

DIRECTION DE SANTÉ
PUBLIQUE DE LA
MONTÉRÉGIE

La formation
«Intervenir auprès de la
personne suicidaire à l'aide
des bonnes pratiques» :
enquête auprès des
intervenants

Propager
LA SANTÉ

Auteurs (es) :

Jean Beaudry, agent de planification, de programmation et de recherche – DSP

Dominique Gagnon, agent de planification, de programmation et de recherche – DSP

Mary McCowan agente de planification, de programmation et de recherche - DSP

Secrétariat et mise en page

Louise Marchitello, agente administrative – DSP

Ce document est disponible en version électronique sur l'Extranet de la Direction de santé publique – <http://extranet.santemonteregie.qc.ca> section santé publique

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

ISBN : 978-2-89342-683-9 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89342-684-6 (PDF)

Reproduction ou téléchargement autorisé à des fins non commerciales avec mention de la source :

Beaudry, J., Gagnon, D., McCowan, M. *La formation «Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques» : enquête auprès des intervenants*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 2015, 26 p.

© Tous droits réservés

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 2015

Remerciements

Nous tenons à exprimer nos remerciements aux membres de la Table des formateurs et des formatrices en prévention du suicide de la Montérégie, ainsi qu'à son coordonnateur, pour leur implication tout au long de l'étude, particulièrement au moment de l'élaboration du questionnaire d'enquête, de la formulation des pistes d'action et de la conception du plan de diffusion.

La réalisation de cette évaluation n'aurait pas été possible sans la collaboration de nombreux participants à la formation *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques* pour les années 2011-2012 et 2012-2013. Les responsables ont aussi pu compter sur le soutien de différents collègues de la Direction de santé publique tout au long de l'étude. Du secteur Planification, évaluation et recherche, nos remerciements vont à madame Johanne Groulx pour son aide à la catégorisation des données qualitatives, à Caroline Gélinas pour son soutien dans la préparation de la banque de participants, la sélection des répondants ainsi que la saisie et l'analyse des données d'enquête et madame Louise Marchitello pour la réalisation de l'enquête, la lecture et la mise en pages de ce rapport.

Table des matières

FAITS SAILLANTS	5
CONTEXTE	6
BUT DE LA DÉMARCHÉ ÉVALUATIVE	7
OBJETS DE L'ÉVALUATION	7
MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION	7
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	9
LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE	15
DISCUSSION	16
RECOMMANDATIONS ET PISTES D'ACTION	18
CONCLUSION	20
ANNEXE	21
RÉSULTATS SUR CHACUNE DES PRATIQUES	21

Liste des tableaux

TABLEAU 1 – DÉMARCHÉ DE FORMATION	6
TABLEAU 2 – NOMBRE DE PRATIQUES POUR LESQUELLES MOINS DE 50 % DES PARTICIPANTS SE DISENT <i>TRÈS EN ACCORD SELON LES CATÉGORIES DE COMPÉTENCES CIBLÉES</i>	9
TABLEAU 3 – PRATIQUES POUR LESQUELLES MOINS DE 50 % DES PARTICIPANTS SE DISENT TOTALEMENT CAPABLES DE LES APPLIQUER	10
TABLEAU 4 – PRATIQUES ATTEIGNANT UN SEUIL DE SIGNIFICATION À $p \leq 0.05$	12
TABLEAU 5 – CONDITIONS QUI NUISENT À LA RÉALISATION DES PRATIQUES	13
TABLEAU 6 – TYPE DE SOUTIEN SOUHAITÉ	14
TABLEAU 7 – COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS SUR LA FORMATION	15

FAITS SAILLANTS

À l'automne 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) diffusait un guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des CSSS. Afin de favoriser l'appropriation de ce guide, le MSSS a planifié une démarche qui inclut une formation *Intervenir selon les bonnes pratiques auprès de la personne suicidaire* élaborée par l'Association québécoise de prévention du suicide. La démarche comporte également une étape visant à offrir auprès des intervenants de CSSS et à leurs partenaires des activités de suivis à la formation afin de soutenir le transfert des apprentissages. C'est dans le but de préparer cette dernière étape que la présente enquête a été effectuée.

Les résultats nous informent que les participants rapportent être, à divers degrés, aptes à effectuer l'ensemble des pratiques attendues et recommandées en matière d'intervention auprès de la personne suicidaire. Aussi disent-ils apprécier la formation reçue ainsi que le travail réalisé par les formatrices.

Il faut par contre souligner que pour plus de 60 % des pratiques examinées, ce sont moins de la moitié des participants qui se disent totalement en confiance de les réaliser. En vérifiant si ces résultats concernent plus particulièrement certaines catégories de répondants, nous avons constaté que, dans tous les cas, les résultats sont plus favorables chez ceux qui ont bénéficié d'un suivi à la formation. D'ailleurs, les répondants indiquent majoritairement qu'ils souhaitent recevoir du soutien postformation afin d'améliorer leur sentiment de compétence, d'intégrer leurs connaissances et de maintenir leurs acquis. Les différents types de soutien identifiés par les participants font référence essentiellement à de l'encadrement clinique et organisationnel.

Toutefois, malgré le rôle indispensable du suivi pour le transfert dans la pratique, il ne peut à lui seul garantir le développement des compétences. En effet, l'enquête nous apprend que la grande majorité des répondants rencontrent des obstacles à la mise en œuvre des bonnes pratiques auprès de la personne suicidaire. Les principaux obstacles rencontrés renvoient à diverses conditions organisationnelles ainsi qu'au soutien clinique non adapté.

Au-delà du suivi, travailler dans le sens de réduire les obstacles qui nuisent à la réalisation des meilleures pratiques est une condition incontournable au développement des compétences des intervenants.

Conclusion

Les organisations ont des défis importants à relever au regard du transfert des apprentissages dans le milieu de travail. Pour y parvenir, il est proposé de : planifier le transfert, organiser le suivi à la formation et, surtout, travailler à mettre en place les conditions organisationnelles requises pour le développement des compétences. Des recommandations en lien avec chacune de ces avenues sont proposées.

