation par les médecins.
3. Le fait que le développement et l'implantation de la procédure aient été portés par plusieurs individus différents en cours de développement, ce qui a eu pour conséquence d'allonger les délais et de ne pas avoir de réel « propriétaire » de la procédure.
4. Les changements organisationnels, ainsi que les impacts de la fusion ayant eu un impact sur le comité *Prévention suicide* (changement de membres, diminution du taux de participation et implications), ce qui a pu avoir un effet sur les délais d'implantation de la procédure.

À retenir, en 2016 :

- Évaluation de 2014 a amené beaucoup de changements dans la sensibilisation et l'application de la procédure.
- Amélioration de la satisfaction et de la perception d'efficacité de la procédure.
- Identification adéquate et plus élargie de la clientèle pour le déclenchement de la procédure.
- Conditions et contexte davantage optimaux pour l'application de la procédure, mais présentant encore certains défis.
 - plusieurs formations offertes à tous les intervenants de l'urgence; formation obligatoire pour toutes infirmières de l'urgence.
 - médecins de l'urgence sensibilisés à la procédure
 - soutien toujours perçu comme faible et ressources manquantes.
 - défis contextuels toujours présents en termes de leadership du dossier
- Début de changements de pratiques pour l'application de la procédure.
 - connaissances et compétences relativement bonnes pour les infirmières; plus faibles chez les préposés aux bénéficiaires
 - attitude encore mitigée des intervenants face à la procédure
 - bonne adhésion à la procédure, avec un plus grand nombre d'utilisateurs empruntant le parcours suggéré par la procédure. Problématique récurrente en termes d'évaluation médicale qui précède l'évaluation infirmière.
- Collaborations interdisciplinaires encore complexes.
 - intervenants essentiels peu mobilisés ou absents.
 - reconnaissance de la contribution des intervenants à la procédure non optimale
 - communication ne permettant pas la discussion sur les aspects cliniques divergents.

6. DISCUSSION

La procédure de surveillance pour les usagers vulnérables au suicide à l'urgence de l'hôpital Pierre-Boucher est unique au Québec. Bien qu'elle soit prometteuse à plusieurs égards et qu'elle se soit bonifiée au cours des dernières années de même que suite à l'évaluation de la phase 1(2014), la procédure n'est toujours pas implantée telle que proposée.

6.1 Une procédure informatisée, bonifiée et actualisée.

Globalement, la procédure informatisée est efficiente en termes d'usagers vulnérables au suicide vu et évalué par un médecin à l'urgence. Environ 93 % des usagers ont été vus et référés à des services ou soins. Ce taux est attribuable à plusieurs facteurs.

Premièrement, un déploiement important, en termes de formation sur la procédure de surveillance, dans **l'offre d'ateliers de sensibilisation** a été réalisé. Plus de 80 intervenants ont été sensibilisés afin d'appliquer la procédure le plus systématiquement possible. Depuis 2016, la présentation de la procédure est même offerte dans la formation de base pour tous les nouveaux employés sur l'utilisation du système informatique SI-URGE, permettant ainsi une pérennité des connaissances sur la procédure pour les nouveaux employés. Ainsi, à l'heure actuelle, tous les intervenants de l'urgence sont ou seront formés à la procédure, permettant ainsi une plus grande dissémination de la procédure et par conséquent, un plus grand repérage et une meilleure surveillance et orientation un suivi des personnes vulnérables au suicide. Leur niveau de **connaissances et compétences** de la procédure était relativement bon à la phase 2 comparativement à la phase 1, portant à croire que la formation aurait eu un impact sur les intervenants.

Par ailleurs, la procédure est désormais déclenchée pour un plus grand éventail de la clientèle vulnérable au suicide, ce qui est en lien direct avec les lignes directrices du plan d'action en santé mentale (Plan d'action santé mentale – Faire ensemble et autrement, 2015-2020). De nombreuses études menées depuis 1960, dont une faite au centre de recherche Fernand-Séguin par Grunberg et Lesage (Grunberg et Lesage, 1994), concluent que plus de 90 % des suicidés présentent au moins un trouble psychiatrique avec, très souvent, un tableau de comorbidité, c'est-à-dire la présence simultanée d'au moins deux diagnostics (Clark et Horton-Deutsch, 1992). Les troubles les plus fréquents sont la dépression (de 30 % à 76 %), la dépendance à l'alcool et aux drogues (environ 33 %), et la personnalité limite (environ 30 %), un état qui caractérise en particulier les personnes qui ont de la difficulté à développer un lien affectif solide. De plus, comme démontré dans la littérature, certains moments critiques (ex. une consommation excessive de drogue ou d'alcool, l'instabilité familiale, la perte d'une structure encadrante, une aggravation du pattern de consommation) accentuent la vulnérabilité de la personne et doivent être investiguées rapidement. Les **motifs de consultation** pour le déclenchement de la procédure ont donc été modifiés pour y inclure le repérage des personnes qui se sont présentées à l'urgence avec un autre motif de consultation que le suicide (ex. problème de santé mentale). Ces derniers ont été questionnés sur la présence d'idées suicidaires, représentant une avancée en termes de prévention du suicide (MSSS, 2010).

