

**Vers une meilleure continuité de services
pour les personnes suicidaires :
évaluation d'implantation
du protocole MARCO**



Janie Houle

Carole Poulin

Hélène Van Nieuwenhuysse

Octobre 2006

**Vers une meilleure continuité de services
pour les personnes suicidaires :
évaluation d'implantation
du protocole MARCO**

Janie Houle, Ph. D.

Carole Poulin, M. Sc.

Hélène Van Nieuwenhuyse, M. A.

Octobre 2006

Une réalisation du secteur Écoles et milieux en santé
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mandataire

© Direction de santé publique
Agence de la santé et de services sociaux de Montréal (2006)
Tous droits réservés

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
Bibliothèque et Archives du Canada, 2006
ISBN : 2-89494-517-5 (version imprimée)
ISBN : 2-89494-518-3 (version PDF)

REMERCIEMENTS

Le protocole MARCO évalué dans le cadre de cette étude a été développé par Suicide Action Montréal, sous l'initiative de M. Louis Lemay et de Mme Brigitte Lavoie, en collaboration avec Dr Martin Tremblay (Hôpital Notre-Dame), Mme Manon Laliberté (CLSC La Petite Patrie), M. Michel Landry (Dollard-Cormier), Dr Suzanne Lamarre (Centre hospitalier St-Mary's), M. Donald Desrosiers (Centre hospitalier St-Mary's), Mme France Paradis (Hôpital Sacré-Cœur), Dr Normand Martin (SPCUM) et Mme Roxane Pitre (SPCUM). Nous les remercions de cette heureuse initiative et du temps que certains d'entre eux ont consacré à cette évaluation.

Nous souhaitons remercier M. Mariano Lopez et M. Philippe Angers qui, en plus d'assumer successivement la tâche de coordination du protocole, nous ont été d'une aide précieuse dans la planification et la réalisation de cette recherche. Nous souhaitons également exprimer toute notre reconnaissance aux 40 personnes qui ont participé aux entrevues de groupe, ainsi qu'à celles qui ont complété le tableau de suivi des références au cours de la période de collecte de données.

Enfin, cette étude a été rendue possible grâce à l'appui financier de Suicide Action Montréal pour la transcription des entrevues, ainsi que de la Direction de la santé publique de Montréal pour l'embauche d'une professionnelle de recherche.

RÉSUMÉ

Au Québec, le suicide est un problème important de santé publique qui entraîne plus de 1 200 décès par année. De graves lacunes observées dans la continuité des services offerts aux personnes suicidaires compromettent leur prise en charge et leur rétablissement. En 1998, Suicide Action Montréal initie une démarche de concertation en vue de corriger ce problème.

Né de ces échanges, le protocole MARCO est une entente formelle entre quinze établissements partenaires (centres hospitaliers, centres de crise, CLSC, ressources en toxicomanie et en prévention du suicide) qui s'engagent à appliquer des procédures de référence particulières pour les personnes suicidaires afin d'améliorer la continuité des services et la coordination des interventions. Il est implanté depuis 2001 dans trois territoires de la région montréalaise.

En raison du caractère novateur de ce protocole, une évaluation d'implantation participative et formative a été réalisée afin d'identifier des pistes d'amélioration à son fonctionnement actuel ainsi que des stratégies pour un déploiement réussi dans d'autres territoires. L'évaluation a été effectuée par le biais d'entrevues de groupe auprès des quinze établissements partenaires et d'une collecte de données concernant les références effectuées à l'aide du protocole au cours d'une période de six mois.

L'évaluation montre que l'implantation du protocole MARCO a eu un impact positif sur les relations entre les établissements ainsi que sur la continuité des services offerts aux personnes suicidaires. Cependant, la promotion du protocole s'est avérée insuffisante pour maintenir le niveau de connaissance nécessaire à une application adéquate et systématique des procédures chez une forte proportion de professionnels. Le protocole gagnerait à être utilisé davantage, particulièrement auprès des hommes et des personnes qui obtiennent leur congé de l'hôpital suite à une tentative de suicide.

Des conditions favorables à l'implantation du protocole ont pu être identifiées dans le cadre de l'étude : le respect mutuel, le dynamisme des porteurs de dossier, l'engagement des directions d'établissements et le leadership fort d'un organisme qui assure la coordination de la démarche. Pour un fonctionnement optimal, il est recommandé d'intensifier la promotion du protocole, de clarifier et d'uniformiser les procédures, de recruter certains organismes supplémentaires et d'assurer un mécanisme de remplacement des répondants.