CONTEXTE

À l'automne 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) diffusait dans le réseau deux guides de bonnes pratiques en prévention du suicide, l'un à l'intention des intervenants des CSSS et l'autre à l'intention des gestionnaires. Celui s'adressant aux intervenants vise à les soutenir dans le rehaussement de leurs compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de la personne suicidaire. Quant à celui des gestionnaires, il les invite à «s'assurer que les pratiques et les outils utilisés dans les CSSS soient réputés efficaces»¹.

Afin de favoriser l'appropriation de ces guides, le MSSS, en collaboration avec l'Association québécoise de prévention du suicide, le CSSS –IUG de Sherbrooke et Suicide Action Montréal, a planifié une démarche nationale d'amélioration des pratiques en prévention du suicide. Cette démarche intègre deux activités soit la formation « *Intervenir selon les bonnes pratiques auprès de la personne suicidaire* » offerte aux intervenants et l'atelier d'appropriation pour les gestionnaires.

En Montérégie, l'Agence de la santé et des services sociaux a déployé cette démarche en trois étapes :

Tableau 1 – Démarche de formation

Avant la formation	La formation	Après la formation
Réaliser l'atelier d'appropriation auprès des gestionnaires par territoire de RLS (Automne 2011)	Offrir la formation <i>Intervenir selon les bonnes pratiques auprès des personnes suicidaires</i> aux intervenants de CSSS et leurs partenaires (sur 3 ans de façon intensive, 2011-2012, 2012-2013, 2013-2014)	Offrir aux intervenants de CSSS et à leurs partenaires des activités de suivis à la formation afin de soutenir le transfert des apprentissages (prévues pour 2014-2015)
<p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'appropriation des pratiques de gestion réputées efficaces en prévention du suicide, dont celle de soutenir le maintien et le développement des compétences chez les intervenants formés <p>Offrir la formation <i>Intervenir selon les bonnes pratiques auprès des personnes suicidaires</i> aux conseillers cliniques des CSSS (printemps 2011)</p> <p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Permettre aux conseillers cliniques des CSSS de s'approprier le contenu de la nouvelle formation avant les intervenants afin d'être en mesure de mieux les soutenir dans le transfert des apprentissages 	<p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer les compétences liées au <i>Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide</i>. 	

¹ Hamel, M., Archambault, J. Prévention du suicide : Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 2010, p. 22.

La première étape a été réalisée telle qu'elle avait été prévue. La deuxième, marquée par une offre de formations intensives sur 3 ans, se poursuivra au cours des prochaines années. Quant à la troisième étape, elle vise à offrir aux intervenants de CSSS et à leurs partenaires des activités de suivis à la formation afin de soutenir le transfert des apprentissages. C'est dans le but de préparer cette dernière étape que la présente étude évaluative a été effectuée.

But de la démarche évaluative

La présente évaluation est menée dans une finalité formative, c'est-à-dire qu'elle est conduite dans une perspective d'optimiser le développement des compétences dans le cadre de la formation *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques*.

Objets de l'évaluation

Compte tenu de la méthodologie utilisée (questionnaire autoadministré) et des écarts temporels qui séparent les formations de la collecte des données (de un à deux ans), la présente étude ne saurait prétendre vouloir évaluer la qualité du contenu transmis lors de la formation ou, encore, les habiletés individuelles des participants à intervenir auprès des personnes suicidaires. Elle porte plutôt sur les capacités auto rapportées des répondants à mettre en application les compétences que vise à développer la formation et sur les obstacles rencontrés. Ce faisant, tant les concepteurs de la formation, que les décideurs et les formateurs seront plus à même d'identifier les habiletés à parfaire ainsi que les façons d'y parvenir.

Méthodologie d'évaluation

Les prochains paragraphes renseignent de façon succincte sur les principales composantes méthodologiques de l'étude.

➤ Échantillonnage des participants

Les membres de la Table des formateurs et formatrices en prévention du suicide concernées par l'étude nous ont fait parvenir les listes des participants aux différentes formations offertes durant les années 2011-2012 et 2012-2013. Au total, on dénombre 1 008² participants, dont 292 (29 %) ont suivi la formation en 2011-2012 et 716 (71 %) en 2012-2013. De ceux-ci, 658 (65 %) travaillent dans un CLSC/CSSS/Centre hospitalier (ci-après identifié CSSS) et 346 (35 %) dans des organisations autres (organismes communautaires, CPS/CIC, centres jeunesse, écoles, etc.).

Initialement, nous avions prévu acheminer le questionnaire d'enquête à 50 % des intervenants provenant des CSSS et à tous les participants des autres organisations. Par contre, une fois les listes des participants obtenues, nous avons constaté que les adresses électroniques de plusieurs d'entre eux étaient manquantes. Ceci nous a amenés à revoir notre stratégie et à échantillonner environ 30 % de l'ensemble des participants pour les deux années.³ Ainsi, 325 participants, dont 146 (45 %) proviennent de la première année de formation et 179 (55 %) de la seconde, furent sélectionnés. Cependant, cet échantillon comportant des doublons ainsi que

² Le nombre réel est légèrement inférieur car quelques noms apparaissent plus d'une fois sur les listes transmises.

³ Compte tenu que l'écart de temps qui sépare la formation de la collecte de données pourrait avoir une influence sur les résultats, et que la proportion de participants à l'an 1 est considérablement inférieure à celle de l'an 2, nous avons effectué un échantillonnage aléatoire de 50 % des participants de l'année 2011-2012 et 25 % de l'année 2012-2013.

des adresses courriel inexactes ou introuvables, un second échantillonnage aléatoire a été effectué. Ainsi, l'échantillon final comporte 337 participants dont 69 % sont issus d'un CSSS et 31 % d'organismes autres. Parmi les individus sélectionnés, 40 % ont reçu la formation entre avril 2011 et mars 2012 et 60 % entre avril 2012 et mars 2013.

➤ *Questionnaire d'enquête*

L'élaboration de l'outil de collecte de données s'est très fortement inspirée du cahier du participant *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques*. Ce document fait état de la structure d'intervention, qui renvoie aux compétences que la formation cherche à développer chez les participants, et identifie, pour chacune, les pratiques à promouvoir pour une intervention efficace.