De plus, une meilleure **fluidité** dans l'ensemble de la procédure est également observée depuis l'informatisation et une certaine systématisation de cette dernière. À titre d'exemple, la procédure informatisée permet une assignation automatique "priorité/salle" et indique clairement le type de surveillance, ce qui laisse moins de place à l'interprétation. À cet effet, on note une nette amélioration entre les deux phases pour une assignation adéquate (de 70 % à 86 %). Ce sujet était, en outre, une des dimensions abordées lors de la formation aux infirmières

afin qu'elles dirigent bien les PAB et ne demandent pas une surveillance constante pour certains usagers alors que cette dernière n'est pas toujours nécessaire selon le portrait de la clientèle. De plus, certains chercheurs ont noté dans leurs études qui se sont intéressées aux effets de la mise en place de programme (Gottlieb, 2001, Melnikow, 2000, Tyler, 2004), que plusieurs obstacles liés à l'application de la procédure peuvent être surmontés par la mise en place d'une systématisation des soins (comme une procédure informatisée), ce qui a amené une diminution de variabilité dans les prises de décisions des intervenants.

Finalement, la procédure grâce à sa fonction de repérage, permet de diriger davantage les usagers vulnérables au suicide vers des **ressources de la communauté**, dont le Centre de crise l'Accès et le Virage, permettant ainsi une meilleure prise en charge pour eux. En effet, ces ressources ont, entre autres, pour mission de prévenir le suicide et ses impacts en assurant l'accès à des services de qualité aux personnes vulnérables au suicide, à leurs proches (centre de prévention du suicide, 2012). La littérature sur le domaine souligne clairement que la prévention du suicide requiert une intervention concertée de plusieurs partenaires. L'établissement de partenariat entre les urgences médicales qui accueillent les personnes après une tentative de suicide et les ressources de la communauté qui assurent le suivi après le congé est primordial, car elle favorise un meilleur suivi et diminue le taux de récurrence (Dieserud, Loeb et Ekeberg, 2000; Mehlum et autres, 2010a). Dans la procédure de Pierre-Boucher, on remarque que la présence de l'infirmière de liaison et d'un intervenant du Virage (pour les personnes avec un problème de dépendance) à l'urgence ainsi que la remise des dépliants du centre de crise l'Accès, ont sûrement influencé l'augmentation du nombre de références vers la communauté. En effet comme le mentionnent des répondants du questionnaire en ligne :

“Nous avons maintenant toujours des dépliants de l'Accès. Nous avons les PAB qui sont bien contents de cette nouvelle méthode”.

“Elle me permet de moins rentrer de gens dans la salle 3, elle me permet aussi de faire connaître le centre L'Accès des usagers dans le besoin de parler maintenant”.

6.2 Une application encore non optimale

Bien que des résultats positifs sont enregistrés et qu'on a déployé un effort important pour former l'ensemble des intervenants, le niveau de **satisfaction face aux ateliers de sensibilisation** est relativement faible car les répondants les considéraient trop rapides et pas assez en profondeur. Or, on le sait, les organisations ont de moins en moins de temps et d'argent pour offrir à leur personnel des formes d'apprentissages et privilégient plutôt des ateliers courts plutôt que des formations longues. Pourtant, les formations ne doivent pas être négligées. Elles sont susceptibles d'accroître l'efficacité des intervenants, notamment par l'augmentation de leur capacité d'accomplir les tâches demandées et le sentiment de motivation personnelle (Concept RH, 2015).

Les répondants soulignent également que ses ateliers ont peu changé leurs pratiques et qu'ils sont, en fait, **peu satisfaits face à la procédure**. En fait, selon les dossiers consultés, il semble y avoir déclenchement “formel” de la procédure, dans environ deux tiers des cas et ce, autant à la phase 1-2014 qu'à la phase 2-2016. Dans les autres dossiers, aucune information sur la procédure ne s'y retrouvait. Plusieurs éléments notent le niveau de satisfaction, et d'application, à la procédure.

L'**attitude générale face à la procédure** est probablement un des éléments les plus importants. En effet, l'attitude des intervenants est encore mitigée, même si une amélioration entre les deux phases d'évaluation a été observée. Toutefois, cette dernière permet de prédire de

manière effective le comportement adopté par les intervenants : plus elle est positive, plus les intervenants suivront la procédure (Ajzen et Fishbein, 1975). Or, dans le cas échant, le fait qu'elle soit mitigée peut avoir influencé, négativement, le niveau d'application de la procédure.

De plus, les intervenants perçoivent peu de **soutien ou de leadership** pour l'application de la procédure. Bien qu'ils soient plus perçus à la phase 2 qu'à la phase 1, les répondants soulignèrent que l'infirmière chef ou ASI sont modérément disponibles lorsqu'elles ont des questions en lien avec la procédure. Or la littérature souligne clairement que pour qu'un système ou un programme fonctionne convenablement, il doit avoir dans ses rangs un champion : celui qui prendra la responsabilité de son implantation et de sa surveillance, qui assurera un suivi et un soutien (Frame, 2000, traduction libre).