Le déploiement réussi d'une démarche comme celle du protocole MARCO doit prendre racine dans une volonté de partenariat et un désir, chez les intervenants en contact régulier avec les personnes suicidaires, d'unir leurs efforts afin d'améliorer la continuité des services offerts à cette clientèle. Il passe également par des échanges multiformes et fréquents entre les partenaires, essentiels à l'établissement d'une relation de confiance. Enfin, la pérennité d'une telle initiative est tributaire de la qualité de sa coordination et de l'intensité de sa promotion au sein de chacun des établissements.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
RÉSUMÉ	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	2
1.1 Prévalence des suicides et des tentatives de suicide	2
1.2 Prévention du suicide et des tentatives de suicide	4
1.3 Lacunes dans les services offerts aux personnes suicidaires	7
1.4 Protocole MARCO	9
CHAPITRE 2 : OBJECTIFS ET MÉTHODE	14
2.1 Approche privilégiée	14
2.2 Type d'évaluation	15
2.3 But et objectifs	15
2.4 Méthode	15
2.5 Déroulement des entrevues	18
2.6 Analyse des données	18
2.7 Considérations éthiques	19
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS	20
3.1 Historique de création du protocole MARCO	20
3.2 Modalités organisationnelles	24
3.3 Procédures et cheminement des références	27
3.4 Coordination du protocole	33
3.5 Utilité du protocole : point de vue des partenaires	36

3.6 Conditions gagnantes et obstacles à l'implantation	39
CHAPITRE 4 : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	42
CONCLUSION	48
APPENDICE A	49
Formulaire de référence interétablissements	50
APPENDICE B	52
Formulaires de consentement d'échange d'informations	53
APPENDICE C	55
Tableau mensuel du suivi des références	56
APPENDICE D	57
Tableau de suivi des références (collecte de données)	58
APPENDICE E	59
Canevas d'entrevue auprès des membres fondateurs.....	60
APPENDICE F	62
Canevas d'entrevue auprès des organismes partenaires	63
APPENDICE G	67
Canevas d'entrevue au cours des rencontres de site	68
APPENDICE H	70
Canevas d'entrevue au cours du comité de liaison	71
APPENDICE I	73
Formulaire d'information et de consentement	74
APPENDICE J	78
Protocoles entérinés dans chacun des sites	79
APPENDICE K	128
Le protocole MARCO	129
RÉFÉRENCES	131
BON DE COMMANDE.....	137

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux

1. Établissements partenaires de MARCO selon le site	11
2. Informations échangées entre les partenaires selon le moment	12
3. Composantes du protocole MARCO	13
4. Distribution des références effectuées dans le cadre du protocole MARCO selon l'organisme référent et receveur, 15 juin au 15 décembre 2005	30
5. Portrait de la clientèle desservie par le protocole MARCO	31

LISTE DES FIGURES

Figures

1. Taux de mortalité par suicide selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2001 2
2. Taux de mortalité ajusté par suicide selon les régions, sexes réunis, 1999-2001 3
3. Taux ajusté de mortalité par suicide, régions urbaines du Canada, 1995-1997 4

INTRODUCTION

La Stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie » recommande, dès 1998, le recours à des ententes de services entre organismes partenaires afin d'assurer une meilleure coordination des interventions réalisées auprès des personnes aux prises avec une problématique suicidaire. Dans le cadre d'une planification stratégique développée la même année, le centre de prévention du suicide de la région montréalaise, Suicide Action Montréal, se donne comme priorité de soutenir plus activement les autres intervenants ou organismes à l'œuvre dans la communauté. Une vaste démarche de mobilisation des partenaires oeuvrant auprès des personnes suicidaires est alors entreprise, de laquelle émane le protocole MARCO. Il formalise, par le biais d'ententes de services, des mécanismes de liaison et de référence entre organismes partenaires situés sur trois territoires de la région de Montréal.

Implanté depuis maintenant quatre ans, le protocole MARCO suscite un vif intérêt de la part des autres régions du Québec, dont plusieurs souhaiteraient s'en inspirer afin d'améliorer leurs pratiques. En outre, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a signifié sa volonté de déployer le protocole MARCO sur l'ensemble du territoire, celui-ci s'harmonisant parfaitement avec la nouvelle structure du système de santé québécois orientée autour de réseaux locaux de services. Dans ce contexte, une évaluation d'implantation participative s'avère toute indiquée afin de documenter cette expérience novatrice et pouvoir en tirer des enseignements pour le futur. Jusqu'à aujourd'hui, il n'existe d'ailleurs aucun document faisant état des défis posés par l'implantation et décrivant le fonctionnement de ce protocole original. De telles informations sont pourtant précieuses afin de favoriser le déploiement de l'initiative à d'autres territoires. Suicide Action Montréal et l'ensemble de ses partenaires ont accepté de participer à la présente évaluation, en souhaitant qu'elle permette de rendre compte du chemin parcouru et de dégager des stratégies pour la mise en place du protocole MARCO dans d'autres milieux.