Une première version de l'outil fut déposée et discutée dans le cadre d'une rencontre de travail à laquelle participaient l'équipe des formatrices accréditées ainsi que leur coordonnateur. Les commentaires et les propositions formulés par les participants ont conduit à une importante révision du questionnaire. Ainsi, dans la dernière version, les participants sont appelés à se prononcer sur leur capacité à appliquer les pratiques recommandées. De plus, deux questions ouvertes portant sur les conditions intra et extra individuelles qui nuisent à la réalisation de certaines pratiques ont été ajoutées. Enfin, la question portant sur le type de soutien souhaité a été maintenue. Une fois terminé, le questionnaire fut soumis à un prétest auprès de quatre individus ayant suivi la formation. Les résultats obtenus n'ont conduit à aucune nouvelle modification. On trouvera en annexe 1 la version finale du questionnaire qui a servi à la collecte des données.

➤ *Réalisation de l'enquête*

Il s'agit d'une enquête électronique, réalisée à l'aide du logiciel Survey Monkey®. Un premier courriel a été envoyé le 10 février 2014 à tous les participants sélectionnés. Celui-ci les informait des motifs de l'étude, de l'anonymat des informations recueillies ainsi que du lien électronique à utiliser afin d'accéder au questionnaire. Deux semaines plus tard, nous avons effectué un rappel. L'enquête a pris fin le 10 mars 2014, soit quatre semaines après l'envoi du premier courriel.

Au total, 126 (37 %) des 337 personnes sollicitées ont rempli le questionnaire d'enquête. De celles-ci, 74 (59 %) proviennent d'un CSSS, 32 (25 %) d'un organisme autre alors que 20 (16 %) n'ont pas identifié leur employeur. Parmi l'ensemble des répondants, 44 (35 %) rapportent avoir suivi la formation la première année, 63 (50 %) la deuxième et 19 (15 %) ont omis de transmettre l'information.

Résultats de l'enquête

Sont présentés, dans un premier temps, les résultats concernant les pratiques à adopter lors de l'intervention. Suivront les résultats aux questions ouvertes portant sur les obstacles à l'application des pratiques ainsi que sur les besoins de soutien exprimés.

① Auto appréciation de l'application des pratiques

Le questionnaire s'est penché sur 31 pratiques distribuées dans les domaines de compétences ciblées par la formation. Les résultats concernant la capacité des participants à mettre en application les diverses pratiques en situation d'intervention sont, de façon générale, très positifs (voir annexe 2). Ainsi, la proportion de répondants qui rapportent être *Très* et *Plutôt en accord* sur leur capacité à effectuer la pratique attendue varie de 70 % à 96 % alors que jamais plus de 3 % disent ne pas être en mesure de les réaliser. Nonobstant cette dernière observation, il est à noter que pour 19 pratiques ce sont moins de 50 % des participants qui se disent totalement en confiance de les réaliser (réponse *Très en accord*). Le tableau 2 informe sur les catégories de compétences particulièrement concernées par ce résultat.

Tableau 2 – Nombre de pratiques pour lesquelles moins de 50 % des participants se disent *Très en accord* selon les catégories de compétences ciblées

Compétences	Nombre de pratiques
Explorer les critères d'estimation du passage à l'acte et travailler l'ambivalence et le repositionnement	6 sur 6 ⁴
Convenir d'un plan d'action	2 sur 2
Conclure en sécurité	4 sur 5
Offrir un service étroit et un suivi de courte durée	3 sur 3

À la lecture du tableau, on constate que pour la plupart des pratiques liées à ces quatre catégories de compétences, une majorité de personnes ne se sentent pas en pleine confiance de pouvoir les réaliser.

Le tableau 3 identifie les 19 pratiques pour lesquelles moins de 50 % des participants rapportent être totalement à l'aise à les mettre en application. On remarque que pour huit des neuf catégories de compétences considérées, on retrouve au moins une pratique où moins de la moitié des répondants se sont dits *Très en accord* avec l'énoncé.

⁴ Le chiffre de droite représente le nombre total de pratiques que l'on retrouve dans la catégorie de compétences

Tableau 3 – Pratiques pour lesquelles moins de 50 % des participants se disent totalement capables de les appliquer

Compétences et pratiques	Très en accord %
Accueillir un client et créer une alliance	
<ul style="list-style-type: none"> Utiliser la structure d'intervention pour intervenir auprès de la personne suicidaire 	49
Repérer une personne vulnérable au suicide	
<ul style="list-style-type: none"> Reconnaître les moments critiques susceptibles d'engendrer un passage à l'acte suicidaire 	44
Explorer les critères d'estimation du passage à l'acte et travailler l'ambivalence et le repositionnement	
<ul style="list-style-type: none"> Utiliser la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire pour explorer les critères d'estimation de la dangerosité 	34
<ul style="list-style-type: none"> Utiliser la pondération (indice de danger avec continuum de couleurs) 	33
<ul style="list-style-type: none"> Explorer les critères d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire tout en travaillant l'ambivalence et le repositionnement 	22
<ul style="list-style-type: none"> Poser des questions qui permettent de faire grandir la partie qui veut vivre, de trouver un futur qui vaut la peine et d'identifier un but avec la personne suicidaire 	39
<ul style="list-style-type: none"> Amener la personne suicidaire à identifier des moments d'exceptions et à reconnaître ses forces, ses ressources et ses raisons de vivre 	43
<ul style="list-style-type: none"> Adopter une posture d'intervention qui permet de garder espoir et qui donne accès à différents leviers d'intervention à mettre en lumière 	43
Convenir d'un plan d'action	
<ul style="list-style-type: none"> Amener la personne à cibler des gestes concrets pour se protéger et pour raviver la partie d'elle qui veut vivre 	38
<ul style="list-style-type: none"> Convenir d'un plan d'action et vérifier l'adhésion (intention et capacité) de la personne au plan d'action 	40
Conclure en sécurité	
<ul style="list-style-type: none"> Prévoir les moments critiques 	38
<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser au moins un proche 	42
<ul style="list-style-type: none"> Prendre une décision quant à la dangerosité finale 	37
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place les actions appropriées selon la dangerosité afin d'assurer la sécurité de la personne 	46
Faciliter l'accès au suivi et aux services	
<ul style="list-style-type: none"> Utiliser les protocoles d'entente effectifs de la région 	36
Offrir un suivi étroit et de courte durée	
<ul style="list-style-type: none"> Reconnaître les particularités du suivi étroit et du suivi court terme ainsi que leur implication pour la pratique 	37
<ul style="list-style-type: none"> Utiliser une entente de suivi étroit 	35
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des pratiques de suivi étroit (suivi dans les 24 à 48 heures, relance immédiate, suivi intensif, liens avec l'entourage, etc.) 	41
Prendre soin de moi-même au travail	
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place différentes stratégies pour prendre soin de moi au travail 	45