De plus, la **collaboration** entre les intervenants est un enjeu important. Aucune amélioration (et même dans certains cas, une détérioration) en termes de communication afin d'échanger sur les éléments cliniques ressortis lors de l'application de la procédure ou de mobilisation aux différents stades de la mise en application de la procédure n'est notée entre les deux phases de l'évaluation. Ces éléments ne favorisent pas l'application de la procédure. Une répondante le souligne :

“Tout le volet suivi des employés en lien avec le respect de la procédure est difficile. La communication entre le triage et l'initiation de la surveillance par le PAB demeure un enjeu majeur qui n'est pas toujours respecté”

Également, bien que certains intervenants appliquent la procédure systématiquement, on a observé un **manque d'adhésion** chez les médecins face à la procédure amenant ainsi une surévaluation des usagers par les urgentologues et les psychiatres. Globalement, à l'analyse de la phase 1, on constatait que les infirmières avaient l'impression que les médecins ne tenaient pas compte de l'évaluation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire lors de leur évaluation médicale (étape 9), ce qui les amenait à être moins enclines à vouloir être formées et à compléter cette évaluation. Les résultats de la phase 1 et de la phase 2 leur donne entièrement raison puisque dans 80 % des cas étudiés, l'évaluation médicale s'est faite avant l'évaluation infirmière alors que la procédure suggère autrement, que tous ont été (in)formés de cette procédure et que certaines des infirmières ASI- Chef d'équipe et infirmières de liaison en santé mentale ont été formées à l'estimation de la dangerosité. Outre cela, il est rare de noter des cas pour lesquels la psychiatrie n'a pas été impliquée. Mais est-ce toujours nécessaire ? Oui, dans la mesure où la présence de troubles mentaux chez 80 à 90 % des personnes qui se sont suicidées est répandue et la comorbidité augmente le risque (Mishara et Toussignant, 2004; MSSS, 1998). Par ailleurs, entre 30 à 40 % des personnes qui se sont suicidées présentaient un problème de dépendances aux drogues et à l'alcool (Mishara et Toussignant, 2004; MSSS, 1998). Cependant, avoir des idées suicidaires ne veut pas toujours dire avoir un problème de santé mental. En moyenne, c'est entre 40 % des cas (2016) qui ont été vus par un psychiatre, allongeant ainsi le temps de séjour à l'urgence.

Le manque d'intervenants pour appliquer la procédure ressort également comme une étant une problématique importante qui ne s'est pas améliorée avec l'informatisation de la procédure. Les répondants soulignent presque à l'unanimité, qu'il manque des ressources pour faire fonctionner adéquatement la procédure, mais qu'ils arrivent quand même à suivre l'ensemble du processus. Plus spécifiquement, certains répondants relèvent le manque de PAB dans l'urgence pour faire les surveillances et le manque d'infirmières (en santé mentale) pour l'évaluation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.

Outre ses constats, l'analyse des résultats fait ressortir d'autres interrogations. Premièrement, bien que des améliorations ont été apportées pour assurer le désengorgement de la **salle 3 "dédiée"** à la santé mentale (comme ajouter la salle 2, et maintenir une certaine surveillance dans la salle d'attente), elle est également une salle d'examen "standard". La présence d'un usager de santé mentale, nécessitant souvent une durée plus longue, engorge le roulement pour les autres usagers.

De plus, alors que les PAB semblent faire une surveillance plus adéquate et la documente davantage par une grille d'observation (aucune de complétée à la phase 1-2014 versus 5 de complétées à la phase 2-2016), celles-ci sont parfois incomplètes alors que parfois, ce ne sont que des notes éparpillées qui se retrouvent au dossier. En fait, les infirmières semblent être celles qui documentent le plus la surveillance des usagers. Ce n'est pas nécessairement étonnant puisque lors des ateliers, les PAB ont souligné seulement à 20 % qu'ils **connaissaient la grille de surveillance à compléter** et à 34 % qu'ils **connaissaient les interventions et le degré de surveillance nécessaires en attendant la prise en charge médicale**. Or, selon une répondante :

"Plusieurs infirmières ne connaissent pas les niveaux de surveillance et en attribue une supérieure, ce qui fait qu'un patient qui aurait pu être en normale ou étroite devient une surveillance constante."

Il n'est donc pas étonnant de constater que les niveaux de surveillance recommandés par la procédure et ceux appliqués (selon les notes infirmières) n'étaient toujours pas les mêmes.