CHAPITRE 1

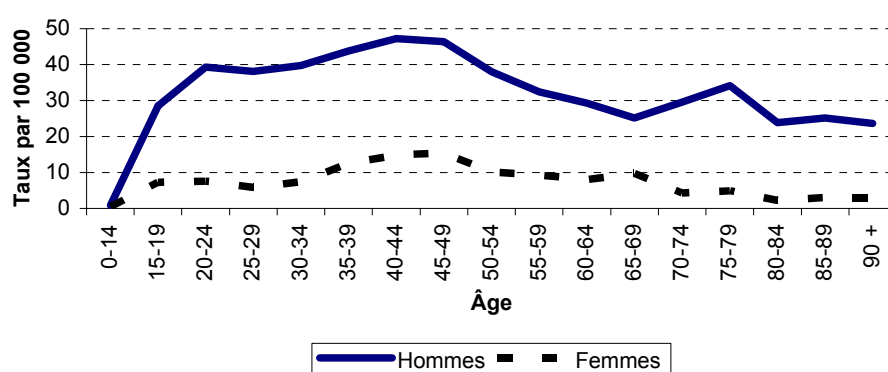
PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre fait état de l'ampleur du phénomène du suicide au Québec. Il présente également une brève synthèse de la littérature scientifique portant sur les interventions les plus efficaces pour prévenir le suicide et les tentatives de suicide. Il y est ensuite question des lacunes dans les services offerts aux personnes suicidaires. Enfin, une description des objectifs et des différentes composantes du protocole MARCO termine ce chapitre.

1.1 Prévalence des suicides et des tentatives de suicide

À chaque année, plus de 1 200 personnes s'enlèvent la vie au Québec, ce qui représente de trois à quatre décès par jour (Institut de la statistique du Québec, 2004). Les hommes commettent 80% de ces suicides, ce qui en fait la première cause de mortalité chez les 15 à 39 ans. Les taux de suicide les plus élevés se retrouvent au milieu de l'âge adulte, soit entre 40 et 49 ans (*voir* figure 1). Au cours des 25 dernières années, le taux de suicide des hommes a bondi de 40%, alors que celui des femmes demeurerait stable (St-Laurent et Bouchard, 2004). L'excès de mortalité masculine n'a donc cessé d'augmenter avec les années, atteignant près de 300% en 1999-2001.

Figure 1
Taux de mortalité par suicide selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2001

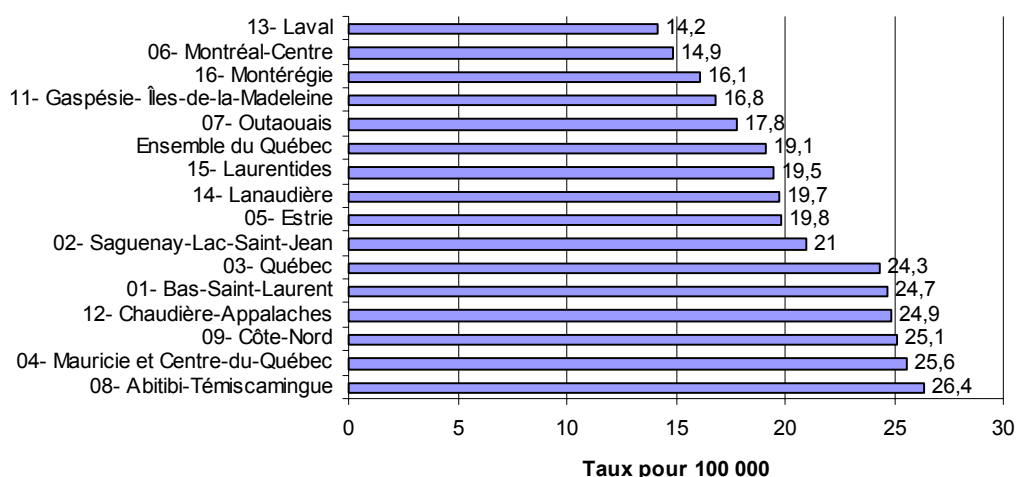


Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004

La région de Montréal enregistre, elle aussi, une augmentation de son taux de mortalité par suicide au cours des dernières années et présente un profil similaire au reste de la province en ce qui concerne l'âge et le sexe des personnes décédées par suicide. Son taux de mortalité demeure toutefois l'un des moins élevés du Québec (*voir* figure 2). Cette situation n'est pas exceptionnelle, puisque plusieurs études, réalisées dans différents pays,

rapportent des taux de suicide plus élevés dans les régions rurales que dans les régions urbaines (Galliené, 2004; Singh et Siahpush, 2002; Taylor et al., 2005).