Afin de déterminer si ces résultats concernent plus particulièrement certaines catégories de répondants, nous avons effectué des tests statistiques univariés (Khi-deux et Exact test de Fisher) selon le type d'employeur, l'année de formation et la participation à des activités de suivi. Pour ce faire, nous avons comparé, pour chacune des 19 pratiques, la proportion de

participants qui ont répondu *Très en accord* à la proportion de participants ayant donné une réponse différente.

a- Effet de l'employeur

Pour les analyses portant sur le type d'employeur, les répondants ont été regroupés en deux catégories, à savoir les individus qui travaillent dans un CSSS et ceux que l'on retrouve dans un autre type d'organisation (CPS, commission scolaire, organisme communautaire, ...).

Les tests statistiques se sont avérés significatifs ($p < .05$) pour une des dix-neuf pratiques étudiées. Ainsi, la proportion de répondants qui se disent tout à fait capables de mettre en place différentes stratégies pour prendre soin de moi au travail est significativement plus élevée chez les répondants provenant d'organisations autres que les CSSS. Il s'agit là de la seule différence significative observée entre les deux groupes.

b- Effet de l'année de formation

Qu'il se soit écoulé un an ou deux entre la formation et la collecte de données, ceci n'a pas d'impact significatif sur la proportion d'individus qui rapportent pouvoir effectuer les pratiques étudiées.

c- Effet des activités de suivi

Parmi l'ensemble des répondants, 11 ont rapporté avoir participé à des activités de suivi suite à la formation. Les résultats obtenus par ces derniers ont été comparés, à l'aide de tests exacts de Fisher, à ceux des autres participants.

Le tableau 4 nous informe des pratiques pour lesquelles les participants qui ont eu un suivi sont statistiquement ($p \leq .05$) plus nombreux à se dire capables de les réaliser. Sa lecture nous amène à constater que, des 19 pratiques examinées, un effet significatif est obtenu pour 7 d'entre elles. Dans tous ces cas, les résultats sont plus positifs chez les répondants qui ont bénéficié d'un suivi. On remarquera que cet effet se vérifie particulièrement dans le cas des pratiques qui relèvent de la compétence *Explorer les critères d'estimation du passage à l'acte et travailler l'ambivalence et le repositionnement* et lorsque vient le temps de *Conclure en sécurité*. Soulignons par ailleurs que, bien que n'atteignant pas le seuil de signification fixé, les résultats sur les 12 autres pratiques s'avèrent systématiquement plus positifs dans le cas des répondants ayant participé à des activités de suivi (données non présentées).

Tableau 4 – Pratiques atteignant un seuil de signification à $p \leq .05$

Pratiques	Exact test de Fisher
Explorer les critères d'estimation du passage à l'acte et travailler l'ambivalence et le repositionnement	
Utiliser la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire pour explorer les critères d'estimation de la dangerosité	P=.00
Utiliser la pondération (indice de danger avec continuum de couleurs)	P=.00
Explorer les critères d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire tout en travaillant l'ambivalence et le repositionnement	P=.03
Poser des questions qui permettent de faire grandir la partie qui veut vivre, de trouver un futur qui vaut la peine et d'identifier un but avec la personne suicidaire	P=.05
Convenir d'un plan d'action	
Amener la personne à cibler des gestes concrets pour se protéger et pour raviver la partie d'elle qui veut vivre	P=.05
Conclure en sécurité	
Prévoir les moments critiques	P=.05
Prendre une décision quant à la dangerosité finale	P=.03

② Résultats aux questions à développement

L'outil de l'enquête comporte quatre questions ouvertes qui ont recueilli de nombreuses réponses.

Deux d'entre elles portent sur les conditions que les répondants considèrent être des obstacles à la mise en œuvre des bonnes pratiques auprès de la personne suicidaire. Plus de 82 % des répondants ont mentionné rencontrer de tels obstacles et ont formulé 103 commentaires décrivant ces conditions.

Les réponses fournies aux deux questions ont été combinées puis regroupées sous sept catégories (voir tableau 5).

Tableau 5 – Conditions qui nuisent à la réalisation des pratiques

Catégorie	Description	Nombre de commentaires
Organisationnelles – contexte de travail	<ul style="list-style-type: none"> manque de temps lourdeur de la tâche et surcharge de travail rythme exigé travail à temps partiel collègues chargés et occupés indicateurs de performance propres à l'établissement 	45
– ressources	<ul style="list-style-type: none"> insuffisance d'argent pour former le personnel manque de personnel pénurie de ressources financières peu de ressources disponibles, entre autres pour les 12-17 ans 	
Soutien clinique non adapté – outils disponibles	<ul style="list-style-type: none"> outil utilisé en milieu de travail est différent n'a pas les outils disponibles lorsque nécessaire difficultés liées à l'outil 	35
– supervision	<ul style="list-style-type: none"> peu de personnes formées autour de moi soutien clinique déficient peu de soutien de la direction pour nous manque de cohésion d'équipe isolement 	
– formation	<ul style="list-style-type: none"> besoin de formation sur l'intervention auprès des jeunes de moins de 14 ans soutien à la famille besoin de formation pour clientèle TPL⁵ 	
Sentiment de compétence limité ou absent	<ul style="list-style-type: none"> compétence limitée manque de confiance en soi, doute de ses capacités d'intervenir décalage depuis la formation 	14
Collaboration/partenariat méconnu ou inexistant	<ul style="list-style-type: none"> méconnaissance des ressources de la région aucun lien avec les ressources vers qui on dirige les clients manque de communication décalage de prise en charge 	9

Les principaux obstacles rencontrés renvoient aux conditions organisationnelles et au soutien clinique non adapté. On mentionne particulièrement le manque de temps et la lourdeur de la tâche dans le premier cas et les difficultés liées à l'outil dans le second cas. Soulignons également que 14 commentaires sont à l'effet que les répondants mettent en doute leur compétence à intervenir auprès des personnes suicidaires.