Finalement, bien qu'elle représente un élément important, **la grille de l'estimation de la dangerosité** du passage à l'acte suicidaire n'est pas utilisée actuellement. Faute de ressources et de temps pour la compléter (en lien avec le manque de disponibilité des intervenants en termes de quart de travail et de type de profession), cet outil d'évaluation avait été retiré de la procédure pour les ASI et infirmière-chef en 2016, et a été confiée aux infirmières de santé mentale. Lors de l'évaluation de la phase 2, on constate que les infirmières de santé n'ont pas plus fait d'évaluation des usagers avec cette grille et ce, malgré qu'elle fasse partie des meilleures pratiques en prévention du suicide (MSSS, 2010). Ce résultat n'est pas surprenant considérant le fait que les formulaires d'évaluation des infirmières de liaison en santé mentale n'ont pas été modifiés, pour y inclure cette grille. Les répondantes soulignent être insatisfaites de cette situation :

"Impossible pour l'ASI ou la chef d'équipe d'aller faire l'évaluation du risque suicidaire".

"Je suis insatisfaite de la non disponibilité des ASI pour procéder à l'évaluation complète du risque de passage à l'acte et d'émettre des recommandations au médical relié à la surcharge de travail et la complexité de celui-ci".

7. PISTES DE REFLEXION

Les pistes de réflexion ci-dessous découlent des résultats obtenus lors des deux phases de l'évaluation ainsi que des discussions qui ont entouré ses résultats. Elles se veulent générales pour amener une réflexion auprès des gestionnaires et des intervenants de l'urgence de l'hôpital Pierre Boucher afin d'optimiser l'application de la procédure et de guider les gestionnaires des hôpitaux désirant implanter la procédure informatisée.

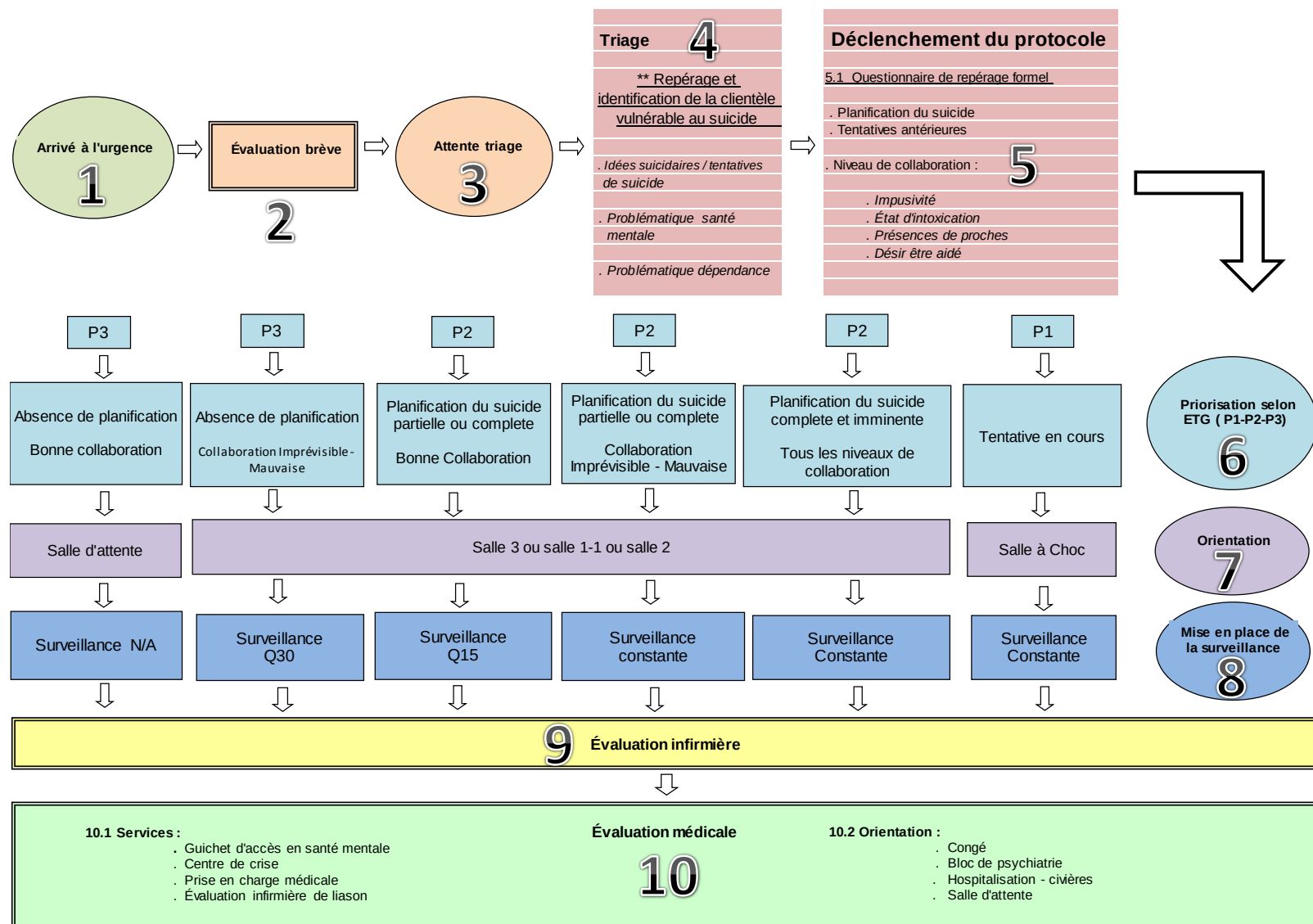
- **Méthodes** : Prioriser l'évaluation médicale une fois toutes les étapes du processus de la procédure complétée afin d'accélérer l'orientation vers d'autres ressources (suivre le protocole avec rigueur) ou à la fin du traitement la procédure

