



# **Prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux**

**ANALYSE DES BESOINS**



# **Prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux**

**ANALYSE DES BESOINS**

## Rédaction

Julie Lane, chercheure à la Direction de la coordination et des affaires académiques (DCAA) du Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)

Johanne Archambault, directrice de la DCAA du CSSS-IUGS

## Collaboration à la révision des contenus

Christine Pakenham, Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux

## Secrétariat

Hélène Gignac, agente administrative à la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Nancy Hamel, agente administrative à la DCAA du CSSS-IUGS

Le présent rapport ne lie pas le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne constitue pas ses orientations. Il représente l'opinion des membres du Comité de gestion en prévention du suicide : pratiques cliniques préventives en CSSS. Son contenu n'engage que ses auteurs.

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec**

Le présent document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-59716-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-59717-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

## REMERCIEMENTS

---

Le présent rapport rend compte de l'analyse des besoins qui a servi d'assise à deux guides des bonnes pratiques en prévention du suicide destinés aux centres de santé et de services sociaux (CSSS). Il a été élaboré grâce à la participation de plusieurs personnes. Nous tenons à souligner leur précieuse collaboration et à les remercier.

- Le comité de suivi en prévention du suicide, chargé de donner des avis sur les démarches entreprises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concernant l'instrumentation et la formation des professionnels de la santé en prévention du suicide, en particulier les personnes membres du comité au moment de la réalisation de l'analyse des besoins, soit :
  - Monick Coupal, de l'Association québécoise d'établissements de santé et des services sociaux ;
  - Caroline De Pokomandy-Morin et Josée Lepage, de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire du MSSS ;
  - Bernard Deschênes, de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Capitale-Nationale ;
  - Marthe Hamel et Christine Pakenham, de la Direction générale de la santé publique du MSSS ;
  - Louis Lemay, de l'Association québécoise de prévention du suicide ;
  - Ginette Martel, de l'ASSS de Lanaudière ;
  - Françoise Roy, de l'ASSS de la Montérégie ;
  - Alexandre Saint-Denis, de l'ASSS de Laval ;
  - Édith Saint-Hilaire, de l'ASSS de Chaudière-Appalaches ;
  - Gaétan Trudeau, de la Direction générale des services sociaux du MSSS.
- Les directeurs de CSSS et de centres de prévention du suicide (CPS) qui ont contribué à faciliter le déroulement des entrevues.
- Les intervenants et les gestionnaires de CSSS et de CPS qui ont contribué à l'analyse des besoins. Ces personnes ont généreusement communiqué leurs perceptions de la prévention du suicide à l'occasion de rencontres parfois touchantes et toujours révélatrices de leur expertise. Notre seul regret est de ne pas pouvoir rendre compte, dans ce rapport, de toute la richesse des propos recueillis alors. Ces personnes sont les suivantes :
  - Micheline Bureau et Diane Deserres, du CPS d'Amos ;
  - Marie-Claude Bergeron, Pierre Duchaine, Laurent Garneau, Carol Gravel, Jocelyn Maltais et André Verreault, du CPS Saguenay-Lac-Saint-Jean ;
  - Chantal Brisson, Julie Champagne, Marie-Pier Coulombe, Matthieu Dallaire, Caroline Dionne, Geneviève Gamache, Nathalie Héon et Hélène Roy, du CPS les Deux-Rives ;
  - Simon Blais, Tania Boilar, Marie-Andrée Brassat Latulippe, Amélie Dubois, David Goudreault, Magali Héroux, Louise Lévesque, Lucie Pelchat et Sylvie Potvin, du CPS JEVI ;

- Éric Arseneault, Marie-Claude Bédard, Sylvie Bolduc, Michaël Bouchard, Corinne Baribeau, Jessica Lalancette, Nathalie Matte, Sylvie Nadeau, Dominic Parisé, Julie Roberge, Stéphanie Rousseau, Audrey Simard et Audrey Tardif, du CPS de Québec ;
- Amélie Gauthier et Caroline Martel, du CPS le Faubourg ;
- Isabelle Bélanger, Josée Blanchette, Anne-Marie Codaire, Martine Grondin, André Landry, Vanessa Legault, Joanne Lemay, Mélissa Lutchman, Michel Presseault et Josée Thiffault, de Suicide Action Montréal, centre de prévention du suicide ;
- Sabrina Côté, Myriam Gravel, Dany Jean, Réjane Lapointe, Isabelle Plamondon et Audrey Tremblay, du CSSS de Chicoutimi ;
- Nicholas Bilodeau, Maryse Castilloux, Michel Couillard, Brian Dickinson, Jocelyne Giroux, Claudette Lemaire, Eloïse Plante et Marie-Claude Routhier, du CSSS de Trois-Rivières ;
- Marc Bouffard, Sophearath Khay, Johanne Marcotte, Caroline Moisan, Sylvie Ladouceur et Monique Sauriol, du CSSS Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent ;
- Caroline Alain, Sophie Duclos et Thérèse Eustache, du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel ;
- Marie-Sophie Bernier, Louis Lambert, Serge Mercier et Martine Rock, du CSSS Les Eskers de l'Abitibi ;
- Louis Bastien, Céline Beaudoin, Denise Bérard, Myriane Boucher-Yelle, Josée Bergeron, Lucie Gagnon, Philippe Gendron, Véronique Nadeau et Diane Thibault, du CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke ;
- François-Olivier Bernard, Claudette Fournier, Lucie Giguère, Suzanne Nadeau, Ginette Lafontaine, Louise Plamondon, Marianne Ross et Micheline Tremblay, du CSSS de la Vieille-Capitale ;
- Michel Bertrand, Manon Boulanger, Manon Des Ruisseaux, Justine Granger, Camylle Laroche, Jules Pruneau, Sophie Rainville et Geneviève Zambo, du CSSS de Saint-Jérôme.

## LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

---

AEOR	Accueil, évaluation, orientation et référence
AQPS	Association québécoise de prévention du suicide
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CPS	Centre de prévention du suicide
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS-IUGS	Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PASM	Plan d'action en santé mentale
PNSP	Programme national de santé publique
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux



# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>EN GUISE D'INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
1 LE PROJET DE GUIDES DE BONNES PRATIQUES EN PRÉVENTION DU SUICIDE DANS LES CSSS .....	11
1.1 Quelques éléments justifiant la production de guides pour les CSSS .....	11
1.2 L'origine du projet .....	11
2 LA DÉMARCHE SUIVIE POUR L'ANALYSE DES BESOINS DES CSSS .....	13
2.1 Les objectifs de l'analyse des besoins .....	13
2.2 La définition du concept de perception .....	13
2.3 La description des participants .....	13
2.4 La sélection des participants .....	13
2.5 Les méthodes pour recenser les besoins et les perceptions .....	14
2.6 Le type d'analyse effectuée .....	14
3 LES PERCEPTIONS ET LES BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PERSONNES INTERROGÉES .....	17
3.1 L'intervention auprès de la personne suicidaire dans les CSSS .....	17
3.1.1 Le manque d'uniformité des outils servant à REPÉRER et à ÉVALUER la personne suicidaire .....	17
3.1.2 La variété des pratiques utilisées pour INTERVENIR auprès de la personne suicidaire .....	19
3.1.3 Le manque de fluidité des mécanismes visant à ORIENTER la personne suicidaire vers les services du CSSS .....	22
3.1.4 Le manque de fluidité des mécanismes visant à ORIENTER la personne suicidaire vers les services offerts par les partenaires .....	25
3.2 La formation et le soutien clinique .....	28
3.2.1 Les difficultés d'accès à la formation pour certains intervenants .....	28
3.2.2 Le peu de soutien clinique offert aux intervenants .....	32
3.2.3 Besoins à combler par un guide des bonnes pratiques en prévention du suicide pour les intervenants des CSSS .....	33
4 RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'ANALYSE DES BESOINS .....	35
4.1 Adopter une approche globale de la prévention du suicide dans les CSSS .....	35
4.2 Élaborer un guide pour les gestionnaires de CSSS .....	35
4.3 Concevoir des stratégies favorisant l'appropriation des guides de bonnes pratiques .....	35
<b>EN GUISE DE CONCLUSION</b> .....	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>39</b>



## EN GUISE D'INTRODUCTION

---

À l'automne 2006, la Direction générale de la santé publique (DGSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux a confié au Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) le mandat d'élaborer un guide des bonnes pratiques en prévention du suicide pour les intervenants des CSSS. Le CSSS-IUGS a une double désignation d'institut universitaire de gériatrie et de centre affilié universitaire (secteur social). La mission des six CSSS désignés au titre de centre affilié universitaire du secteur social consiste à favoriser l'essor d'une culture d'enseignement et de recherche en vue de l'amélioration des pratiques professionnelles. Conformément à cette désignation, le CSSS-IUGS a développé une expertise particulière liée à la conduite de processus de concertation, à la conception de démarches partenariales collées aux besoins à combler ainsi qu'à la mise en place de pratiques visant à favoriser la mise en commun de connaissances entre intervenants, gestionnaires et chercheurs travaillant dans les CSSS.

Afin de remplir le mandat précité, nous avons convenu de procéder d'abord à une analyse des besoins, laquelle visait à mettre en lumière la réalité de la prévention du suicide dans les CSSS sous l'angle du travail des intervenants (ex. : les outils qu'ils utilisent, les formations qui leur sont proposées, les enjeux liés au continuum de services, etc.). Cette phase nous apparaissait cruciale pour produire un guide adapté à la pratique des intervenants des CSSS. Le présent rapport fait état des résultats de notre analyse des besoins. La réalité décrite par les intervenants de diverses régions nous a permis de connaître les besoins et de proposer des pistes pour mieux soutenir les professionnels. Cette analyse des besoins a par ailleurs montré la pertinence d'élaborer un autre guide des bonnes pratiques en prévention du suicide, destiné aux gestionnaires des CSSS celui-là.