Figure 2
Taux de mortalité ajusté par suicide selon les régions, sexes réunis, 1999-2001

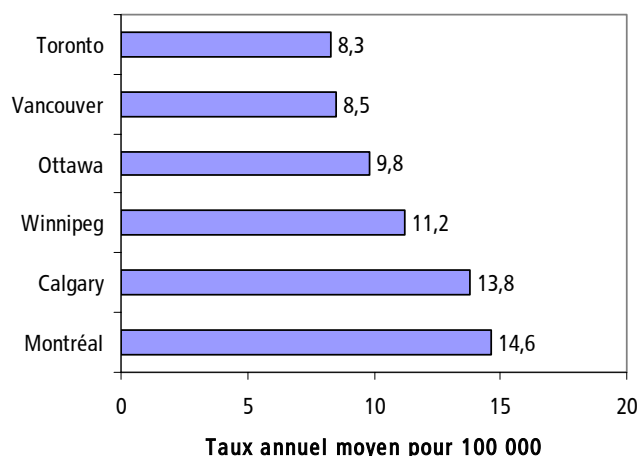


Source : MSSS, Fichier des décès du Québec, calculs effectués à l'INSPQ, mars 2004. Présenté dans St-Laurent et Bouchard (2004)

Cependant, en raison de son important bassin de population, Montréal est la région qui compte le plus grand nombre de décès par suicide. En effet, près de 20% des suicides de la province surviennent dans la métropole, ce qui représente plus de 220 décès par année. En outre, lorsqu'on compare Montréal aux autres grandes villes canadiennes, son taux de suicide excède de 50% celui d'Ottawa, Toronto et Vancouver (*voir* figure 3).

La mortalité par suicide ne se répartie pas uniformément sur l'ensemble du territoire de Montréal. La portion centre-sud affiche des taux de suicide significativement supérieurs à la moyenne montréalaise (Ayotte, Choinière et Poulin, 2002). Il s'agit plus précisément des territoires desservis par les CLSC : Des Faubourgs, Hochelaga-Maisonneuve, Plateau Mont-Royal et Saint-Henri. Le CLSC Montréal-Nord enregistre, lui aussi, une surmortalité par suicide, alors que les CLSC Bordeaux-Cartierville, Côte-des-Neiges, Lac Saint-Louis, Lasalle, Parc Extension, Pierrefonds, René-Cassin et Saint-Laurent présentent tous des indices de mortalité inférieurs à la moyenne montréalaise.

Figure 3
Taux ajusté de mortalité par suicide, régions urbaines du Canada, 1995-1997



Source : Statistique Canada et Instituts canadiens d'information sur la santé (2002). Indicateurs de la santé, volume 2002, n° 1. Dans Ayotte, Choinière et Poulin (2002)

Le nombre de personnes qui s'enlèvent la vie par suicide ne représente, toutefois, qu'une infime proportion des milliers de Montréalais aux prises avec une problématique suicidaire. Ainsi, les enquêtes populationnelles estiment qu'annuellement près de 2,5% de la population adulte de la région pense sérieusement à se suicider, ce qui représente près de 35 000 personnes (Fournier et al., 2002). Les tentatives de suicide sont également très fréquentes, avec une incidence annuelle de 5 pour 1 000 chez les personnes de 15 ans et plus (Boyer et al., 2000), ce qui correspond à environ 7 000 Montréalais.

Les personnes qui commettent des gestes suicidaires doivent recevoir une attention particulière de la part des services de santé et des services sociaux, car elles sont jusqu'à 100 fois plus à risque de décès par suicide que la population générale (Owens et al., 2002). La tentative de suicide est, en fait, le facteur de risque le plus important du suicide complété (Brown et al., 2000; Harris et Barraclough, 1997; Isometsa et Lonnqvist, 1998; Suokas et al., 2001). La première année suivant la tentative de suicide s'avère particulièrement cruciale, puisque 16% des personnes qui se sont présentées à l'urgence après leur geste commettront une nouvelle tentative de suicide et 2% s'enlèveront la vie (Owens et al., 2002).

1.2 Prévention du suicide et des tentatives de suicide

Une proportion importante des personnes qui s'enlèvent la vie par suicide 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. Les médecins généralistes sont les plus consultés. La moitié des personnes décédées par suicide, de même que les deux-tiers des personnes qui ont fait une tentative de suicide y ont eu recours dans le mois précédant le passage à l'acte (Houston et al., 2003; Luoma, Martin et Pearson, 2002; Michel et al., 1997; Stenager et Jensen, 1994).

L'utilisation des services en santé mentale demeure, cependant, plus rare. En effet, 20% seulement des personnes qui s'enlèvent la vie et 25% de celles qui tentent de le faire ont utilisé de telles ressources dans le mois précédant le geste (Luoma, Martin et Pearson, 2002; Stenager et Jensen, 1994; Suominen et al., 2004). Pourtant, de 79% à 100% des personnes décédées par suicide souffraient d'au moins un trouble mental au moment du passage à l'acte (Tanney, 2000), alors que c'est le cas de 90% à 98% des personnes qui ont fait une tentative de suicide (Beautrais et al., 1996; Suominen et al., 1996).

