

PR0T0C0LES

Graves blessures auto-infligées chez les jeunes devant être admis en soins intensifs

Investigatrice principale

Daphne Korczak, MD, M. Sc., FRCPC (péd.), FRCPC (psych.), directrice, Children's Integrated Mood and Body (CLIMB) Depression Program, psychiatre, The Hospital for Sick Children; professeure adjointe, université de Toronto, 555, av. University, salle 1145, aile Burton, Toronto (Ontario) M5G 1X8; tél.: 416-813-7531; téléc.: 416-813-5326; daphne.korczak@sickkids.ca

Co-investigateurs

Cornelius Ani, MBBS, M. Sc., DCH, MRCP (pédiatrie), MRCPsych, FHEA, MD (Res), Imperial College London

Claude Cyr, MD, FRCPC, Université de Sherbrooke

Ari Joffee, MD, FRCPC, université de l'Alberta

James Irvine, MD, M. Sc., CCFP, FCFP, FRCPC, médecin hygiéniste, région sanitaire de Mamawetan Churchill River, région sanitaire de Keewatin Yatthé et autorité sanitaire d'Athabasca, Saskatchewan

Rachel Mitchell, MD, FRCPC, université de Toronto Robin Skinner, MSP, Agence de la santé publique du Canada Antonia Stang, MD, FRCPC, Alberta Children's Hospital Sam Wong, MD, FRCPC, Stollery Children's Hospital, université de l'Alberta

Historique

Le suicide est la deuxième cause de décès en importance chez les adolescents canadiens. En 2011, il représentait le quart de tous les décès chez les adolescents de 15 à 19 ans¹. Des antécédents de tentatives de suicide et de blessures auto-infligées sont les meilleurs prédicteurs connus de futures tentatives de suicide². L'incidence de tentatives de suicide culmine à l'adolescence. Bien que malheureusement, les tentatives de suicide et les comportements de blessures auto-infligées soient courants, les décès par suicide sont comparativement rares. On estime que pour chaque suicide complété, on recense jusqu'à 20 tentatives³. Le nombre de jeunes qui font des tentatives de suicide quasi-fatales, tels que ceux qui peuvent avoir besoin de soins à l'unité de soins intensifs (USI), est peut-être très comparable à celui des jeunes qui meurent par suicide. Il est important de comprendre les différences entre les jeunes qui font des tentatives de suicide et ceux qui meurent par suicide pour prévoir les interventions en prévention du suicide. Malgré les connaissances uniques et importantes qu'on pourrait acquérir si l'on comprenait les tentatives de suicide quasi-fatales, il n'y a pas de recherches dans ce domaine.

SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE



D'après les statistiques canadiennes, 198 décès par suicide ont été dénombrés chez les adolescents de 15 à 19 ans en 2011, ce qui représente un taux de neuf décès par suicide sur 100 000 jeunes de ce groupe d'âge⁴. Les adolescents métis, inuits et des Premières nations sont particulièrement à risque, puisque le taux de suicide est de cinq à 11 fois plus élevé au sein de ces populations que chez les adolescents canadiens en général⁵. Même si le suicide est rare chez les enfants prépubères, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide y sévissent aussi⁶. D'après des données récentes, on estime que 29 enfants de dix à 14 ans sont morts par suicide en 2011 au Canada, ce qui représente un taux de 1,5 décès par suicide sur 100 000 jeunes de cette population.

La pendaison et la suffocation sont les principaux modes de suicide chez les enfants et les adolescents du Canada⁷. D'après les études sur les tendances au sein de cette population, le taux de suicide a augmenté chez les filles entre 1980 et 2008⁸, de même que la gravité des présentations à la salle d'urgence (SU) par suite de comportements liés au suicide depuis 2004, tant chez les garçons que chez les filles⁹. Un récent rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indique une tendance croissante des hospitalisations attribuables à des blessures auto-infligées chez les dix à 17 ans depuis 2009-2010, particulièrement chez les filles. L'empoisonnement était la cause primaire d'hospitalisations attribuables à des blessures auto-infligées en 2013-2014, soit 88 % des filles et 82 % des garçons (n=2 140)¹⁰. Les garçons sont plus susceptibles de mourir d'un suicide, en partie en raison de la plus grande létalité des moyens qu'ils utilisent. Les filles sont toutefois de trois à quatre fois plus susceptibles de faire une tentative de suicide^{11,12}.

Il y a des publications sur les jeunes qui meurent par suicide et sur ceux qui s'infligent des blessures sans courir de risque important de décès, mais il n'y en a pas sur la fréquence et la nature des tentatives de suicide quasi-fatales chez les enfants. Ces données sont pourtant importantes pour déterminer les groupes à cibler parce qu'ils ont le plus besoin d'intervention préventive, ainsi que pour déterminer les coûts liés aux soins de santé et le pronostic des enfants touchés afin d'éclairer la prise de décision en matière d'attribution des ressources et de prestation des services. En quantifiant les effets et la gravité des blessures auto-infligées qui exigent des soins à l'USI, la présente étude fournira des données pour soutenir la défense d'intérêts envers les enfants à haut risque de décès à cause de blessures auto-infligées et soulignera l'importance d'une stratégie nationale pour la prévention du suicide chez les jeunes.

Méthodologie

Les pédiatres, pédiatres surspécialisés (intensivistes) et pédopsychiatres qui sont actifs en clinique et qui participent au PCSP recevront un sondage au sujet des blessures auto-infligées qui exigent une admission à l'USI. Pour chaque cas qu'ils signaleront, les répondants seront invités à remplir un questionnaire détaillé.