Outre les commentaires portant sur les conditions qui nuisent à la réalisation des pratiques, notons que 36 participants (29 %) ont rapporté qu'ils avaient peu ou pas d'occasion d'être en

⁵ Trouble de personnalité limite

contact avec des personnes suicidaires (enseignement, supervision de stage, gestion de la liste d'attente, ...), travaillaient avec une clientèle de moins de 14 ans ou, encore, jouaient un rôle différent depuis la formation.

Lorsqu'on demande aux participants s'ils souhaitent recevoir du soutien afin d'améliorer leur sentiment de compétence, plus de la moitié (56 %) des répondants donnent une réponse affirmative. Le type de soutien souhaité par les répondants est mesuré à la troisième question ouverte. Les réponses sont regroupées sous deux catégories (voir tableau 6).

Tableau 6 – Type de soutien souhaité

Catégorie	Description	Nombre de commentaires
Encadrement clinique (formation, coaching, autres)	<ul style="list-style-type: none"> formation, atelier pratique, capsule de retour sur la théorie, mise à jour 	52
	<ul style="list-style-type: none"> coaching, supervision clinique, supervision externe, codéveloppement, discussion de cas, espace de discussion, rencontres avec des universitaires, rencontre 1^{re} et 2^e ligne 	41
	<ul style="list-style-type: none"> formation spécifique (hommes suicidaires, jeunesse, TPL, maladies mentales) 	8
	<ul style="list-style-type: none"> lecture 	7
Encadrement organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> team building uniformiser la pratique communication accrue entre les acteurs (hôpital, centre de crise, police, CLSC) réduction des tâches administratives 	5

De la formation, des ateliers pratiques, des capsules de retour sur le contenu de la formation et des mises à jour intéressent une grande proportion des répondants. Arrivent en deuxième position des activités de développement des compétences du type coaching, codéveloppement, discussions de cas, etc. Outre cet encadrement clinique, on constate qu'un encadrement organisationnel est également souhaité.

La dernière question de l'enquête recueille les commentaires et les recommandations des répondants sur un aspect ou l'autre de la formation (voir tableau 7).

Tableau 7 – Commentaires et recommandations sur la formation

Catégorie	Description	Nombre de commentaires
Appréciation de la formation	<ul style="list-style-type: none"> félicitations remerciements tous les intervenants, tous les étudiants devraient recevoir cette formation 	33
Suivi de la formation (intégration des connaissances et soutien aux intervenants)	<ul style="list-style-type: none"> peaufiner la post-formation pour encourager l'intégration et le maintien des acquis revenir sur la formation de façon régulière journée de rappel manque de soutien suite à la formation prendre soin des intervenants 	10
Déroulement de la formation (modifications à apporter à la formation)	<ul style="list-style-type: none"> plus de temps consacré au repositionnement et aux informations sur les organismes plus de temps consacré à l'évaluation de la détresse et le risque avec un proche formation de deux jours serait suffisante (bonnes pratiques) bien s'assurer que le jugement clinique est de mise inclure le cheminement d'un suivi (dossier réel ou fictifs), tenue de dossier incluant PI 	8
Déroulement de la formation (formation des groupes)	<ul style="list-style-type: none"> formation avec notre équipe de travail groupe homogène 	2

Le plus grand nombre de commentaires portent sur l'appréciation de la formation et des formatrices. Dix répondants réitèrent l'importance du suivi à donner en vue d'une intégration des connaissances, du maintien des acquis et du soutien à donner aux intervenants. On souhaite, entre autres, pouvoir revenir sur la formation de façon régulière et avoir une journée de rappel.

On formule également quelques remarques sur le déroulement de la formation. Il s'agit essentiellement de modifications à apporter à cette dernière (par exemple, l'importance d'accorder plus de temps à une section particulière de la formation) ou, encore, à la composition des groupes.

Limites et forces de l'étude

Les listes des participants ayant servi à élaborer l'échantillon de répondants renfermaient plusieurs adresses électroniques manquantes ou erronées. Étant donné qu'il s'agissait d'une enquête électronique, il a donc fallu écarter plusieurs participants initialement choisis. Ceci a pu introduire un biais de sélection, d'autant plus que le plus souvent il s'agissait d'individus qui travaillaient dans des organisations autres que des CSSS.

La participation à l'étude se faisant sur une base volontaire, il est possible que les personnes qui ont rempli le questionnaire d'enquête aient une expérience différente de la formation, ou en

aient tiré des bénéfices autres que les non-participants, affectant ainsi la validité des résultats obtenus.

Certaines précautions ont cependant été prises au moment d'élaborer l'échantillon afin de s'assurer que celui-ci soit représentatif de la population ayant participé à la formation. Ainsi, nous avons vu à effectuer un suréchantillonnage des participants de l'an 1 afin d'obtenir une bonne représentativité de ceux-ci et avons également vu à ce que la proportion de personnes travaillant hors CSSS se rapproche de celle que l'on retrouve dans la population des personnes ayant suivi la formation.

Malgré le nombre relativement modeste de répondants, l'étude a permis d'identifier une panoplie d'obstacles à l'application des pratiques et de cerner une diversité de moyens pour satisfaire les besoins de soutien des intervenants.

Enfin, à notre connaissance, il s'agit de la première étude à ce jour à s'être penchée sur l'ensemble des compétences et pratiques que devraient manifester les intervenants suite à leur participation à la formation *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques*. Elle permet de dresser un état de situation de la capacité autorapportée des intervenants à mettre en œuvre les pratiques recommandées et, par la même occasion, d'identifier certaines lacunes qu'il faudrait voir à corriger.

DISCUSSION

Depuis 2011, la formation *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques* est offerte aux intervenants des CSSS de la Montérégie ainsi qu'aux différents acteurs concernés. À ce jour, plus de 1 000 individus ont été formés. Les résultats de l'enquête nous informent que les participants, suite à cette formation, se sentent en mesure d'effectuer l'ensemble des pratiques attendues et recommandées en matière d'intervention auprès de la personne suicidaire. Aussi disent-ils apprécier la formation reçue ainsi que le travail réalisé par les formatrices.