Il est généralement admis que les médecins généralistes peuvent jouer un rôle dans la prévention du suicide, notamment par le dépistage et le traitement de la dépression (Lesage, 2002; Schulberg et al., 2004). La formation des médecins constitue d'ailleurs une stratégie de prévention du suicide recommandée par le Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003). Plusieurs facteurs limitent toutefois l'efficacité des omnipraticiens en ce domaine. Tout d'abord, le suicide d'un patient est très rare dans la pratique d'un médecin généraliste. Selon les études, il se produirait environ une fois à toutes les 52 000 consultations (MacDonald, 1992) ou à toutes les 2 300 consultations chez les patients traités avec des antidépresseurs (Simon et van Korff, 1998). D'autre part, les patients se présentent souvent pour des plaintes physiques plutôt que pour des plaintes psychologiques au cours de leur dernière consultation avant la tentative de suicide (Pfaff, Acres et Wilson, 1999) et ils dévoilent rarement leurs idéations suicidaires au médecin (Choquet et Menke, 1990; Houston et al., 2003; Isometsä et al., 1995; Rey et al., 1997). Enfin, les médecins généralistes évaluent peu le risque suicidaire de leurs patients, même si ceux-ci sont suivis en psychiatrie (Appleby et al., 1999; Milton, Ferguson et Mills, 1999). Une étude récente montre que les professionnels de la première ligne dépistent les idéations suicidaires de patients souffrant de dépression dans seulement 20,5% des cas (Nutting et al., 2005).

L'amélioration des pratiques des médecins n'est pas aisée. L'évaluation d'une formation s'adressant spécifiquement aux omnipraticiens et visant à améliorer leur capacité à identifier, prendre en charge et référer les patients qui présentent des idéations suicidaires sérieuses ou un problème de dépression, d'anxiété ou de consommation, conclut que la formation n'a pas induit de changements significatifs dans les pratiques des médecins participants (Préville et al., 2004). Une autre étude a examiné une intervention visant à assurer une continuité de services avec le médecin généraliste en lui faisant parvenir par la poste : a) une lettre pour l'aviser de la tentative de suicide de l'un de ses patients ; b) une autre lettre pouvant être envoyée à son patient pour l'informer qu'il est au courant de sa tentative de suicide et qu'il peut communiquer avec lui pour prendre un rendez-vous ; et c) des lignes directrices (*guidelines*) à utiliser lors de la rencontre avec le patient et précisant ce qu'il convient de faire en fonction de son état (Bennewith et al., 2002). Les résultats ont montré que cette intervention était sans effet sur le taux de récurrence, bien qu'elle se soit traduite par des visites plus nombreuses auprès du médecin. Enfin, l'étude du Gotland a montré une association entre la formation des médecins au dépistage et au traitement de la dépression, l'augmentation de la prescription d'antidépresseurs et la diminution du taux de suicide des habitants d'une petite île de la Baltique (Rutz et al., 1997). Cependant, la relation ne s'observait que pour les femmes et n'était plus perceptible après deux ans.

Le recours à des services spécialisés en santé mentale semble, jusqu'à présent, plus efficace pour prévenir les comportements suicidaires. De nombreuses interventions destinées aux personnes suicidaires ont été évaluées jusqu'à maintenant et, malgré les limites méthodologiques des études, certaines obtiennent des résultats encourageants. Les recensions et méta-analyses portant sur ces interventions concluent que les psychothérapies et les interventions axées sur l'amélioration de la fidélité au suivi sont les plus prometteuses (Comtois et Linehan, 2006 ; Hawton et al., 1998).

La thérapie d'approche cognitivo-comportementale est la plus évaluée. Elle fait l'objet de plus d'une dizaine d'essais cliniques randomisés auprès de patients admis à l'urgence suite à une tentative de suicide, dont trois rapportent des différences significatives dans les taux de récurrence (Brown et al., 2005; Linehan et al., 1991; Salkovskis et al., 1990). Ces thérapies prennent des formes variables : l'une comporte cinq rencontres et se concentre sur la résolution de problèmes (Salkovskis et al., 1990), une autre est composée de dix séances et travaille surtout les cognitions (Brown et al., 2005) et la dernière s'échelonne sur un an et s'adresse aux personnes qui souffrent d'un trouble de personnalité limite (Linehan et al., 1991). Deux autres études cas-témoin portant sur des thérapies d'orientation psychodynamique rapportent elles aussi des taux moins élevés de récurrence : l'une de ces thérapies est brève et axée sur les relations interpersonnelles (Guthrie et al., 2001), alors que l'autre utilise l'approche de groupe (Wood et al., 2001).