Définition de cas

Déclarer tout nouveau patient de moins de 18 ans (jusqu'à son 18^e anniversaire) qui respecte **LES DEUX** critères suivants :

 Tentative confirmée ou présumée de blessure auto-infligée ou de suicide (toute forme d'auto-empoisonnement ou de blessure auto-infligée, quel que soit le degré d'intention de mourir)

SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE



2. Admission à une unité de soins intensifs en tout temps pendant une hospitalisation (quelle qu'en soit la durée)

Critères d'exclusion : Empoisonnement (p. ex., intoxication) ou blessure accidentels

Objectifs

Objectif primaire

Décrire les modes de présentation, les caractéristiques cliniques et les besoins médicaux connexes des enfants qui consultent à l'hôpital à cause de blessures auto-infligées qui exigent des soins intensifs.

Objectifs secondaires

- Examiner les problèmes de santé mentale sous-jacents, la durée des symptômes de problèmes de santé mentale et le recours aux soins de santé avant l'hospitalisation à l'USI.
- Examiner les différences saisonnières et géographiques quant à la présentation au Canada.
- 3) Décrire le traitement prévu après le congé de ces enfants, y compris les différences régionales en matière de prise en charge.
- 4) Établir un taux de prévalence prudent de graves blessures auto-infligées chez les enfants canadiens qui exigent des soins intensifs.
- Comparer les données canadiennes avec les études épidémiologiques internationales.

Durée

De janvier 2017 à décembre 2018

Nombre prévu de cas

On recensait environ 2 700 hospitalisations attribuables à des blessures auto-infligées intentionnelles chez les jeunes de dix à 19 ans au Canada en 2010-2011 (les données les plus récentes de l'Agence de la santé publique du Canada qui peuvent être utilisées en vue d'une analyse détaillée). Une analyse plus approfondie de ces cas est présentée au tableau 1.

Tableau 1. Hospitalisations associées à des blessures auto-infligées, 2010-2011, garçons et filles combinés, par groupe d'âge

			RESULTAT			
Groupe d'âge	Total des hospitalisations	%	Congé à domicile	Transféré	Mort	Autre
10 à 14 ans*	461	17	354 (76 %)	88 (19 %)	3 (1 %)	16 (4 %)
15 à 19 ans [†]	2 262	83	1 689 (75 %)	420 (18 %)	14 (1 %)	139 (6 %)
TOTAL	2 723	100				

^{*59 %} avaient obtenu leur congé dans les 48 heures

D'après les chiffres précédents (à l'exception de tous les cas ayant obtenu leur congé dans les 48 heures et en présumant que les patients qui avaient été transférés ou qui étaient décédés auraient pu être admis à l'USI), on estime pouvoir atteindre un nombre

^{†56 %} avaient obtenu leur congé dans les 48 heures

PROTOCOLES

maximal de 500 cas par année, mais une évaluation plus prudente serait de 350 cas par année.

Approbation déontologique

Comité d'éthique de la recherche, *The Hospital for Sick Children*, Toronto (Ontario) Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada

Analyse et publication

Les résultats seront transmis à l'aide de statistiques descriptives publiées dans des revues révisées par des pairs (p. ex., *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Paediatrics & Child Health*), présentés à l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et à la Société canadienne de pédiatrie et publiés dans les *Résultats du PCSP* annuels.

Références

- Statistique Canada. Principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge et le sexe, 2011, Canada. www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1020561&retrLang=fra&lang=fra (consulté le 7 avril 2015)
- 2. Beautrais AL. Further Suicidal Behavior Among Medically Serious Suicide Attempters. Suicide Life Threat Behav 2004 Spring;34(1):1-11.
- Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide. www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/ (consulté le 25 septembre 2014)
- 4. Statistique Canada. Suicides et taux de suicide selon l'âge et le sexe, Canada, 2011. www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/hlth66d-fra.htm (consulté le 7 avril 2015)
- 5. Fraser Region Aboriginal Youth Suicide Prevention Collaborative. Décembre 2012. www.fraserhealth.ca/media/AH_suicide-prevention.pdf (consulté le 8 avril 2015)
- 6. Soole R, Kõlves K, De Leo D. Suicide in Children: A Systematic Review. Arch Suicide Res. 2015;19(3):285-304. doi: 10.1080/13811118.2014.996694.
- 7. Statistique Canada. Décès, selon la cause, Chapitre XX: Causes externes de morbidité et de mortalité (V01 à Y89), le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2011. www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1020540&retrLang=fra&lang=fra (consulté le 7 avril 2015)
- 8. Skinner R, McFaull S. Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980–2008. CMAJ 2012; 184(9).
- 9. Rhodes AE, Lu H, Skinner R. Time trends in medically serious suicide-related behaviours in boys and girls. Can J Psychiatry 2014 Oct;59(10):556-60.



Graves blessures auto-infligées chez les jeunes devant être admis en soins intensifs (suite)

- 10. Institut canadien d'information sur la santé. Blessures auto-infligées chez les jeunes au Canada. www.cihi.ca/web/resource/fr/info_child_harm_fr.pdf (consulté le 7 avril 2015)
- Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, Sinyor M, Links PS, Tonmyr L, Skinner R, Bethell JM, Carlisle C, Goodday S, Hottes TS, Newton A, Bennett K, Sundar P, Cheung AH, Szatmari P. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. World J Psychiatry 2014 Dec 22; 4(4): 120-32. doi: 10.5498/wjp.v4.i4.120.
- 12. Langlois S, Morrison P. Suicide deaths and suicide attempts. Health Reports 2002;13(2):9-21.



PR0T0C0LES