- *Ressources humaines* : Penser à mettre en place une équipe dédiée formée (jour/ soir / nuit) pour l'estimation de dangerosité du passage à l'acte suicidaire. Avoir une infirmière en santé mentale et/ou une travailleuse sociale dédiée à cette estimation qui peuvent se libérer et qui a suivi la formation à l'application des meilleures pratiques en prévention du suicide. Un volet réorganisation des ressources est à considérer en impliquant l'équipe de santé mentale de l'hôpital.
- *Communication et collaboration* : Mettre en place des mécanismes pour reconnaître l'apport de chaque intervenant impliqué dans la procédure et pour améliorer la communication entre les intervenants afin qu'ils puissent échanger sur des éléments cliniques.
- *Soutien* : Revoir les modalités de soutien pour que les intervenants, incluant les médecins, puissent adhérer à la procédure surtout lorsqu'il est question de déterminer et d'appliquer le niveau de surveillance requis. Envisager d'avoir une personne ressource clairement identifiée à la procédure de surveillance. Faire du renforcement des compétences au niveau du personnel.
- *Formation* : Revoir la formation pour les PAB. S'assurer d'une formation continue pour tous les intervenants et d'un suivi de la formation.
- *Environnement physique* : Avoir une salle exclusive pour la santé mentale, pour les surveillances et un PAB assigné à ce type de surveillance.
- *Diffusion* : Procéder à une actualisation continue de la procédure, principalement auprès des médecins. Renforcer sa généralisation par des vignettes régulièrement.

ANNEXE 1 - PROCÉDURE DE SURVEILLANCE SYSTÉMATIQUE AUPRÈS DES PERSONNES SUICIDAIRES AVANT LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE À L'URGENCE