**Le présent rapport fait état de notre analyse des besoins, sur laquelle reposent deux guides en prévention du suicide destinés aux CSSS.**

Ce rapport demeure simple et synthétique. Il ne visait pas à présenter l'ensemble des perceptions et des besoins exprimés par les personnes interrogées, mais plutôt à mieux faire comprendre les enjeux communs aux diverses régions. La première section du rapport explique brièvement la prévention du suicide dans les CSSS et montre la nécessité de produire des guides permettant de mieux prévenir le suicide dans ce contexte. La deuxième section donne une description fine de l'analyse des besoins et de la démarche que nous avons privilégiée pour inventorier les perceptions et les besoins des intervenants au regard de la prévention du suicide dans les CSSS. La troisième section présente les résultats de l'analyse des besoins sur la base de ce qu'ont affirmé les personnes interrogées. L'analyse de l'ensemble des résultats a mené à la formulation de trois recommandations qui ont une incidence sur la production des guides. Ces recommandations, qui font l'objet de la quatrième section, sont les suivantes :

**Les résultats de l'analyse des besoins ont donné lieu à trois recommandations qui auront eu une incidence sur les suites du projet.**

- I. Adopter une approche globale de la prévention du suicide dans les CSSS.
- II. Élaborer un guide pour les gestionnaires de CSSS.
- III. Concevoir des stratégies favorisant l'appropriation des guides de bonnes pratiques.



# 1 LE PROJET DE GUIDES DE BONNES PRATIQUES EN PRÉVENTION DU SUICIDE DANS LES CSSS

La présente section explique brièvement l'origine du projet et le mandat que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié au Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

## 1.1 Quelques éléments justifiant la production de guides pour les CSSS

Le Québec détient le plus haut taux de suicide au Canada (MSSS, 2005). Chaque jour, au Québec, quatre personnes s'enlèvent la vie et environ quatre-vingts personnes de 15 ans et plus font une tentative de suicide (MSSS, 2009).

En 1998, la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, sous-titrée *S'entraider pour la vie* (MSSS, 1998), mettait divers problèmes en lumière. Plusieurs objectifs y étaient fixés, dont celui d'améliorer les compétences professionnelles, en vue de mobiliser le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que ses partenaires pour que tous puissent agir ensemble en matière de prévention du suicide. Quelques années plus tard, l'*Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 2004) soulignera plusieurs points positifs, notamment la mise en service de la ligne 1 866 APPELLE ainsi que la prestation de la formation accréditée « Intervenir en situation de crise suicidaire » de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS). Cette évaluation souligne elle aussi plusieurs points à améliorer, dont l'organisation des services d'évaluation, de prise en charge et de suivi pour les personnes suicidaires. Enfin, l'auteur mentionne, en plus des problèmes d'accessibilité et de continuité des services, la nécessité d'accroître les compétences professionnelles liées à l'intervention auprès des personnes suicidaires.

Certains documents ministériels font mention de lacunes au regard de l'accessibilité et de la continuité des services en prévention du suicide.

## 1.2 L'origine du projet

En 2003, le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) invitait les CSSS à mettre en place une « intervention globale au regard de la prévention du suicide par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives » (MSSS, 2003, p. 41). Le MSSS a justement pris l'initiative de produire un guide sur la prévention du suicide à l'intention des intervenants des CSSS pour amorcer un mouvement favorisant la réalisation de cette activité inscrite dans le PNSP. Dans la foulée, il publiait le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens* (PASM), par lequel il conviait de nouveau les CSSS à établir une intervention globale en prévention du suicide (MSSS, 2005). Il faut préciser ici que les efforts en ce sens remontent à la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie* (MSSS, 1998).

Le MSSS, par le *Programme national de santé publique 2003-2012*, vise à contribuer à la mise en place d'une intervention globale en prévention du suicide tout en soutenant les pratiques cliniques préventives.

En parallèle, la réforme du système de santé, qui a donné naissance aux réseaux locaux de services (RLS), conférait aux CSSS une responsabilité particulière quant à la santé et au bien-être de la population du territoire desservi. Outre les services que le CSSS donne lui-même, il doit mobiliser les partenaires sectoriels et intersectoriels au sujet d'enjeux relatifs à l'amélioration de la santé de la population de son territoire ou à l'atténuation de problèmes sociaux tels que le suicide. Le rôle des CSSS et des partenaires des RLS est crucial au regard de la prévention du suicide puisqu'il est reconnu que plusieurs personnes qui se suicident ou qui tentent de le faire utilisent des services de santé dans les semaines, les jours ou les heures précédant leur passage à l'acte (Houle, Poulin et Van Nieuwenhuyse, 2006).

Les intervenants des CSSS doivent être en mesure de bien faire leur travail. À cette fin, il faut définir des stratégies adaptées à la réalité des CSSS pour soutenir les intervenants dans l'actualisation de leur rôle.

De surcroît, les stratégies en prévention du suicide doivent être cohérentes avec la dernière transformation du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'avec les nouvelles modalités de collaboration préconisées sur chaque territoire.

Plusieurs constats fondés mettent en évidence la nécessaire amélioration de l'intervention des CSSS en matière de prévention du suicide. Le mandat confié initialement au CSSS-IUGS consistait en la production d'un guide à l'intention des intervenants qui travaillent en première ligne (ex. : personnes exerçant la profession de travailleur social, de psychologue, de psychoéducateur ou d'éducateur spécialisé, techniciennes ou techniciens en travail social, personnel infirmier, etc.) ou dans les services constituant les portes d'entrée des CSSS (ex. : service d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de référence (AEOR), Info-Social, guichet d'accès en santé mentale).

## **2 LA DÉMARCHE SUIVIE POUR L'ANALYSE DES BESOINS DES CSSS**

---

La présente section porte sur la démarche méthodologique qui a été établie pour effectuer l'analyse des besoins dans les CSSS.

### **2.1 Les objectifs de l'analyse des besoins**

Les objectifs de départ consistaient : 1) à décrire les perceptions des intervenants et des gestionnaires au regard de la prévention du suicide dans les CSSS ; 2) à décrire les besoins des intervenants en ce qui a trait aux outils qui traitent de ce sujet.

### **2.2 La définition du concept de perception**

La perception d'un objet  $x$  renvoie à une « prise de position » personnelle relativement à cet objet (Gosselin, 2001) ou à une « façon de voir » cet objet (Alexandersson, 1995) qui module les façons de penser, d'agir ou d'interagir d'un individu (Franke et Dahlgren, 1996). Ainsi, nos perceptions se construisent au fil des expériences pendant lesquelles nous sommes en contact avec notre environnement (Charlier, 1998 ; Alexandersson, 1995). L'analyse des perceptions permet d'inventorier, de décrire et de rendre concrètes des connaissances professionnelles qui sont davantage tacites ou tenues pour acquises (Franke et Dahlgren, 1996). Il faut préciser ici que l'analyse des perceptions ne sert pas à décrire la réalité telle qu'elle est, mais plutôt à dire comment celle-ci est perçue (Franke et Dahlgren, 1996).

### **2.3 La description des participants**

Nous avons interrogé 103 personnes, dont 50 intervenants de CSSS et 53 intervenants ou gestionnaires de centres de prévention du suicide (CPS). Les entretiens avec les acteurs de CPS permettaient de mettre à contribution des ressources du milieu communautaire ayant, notamment, une contribution importante en matière de prévention du suicide. Parmi les intervenants de CSSS interrogés, 17 travaillaient dans un service d'AEOR, 16 offraient un suivi psychosocial général, 15 offraient un suivi en santé mentale et 2 travaillaient au service Info-Social. Les entrevues se sont déroulées entre les mois d'avril et de juillet 2007.

**Au total, 103 intervenants de CSSS et de CPS ont été interrogés durant la phase d'analyse des besoins.**

### **2.4 La sélection des participants**

Pour donner un portrait assez juste des diverses réalités régionales et locales en matière d'organisation des services offerts à la population au regard de la prévention du suicide, la collecte des données s'est effectuée dans sept régions du Québec. Ces régions ont été ciblées à partir d'une analyse portant sur : 1) les taux ajustés de mortalité par suicide établis pour chacune des régions du Québec (Ross et François, 2007) ; 2) des données fournies par la Direction de la santé mentale du MSSS au regard de l'implantation des mesures du PASM ; 3) le nombre de personnes composant la population desservie au sein du RLS. Les sept régions retenues sont les suivantes : Laurentides, Mauricie et Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Estrie, Montréal et Capitale-Nationale.

**Des intervenants ont été interrogés dans sept régions québécoises.**

Pour chacune des régions, un CSSS et un CPS ont été sélectionnés, tel que l'illustre le tableau 1. Étant donné la diversité des réalités qui s'observent à Montréal, nous avons sélectionné deux CSSS dans cette région.

**Tableau 1 : CSSS et CPS sélectionnés**

RÉGIONS	CSSS	CPS
Laurentides	CSSS de Saint-Jérôme	CPS le Faubourg
Mauricie et Centre-du-Québec	CSSS de Trois-Rivières	CPS les Deux-Rives
Abitibi-Témiscamingue	CSSS Les Eskers de l'Abitibi	CPS d'Amos
Saguenay-Lac-Saint-Jean	CSSS de Chicoutimi	CPS de Chicoutimi
Estrie	CSSS-IUGS	CPS JEVI
Montréal	CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	Suicide Action Montréal
Capitale-Nationale	CSSS de la Vieille-Capitale	CPS de Québec

Une lettre a été envoyée aux directeurs généraux de ces établissements pour les inviter à participer à l'analyse des besoins. Dans l'affirmative, nous leur demandions de nous mettre en contact avec le gestionnaire susceptible de nous soutenir dans la planification des entrevues.

## 2.5 Les méthodes pour recenser les besoins et les perceptions

Des entrevues individuelles non directives (Daunais, 1992), d'environ une heure, ont été menées avec des intervenants des huit CSSS retenus. L'entrevue individuelle non directive est une méthode de collecte de données qui consiste à poser des questions ouvertes, sans réponses préétablies. Le but de ces entrevues était que les personnes interrogées sur la prévention du suicide dans les CSSS parlent de leurs perceptions et de leurs besoins. De façon plus précise, les questions portaient sur leurs perceptions relativement : 1) aux services offerts à la personne suicidaire ; 2) aux mécanismes établis pour orienter cette personne vers les services dont elle a besoin au moment de l'intervention ; 3) aux formations suivies concernant l'intervention auprès des personnes suicidaires ; 4) aux outils disponibles et utilisés pour bien repérer ces personnes, intervenir auprès d'elles et les orienter adéquatement ; 5) aux outils dont l'adoption ou la création pourraient être pertinentes ; 6) aux émotions suscitées par l'intervention auprès des personnes suicidaires et au soutien offert dans ce contexte (ex. : supervision clinique).