Hormis la psychothérapie, la distribution de «cartes privilège» donnant accès en tout temps à des services psychiatriques d'urgence a également été expérimentée auprès de personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide (Cotgrove et al., 1995; Evans et al., 1999; Morgan et al., 1993). Les résultats obtenus sont toutefois contradictoires. Alors que les premières études (Cotgrove et al., 1995; Morgan et al., 1993) rapportent significativement moins de récurrences chez les personnes qui avaient reçu la carte comparativement à celles qui ne l'avaient pas reçue (5% vs 14%), une étude plus récente parvient au constat inverse. En adoptant la même méthodologie que ses prédécesseurs auprès d'un nombre considérable de participants adultes ($n = 827$), Evans et ses collaborateurs (1999) ne trouvent effectivement pas de diminution dans les taux de récurrence. Au contraire, des analyses plus approfondies montrent que les personnes qui ont une histoire de tentatives antérieures et qui ont reçu la carte tendent à récidiver davantage que celles qui n'en ont pas reçue (30,9% vs 22,5%). Les personnes pour qui c'était la première tentative semblent néanmoins bénéficier de la carte. Ces résultats suggèrent que celle-ci ne devrait pas être distribuée aux personnes qui font des tentatives multiples, mais offertes uniquement à celles qui n'ont commis qu'une seule tentative. Des études supplémentaires sont toutefois nécessaires afin de confirmer ces premières constatations.

Plusieurs essais cliniques randomisés ont évalué des modalités de suivi post-tentative, sans résultat probant (Allard et al., 1992; Chowdhury et al., 1973; Moller, 1989; Torhorst et al., 1987; van der Sande et al., 1997). Le fait de poursuivre le suivi à l'externe avec le clinicien qui assurait le traitement lors de l'hospitalisation favorise une meilleure fidélité au traitement, mais est associé à un taux de récurrence plus élevé que le traitement habituel (Moller, 1989; Torhorst et al., 1987). Une hospitalisation brève dans une unité de quatre lits consacrée aux personnes suicidaires, où une infirmière psychiatrique établit une relation de confiance et utilise une approche de résolution de problèmes à l'égard de la crise actuelle, n'obtient pas de meilleurs résultats que les soins standards (van der Sande et al., 1997). De même, deux programmes de suivi intensif ne rapportent aucun impact positif sur les taux de récurrence (Allard et al., 1992; Chowdhury et al., 1973). Le suivi évalué par Chowdhury et ses collaborateurs (1973) comporte des rendez-vous réguliers en clinique externe, des rencontres entre les rendez-vous, un accès à une ligne téléphonique d'urgence 24h sur 24 et des visites à domicile en cas de rendez-vous manqué. Le programme montréalais d'Allard, Marshall et Plante (1992) comprend, quant à lui, cinq éléments : 1) l'élaboration d'un plan de traitement individualisé par une équipe composée de deux psychiatres et d'un travailleur social; 2) des visites régulières avec un psychiatre (hebdomadaires pour le premier mois, à toutes les deux semaines pour les trois mois suivants, et mensuelles pour les huit mois suivants); 3) au moins une visite à domicile par un travailleur social; 4) des aides mémoires écrits ou téléphoniques voire même des visites à domicile en cas de rendez-vous manqué; et 5) une référence aux ressources psychiatriques habituelles après l'année de l'intervention. Enfin, un suivi téléphonique se limitant à deux appels effectués quatre et huit mois après la sortie de l'hôpital ne permet ni d'augmenter la fidélité au

traitement, ni de diminuer le taux de récurrence (Cedereke et Öjehagen, 2002). Cette inefficacité serait davantage attribuable au délai important entre la sortie de l'hôpital et le premier contact qu'à la nature téléphonique du suivi, selon les chercheurs.

Cependant, trois essais randomisés portant sur des interventions visant à améliorer la fidélité au suivi post-tentative obtiennent des résultats prometteurs (Termansen et Bywater, 1975; van Heeringen et al., 1995; Welu, 1977). Welu (1977) évalue l'efficacité d'un suivi comprenant : 1) une visite à domicile au cours de laquelle un intervenant établit un climat de confiance avec la personne qui a tenté de se suicider et conçoit un plan d'intervention individualisé; et 2) des contacts ultérieurs (téléphoniques ou à domicile) afin de vérifier si tout va bien et proposer des services complémentaires dans le cas contraire. Les résultats indiquent que les personnes ayant bénéficié de ce suivi ($n = 63$) ont un taux de récurrence significativement inférieur à celui des personnes qui ont reçu le traitement standard ($n = 57$), à savoir 4,8% et 15,8% respectivement. Dans l'étude de van Heeringen et ses collaborateurs (1995), des infirmières effectuent des visites à domicile auprès des personnes qui ne se sont pas présentées à leur premier rendez-vous de suivi. Les résultats montrent que ces visites permettent d'améliorer significativement la fidélité au traitement et de diminuer le taux de récurrence : aucune des 129 personnes qui sont devenues fidèles au traitement après les visites à domicile n'a refait de tentative de suicide, alors que c'est le cas de 13,1% de celles qui étaient fidèles sans aucune visite ($n = 107$) et de 18,9% des personnes qui sont demeurées non fidèles au traitement après trois visites de l'infirmière ($n = 16$). Termansen et Bywater (1975) comparent des personnes qui ont reçu un suivi téléphonique après leur congé de l'urgence suite à une tentative de suicide, à des personnes qui ont reçu un suivi en face à face, ainsi qu'à des personnes qui n'ont reçu aucun suivi. Les résultats montrent que les personnes qui ont bénéficié d'un suivi en face à face présentent un taux de récurrence moins élevé que celles qui ont été privées de suivi.