Planification du suicide	Niveau de Collaboration et de surveillance	ETG	Orientation après le triage	Interventions et surveillance en attendant la prise en charge médicale			Interventions si usager quitte sans voir le médecin
	Infirmière au triage			PAB	Infirmière Chef d'équipe, ASI ou Infirmière	Infirmière clinicienne santé mentale	Infirmière Chef d'équipe ou ASI
NIVEAU 1 - Idées suicidaires - ABSENCE de planification ET - N'A PAS FAIT de tentative de suicide dans la dernière année	BONNE ↓ SURVEILLANCE NORMALE	P3	- Retour vers la salle d'attente avec accompagnateur - Prendre entente avec accompagnateur d'aviser si : ○ Patient veut quitter ○ Accompagnateur veut quitter ○ Changement du niveau de collaboration - Remettre dépliant du centre de crise l'Accès et encourager le patient à appeler pendant l'attente	N/A	- SI ASI OU CHEF D'ÉQUIPE FORMÉ : ○ Faire l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire - EN L'ABSENCE D'UNE PERSONNE FORMÉE : ○ Réévaluer la planification suicidaire et niveau de collaboration ○ Déterminer le type de surveillance requise (aviser si changement) ○ Contacter infirmière clinicienne santé mentale pour consultation PRN - Communiquer avec le Md pour assurer une prise en charge médicale selon les délais de l'ETG	- Estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire - Déterminer le type de surveillance requise (aviser si changement) - Contacter un proche selon la volonté de l'utilisateur - Discussion du plan de traitement possible avec le médecin à l'ambulatorio	Aviser le centre de crise l'Accès et demander de faire une relance à l'utilisateur
NIVEAU 1 - Idées suicidaires - ABSENCE de planification ET - N'A PAS FAIT de tentative de suicide dans la dernière année	IMPRÉVISIBLE OU MAUVAISE ↓ SURVEILLANCE NORMALE	P3	- Salle 3 - salle 1-1 ou salle 2 - Présence de la famille ou d'un accompagnateur Autorisée - Avertir l'utilisateur qu'il ne peut PAS sortir fumer - Aucun déplacement n'est autorisé autre que la toilette	SURVEILLANCE visuelle q 30 minutes - Remettre dépliant du centre de crise l'Accès et aviser l'infirmière si l'utilisateur a des questions à ce sujet - L'utilisateur ne peut PAS sortir fumer - AUCUN déplacement autorisé autre que la toilette	SURVEILLANCE visuelle q 30 minutes (en alternance avec le PAB) - SI ASI OU CHEF D'ÉQUIPE FORMÉ : ○ Faire l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire - EN L'ABSENCE D'UNE PERSONNE FORMÉE : ○ Réévaluer la planification suicidaire et niveau de collaboration ○ Déterminer le type de surveillance requise (aviser si changement) ○ Contacter infirmière clinicienne santé mentale pour consultation PRN - Contacter un proche selon la volonté de l'utilisateur - Communiquer avec le Md pour assurer une prise en charge médicale selon les délais de l'ETG	- Estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire - Déterminer le type de surveillance requise (aviser si changement) - Contacter un proche selon la volonté de l'utilisateur - Discussion du plan de traitement possible avec le médecin à l'ambulatorio	Aviser le centre de crise l'Accès et demander de faire une relance à l'utilisateur
NIVEAU 2 - Planification PARTIELLE ou COMPLETE OU - Idées suicidaires - ABSENCE de planification ET - A FAIT une tentative de suicide dans la dernière année	BONNE ↓ SURVEILLANCE ÉTROITE	P2	- Salle 3 - salle 1-1 ou salle 2 - Présence de la famille ou d'un accompagnateur Autorisée - Avertir l'utilisateur qu'il ne peut PAS sortir fumer - Aucun déplacement n'est autorisé autre que la toilette	SURVEILLANCE visuelle q 15 minutes - Remettre dépliant centre de crise l'Accès et aviser l'infirmière si l'utilisateur a des questions à ce sujet - Récupérer les objets personnels de l'utilisateur pouvant être un moyen pour se suicider - L'utilisateur ne peut PAS sortir fumer - Aucun déplacement autorisé autre que la toilette	SURVEILLANCE visuelle q 15 minutes - SI ASI OU CHEF D'ÉQUIPE FORMÉ : ○ Faire l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire - EN L'ABSENCE D'UNE PERSONNE FORMÉE : ○ Réévaluer la planification suicidaire et niveau de collaboration ○ Déterminer le type de surveillance requise (aviser si changement) ○ Contacter infirmière clinicienne santé mentale pour consultation - Contacter un proche selon la volonté de l'utilisateur - Communiquer avec le Md pour assurer une prise en charge médicale selon les délais de l'ETG	- Estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire - Déterminer le type de surveillance requise (aviser si changement) - Contacter un proche selon la volonté de l'utilisateur - Discussion du plan de traitement possible avec le médecin à l'ambulatorio	- Aviser médecin - Lancer le Code Jaune (appeler sécurité) - Contacter le 911 - Aviser le centre de crise l'Accès et demander de faire une relance à l'utilisateur - Contacter le(s) proche(s) de l'utilisateur tel qu'identifié(s) au dossier - Si l'utilisateur revient à l'urgence, l'installer au bloc psychiatrique
NIVEAU 2 - Planification PARTIELLE ou COMPLETE OU - Idées suicidaires - ABSENCE de planification ET - A FAIT une tentative de suicide dans la dernière année	IMPRÉVISIBLE OU MAUVAISE ↓ SURVEILLANCE CONSTANTE	P2	- Salle 3 - salle 1-1 ou salle 2 - Présence de la famille ou d'un accompagnateur Autorisée - Avertir l'utilisateur qu'il ne peut PAS sortir fumer - Aucun déplacement n'est autorisé autre que la toilette (AVEC SURVEILLANCE)	Présence constante devant la porte de la salle (1 pour 1 même si famille ou accompagnateur) - Remettre dépliant centre de crise l'Accès et aviser l'infirmière si l'utilisateur a des questions à ce sujet - Récupérer les objets personnels de l'utilisateur - Faire déshabiller l'utilisateur et le faire mettre en jaquette bleue (demander de l'aide au besoin selon la collaboration) - L'utilisateur ne peut sortir fumer - Aucun déplacement autorisé (toilette avec surveillance)	SURVEILLANCE q 15 minutes - SI ASI OU CHEF D'ÉQUIPE FORMÉ : ○ Faire l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire - EN L'ABSENCE D'UNE PERSONNE FORMÉE : ○ Réévaluer la planification suicidaire et niveau de collaboration ○ Déterminer le type de surveillance requise (aviser si changement) ○ Contacter un proche de l'utilisateur ○ Contacter infirmière clinicienne santé mentale pour consultation - Communiquer avec le Md pour assurer une prise en charge médicale selon les délais de l'ETG - Appliquer des mesures de contrôle PRN	- Estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire - Déterminer le type de surveillance requise (aviser si changement) - Contacter un proche de l'utilisateur - Discussion du plan de traitement possible avec le médecin à l'ambulatorio	
NIVEAU 3 - Planification COMPLETE ET - Passage à l'acte IMMINENT	Tous les niveaux de collaboration ↓ SURVEILLANCE CONSTANTE						

ANNEXE 2-TRAJECTOIRE DES SERVICES DES PERSONNES SUICIDAIRES AVANT LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE À L'URGENCE



ANNEXE 3 - PAGE TYPE DE LA PROCÉDURE INFORMATISÉE

Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher		Dossier : 299
	362	BOUCHER, Pierre M, 1998-10-30 (16)
URGENCE		J4M2A5
Repérage de la personne vulnérable au suicide		

Repérage de la personne vulnérable au suicide

Planification du suicide

- ☐ Aucune idée suicidaire
☒ Niveau 2

- ☐ Niveau 1
☐ Niveau 3

Intoxication (drogues et ou alcool) dans les 3 dernières heures?