**Des entrevues individuelles ont été menées avec des intervenants de CSSS.**

Des entrevues de groupe d'environ une heure ont aussi été menées avec des intervenants et des gestionnaires de huit CPS. Le groupe de discussion est une méthode de collecte de données qui réunit des participants dans le cadre d'une discussion structurée, sur un sujet particulier (Geoffrion, 1992). Cette option a été privilégiée par certains CPS. Le groupe de discussion offre l'avantage de créer un milieu social interactif dans lequel s'instaure une dynamique puisque les membres du groupe sont stimulés les uns par les autres (Geoffrion, 1992). Ces entrevues de groupe les invitaient, entre autres, à parler de leurs perceptions au regard : 1) du soutien et des formations que leur CPS offre aux CSSS de leur région ; 2) des liens avec les CSSS et des conditions pouvant faciliter ces liens ; 3) des outils qui pourraient aider les intervenants des CSSS à intervenir auprès des personnes suicidaires.

**Des entrevues de groupe ont été menées avec des intervenants et des gestionnaires de CPS.**

## 2.6 Le type d'analyse effectuée

Les entrevues individuelles et de groupe ont été enregistrées, avec l'accord des participants. Une synthèse a été rédigée à partir de l'écoute des bandes sonores. Cette synthèse a fait l'objet d'une analyse de contenu, laquelle a permis d'organiser les propos en grandes catégories (Landry, 1992).

Les catégories et les sous-catégories ont été définies à la fois de façon déductive, à l'aide d'une codification prédéterminée qui a été élaborée à partir des grands thèmes de l'entrevue, et de façon inductive, à partir des aspects non prévus dans la grille d'entrevue. Les catégories principales sont : 1) l'intervention auprès des personnes suicidaires dans les CSSS (ex. : outils servant à évaluer la personne suicidaire, pratiques utilisées pour intervenir auprès d'elle, mécanismes visant à l'orienter vers les services dont elle a besoin, etc.) ; 2) les formations relatives à l'intervention en situation de crise suicidaire et le soutien clinique offert aux intervenants des CSSS (ex. : accès aux formations et au soutien clinique, etc.) ; 3) les besoins auxquels pourrait répondre un guide des bonnes pratiques en prévention du suicide dans les CSSS.



### **3 LES PERCEPTIONS ET LES BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PERSONNES INTERROGÉES**

La présente section montre les tendances principales qui ressortent des perceptions formulées par les intervenants et les gestionnaires au regard de la prévention du suicide, en ce qui a trait d'abord à l'intervention auprès de la personne suicidaire puis à la formation et au soutien clinique dont bénéficient les intervenants. Enfin, elle met en lumière les besoins auxquels pourrait répondre un éventuel guide des bonnes pratiques en prévention du suicide dans les CSSS. Ces résultats ne visent pas à refléter la *réalité* de la prévention du suicide dans l'ensemble des CSSS, mais plutôt la *réalité perçue* par les intervenants et les gestionnaires travaillant en prévention du suicide dans certains CSSS et CPS. Nous précisons ici que, quand nous citons intégralement les propos d'une personne interrogée, le nom de cette personne et celui de l'établissement où elle travaille sont passés sous silence afin de préserver la confidentialité.

#### **3.1 L'intervention auprès de la personne suicidaire dans les CSSS**

Nous commençons par exposer les perceptions des intervenants au sujet de l'intervention auprès des personnes suicidaires dans les CSSS. Dans un premier temps, les perceptions relatives aux pratiques facilitant le repérage de la personne suicidaire sont rapportées ; ensuite, les perceptions liées aux pratiques permettant d'intervenir auprès de cette personne sont énoncées ; viennent enfin les perceptions concernant les pratiques, traitées selon que la personne suicidaire sera orientée vers les services du CSSS ou vers ceux qui sont offerts par les partenaires du CSSS.

La première question était posée aux intervenants des CSSS en vue de savoir s'ils ont régulièrement à s'occuper de personnes suicidaires. D'entrée de jeu, les résultats permettent de constater que la fréquence de ce type d'intervention est très variable de l'un à l'autre : si certains intervenants semblent rarement rencontrer des personnes suicidaires, d'autres – nombreux et de divers services du CSSS (ex. : AEOR, suivi en santé mentale, suivi psychosocial) – ont dit en rencontrer régulièrement. La citation qui suit montre que, dans certains services, on côtoie des personnes suicidaires au quotidien.

*Ils ont pratiquement tout le temps des idées suicidaires, plus ou moins prononcées. Ils ont toujours des ruminations. Ça fait partie souvent de leur maladie.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi en santé mentale

##### **3.1.1 Le manque d'uniformité des outils servant à REPÉRER et à ÉVALUER la personne suicidaire**

Les intervenants de certains CSSS n'ont pas d'outils pour repérer et pour évaluer la personne en crise suicidaire. Dans d'autres CSSS, plusieurs interrogés mentionnent se servir de certains outils d'évaluation. Toutefois, l'utilisation de ceux-ci varie d'un intervenant à l'autre, certains se construisant même des outils personnalisés. Cette situation conduit à une diversité de façons d'évaluer les personnes suicidaires au sein d'un même établissement. Quelques-uns des intervenants interrogés soulignent les différences qu'ils perçoivent d'une évaluation à l'autre.

*On a aussi remarqué que, dépendamment qui va être assis sur la chaise, ça change [...].*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi en santé mentale

Des intervenants mentionnent que certains d'entre eux ont peur de poser des questions visant à déceler les idées suicidaires.

*Beaucoup d'intervenants n'osent pas poser la question.*

Un intervenant de CSSS offrant un suivi psychosocial général

*Les intervenants sont mal à l'aise avec cette problématique-là et ne vont pas oser demander à la personne si elle pense à se suicider.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi psychosocial général

Dans d'autres CSSS, la situation paraît différente : plusieurs intervenants affirment évaluer l'urgence suicidaire avec l'outil utilisé par le CPS de leur région : le COQ<sup>1</sup>. Un grand nombre d'entre eux ne semblent pas tenter de nuancer leur évaluation en vérifiant la présence de facteurs associés au suicide (facteurs de risque) ou celle de facteurs de protection. Cette situation n'est pas exclusive aux CSSS puisque des études ont déjà prouvé que des intervenants travaillant en santé mentale ou dans un service d'intervention téléphonique ne tiennent pas compte de tels facteurs dans leur évaluation d'une personne en crise suicidaire (Joiner *et al.*, 2007 ; Mishara *et al.*, 2007). Par ailleurs, il est de plus en plus fréquent d'opter pour une évaluation globale qui intègre une appréciation de l'urgence et de la présence de facteurs associés au suicide. Toutefois, bien que l'AQPS propose un outil permettant d'évaluer l'urgence suicidaire (le COQ), elle n'en a pas encore conçu un qui serait aussi simple et précis pour vérifier la présence des facteurs de risque. Il faut tout de même préciser ici que ces facteurs sont traités dans la formation offerte par l'AQPS. Il ressort de l'analyse des besoins que, parmi les personnes interrogées, certaines disent procéder à une évaluation globale et d'autres signalent que l'évaluation de l'urgence suicidaire ne suffit pas.

*Tu ne peux pas t'en tenir qu'au COQ. C'est très limité.*

Une intervenante de CSSS travaillant à Info-Social

La situation est différente pour les personnes travaillant au service Info-Social qui doivent, dans leur évaluation, spécifier de façon systématique l'urgence suicidaire (d'après le COQ) et noter la présence de certains facteurs associés au suicide.

Dans la majorité des CSSS, les intervenants de l'AEOR doivent remplir une fiche de demande de services. Cette fiche, propre à chaque CSSS, ne contient généralement pas de section particulière où préciser l'urgence suicidaire et la présence de facteurs associés au suicide. Les pratiques varient donc d'un intervenant à l'autre, certains disant signaler la présence d'idées suicidaires dans la section « motif de la consultation » ou « élément déclencheur », par exemple. La fiche contient parfois une section « état suicidaire », mais les intervenants ne savent pas toujours ce qu'ils doivent y inscrire.

Dans certains CSSS, il existe des procédures qui visent à assurer une plus grande uniformité des évaluations portant sur des personnes suicidaires. À ce sujet, quelques intervenants mentionnent que des médecins collaborent avec l'AEOR du CSSS en approuvant leurs évaluations. Si certains d'entre eux disent apprécier ce soutien, d'autres évoquent le fait que cette pratique peut donner l'impression que les médecins ne reconnaissent pas l'expertise du personnel de l'AEOR.

---

1. Le COQ consiste en un bref questionnaire par lequel on demande d'abord à la personne rencontrée en consultation si elle envisage de se suicider ; dans l'affirmative, on lui demande *Comment ? Où ? Quand ?* La précision de son plan détermine l'urgence suicidaire.

Par ailleurs, dans deux CSSS, certaines personnes interrogées soulignent l'existence d'une nouvelle grille d'évaluation qui favorise l'utilisation d'un langage commun et une plus grande objectivité des évaluations effectuées à l'AEOR concernant des personnes suicidaires.

*Par souci d'objectivité, pour évaluer la situation et non l'émotion, on a élaboré cette grille de codification.*

Un intervenant de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

Dans une région, certains interrogés mentionnent que l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) a récemment élaboré un outil d'évaluation du potentiel suicidaire (évaluation de l'urgence suicidaire avec identification des facteurs de risque) à l'intention de toutes les équipes du CSSS et de toutes les organisations partenaires, et ce, afin d'instaurer un langage commun.

- En résumé, les résultats de l'analyse des besoins montrent que, dans certains CSSS, les intervenants n'ont pas d'outil pour évaluer la personne suicidaire et qu'ailleurs, il existe une disparité entre les outils utilisés. Cette disparité ne pose pas de problème si les intervenants disposent d'un coffre à outils pratique et complet. Cela ne semble toutefois pas être le cas. De plus, bien que plusieurs intervenants évaluent l'urgence suicidaire, d'aucuns ne vérifient pas la présence de facteurs associés au suicide. Au-delà des outils, les résultats montrent également que certains intervenants n'évaluent pas non plus la présence d'idées suicidaires. Enfin, quelques CSSS tentent de favoriser l'utilisation d'un outil unique et d'un langage commun pour assurer l'harmonisation des pratiques et une plus grande objectivité des évaluations. Cette tendance apparaît très cohérente avec l'une des pistes d'action suggérées en 2004 par le comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale relativement à la définition de protocoles standardisés pour le repérage et l'évaluation des personnes suicidaires.