En résumé, les données recueillies jusqu'à présent sur l'efficacité des interventions s'adressant aux personnes suicidaires ne peuvent être qualifiées de concluantes. Certains résultats sont néanmoins encourageants, dont ceux concernant les psychothérapies et les interventions proactives visant à améliorer la fidélité à un suivi post-tentative.

1.3 Lacunes dans les services offerts aux personnes suicidaires

À l'heure actuelle, les services dispensés aux personnes suicidaires souffrent d'importantes lacunes au Québec. La qualité de ces services a été sévèrement critiquée dans l'évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide (Potvin, 2004). Selon son auteur, beaucoup de travail reste à accomplir à ce chapitre. Plus précisément, *«la faiblesse de la prise en charge et du suivi de la personne suicidaire est au cœur des difficultés qui perturbent la continuité des services»*, laquelle est *«en sérieuse difficulté à la grandeur de la province»* (Potvin, 2004, p. 23). Les informations recueillies dans le cadre de l'évaluation indiquent que les personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide obtiennent rarement un suivi psychosocial adéquat et qu'*«à leur sortie, elles sont généralement laissées à elles-mêmes, sauf exception.»* (Potvin, 2004; p. 24). Des constats similaires se dégagent des travaux de Dulac (2003) portant sur 38 hommes décédés par suicide. Les entrevues réalisées auprès de leurs proches révèlent la présence de lacunes importantes dans le suivi post-tentative et *«une absence quasi totale de référence de ces clients à des ressources psychothérapeutiques ou à un suivi psychosocial.»* (Dulac, 2003, p. 62).

Malgré leur risque important de récurrence et de décès par suicide, moins de 40% des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide bénéficient d'un suivi après leur congé (Bronisch et Hecht, 1990; Motto et Bostrom, 2001; Van Heeringen et al., 1995). Divers facteurs peuvent expliquer cette situation. D'une part, les professionnels négligent parfois de recommander un suivi à la clientèle suicidaire. Ainsi, une étude montre que le quart des personnes admises, au cours d'une période d'un an, à l'urgence des hôpitaux de la ville d'Helsinki (n = 1 198) suite à une tentative de suicide, n'ont reçu aucune référence pour un suivi lors de leur séjour à l'hôpital (Suominen et al., 2004). Dans la même veine, une étude réalisée au Royaume-Uni montre que 59% des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide très sévère sont transférées dans une unité de soins intensifs après l'évaluation par le médecin, tandis que 41% obtiennent leur congé, dont 15% sont référées à des services externes de santé mentale, 13% à leur médecin généraliste et 14% n'ont reçu aucune référence pour un suivi (Douglas et al., 2004).

D'autre part, les personnes suicidaires peuvent décider de ne pas se prévaloir du suivi proposé à l'urgence. Peu d'études se sont intéressées aux raisons du manque de fidélité des patients suicidaires. Certaines suggèrent qu'il pourrait s'expliquer par le fait que la personne (ou son entourage) ne croit pas en l'utilité du suivi proposé (Clarke et al., 2004). D'autres l'attribuent plutôt au fait que la responsabilité de prendre le rendez-vous de suivi est souvent confiée à la personne suicidaire elle-même ou aux membres de son entourage, plutôt qu'assumée par le professionnel (Dulac, 2003). Soulignons que les premiers jours suivant le congé de l'hôpital sont critiques pour impliquer les personnes qui ont fait une tentative de suicide dans un suivi puisque, après cette courte période, la probabilité qu'elles s'y engagent est faible (Monti et al., 2004).