☐ oui

☒ non

Impulsivité/Agressivité verbale ou physique?

☐ oui

☒ non

Présence de proches (positif)?

☒ oui

☐ non

Désire être aidé?

☒ oui

☐ non

- NIVEAU 2 ET BONNE COLLABORATION

Planification partielle et complète

OU

Idées suicidaires

Absence de Planification

ET

A fait une tentative de suicide dans la DERNIÈRE ANNÉE

- DIRECTIVES INFIRMIÈRES:

Installer le patient dans la salle 3 / Remettre le dépliant de l'Accès

Donner les directives suivantes au PAB:

- Assurer une SURVEILLANCE ÉTROITE Q 15min

- Compléter la grille de surveillance Q 15min

- NE PAS METTRE EN JAQUETTE

- Récupérer les effets personnels qui peuvent servir de moyen pour se suicider (ex: ceinture, médicaments...)

- Aucun déplacement permis sauf pour la toilette / Ne peut aller fumer

Aviser l'équipe Santé Mentale de la présence du patient et demander une estimation de la dangerosité

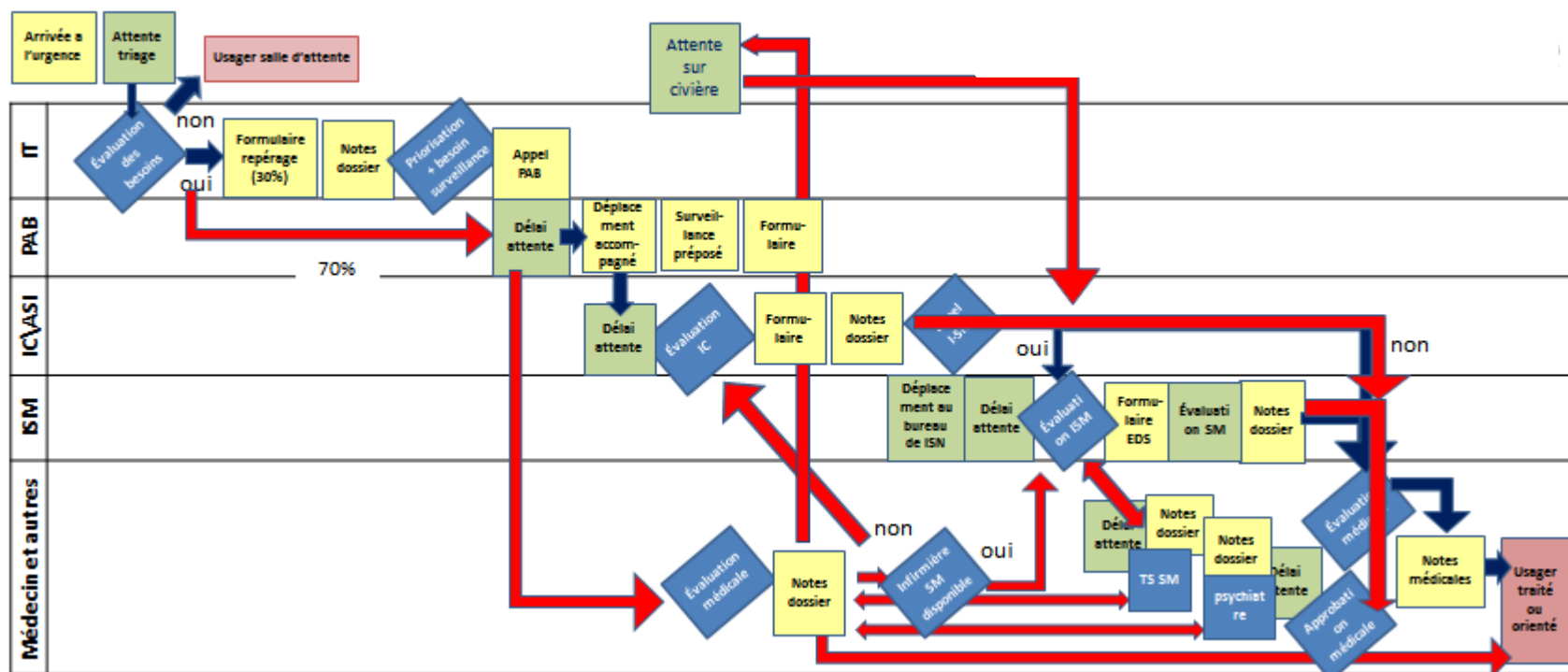
*****Si le patient quitte sans avoir vu le médecin***** Voir directives au verso

Enregistré le: 2015-02-05 17:21:25 Par: REES, ELISABETH

Imprimé le: 2015-02-05 17:22

Page : 1 / 2

ANNEXE 4 –CARTOGRAPHIE



RÉFÉRENCES

Agrément Canada, 2009. La sécurité dans les organismes de soins de santé canadiens : regard sur les points de transition des soins et les pratiques organisationnelles requises. Ottawa (Ontario) : Agrément Canada.