### 3.1.2 La variété des pratiques utilisées pour INTERVENIR auprès de la personne suicidaire

Un petit nombre d'intervenants semblent se limiter à repérer ou à évaluer la personne suicidaire puis à l'orienter vers les services dont elle a besoin. Cette réaction est plus fréquente chez ceux qui n'ont pas eu accès à une formation sur l'intervention en situation de crise suicidaire.

D'autres interviennent de façon plus étroite auprès des personnes suicidaires. Leur intervention vise alors à déterminer l'évènement déclencheur et à voir avec la personne suicidaire les possibilités d'agir sur cet évènement. Quelques-uns d'entre eux vont tenter de recadrer les perceptions de la personne suicidaire.

*Souvent, quand on est dans une situation comme celle-là, il n'y a plus de contact avec la réalité. On dramatise. Ça prend de l'ampleur. C'est de replacer [...].*

Un intervenant de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

Certains intervenants vont plutôt aider la personne suicidaire à prendre conscience des éléments positifs de sa vie. Ici, on mise sur les facteurs de protection en amenant la personne à se raccrocher à ces éléments.

*L'idée, c'est d'aller voir les moments où il n'était pas en dépression : il a fait de bons coups, il s'est affirmé, il aimait une femme. L'idée est de se reconnecter pour reconsolider l'identité et retrouver sa capacité de s'affirmer.*

Un intervenant de CSSS offrant un suivi en santé mentale

*À quoi on raccroche la personne ? A-t-elle des enfants ? [...] Parfois c'est dur, lorsqu'ils n'ont rien. [...] Parfois c'est horrible, les histoires qu'ils vivent [...] On essaie de voir, pour raccrocher à quelque chose.*

Une intervenante de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

Des intervenants tentent de faire augmenter l'estime de soi chez la personne suicidaire. Pour ce faire, ils l'aident à trouver elle-même une solution au problème qu'elle vit, en utilisant une approche orientée vers la résolution de problèmes ou en élaborant avec elle un plan d'action qui comporte des objectifs réalistes.

*Tu as un problème, on va trouver des solutions. On va en trouver ensemble. Je vais te montrer comment en trouver pour qu'après ça, tu sois capable de te débrouiller.*

Un intervenant de CSSS offrant un suivi psychosocial général

*On va essayer de voir ce qu'il est possible de résorber dans du court terme. Des objectifs qui vont être réalisables. Ce que la personne est prête à travailler.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi en santé mentale

D'autres intervenants invitent la personne suicidaire à se recentrer sur elle-même en s'aidant par différentes techniques (relaxation, respiration, visualisation, etc.). D'autres encore disent préparer parfois un contrat, verbal ou écrit, de non-passage à l'acte.

*Je ne le fais pas automatiquement. J'ai d'autres de mes collègues qui l'utilisent automatiquement. Pas moi. J'y vais vraiment avec le senti. Il faut que j'aie confiance qu'elle peut retourner chez elle.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi en santé mentale

*L'autre chose sur laquelle je tape beaucoup, c'est le pacte de vie. Tu vas peut-être trouver ça quêtaine, mais se regarder dans les yeux et se donner la main, pour les gars, souvent, ça veut dire quelque chose. Je leur fais promettre de m'appeler si ça ne va pas bien.*

Un intervenant de CSSS offrant un suivi psychosocial général

Plusieurs intervenants ont aussi parlé des pratiques qu'ils utilisent avec des personnes suicidaires ayant des problèmes particuliers, dont des crises suicidaires récurrentes. Certains d'entre eux soulignent l'importance de ne pas banaliser les crises, de tenter d'aller voir ce qui se cache derrière ces états de crise et d'intervenir auprès de ces personnes en leur montrant à demander de l'aide autrement.

*Il y en a qui disent que c'est de la manipulation. J'aime mieux dire que c'est un mécanisme. Ils n'ont pas été entendus et ils en viennent à utiliser la menace suicidaire comme moyen de se faire entendre.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi en santé mentale

*Il faut essayer de ne plus entrer dans cette espèce de communication-là qu'il installe. On peut intervenir en lui disant : « Quand tu me parles comme ça, je ne te comprends pas. Qu'est-ce que tu veux me demander ? » Il ne faut pas le faire attendre et lui faire son pansement en lui disant : « Encore toi ! » Il sait qu'il l'excède et il est convaincu qu'il est mauvais. Donc, quand tu lui dis ça, tu viens lui confirmer ce qu'il pense. Ainsi, il se maintient dans cette position-là.*

Un intervenant de CSSS offrant un suivi en santé mentale

D'autres intervenants ont évoqué la nécessité d'offrir une présence attentive aux personnes suicidaires par leur suivi.

*Le secret, c'est d'être très présent. Ils sont souvent très isolés et ils n'ont pas beaucoup de gens à qui ils peuvent dire ce qui ne va pas. Quand tu es présent et que ton oreille est attentive, tu es capable de les orienter sur les bonnes choses, ça va relativement bien.*

Un intervenant de CSSS offrant un suivi psychosocial général

Enfin, certains des intervenants interrogés affirment qu'ils tentent d'agir sur la sécurité de la personne suicidaire.

*Dernièrement, j'avais quelqu'un qui avait des idéations suicidaires causées par une crise d'adaptation. Je lui ai demandé d'entreposer ses armes ailleurs et je lui ai demandé de me téléphoner. J'avais une bonne relation avec et je pouvais me fier.*

Un intervenant de CSSS offrant un suivi psychosocial général

Rappelons ici que notre objectif n'est pas de décrire en détail l'ensemble des pratiques auxquelles ont recours les intervenants de CSSS. Les exemples précités permettent toutefois de constater que plusieurs pratiques sont similaires à celles qui se trouvent dans la formation « Intervenir en situation de crise suicidaire » de l'AQPS, témoignant probablement des acquis des personnes ayant suivi cette formation.

Certaines pratiques, dont celles qui relèvent de l'approche axée sur la résolution de problèmes, sont cohérentes avec celles qui sont réputées, dans les recensions d'écrits scientifiques, efficaces pour intervenir auprès des personnes suicidaires (Guo et Harstall, 2004). D'autres approches que des chercheurs considèrent comme prometteuses pour assurer le suivi de la crise suicidaire ne semblent pas être utilisées par les intervenants de CSSS (ex. : thérapie cognitivo-comportementale, thérapie dialectique).

D'autre part, certaines recherches (Van Heeringen *et al.*, 1995 ; Welu, 1977) mettent en lumière des pratiques qui permettent d'augmenter la fidélité au suivi (ex. : visite à domicile, entretien téléphonique, etc.). Celles-ci pourraient se révéler utiles dans le cadre du suivi psychosocial ou du suivi en santé mentale assurés par les CSSS.

- En résumé, les résultats permettent de constater la variété des pratiques utilisées dans les CSSS pour intervenir auprès des personnes suicidaires. D'après les recherches publiées plus ou moins récemment, certaines sont réputées efficaces, tandis que d'autres apparaissent novatrices. Ces résultats montrent la nécessité que certains intervenants aient accès à la formation continue afin d'augmenter leurs connaissances et d'améliorer leur intervention auprès des personnes suicidaires. De plus, certaines pratiques d'intervention semblent être peu utilisées dans les CSSS, et ce, bien que leur efficacité soit reconnue par certaines recherches pour gérer la crise suicidaire, assurer son suivi et augmenter la fidélité au suivi. Nous ajoutons que ces pratiques mériteraient d'être traitées dans le guide à l'intention des intervenants des CSSS.

### 3.1.3 Le manque de fluidité des mécanismes visant à ORIENTER la personne suicidaire vers les services du CSSS

L'analyse des propos des intervenants permet de décrire deux types de mécanismes selon que ceux-ci servent à orienter la personne suicidaire vers les différents services du CSSS ou vers les services offerts par les organisations partenaires du territoire. Les mécanismes de la deuxième catégorie font l'objet de la sous-section suivante.

Pour ce qui est des mécanismes servant à orienter la personne suicidaire vers les différents services du CSSS, l'analyse met en relief des distinctions d'un CSSS à l'autre lorsque cette personne se présente à l'accueil (AEOR). Dans l'ensemble des CSSS à l'étude, elle s'adresse d'abord à une ou un réceptionniste, qui va ensuite lui faire rencontrer une ou un intervenant de l'AEOR. Dans la majorité des CSSS à l'étude, l'intervenant s'occupera lui-même de la crise suicidaire. Toutefois, dans deux CSSS, il adressera la personne suicidaire à une équipe spécialisée dans l'intervention en situation de crise. Certains des interrogés pensent que cette façon de procéder ne contribue pas à maintenir le lien thérapeutique, et ce, d'autant plus que cette personne sera assurée d'un suivi – psychosocial ou en santé mentale – avec un autre intervenant.

*Une partie du succès de l'intervention est due à la relation que tu instaures avec quelqu'un. Tu ne peux pas garrocher un usager d'un praticien à l'autre.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi psychosocial général

*On dit que le lien fait toute la différence, que 80 % de la réussite d'une thérapie, c'est le lien avec la personne. Il y a effectivement peut-être quelque chose là-dedans, au niveau de la stabilité des intervenants, à révéifier.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi en santé mentale

Parmi les intervenants interrogés, certains rapportent le fait que la personne suicidaire qui téléphone au CSSS (ex. : Info-Social) entend un message enregistré. Ce message l'invite à spécifier si elle veut parler à un membre du personnel infirmier ou de l'équipe de travail social et il arrive qu'elle soit mise en attente. Bien que le message fasse mention qu'elle peut communiquer avec le service d'urgence 911, certains intervenants déplorent cette situation.

*Il ne faudrait pas qu'il y ait de temps d'attente. On a la possibilité de savoir combien on perd d'appels. On évalue ça pour ajuster des ressources pendant les heures de pointe.*

Une intervenante de CSSS travaillant à Info-Social

Dans la majorité des CSSS, les intervenants qui travaillent à l'AEOR effectuent de courts suivis (trois ou quatre rencontres) pour gérer une crise ponctuelle ou pour offrir un « filet de sécurité » à la personne suicidaire, tout en sachant que cette dernière sera inscrite sur une liste d'attente en vue de bénéficier d'un suivi. Cependant, l'attente peut être très longue.