Malgré ces résultats encourageants, l'étude nous informe que pour 61 % des pratiques, la proportion de participants se disant totalement en confiance de les réaliser se situe sous la barre de 50 %. Compte tenu des conséquences sérieuses que pourrait avoir une intervention non optimale auprès de la personne suicidaire, ce dernier résultat est préoccupant. En se penchant de plus près sur les données, on remarque que ces pratiques concernent particulièrement quatre domaines de compétences et que le fait d'avoir accès à des activités de suivi à la formation semble s'avérer une garantie de mieux se sentir capable de les réaliser.

On sait que les connaissances et les habiletés acquises lors de formations ne se transfèrent dans la pratique que lorsque certaines conditions sont mises en place⁶. Le développement des

⁶ Roussel, J.F. Gérer la formation, viser le transfert : repères théoriques, outils pratiques. Montréal : Guérin universitaire, 2011.

compétences s'inscrit dans la durée, repose sur différents moments d'apprentissage et de formation et doit inclure des modalités de soutien et de suivi⁷. À cet égard, Burke et Hutchins⁸ (2007; 2008) identifient le soutien et la supervision postformation comme les facteurs les plus influents dans le transfert. Ce n'est qu'après ce transfert dans la pratique que l'on peut parler de véritable développement des compétences.

Les répondants indiquent d'ailleurs majoritairement qu'ils souhaitent recevoir du soutien postformation afin d'améliorer leur sentiment de compétence, d'intégrer leurs connaissances dans leur pratique et de maintenir leurs acquis. Le fait que les répondants ayant eu accès à des activités de suivi se disent plus confiants dans leurs capacités confirme la fonction cruciale de ce soutien.

Toutefois, malgré le rôle indispensable du suivi pour le transfert des apprentissages, il ne peut à lui seul garantir l'adoption des pratiques recommandées. La littérature relève ainsi plusieurs freins ou barrières au transfert des apprentissages⁹ dont la grande majorité concerne l'environnement de travail¹⁰. Il s'agit principalement de¹¹ :

- l'absence d'une culture d'apprentissage dans l'équipe de travail ou au sein de l'organisation (faible tolérance au risque et peu de droits à l'erreur);
- le manque de soutien à l'égard du nouvel apprentissage par le supérieur immédiat ou le superviseur;
- pas ou peu d'opportunités de mise en pratique des nouveaux apprentissages;
- pas ou peu de temps pour mettre en pratique les nouveaux apprentissages.

L'enquête a permis de mettre en lumière la présence de nombreux obstacles qui nuisent à la réalisation des pratiques. Comme on l'a vu, ces obstacles sont très largement liés aux conditions organisationnelles et au soutien clinique non adapté, confirmant ainsi le rôle déterminant du contexte de travail dans le transfert des apprentissages. L'influence que peut exercer l'organisation dans la mise en place de conditions facilitantes au transfert des apprentissages est donc prépondérante. Bien que plusieurs des conditions identifiées demandent des changements

⁷ Gottfredson, C., Mosher, B. We're lost, but we're making good time: Performance support to the rescue. *Learning Solutions Magazine*. 28 mai 2012.

⁸ Burke, L. A., Hutchins, H. M. *Training Transfer: An Integrative Literature Review*. Human Resource Development Review Vol. 6, No. 3, September 2007, p. 263-296

⁹ Bordeleau, L. Le développement continu des compétences en petite enfance : Une responsabilité partagée entre la DSP et les CSSS. Longueuil, Direction de santé publique, avril 2011.

¹⁰ Grenier, G., Bélanger, C. Le plan de développement de service : Un levier stratégique pour le conseiller en formation. *Effectif*, Avril/Mai, 2008, p. 56-60.

¹¹ Broad, M. L., Newstrom, H. M. *Transfer of training : Action-packed strategies to ensure high payoff from training investment*. MA, Addison-Wesley, 1992; Saks, A., Haccoun, R.R. *Managing performance through training and development*, Sixth edition. Canada, Nelson series in Human Resources Management, 2013; Programme national de formation, *Le transfert des apprentissages : guide de référence*. Centres jeunesse du Québec, 2004.

difficiles à implanter, il en va de l'amélioration des pratiques des intervenants auprès de la personne suicidaire.

Enfin, rappelons que près de 30 % des répondants mentionnent avoir peu ou pas de contact avec des personnes adultes suicidaires. C'est donc dire que ces individus ont assisté à la formation sans avoir l'occasion de transférer les apprentissages dans la pratique et par le fait même de parfaire leurs compétences. Pour une formation d'une durée de trois jours offerte à plus de 1 000 personnes, cela représente un investissement important qui ne rapportera pas les bénéfices escomptés.

Recommandations et pistes d'action

Si l'on souhaite améliorer le transfert des apprentissages dans la pratique, l'une des conditions importantes est de le planifier et d'offrir un suivi sous forme d'accompagnement continu et efficace.

➤ Face à la formation

Aussi, il serait possible, tout en maintenant les études de cas, extraits vidéo et vignettes cliniques, d'intégrer à la formation certaines activités qui favorisent le transfert des apprentissages en milieu de travail. Pensons particulièrement aux activités qui amènent les participants à ¹² :

- Préciser des attentes ou des objectifs de transfert;
- Élaborer un court plan d'action/de transfert où l'apprenant identifie ce qu'il entend transférer lors du retour au travail;
- Identifier les obstacles possibles au transfert et les stratégies pour les éliminer.

Développer des outils et des aides à la tâche pour aider à convenir d'un plan d'action ou à conclure en sécurité sont également des façons de s'assurer d'un transfert dans la pratique.