Bilodeau, A., Galarneau, M., Fournier, M. et L. Potvin (2010). Outil de l'action en partenariat : pertinent pour les actions de réduction des inégalités. Dans Potvin, L., Moquet, M.-J. et Jones (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.

Bonin, J.-P. et al (2010). Difficultés de l'évaluation au triage. Perspective infirmière, p.43-48.

Broadbent, M.H., Jarman, H et M. Beck (2004). Emergency department mental health triage scales improve outcomes. Journal of Evaluation in clinical practice, vol. 10, no.1, p.57 -62.

Brousselle A., Champagne, F., Contadriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. (2011). L'évaluation : concepts et méthodes. Canada : Les presses de l'Université de Montréal.

Centres de prévention du suicide du Québec (2012). Offre de services.

<http://www.jevi.qc.ca/media/OffreServices-Finale1.pdf>.

Chaput, Y.L. et Lebel M.J. (2007). Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. Psychiatric Services, vol. 58, no.3., p.335-341

Chen, H.T. (2005). Practical Program Evaluation: assessing and improving program planning, implementation, and effectiveness. Sage.

Clark, D.C., Horton-Deutsch, S.L., 1992, Assessment in absentia: the value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit, eds, Assessment and prediction of suicide, An official publication of the American Association of Suicidology, New York, The Guilford Press, New York, 144-182.

Frame, 2000, traduction libre
Concept RH (2015). L'importance de la formation continue. <http://conceptrh.com/limportance-de-la-formation-continue>.

Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? Clinical Psychology Review 18(1): 23–45.

Department for Health and Ageing, Government of South Australia (2012). Guidelines for Working with the Suicidal Person.

<http://www.countryhealthsa.sa.gov.au/LinkClick.aspx?fileticket=5CLM%2B5GPHqY%3D&tabid=36>

Dieserud, G., M. Loeb et O. Ekeberg (2000). « Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: A 12-year prospective study of parasuicide and suicide », Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 30, no 1, p. 61-73.

Gottlieb N, Huang, PP., Blozis, SA., Guo, JL., Murphy-Smith, M. The impact of Put Prevention into Practice on selected clinical preventive services in five Texas sites. Am J Prev Med. 2001(Jul;21(1):35-40).

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA:

Grunberg F., Lesage A.D., Boyer R., Vanier C., Morissette R. Buteau C.M.,et Loyer M., (1994). « Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec : Psychopathologie et utilisation des services médicaux ». Santé mentale au Québec, vol. 19, n° 2, 1994, p. 25-39.
<http://id.erudit.org/iderudit/032311ar>

Magellan Clinical Practice Guideline Task Force (2012). <https://www.magellanprovider.com>

Mehlum, L., et autres (2010a). « Is organizational change associated with increased rates of readmission to general hospital in suicide attempters? A 10-year prospective catchment area study », Archives of Suicide Research, vol. 14,no 2, p. 171-181.

Melnikow J, Kokatsu ND, Chan BKS. Put prevention into practice: a controlled evaluation. Am J Public Health. 2000;90(10):1622-5.

Ministère de la santé et des services sociaux (1998). Stratégie québécoise d'action face au suicide du MSSS.

http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97_237.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 92 p., accessible en ligne : [http://www.msss.gouv.qc.ca/section Documentation, rubrique Publications](http://www.msss.gouv.qc.ca/section%20Documentation,rubrique%20Publications).

Ministère de la santé et des services sociaux (2005). Plan d'action santé mentale- La force des liens, 2005-2010, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>

Ministère de la santé et des services sociaux (2006). Guide de gestion de l'unité d'urgence
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-905-01.pdf>

Ministère de la santé et des services sociaux (2010). Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-02.pdf>

Ministère de la santé et des services sociaux (2010). Formation mise à jour de l'Échelle de triage et de gravité. Notes personnelles.

Mishara, B.L., & Tousignant, M. (2004). Comprendre le suicide. Montréal: Presses de l'Université de Montréal. 180 p.

Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec (OIIQ) (2007) Prévenir le suicide pour préserver la vie. Guide de pratiques.
https://www.oiiq.org/sites/default/files/228_doc_0.pdf

Richard, M. (2014) Promotion de la santé mentale & Prévention du suicide en Montérégie. Des informations pour accompagner le Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide. Communication personnelle.

Rondeau, A. (2008). L'évolution de la pensée en gestion du changement : leçons pour la mise en œuvre de changements complexes. *Télescope* 14(3): 1-13.

Séguin, M., et Huon, P,(1999). Le suicide : comment prévenir, comment intervenir, Montréal, Éditions Logiques.

Tyler D, Taylor-Seehafer, MA., Murphy-Smith, M. Utilizing "PIP Texas style!" in a medically underserved population. *J Public Health Manag Pract.* 2004;10(2):100-8.