*On supporte l'usager jusqu'à ce qu'il soit pris en charge par l'équipe santé mentale. Ça peut prendre une année.*

Une intervenante de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

La personne qui a vécu une crise suicidaire sera habituellement adressée à l'un des intervenants offrant un suivi psychosocial ou un suivi en santé mentale lorsque sa situation aura été stabilisée par l'équipe d'AEOR ou par l'équipe de crise. Plusieurs des intervenants interrogés mentionnent que les critères visant à déterminer le type de suivi dont a besoin cette personne sont rarement précisés dans une politique ou dans une procédure et même certains intervenants de l'AEOR disent ignorer ce que sont ces critères. Plusieurs interrogés évoquent l'existence de zones grises à ce sujet, comme dans le cas des personnes suicidaires dont la situation est complexe (ex. : personne présentant une déficience intellectuelle et un problème de consommation d'alcool ou de drogue). Les propos qui suivent portent sur certaines des zones grises entourant l'orientation de la personne suicidaire vers l'équipe de santé mentale.

*Souvent, un usager qui vit une crise suicidaire va être référé à l'équipe santé mentale. [...] Souvent oui, mais des fois ils vont refuser.*

Une intervenante de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

*Au niveau de la première ligne, entre les services généraux et la santé mentale, il y a des ambiguïtés. Parfois, dès qu'il y a un psychiatre dans le dossier, ils disent que c'est de la deuxième ligne. Il faut se parler.*

Une intervenante de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

Plusieurs interrogés disent que la personne suicidaire vivant une crise transitoire et situationnelle est adressée à l'équipe de suivi psychosocial une fois que la crise est gérée. Des intervenants de l'AEOR soulignent que ces critères restent tout de même flous, car il s'avère parfois difficile de déterminer si une crise est transitoire, stable ou plutôt persistante et grave.

L'existence de listes d'attente donnant accès à certains services spécialisés amène les intervenants de CSSS à modifier leurs pratiques puisque le temps d'attente peut être assez long (ex. : neuf mois avant de rencontrer un membre de l'équipe de santé mentale). Ainsi, des intervenants de l'AEOR mentionnent qu'ils vont parfois orienter la personne suicidaire vers un service qu'ils ne considèrent pas nécessairement comme le plus adapté à son problème, mais où la personne va être reçue rapidement. Le problème des longues listes d'attente est dénoncé par plusieurs interrogés. Certains d'entre eux, dont l'intervenante citée ci-après, soulignent que ces listes comprennent parfois le nom d'usagers à risque.

*J'ai reçu une dame qui m'est arrivée et je me demandais comment elle avait fait pour attendre jusqu'à cette rencontre-là. Elle était complètement déconnectée, dans une souffrance énorme. Une autre dame s'est retrouvée en psychiatrie à l'hôpital, entre le moment de l'évaluation et sa première rencontre avec moi. Dépression. Elle est allée jusqu'au fin fond.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi psychosocial général

Les mécanismes d'orientation à l'interne diffèrent d'un CSSS à l'autre. Dans certains établissements, seules les personnes pour qui a été posé un diagnostic de problème de santé mentale sont adressées à l'équipe de santé mentale tandis qu'ailleurs, même les personnes chez qui l'on soupçonne seulement un tel problème sont dirigées vers cette équipe.

Par ailleurs, certains intervenants de CSSS mentionnent qu'ils doivent respecter des consignes relativement au nombre de rencontres à tenir dans le cadre du suivi d'une personne suicidaire. D'autres ajoutent que ces consignes ne sont pas réalistes. De plus, celles-ci apparaissent très différentes d'un CSSS à l'autre (ex. : un maximum de 15 rencontres pour le suivi psychosocial dans un CSSS et de 4 dans un autre). Précisons toutefois ici que tous les établissements ne donnent pas de consigne à ce sujet.

*Je pense que le ministère ne reconnaît pas toute la complexité de l'intervention auprès de la personne ayant une problématique de santé mentale. C'est bon d'avoir, à un moment donné, un barème. Mais pas qui s'applique comme ça, de façon systématique, qui ne tient pas vraiment compte de toute la réalité de la difficulté de l'arrimage, du manque de ressources, de la lourdeur de la problématique.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi en santé mentale

*Je trouve les cibles sévères. On intervient toujours à domicile. Parfois, quand quelqu'un va moins bien et a des idées suicidaires, on l'accompagne à l'hôpital. Ça peut prendre une journée complète. [...] On se fait rappeler les cibles rigoureusement. On a aussi beaucoup de démarches et de paperasses à remplir pour le centre de réadaptation, pour l'hébergement.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi d'intensité variable en santé mentale

Des intervenants rapportent quelques solutions trouvées au sein de leur établissement pour offrir le suivi le mieux adapté aux besoins de l'usager. Dans certains CSSS, un coordonnateur clinique révisé l'ensemble des évaluations et détermine le type de suivi approprié à l'usager. D'autres intervenants disent que la création du guichet d'accès en santé mentale constitue également une solution puisque ce service analyse les demandes de suivi en santé mentale. Dans un autre CSSS, certaines personnes de l'AEOR mentionnent qu'elles ont un cartable contenant toutes les notes de service écrites au fil des derniers mois au sujet des critères définis pour diriger un usager vers tel ou tel service.

- En résumé, les résultats amènent à se questionner tant sur l'efficacité des mécanismes visant à orienter la personne suicidaire vers les services du CSSS que sur l'adaptation desdits mécanismes aux caractéristiques de cette personne, notamment à cause des pratiques organisationnelles considérées comme discutables (ex. : avoir recours à un répondeur, multiplier le nombre d'intervenants, inscrire la personne sur une liste d'attente, etc.). Les solutions proposées par certains CSSS pour améliorer quelques situations problématiques apparaissent pertinentes. Nous pensons qu'il en existe sûrement d'autres qui mériteraient d'être diffusées.

### 3.1.4 Le manque de fluidité des mécanismes visant à ORIENTER la personne suicidaire vers les services offerts par les partenaires

Pour ce qui est des mécanismes visant à orienter la personne suicidaire vers les services offerts par les partenaires du CSSS, l'analyse montre que ceux qui mènent cette personne à l'hôpital ne sont pas fluides.

*Il n'y a pas encore de mécanisme d'installé. Quand l'usager se présente lui-même à l'hôpital, on va en entendre parler par la travailleuse sociale de l'urgence quand ça va faire 75 fois que la personne se présente. [...] Ils vont nous dire : « C'est peut-être plus à vous autres de vous en occuper. » Il n'y a pas de mécanisme pour faciliter les passages des services de la première à la deuxième ligne.*

Un intervenant de CSSS offrant un suivi en santé mentale

Plusieurs intervenants interrogés parlent de l'absence de procédures pour adresser une personne suicidaire à l'hôpital et ajoutent que cette situation pose des défis, notamment en matière de communication.

*Ce que l'on déplore lorsque l'on envoie un usager suicidaire à l'hôpital, on apprend, par la bande, qu'il est sorti 12-24 heures après et qu'il n'y a pas eu de référence. Ce n'est pas rare.*

Un intervenant de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

*Dernièrement, on a référé un usager à l'hôpital. La famille m'appelle le lendemain et me dit qu'il est revenu chez lui. Je n'avais pas eu de nouvelles de l'hôpital.*

Une intervenante de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

Nombre d'interrogés mentionnent les liens difficiles avec certains psychiatres et certains médecins de l'hôpital qui envoient peu d'usagers suicidaires au CSSS pour un suivi psychosocial ou qui le font sans procédure formelle.

*Je ne suis même pas certaine que les médecins savent ce que l'on fait ici [suivi psychosocial], qu'ils sont au courant des ressources.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi psychosocial général

À l'opposé, des intervenants soulignent la bonne collaboration avec certains médecins.

*L'attitude des médecins et du psychiatre n'est pas condescendante [...], ça aide. Dans d'autres milieux, on a plus de difficulté [...], l'approche est plus directive et hautaine. [Ça] diminue avec les années [...], mais c'est [encore] ardu.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi en santé mentale

D'autres intervenants de CSSS disent que la collaboration avec l'hôpital est bonne, ajoutant que la qualité de cette collaboration repose beaucoup sur les liens informels qui ont été établis.

*On connaît les acteurs. Le réseau informel est très fort. On se connaît tous [...], on a une culture de concertation.*

Un intervenant de CSSS offrant un suivi en santé mentale

L'analyse permet en outre de constater que, d'un CSSS à l'autre, d'un point de service à l'autre et d'un intervenant de CSSS à l'autre, l'hospitalisation est considérée tantôt comme la dernière option à envisager, tantôt comme la solution qui s'impose dès que l'urgence suicidaire est élevé. On peut se demander si cela s'explique par des différences de valeurs ou d'approches, ou par l'absence d'ententes claires et négociées entre le CSSS et l'hôpital. Certains interrogés soulèvent le fait qu'il y a peu de solutions de remplacement à l'hospitalisation dans leur région. D'autres mentionnent qu'il serait pertinent de créer un centre de crise dans leur région pour éviter le recours à l'urgence hospitalière. Ainsi, certaines régions n'ont pas de centres de crise, et ce, même si ceux-ci sont reconnus comme étant « à même de pouvoir offrir un suivi plus spécialisé à la clientèle suicidaire » (Houle, Poulin et Van Nieuwenhuyse, 2006, p. 29).

*Je trouve dommage que l'on n'ait pas de centre de crise. On doit référer à l'urgence psychiatrique. Je pense que la crise pourrait être mieux stabilisée dans un endroit où l'intervention est spécifique à ça. Les gens sont réticents aussi à aller à l'urgence psychiatrique. Ils sont étiquetés.*

Une intervenante de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

Plusieurs intervenants affirment orienter les personnes suicidaires vers la ligne d'intervention téléphonique du centre de prévention du suicide (CPS) ou vers le centre de crise, comme filet de sécurité, en attendant les rencontres de suivi.

Certains interrogés pensent que le MSSS devrait sensibiliser les gestionnaires des CSSS à l'importance d'agir pour rendre plus fluides les mécanismes d'orientation des usagers au sein du CSSS et sur le territoire local.

Des intervenants décrivent les mécanismes qu'ils utilisent pour orienter la personne suicidaire vers les services offerts par les organisations partenaires du CSSS. Par exemple, des gestionnaires de CSSS et des partenaires ont établi et signé un protocole d'entente inter-établissements (CSSS-hôpital-organismes partenaires) par lequel ils s'engageaient à suivre les procédures qui y sont définies concernant l'orientation des personnes suicidaires et le retour d'information à leur sujet afin d'améliorer la continuité des services et la coordination de l'intervention. Ce protocole implique l'utilisation d'une fiche de continuité des soins qui doit être remplie et transmise à l'établissement ou à l'organisme visé avant que la personne suicidaire n'y soit envoyée. La fiche peut comprendre, par exemple : 1) le profil de l'utilisateur (ex. : antécédents) et son état actuel (ex. : suicidaire) ; 2) la nature de l'urgence ; 3) l'identité de

l'intervenant ; 4) les suites attendues. D'autres CSSS utilisent une telle fiche sans avoir signé de protocole d'entente formel. Certains interrogés soulignent l'utilité de cette pratique.