➤ Face au suivi à la formation

Quant à la question du suivi à la formation qui permet de s'assurer que la formation favorise l'acquisition des compétences souhaitées, l'enquête a permis d'identifier divers sujets ou pratiques moins bien maîtrisés qui pourraient faire l'objet d'ateliers pratiques, de capsules de mises à jour, de discussions de cas, etc. Mentionnons les sujets suivants :

- L'utilisation de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire pour explorer les critères d'estimation de la dangerosité;

¹² Roussel, J. F., *Gérer la formation, viser le transfert : repères théoriques, outils pratiques*. Montréal : Guérin universitaire, 2011.
Broad, M. L., *Beyond transfer of training: Engaging systems to improve performance*. San Francisco, Pfeiffer, 2005 ; Saks, A., Haccoun, R.R. *Managing performance through training and development*, Sixth edition. Canada, Nelson series in Human Resources Management, 2013; Programme national de formation, *Le transfert des apprentissages : guide de référence*. Centres jeunesse du Québec, 2004.

- L'exploration des critères d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire tout en travaillant l'ambivalence et le repositionnement;
- L'utilisation des protocoles d'entente effectifs de la région;
- L'utilisation d'une entente de suivi étroit;
- Le suicide chez les jeunes;
- Le suicide et les maladies mentales;
- Le suicide et le trouble de personnalité limite.

➞ **Face aux conditions organisationnelles**

Au-delà du transfert et du suivi, travailler dans le sens d'améliorer les conditions organisationnelles qui nuisent à la réalisation des meilleures pratiques est probablement l'investissement le plus important à faire en vue d'améliorer l'impact de la formation *Intervenir auprès de la personne suicidaire*. Ce travail peut consister à :

- Faire des représentations auprès des instances appropriées pour que les médecins, les psychiatres et tous les intervenants en santé mentale connaissent et adoptent le langage et les outils, entre autres, la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire recommandée dans le *Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des CSSS*¹³;
- Identifier plus précisément les obstacles et trouver des solutions réalistes qui vont faciliter le développement des compétences et la mise en œuvre des bonnes pratiques;
- Développer des aides à la tâche pour la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (grilles sous forme de bloc-notes, version plastifiée, etc.) et voir à ce que la grille fasse partie du matériel utilisé lors d'intervention en dehors des lieux du travail, lors d'une visite à domicile par exemple;
- Voir à ce que tous les intervenants aient accès à la supervision clinique «pour les aider à s'approprier des compétences relatives à ce type d'intervention»¹⁴;
- Continuer le travail d'accompagnement auprès des formatrices pour les activités de suivi et de transfert des apprentissages.

Les gestionnaires doivent veiller à «favoriser l'appropriation des pratiques de gestion réputées efficaces en prévention du suicide¹⁵». Ils ont également un rôle primordial dans le transfert des

¹³ Hamel, M., Archambault, J. Prévention du suicide : Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 2010.

¹⁴ Hamel, M., Archambault, J. Prévention du suicide : Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 2010, p. 50

apprentissages, et ce, avant, pendant et après la formation¹⁶. Ils peuvent ainsi s'entendre avec les intervenants sur les pratiques attendues au retour au travail ou discuter avec leurs employés des plans de transfert élaborés lors de la formation. En identifiant ensemble les obstacles à l'implantation des bonnes pratiques propres à leur organisation, il est possible de mettre l'accent sur les conditions facilitantes qui sont à leur portée. La présence d'un superviseur clinique est fort importante et est recommandée dans le *Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des CSSS*¹⁷.

Enfin, pour rendre la formation encore plus optimale et efficiente, il faudrait porter une attention particulière à la clientèle visée et réserver cette formation de trois jours aux personnes dont le rôle consiste à intervenir auprès de la personne suicidaire. Par contre, les intervenants qui reçoivent une clientèle qui sans être suicidaire est en situation de vulnérabilité au suicide pourraient bénéficier d'une formation axée sur le repérage; celle-ci sera d'ailleurs disponible prochainement.

CONCLUSION

Dans un contexte de restrictions budgétaires et de recherche de performance, les organisations ont des défis importants à relever quant au développement des compétences de leurs intervenants principalement au regard du transfert des apprentissages dans le milieu de travail. Trois pistes ont été amenées pour favoriser ce transfert dans la pratique : planifier le transfert à la fois avant, pendant et après la formation, organiser le suivi à la formation et, surtout, mettre en place les conditions organisationnelles requises pour le développement des compétences.

¹⁵ Hamel, M., Archambault, J. Prévention du suicide : Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 2010.

¹⁶ Broad, M. L., Beyond transfer of training: Engaging systems to improve performance. San Francisco, Pfeiffer, 2005.

¹⁷ Hamel, M., Archambault, J. Prévention du suicide : Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 2010.

ANNEXE

Résultats sur chacune des pratiques

1. 1. Lorsqu'il s'agit «d'accueillir un client et de créer une alliance», je me sens tout à fait capable de :						
	Très en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Très en désaccord	Je ne réalise pas cette tâche	Nombre de classements
a) Valider la démarche de demande d'aide et adapter l'accueil lorsque celle-ci provient d'un homme	50,0% (63)	36,5% (46)	4,0% (5)	0,0% (0)	9,5% (12)	126
b) Accepter les demandes d'aide qui proviennent d'un proche de la personne suicidaire	50,8% (64)	33,3% (42)	2,4% (3)	0,0% (0)	13,5% (17)	126
c) Utiliser la structure d'intervention pour intervenir auprès de la personne suicidaire	49,2% (61)	39,5% (49)	2,4% (3)	0,8% (1)	8,1% (10)	124
nombre de personnes ayant répondu à la question						126
nombre de personnes ayant sauté la question						0

2. 2. Lorsqu'il s'agit de «repérer une personne vulnérable au suicide», je me sens tout à fait capable de :						
	Très en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Très en désaccord	Je ne réalise pas cette tâche	Nombre de classements
a) Reconnaître les clientèles vulnérables au suicide et les signes de détresse associés au suicide	54,8% (69)	39,7% (50)	1,6% (2)	0,0% (0)	4,0% (5)	126
b) Reconnaître les moments critiques susceptibles d'engendrer un passage à l'acte suicidaire	44,4% (56)	48,4% (61)	3,2% (4)	0,0% (0)	4,0% (5)	126
nombre de personnes ayant répondu à la question						126
nombre de personnes ayant sauté la question						0

3. 3. Lorsqu'il s'agit de « vérifier la présence d'idées suicidaires et d'explorer brièvement la situation », je me sens tout à fait capable de :