*Ça met de l'huile dans l'engrenage. Ça facilite la prise en charge. Ça facilite les contacts entre organismes. Ça oblige l'intervenant receveur à donner un feed-back à l'intervenant qui réfère.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi psychosocial général

Toutefois, d'autres intervenants révèlent que leur protocole n'est pas toujours respecté et qu'il repose souvent sur les épaules de quelques personnes en particulier. Il semble que la diffusion et l'appropriation de tels protocoles constituent un enjeu dans le contexte actuel des mouvements de personnel.

*[...] il est sur le respirateur présentement. [...] il y a eu beaucoup de changements de personnel. [...] Ça prend des personnes de liaison et des gens qui y croient [...] il y a comme une faiblesse à ce niveau-là.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi en santé mentale

*Au niveau des canaux de communication, ce n'est pas facile. Alors, avec ce protocole-là, si on envoie quelqu'un à l'hôpital, parce qu'il a un risque suicidaire, normalement, on devrait avoir du feed-back de l'hôpital. Mais les deux dernières fois que je l'ai utilisé, je n'ai jamais eu de feed-back. Je sais que tout le monde est débordé, mais ça fait partie du protocole. C'est inopérant.*

Un intervenant de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

Des intervenants rapportent que leur établissement a créé un poste d'agent de liaison. La personne qui occupe ce poste travaille à l'urgence psychiatrique de l'hôpital, mais elle est rattachée au CSSS sur le plan administratif. Son rôle consiste, entre autres, à rencontrer la personne suicidaire à l'hôpital pour lui offrir un suivi posthospitalisation au CSSS et à faciliter l'échange entre les services de ces deux établissements. S'il y a lieu, elle transmet à l'intervenant qui offre déjà un suivi à cette personne l'information dont il a besoin. Mentionnons ici que le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* invite les CSSS à désigner des agents de liaison pour faciliter les liens entre les services des différents établissements et organismes.

Certaines personnes interrogées croient que les futures consignes du MSSS sur le suivi étroit, lesquelles visent à s'assurer que les usagers sortant de l'urgence reçoivent les services que requiert leur condition, vont faciliter la continuité des services et la coordination de l'intervention à la suite d'une tentative de suicide.

Dans un autre CSSS, une « ligne téléphonique pour les partenaires » a été mise en service récemment. Un intervenant agit comme agent de liaison et est affecté à cette ligne, qui vise à faciliter les demandes de services entre organismes partenaires. Ainsi, ceux qui veulent adresser un de leurs usagers au CSSS n'ont qu'à communiquer avec cette personne.

Des interrogés mentionnent qu'un comité regroupant les organisations actives auprès des personnes suicidaires (CPS, hôpital, CSSS, organismes communautaires, etc.) a été mandaté pour déceler les lacunes dans la prestation des services et pour proposer des solutions permettant de les pallier.

Enfin, plusieurs personnes soulignent l'importance de la collaboration entre organisations partenaires du territoire du réseau local, de la reconnaissance des expertises respectives et de l'utilisation d'un langage commun.

*Dans d'autres établissements, parfois on se parle et je dois vérifier si l'intervenante me parle d'urgence suicidaire ou de risque. [...] C'est arrivé quelques fois que risque voulait dire urgence dans le langage de l'intervenant.*

Un intervenant de CSSS offrant un suivi psychosocial général

- En résumé, les résultats permettent de constater que des problèmes soulevés en 1998 dans la Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie (MSSS, 1998) existent toujours. C'est le cas, entre autres, des mécanismes liés à la prise en charge et au suivi des usagers pendant et après une crise suicidaire. Il semble que certains de ces mécanismes ne soient pas vraiment adaptés aux caractéristiques de la personne suicidaire, notamment en ce qui a trait au suivi et à l'hébergement de crise. Plus récemment, Houle, Poulin et Van Nieuwenhuysse (2006) soulignaient que les lacunes dans la continuité des services offerts aux personnes suicidaires « compromettent leur prise en charge et leur rétablissement » (p. ii). Les solutions trouvées par certains CSSS pour améliorer leurs mécanismes d'orientation des usagers vers des services externes apparaissent prometteuses et nous croyons qu'elles méritent d'être diffusées dans les autres CSSS du Québec.

### 3.2 La formation et le soutien clinique

Nous continuons d'exposer les perceptions des intervenants en abordant maintenant l'accès à des formations sur l'intervention en situation de crise suicidaire puis le soutien clinique dont ces intervenants bénéficient.

#### 3.2.1 Les difficultés d'accès à la formation pour certains intervenants

Le premier constat tiré des résultats de notre enquête est qu'un grand nombre d'intervenants ont déjà eu accès, il y a de cela plusieurs années, à de la formation sur l'intervention en situation de crise suicidaire.

*Avant, on avait accès à plusieurs formations. [...] En plus, en ce moment, on est dans la fusion, un moment difficile. [...] ils n'outillent pas leurs intervenants et les épuisent.*

Un intervenant de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

Par contre, d'autres intervenants disent n'avoir jamais eu accès à ce type de formation. Parmi eux, il s'en trouve qui s'occupent d'usagers présentant des problèmes de santé mentale ou qui travaillent au service d'AEOR. Plusieurs soulignent la diversité des cas pris en charge à l'AEOR, ce qui rend essentiel accès à des sessions de formation.

*La première rencontre, l'évaluation effectuée à l'accueil est la plus importante. Parfois, ce premier contact permet de diminuer la crise.*

Un intervenant de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

*C'est le secteur d'activité le plus complexe dans tout l'établissement. Il faut avoir une méga-connaissance de toutes les ressources possibles [...]. Des problématiques, il y en a de toutes les sortes.*

Une intervenante de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

Certaines personnes interrogées soulignent des différences entre les équipes du service d'AEOR et celles du service téléphonique Info-Social. Le personnel d'Info-Social bénéficie d'environ deux semaines de formation avant de commencer à travailler dans le service et d'un soutien clinique constant une fois en poste. Bien que les équipes de l'AEOR effectuent un travail similaire, auquel s'ajoute l'intervention face à face, plusieurs des interrogés dénoncent le manque d'accès à la formation, la surcharge de travail, le peu de reconnaissance ainsi que des problèmes de sécurité.

Dans cinq CSSS, des intervenants mentionnent que les nouveaux employés ou ceux qui n'ont pas de poste permanent ont moins souvent accès à la formation et ils soulignent les effets négatifs d'une telle situation.

*Si tu n'es pas un permanent ou si tu n'as pas de poste, tu es plus ou moins formé. Étant donné que ça prend parfois six années avant d'avoir un poste...*

Une intervenante de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

*On n'aide pas beaucoup les nouveaux professionnels. Ils sont garrochés. C'est dangereux ça parce que, quand tu es fatigué, tu peux en échapper.*

Un intervenant de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

De plus, il faut souligner le fait que plusieurs réceptionnistes et secrétaires de CSSS, notamment celles et ceux qui travaillent à l'accueil, sont souvent en relation avec des usagers suicidaires. Il semble toutefois que ces membres du personnel n'ont pas accès à une formation leur permettant de bien repérer la personne suicidaire (ex. : formation du type sentinelle).

Plusieurs interrogés mentionnent que le manque de formation des intervenants fait en sorte que ces derniers ne semblent pas à l'aise de vérifier si les usagers ont des idées suicidaires et n'évaluent pas l'urgence suicidaire de façon systématique. D'autres soulignent le danger que cela peut entraîner.

*En ne formant pas les intervenants des CSSS à l'intervention de crise suicidaire, on les met dans une situation de risque, de même que les usagers.*

Une intervenante de CPS

*La réforme actuelle axe sur l'accessibilité, la qualité et la continuité. Pour l'accessibilité, on peut dire que ça va. Pour la qualité, il y a un problème. Quand je dis ça, je ne blâme pas les intervenants. C'est plutôt l'organisation qui ne permet pas de leur offrir de la formation, des outils et le soutien nécessaire pour développer leurs compétences. Pour la continuité, lorsque l'utilisateur passe d'un établissement à l'autre, il est en réévaluation constante. De plus, on n'a aucune idée des services qu'il a pu avoir dans les autres établissements.*

Une intervenante de CPS

Dans certains CSSS, la formation n'est offerte qu'à une équipe en particulier, soit celle qui gère les crises ou celle de l'AEOR. Dernièrement, des CSSS privilégiaient de courtes sessions de formation, mais certaines personnes soulignent le manque d'intégration des nouvelles connaissances.

*Je n'ai pas pu intégrer, alors je reste avec mes anciennes approches [...] Je n'appelle pas ça de la formation. C'est de l'information.*

Un intervenant de CSSS offrant un suivi psychosocial général

Les résultats permettent en outre de constater que peu d'intervenants ont reçu la formation accréditée « Intervenir en situation de crise suicidaire » de l'AQPS. Un seul CSSS propose régulièrement à ses intervenants d'aller suivre cette formation au CPS de la région. Pourtant, plusieurs des personnes interrogées qui ont eu accès à cette formation soulignent les bénéfices qu'elles en ont retirés, notamment l'augmentation de leur sentiment de compétence:

*C'est une excellente formation. Je suis sortie de là emballée [...]. Je suis sortie de là beaucoup plus confiante [...]. C'était concret.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi en santé mentale

Certaines personnes font remarquer que les intervenants ayant suivi cette formation utilisent un langage commun. Des intervenants interrogés soulignent les éléments de la formation qu'ils ont transférés dans leur pratique (ex. : outil pour évaluer l'urgence, stratégie pour désamorcer une crise, etc.) et d'autres évoquent la pertinence de la formule pédagogique (ex. : jeux de rôle, mises en situation, échanges de propos sur le vécu) qui favorise les apprentissages. D'aucuns pensent que la formation devrait être obligatoire pour tous les intervenants des CSSS.

*Il ne faut pas suggérer la formation, il faut l'imposer [...] et pas seulement aux intervenants qui travaillent avec les personnes en crise. Les idées suicidaires ne se manifestent pas seulement dans une crise [...]. La formation [de l'AQPS] devrait faire partie de la formation de départ de chacun des intervenants.*

Un intervenant de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

Nonobstant ce que nous venons d'exposer, la formation conçue par l'AQPS n'est pas privilégiée dans certains CSSS, compte tenu de sa durée.

*Dans certains CSSS, trois jours, c'était difficile. Il y a des milieux qui voudraient une journée, mais on ne va pas en bas de deux jours [...].*

Un intervenant de CPS

Selon un calcul qu'ils ont effectué, quatre des CPS ayant participé à notre enquête ont donné la formation relative à l'intervention en situation de crise suicidaire (de deux ou trois jours), en moyenne, à trois intervenants par année dans chacun des CSSS de leur territoire. L'analyse de ces statistiques permet de constater que certains CSSS n'ont jamais demandé au CPS de former leur personnel. Cette analyse permet aussi de constater une augmentation du nombre de formations dans les CSSS de certaines régions les années où l'agence de la santé et des services sociaux (ASSS) en assume la planification et les frais afférents.

Quelques intervenants avancent l'une ou l'autre des hypothèses suivantes pour expliquer cette sous-utilisation des services des CPS par certains CSSS : 1) le fait que les gestionnaires et les intervenants de ces établissements sont débordés ; 2) une histoire de relations difficiles entre CPS et CSSS dans certains territoires ; 3) l'absence de subvention de l'ASSS pour rendre les formations gratuites dans certaines régions ; 4) l'argent affecté à la formation qui ne parviendrait pas toujours au CPS.

*Le ministère dit qu'il reconnaît l'expertise des centres de prévention du suicide, mais la responsabilité et l'argent vont aux CSSS.*

Une intervenante de CPS

*Le réseau de la santé et des services sociaux et le communautaire sont en compétition pour le financement. Après, on nous parle de l'importance du partenariat et de la concertation.*

Un intervenant de CPS

Si, dans certains CSSS, la personne intéressée doit elle-même demander aux autorités de suivre la formation de l'AQPS, il arrive ailleurs que les gestionnaires la proposent seulement à quelques personnes ciblées. Ainsi, dans l'un des CSSS, les gestionnaires suggèrent fortement à certaines personnes d'aller suivre cette formation. Notre analyse permet en outre de constater que, dans un même établissement, il existe des différences d'un point de service à l'autre.

Selon des intervenants, l'ASSS pourrait jouer un rôle important en priorisant et en subventionnant la formation sur l'intervention en situation de crise suicidaire ainsi qu'en faisant de la publicité à ce sujet sur son site Internet ou dans les CSSS, par exemple. Au moment de l'enquête, certaines personnes soulignent plutôt des disparités entre les différentes agences.

*Entre les agences de chaque région, par rapport au financement, il y a de la disparité. Certaines agences donnent de l'argent aux CPS pour donner telle formation [...] ; dans d'autres régions, non.*

Un intervenant de CPS

Des personnes interrogées croient que le MSSS devrait, d'une part, débloquer davantage de fonds pour la formation relative à l'intervention en situation de crise suicidaire et, d'autre part, sensibiliser les gestionnaires des CSSS à l'importance de permettre à leur personnel, même les nouveaux employés, d'être formé à ce type d'intervention.

*Je pense qu'il faut que ça vienne d'en haut, du MSSS. [...] Ne serait-ce pas la meilleure option que de dire aux gestionnaires des CSSS « vous devez former vos intervenants » ?*

Un intervenant de CPS

- En résumé, les résultats permettent de constater une grande disparité au regard de l'accès à la formation liée à l'intervention en situation de crise suicidaire. De plus, il semble que peu de CSSS investissent massivement dans la formation de leurs intervenants psychosociaux concernant la prévention du suicide.

### 3.2.2 Le peu de soutien clinique offert aux intervenants

Pour ce qui est du soutien clinique offert aux intervenants s'occupant de personnes suicidaires, plusieurs de ceux qui travaillent dans un CSSS soulignent qu'ils n'ont pas accès auprès d'un conseiller ou d'un superviseur clinique.

*Je suis ici depuis plusieurs années et je n'ai jamais eu accès à de la supervision clinique.*

Un intervenant de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

*Il faut dire aux gestionnaires et au gouvernement que la supervision clinique est profitable pour les intervenants. Si les intervenants ne sont pas outillés, ils répètent leur vécu traumatique dans leurs interventions auprès de la clientèle.*

Un intervenant de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

Lorsque les intervenants bénéficient d'un accompagnement clinique, il semble que celui-ci varie d'un CSSS à l'autre, d'une équipe à l'autre. Par exemple, dans un CSSS, un conseiller clinique sera disponible en tout temps pour chacun des intervenants d'une équipe particulière ; dans un autre CSSS, il ne sera disponible qu'une fois par semaine ou par mois pour une rencontre de groupe ; dans un autre CSSS encore, il peut avoir la responsabilité de l'ensemble des équipes psychosociales de l'établissement. Nos résultats permettent de constater que les équipes de santé mentale semblent bénéficier davantage d'un accompagnement clinique que les autres équipes psychosociales (ex. : l'équipe du service d'AEOR ou celle qui offre le suivi psychosocial). Quoi qu'il en soit, les intervenants qui ont accès à un accompagnement clinique soulignent sa pertinence.

*Je ne serais pas capable de faire le travail que je fais si je n'avais pas le support que j'ai actuellement. On travaille avec une clientèle qui est toujours en souffrance.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi en santé mentale

*Ça évite l'épuisement professionnel. Ici, dans l'équipe, il n'y en a pas [...] ; on prend soin des autres, beaucoup.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi en santé mentale

Plusieurs intervenants disent que l'accompagnement clinique idéal serait offert par une personne : 1) qui a une expertise clinique ; 2) qui n'a pas de lien d'autorité avec les intervenants ; 3) qui se consacre à cette tâche à temps plein ; 4) qui est disponible ; 5) qui possède certaines qualités (ex. : respectueuse, capable de créer un climat de confiance et d'encourager, présente aux autres, etc.) ; 6) qui conseille au lieu d'imposer.

Des personnes interrogées mentionnent que leurs réunions d'équipe ont un contenu plus administratif que clinique. Les propos des intervenants qui assistent à des réunions de nature clinique laissent croire que la fréquence de celles-ci est très variable d'un CSSS à l'autre et parfois d'une équipe à l'autre dans un même établissement (ex. : une fois par semaine ou une fois tous les deux mois). Dans un autre ordre d'idées, l'analyse des résultats montre que peu d'intervenants de CSSS utilisent la ligne d'intervention téléphonique du CPS pour obtenir des conseils cliniques liés à l'intervention en situation de crise suicidaire. À ce sujet, certains intervenants de CSSS avouent ne pas connaître les services du CPS et, inversement, des intervenants de CPS ne sont pas bien renseignés sur les services du CSSS. Quelques personnes suggèrent que des rencontres soient planifiées entre CPS et CSSS pour que les intervenants apprennent à mieux se connaître et qu'ils soient mieux informés des services offerts par chacune des organisations. Enfin, certaines personnes pensent que le MSSS devrait sensibiliser les gestionnaires des CSSS à l'importance de

mettre en place un soutien clinique, et ce, particulièrement pour les intervenants qui ont des rencontres exigeantes sur le plan émotif, notamment avec des personnes suicidaires.

- En résumé, plusieurs intervenants de CSSS n'ont pas accès à un accompagnement clinique, et ce, même lorsque leur travail implique des relations exigeantes sur le plan émotif.

### 3.2.3 Besoins à combler par un guide des bonnes pratiques en prévention du suicide pour les intervenants des CSSS

La présentation des perceptions et des besoins exprimés par les personnes interrogées s'achève avec les lacunes qui pourraient être comblées par un guide des bonnes pratiques en prévention du suicide dans les CSSS. L'analyse des résultats a mis en lumière quelques thèmes, dont certains sont similaires aux sujets abordés dans la formation « Intervenir en situation de crise suicidaire » de l'AQPS. Nous citerons les suivants : 1) la clarification des concepts liés au suicide ; 2) les préconceptions au regard du suicide ; 3) l'évaluation de l'urgence suicidaire ; 4) les facteurs associés au suicide et les facteurs de protection ; 5) le savoir être (ex. : comment entrer en contact avec l'autre) ; 6) le contrat de non-suicide et l'importance d'installer un filet de sécurité ; 7) l'importance de prendre soin de soi comme intervenant ; 8) l'intervention particulière auprès des personnes ayant soit des idées suicidaires de façon récurrente, soit des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

Sur le plan technique, certains intervenants souhaitent, pour pouvoir mieux intervenir auprès de la personne suicidaire, disposer : 1) d'un outil leur permettant d'évaluer la présence des facteurs associés au suicide ; 2) d'aide-mémoire simples, détachables, adaptés à leur pratique (ex. : qui permettent d'évaluer rapidement l'état de l'utilisateur qui se présente à l'AEOR) ; 3) des procédures adaptées à l'intervention en CSSS ; 4) de mécanismes facilitant l'orientation des usagers vers les services du CSSS et vers ceux qu'offrent les partenaires ; 5) une liste des organismes partenaires de la région, avec les coordonnées et les services de chacun.

Plusieurs intervenants pensent qu'il serait pertinent de définir les pratiques à privilégier pour intervenir auprès des groupes cibles suivants : 1) les hommes ; 2) les personnes ayant des troubles de la personnalité ; 3) les personnes affectées par plusieurs problèmes en même temps ; 4) les jeunes enfants et les adolescents ; 5) les personnes immigrantes ; 6) les proches des personnes suicidaires ; 7) les personnes vivant dans des régions où les taux de suicide sont plus élevés ; 8) les personnes souffrant d'une maladie chronique et les personnes âgées ; 9) les personnes dont le problème est récurrent ainsi que les personnes itinérantes. Certains interrogés ont souligné la complexité de l'intervention auprès des personnes suicidaires et la difficulté de leur redonner goût à la vie.

*Une dame âgée est venue à l'accueil, elle parlait de suicide. Elle avait perdu son mari il y a deux ans. Elle avait rencontré un autre homme qui venait tout juste de recevoir un diagnostic de cancer [...]. Elle disait : « À quoi bon vivre ? » [...] Elle a dit : « Je veux mourir, en sautant dans la rivière. » Moi, je trouve difficile de la supporter. [...] Je me sens impuissante. [...] ce serait bon d'aborder cet aspect dans la formation.*

Un intervenant de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

Plusieurs personnes interrogées croient que la diffusion d'un guide dans les CSSS ne suffira pas à bien outiller les intervenants. Elles soulignent la nécessité d'une formation qui favoriserait le développement des compétences cliniques et qui stimulerait le développement du jugement clinique, avant d'ajouter que les formatrices et formateurs accrédités par l'AQPS ou ceux des CPS sont les mieux placés pour offrir une telle formation.