	Très en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Très en désaccord	Je ne réalise pas cette tâche	Nombre de classements
a) Questionner sur la présence d'idées suicidaires de façon adéquate	73,8% (93)	19,8% (25)	2,4% (3)	0,0% (0)	4,0% (5)	126
b) Aborder brièvement et rapidement ce qui préoccupe la personne suicidaire et valider sa souffrance	73,8% (93)	22,2% (28)	0,0% (0)	0,0% (0)	4,0% (5)	126
nombre de personnes ayant répondu à la question						126
nombre de personnes ayant sauté la question						0

4. 4. Lorsqu'il s'agit «d'explorer les critères d'estimation du passage à l'acte et de travailler l'ambivalence et le repositionnement», je me sens tout à fait capable de :

	Très en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Très en désaccord	Je ne réalise pas cette tâche	Nombre de classements
a) Utiliser la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire pour explorer les critères d'estimation de la dangerosité	33,9% (41)	53,7% (65)	5,8% (7)	0,0% (0)	6,6% (8)	121
b) Utiliser la pondération (Indice de danger avec continuum de couleurs)	33,1% (40)	52,9% (64)	7,4% (9)	0,0% (0)	6,6% (8)	121
c) Explorer les critères d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire tout en travaillant l'ambivalence et le repositionnement	22,3% (27)	57,9% (70)	14,0% (17)	0,0% (0)	5,8% (7)	121
d) Poser des questions qui permettent de faire grandir la partiel qui veut vivre, de trouver un futur qui vaut la peine et d'identifier un but avec la personne suicidaire	38,8% (47)	43,0% (52)	12,4% (15)	0,0% (0)	5,8% (7)	121
e) Amener la personne suicidaire à identifier des moments d'exceptions et à reconnaître ses forces, ses ressources et ses raisons de vivre	43,0% (52)	46,3% (56)	5,8% (7)	0,0% (0)	5,0% (6)	121
f) Adopter une posture d'intervention qui permet de garder espoir et qui donne accès à différents leviers d'intervention à mettre en lumière	42,5% (51)	46,7% (56)	5,8% (7)	0,0% (0)	5,0% (6)	120
	nombre de personnes ayant répondu à la question					121
	nombre de personnes ayant sauté la question					5

5. 5. Lorsqu'il s'agit de « convenir d'un plan d'action », je me sens tout à fait capable de :

	Très en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Très en désaccord	Je ne réalise pas cette tâche	Nombre de classements
a) Amener la personne à cibler des gestes concrets pour se protéger et pour raviver la partie d'elle qui veut vivre	38,1% (45)	51,7% (61)	5,9% (7)	0,0% (0)	4,2% (5)	118
b) Convenir d'un plan d'action et vérifier l'adhésion (intention et capacité) de la personne au plan d'action	39,8% (47)	50,0% (59)	5,9% (7)	0,0% (0)	4,2% (5)	118
nombre de personnes ayant répondu à la question						118
nombre de personnes ayant sauté la question						8

8. 7. Lorsqu'il s'agit de « conclure en sécurité », je me sens tout à fait capable de :

	Très en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Très en désaccord	Je ne réalise pas cette tâche	Nombre de classements
a) Prévoir les moments critiques	38,1% (43)	51,3% (58)	5,3% (6)	0,0% (0)	5,3% (6)	113
b) Mobiliser au moins un proche	42,0% (47)	41,1% (46)	8,9% (10)	0,0% (0)	8,0% (9)	112
c) Prendre une décision quant à la dangerosité finale	37,2% (42)	54,0% (61)	3,5% (4)	0,0% (0)	5,3% (6)	113
d) Valider la décision auprès d'une autre personne	54,9% (62)	30,1% (34)	8,0% (9)	0,0% (0)	7,1% (8)	113
f) Mettre en place les actions appropriées selon la dangerosité afin d'assurer la sécurité de la personne	46,4% (52)	44,6% (50)	3,6% (4)	0,0% (0)	5,4% (6)	112
nombre de personnes ayant répondu à la question						113
nombre de personnes ayant sauté la question						13

9. 8. Lorsqu'il s'agit de «faciliter l'accès au suivi et aux services», je me sens tout à fait capable de :

	Très en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Très en désaccord	Je ne réalise pas cette tâche	Nombre de classements
a) Orienter la personne vers les services appropriés dans les situations de code vert	71,9% (82)	20,2% (23)	1,8% (2)	0,0% (0)	6,1% (7)	114
b) Référer la personne vers les services appropriés dans les situations de code jaune	65,5% (74)	23,9% (27)	3,5% (4)	0,9% (1)	6,2% (7)	113
c) Accompagner la personne vers les services appropriés dans les situations de code orange/rouge	54,9% (62)	33,6% (38)	4,4% (5)	0,9% (1)	6,2% (7)	113
d) Utiliser l'expertise des partenaires	62,8% (71)	28,3% (32)	2,7% (3)	0,9% (1)	5,3% (6)	113
e) Utiliser les protocoles d'entente effectifs de la région	36,0% (40)	36,9% (41)	16,2% (18)	0,9% (1)	9,9% (11)	111
nombre de personnes ayant répondu à la question						114
nombre de personnes ayant sauté la question						12

10. 9. Lorsqu'il s'agit «d'offrir un service étroit et un suivi de courte durée», je me sens tout à fait capable de :

	Très en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Très en désaccord	Je ne réalise pas cette tâche	Nombre de classements
a) Reconnaître les particularités du suivi étroit et du suivi court terme ainsi que leur implication pour la pratique	37,0% (40)	35,2% (38)	12,0% (13)	0,0% (0)	15,7% (17)	108
b) Utiliser une entente de suivi étroit	35,2% (38)	34,3% (37)	9,3% (10)	0,9% (1)	20,4% (22)	108
c) Mettre en place des pratiques de suivi étroit (suivi dans les 24 à 48 heures, relance immédiate, suivi intensif, liens avec l'entourage, etc.)	40,6% (43)	30,2% (32)	10,4% (11)	1,9% (2)	17,0% (18)	106
nombre de personnes ayant répondu à la question						108
nombre de personnes ayant sauté la question						18



Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie

Québec 

Direction de santé publique

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : 450 928-6777 • Télécopieur : 450 679-6443
www.santemonteregie.qc.ca/santepublique