Nombre d'intervenants soulignent quant à eux la nécessité de bénéficier d'un suivi ou de rappels après avoir reçu la formation de base ou lu un guide des bonnes pratiques, de façon à mieux s'approprier les nouvelles connaissances.

*Il pourrait y avoir une formation de base et, par la suite, une deuxième marche. Un peu comme le cours de réanimation cardiorespiratoire. De courtes séances. Des flashs. [...] Pour garder la vigilance, pour garder la priorité [...].*

Un intervenant de CSSS offrant un suivi en santé mentale

Des personnes suggèrent que certaines réunions d'équipe soient l'occasion, pour le CPS, de donner un suivi à sa formation de base. À ce sujet, des interrogés ont rapporté que le CPS de leur région propose aux CSSS des rencontres permettant de creuser certains aspects de l'intervention en fonction des besoins exprimés.

- En résumé, les résultats permettent de constater que la formation « Intervenir en situation de crise suicidaire » de l'AQPS ne couvre pas l'ensemble des besoins ressentis par les intervenants des CSSS. Nous croyons que le guide contribuera à combler certains de ces besoins, mais que cela sera sans doute insuffisant. Il faudra penser à des stratégies concernant la formation continue dans les CSSS.

## **4 RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'ANALYSE DES BESOINS**

---

À la lumière des constats établis à partir de l'analyse de besoins, nous formulons trois recommandations qui ont une incidence sur les suites du projet.

### **4.1 Adopter une approche globale de la prévention du suicide dans les CSSS**

La prévention du suicide dans les CSSS ne peut revenir qu'aux seuls intervenants, même bien formés à l'intervention en situation de crise suicidaire. Elle implique donc que des efforts soient consentis par plusieurs personnes, dont les gestionnaires des CSSS ou des organisations partenaires des RLS. D'autre part, il est clair que l'amélioration des services offerts aux personnes suicidaires passe par un continuum de services bien défini, lequel sous-entend une approche globale. Ainsi, nous recommandons l'adoption d'une approche globale de la prévention du suicide, approche qui repose sur une responsabilité partagée entre les intervenants et les gestionnaires de CSSS, les gestionnaires et les intervenants des organisations partenaires des RLS, l'ASSS et le MSSS ; de plus, cette responsabilité partagée doit être orientée vers le mieux-être de la personne suicidaire et celui de ses proches. Par ailleurs, l'adoption d'une approche globale permettra d'actualiser les activités proposées par le *Programme national de santé publique 2003-2012* et le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, deux documents dans lesquels le MSSS a invité les CSSS à recourir à une intervention globale au regard de la prévention du suicide, en collaboration avec leurs partenaires des RLS.

### **4.2 Élaborer un guide pour les gestionnaires de CSSS**

À la lumière des résultats de l'analyse des besoins, nous recommandons l'élaboration d'un guide des bonnes pratiques pour les gestionnaires de CSSS afin de les sensibiliser au rôle qu'ils pourraient jouer et de les accompagner dans celui qu'ils doivent jouer en prévention du suicide, notamment :

- en facilitant l'accès à la formation relative à l'intervention en situation de crise suicidaire et en offrant la formation de sentinelle à plus de catégories de personnel (réceptionnistes, secrétaires, etc.) ;
- en précisant les mécanismes d'orientation des usagers vers d'autres services du CSSS ou vers ceux des organisations partenaires ;
- en offrant un soutien clinique aux intervenants.

### **4.3 Concevoir des stratégies favorisant l'appropriation des guides de bonnes pratiques**

Les résultats indiquent que l'élaboration et la diffusion de deux guides sur l'intervention auprès des personnes suicidaires, l'un pour les intervenants et l'autre pour les gestionnaires, ne suffiront pas à entraîner des changements dans les pratiques. De multiples stratégies, s'appuyant sur l'expertise existante dans le domaine de la prévention du suicide, devront être définies pour que les intervenants s'approprient les connaissances présentées dans ces guides.



## EN GUISE DE CONCLUSION

---

L'analyse des besoins nous a fourni de multiples informations sur ce que devraient contenir les futurs guides en prévention du suicide. D'autre part, notre enquête semble avoir eu des effets positifs sur les participants. En effet, certaines personnes interrogées nous ont dit que leur participation aux entrevues a contribué à les sensibiliser davantage à l'importance de leur rôle en prévention du suicide.

*Même là, en te parlant, ça me fait prendre conscience que je devrais lire mes documents de la formation régulièrement.*

Un intervenant de CSSS travaillant à l'accueil (AEOR)

D'autres interrogés nous ont dit avoir apprécié le processus de consultation.

*Moi, je trouve que c'est drôlement intéressant que vous veniez nous voir ; ça parle aussi de la reconnaissance que vous avez pour les CPS au Québec.*

Un intervenant de CPS

*Merci de l'intérêt que tu portes à notre opinion. On se sent important.*

Une intervenante de CPS

D'autres interrogés encore considèrent que leur participation au processus d'élaboration des guides favorisera leur utilisation de ceux-ci.

*C'est important de consulter les intervenants. Il y a souvent des études [...] pour élaborer des outils où les intervenants ne sont pas sollicités. Et un coup que l'on reçoit les outils, on ne les utilise pas.*

Une intervenante de CSSS offrant un suivi en santé mentale



## BIBLIOGRAPHIE

---

- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (2000). *Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales*, Paris, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 48 p.
- ALEXANDERSSON, Mikael (1995). « The Missing content in teaching: Focus on what teachers reflect upon while they are teaching », in Pertti Kansanen (sous la dir. de), *Discussion on Some Educational Issues VI*, Research Report n° 145, Helsinki (Finlande), Department of Teacher Education, University of Helsinki, p. 5-22.
- BERO, Lisa A. *et al.* (1998). « Getting research finding into practice – Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings », *British Medical Journal*, vol. 317, n° 7156, 15 août, p. 465-468.
- CHARLIER, Bernadette (1998). *Apprendre et changer sa pratique d'enseignement : Expériences d'enseignants*, Bruxelles et Paris, De Boeck et Larcier, 276 p.
- COMITÉ D'EXPERTS SUR L'ORGANISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE (2004). *Troubles suicidaires : Urgences en santé mentale*, rapport soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux, Sherbrooke, Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale, 23 p.
- DAUNAIS, Jean-Paul (1992). « L'entretien non directif », in Benoît Gauthier (sous la dir. de), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, 2<sup>e</sup> édition, Sainte-Foy (Québec), Presses de l'Université du Québec, p. 273-293.
- DAVIS, David A., et Anne Taylor-Vaisey (1997). « Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157, n° 4, 15 août, p. 408-416.
- FRANKE, Anita, et Lars Owe DAHLGREN (1996). « Conceptions of mentoring: An empirical study of conceptions of mentoring during the school-based teacher education », *Teaching and Teacher Education*, vol. 12, n° 6, novembre, p. 627-641.
- GEOFFRION, Paul (1992). « Le groupe de discussion », in Benoît Gauthier (sous la dir. de), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, 2<sup>e</sup> édition, Sainte-Foy (Québec), Presses de l'Université du Québec, p. 311-335.
- GOSSELIN, M. (2001). *Les conceptions du rôle d'enseignants associés lors d'une supervision de stage au secondaire*, Thèse (Ph.D. en éducation), Université du Québec à Montréal.
- GUO Bing, et Christa HARSTALL (2004). *For Which Strategies of Suicide Prevention is There Evidence of Effectiveness?*, Health Evidence Network Report, Copenhagen (Danemark), World Health Organization Regional Office for Europe, 19 p., [En ligne]. [[www.euro.who.int/document/e83583.pdf](http://www.euro.who.int/document/e83583.pdf)].
- HOULE, Janie, Carole POULIN et Hélène VAN NIEUWENHUYSE (2006). *Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole MARCO*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, vi + 136 p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009). *Santéscope*, [En ligne]. [[www.inspq.qc.ca/santescope](http://www.inspq.qc.ca/santescope)].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2004). *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, rédigé par Marie Julien et Johanne Laverdure, s. l., Institut national de santé publique du Québec, 50 p., [En ligne]. [[www.inspq.qc.ca/pdf/publications/280-AvisSuicideJeunes.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/280-AvisSuicideJeunes.pdf)].

- JOINER, Thomas, *et al.* (2007). « Establishing standards for the assessment of suicide risk among callers to the National Suicide Prevention Lifeline », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 37, n° 3, juin, p. 353-365.
- KOUTSAVLIS, Athanasios T. (2001). *Dissémination des guides de pratiques chez les médecins*, [Montréal], Institut national de santé publique du Québec, vi + 51 p.
- LANDRY, Réjean (1993). « L'analyse de contenu », in Benoît Gauthier (sous la dir. de), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, 2<sup>e</sup> édition, Sainte-Foy (Québec), Presses de l'Université du Québec, p. 337-359.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2009). Site Internet, [En ligne]. [www.msss.gouv.qc.ca].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : Cadre de référence*, rédigé par Françoise Roy, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 70 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, rédigé par Madeleine Breton *et al.*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 96 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004). *Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide*, rédigé par Nelson Potvin, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 102 p. + annexe.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, rédigé par Lise Cardinal *et al.*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, x + 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, rédigé par Guy Mercier et Danielle Saint-Laurent, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 94 p.
- MISHARA, Brian L., *et al.* (2007). « Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 37, n° 3, juin, p. 308-321.
- ROSS, Lucie, et Harry FRANÇOIS (2007). *Profil du suicide au Québec 1981-2005p : mise à jour 2007,* Québec, Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 27p.
- TOOLKIT DEVELOPMENT PANEL (2002). « Step 4: Deciding on your implementation strategies », in *Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines*, Chapter 4, Toronto, Registered Nurses Association of Ontario, p. 47-56.
- VAN HEERINGEN, C., *et al.* (1995). « The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study », *Psychological Medicine*, vol. 25, n° 5, septembre, p. 963-970.
- WELU, Thomas C. (1977). « A follow-up program for suicide attempters: Evaluation of effectiveness », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 7, n° 1, printemps, p. 17-29.

[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)