Le processus de référence utilisé à l'urgence peut influencer la probabilité qu'une personne suicidaire obtienne un suivi et soit fidèle au traitement recommandé. Un essai clinique randomisé, réalisé auprès de plus de 600 patients admis à l'urgence psychiatrique de trois hôpitaux, a montré que certaines interventions effectuées à l'urgence améliorent la fidélité à la référence et au traitement : la prise d'un premier rendez-vous de suivi avant le congé; l'implication de la famille dans la référence et une communication directe entre le patient et le professionnel qui assurera le suivi (Spooren, van Heeringen et Jannes, 1998). Deux études vont dans le même sens puisqu'elles indiquent que le fait de planifier le suivi et de prendre le rendez-vous avant de laisser la personne quitter l'hôpital augmente le taux de fidélité au traitement chez des jeunes qui ont fait une tentative de suicide (Granboulan et al., 2001 ; Swedo, 1989).

Le manque de communication et de collaboration entre les différents dispensateurs de soins nuit également à la continuité de services offerts aux personnes suicidaires (Dlugacz et al., 2003; Lesage, 2005; Séguin et al., 2005). La situation est particulièrement problématique pour les personnes qui présentent une comorbidité dépression/abus d'alcool ou de drogues. Une étude rétrospective portant sur 102 personnes décédées par suicide au Nouveau-Brunswick, montre que même si 61% de l'échantillon souffrait d'un trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues au moment du décès, seulement 4% ont eu recours à des services en toxicomanie dans l'année précédant le décès, 3% au cours du dernier mois (Séguin et al., 2005). L'écart entre les interventions reçues par les personnes décédées et celles qui auraient été requises se révèle particulièrement élevé en ce qui a trait au traitement des dépendances. Les personnes présentant à la fois une problématique de consommation, de dépression et de suicide sont celles qui reçoivent les interventions les moins adéquates. Une coordination insuffisante entre les services psychiatriques et de toxicomanie est observée dans plus du tiers des cas. À la lumière de ces résultats, les auteurs recommandent d'améliorer la continuité de services et la coordination des actions entre ces deux univers de soins et d'adopter une approche plus proactive pour rejoindre les personnes en détresse qui ne se présentent pas dans les services d'aide.

En somme, le manque de suivi et de continuité dans les services offerts aux personnes suicidaires constitue une lacune importante pouvant contribuer à augmenter le risque de suicide auprès de cette population vulnérable. Le protocole MARCO propose une solution novatrice à ce problème.

1.4 Protocole MARCO

Les buts et objectifs

Le protocole MARCO a pour but de «*mieux coordonner les interventions auprès du client suicidaire et de son réseau personnel, d'assurer une meilleure continuité des services et, du point de vue clinique, de travailler dans la même direction*» (Suicide Action Montréal, 2001, p. 5). Plus spécifiquement, trois objectifs sont visés :

1. Établir des relations de confiance entre les organismes partenaires;
2. Développer une conception commune des différents services d'aide;
3. Créer un réseau d'échange d'information.

La mission du protocole est donc double. Elle concerne à la fois l'amélioration de l'organisation des services offerts aux personnes suicidaires et celle des relations entre les organismes qui oeuvrent auprès de cette clientèle.

La population visée

Toutes les personnes suicidaires, qu'elles aient ou non formulé un plan ou passé à l'acte, sont ciblées par le protocole et ce, quelque soit la problématique sous-jacente (toxicomanie, dépression, crise situationnelle, etc.).

Les valeurs

Les organismes qui s'engagent à implanter le protocole MARCO dans leur établissement doivent partager certaines valeurs. Tout d'abord, ils doivent croire en l'importance d'unir leurs efforts à ceux d'autres organismes afin d'atteindre un but commun: améliorer la continuité des services aux personnes suicidaires. Pour cela, ils doivent s'engager dans un véritable partenariat où ils investiront leurs propres ressources et bénéficieront de celles des autres, dans un esprit d'entraide et de partage. À cet égard, la reconnaissance de l'apport unique des autres partenaires ainsi que le respect de leurs compétences respectives sont essentiels. Les partenaires doivent également accepter de remettre en question leurs pratiques pour apprendre à faire mieux ensemble.

Enfin, le nom même du protocole est porteur de sens. MARCO n'est pas un acronyme, mais un prénom. Il personnifie la personne en détresse suicidaire et rappelle aux partenaires qu'ils travaillent au mieux-être d'un être humain. Au delà de son statut de client, d'appelant, ou d'usager, cette personne est aussi un parent, un conjoint, un ami.

Les partenaires

Au total, 15 établissements partenaires, répartis sur trois territoires, ont implanté ce protocole (*voir* tableau 1). Chacun des territoires d'implantation comprend cinq types d'organismes différents : un centre hospitalier (plus spécifiquement l'urgence psychiatrique de l'établissement), un centre de crise, au moins un centre local de

service communautaire (CLSC), un organisme de traitement pour personnes toxicomanes (Centre Dollard-Cormier), un centre de prévention du suicide (Suicide Action Montréal). Ces organismes ont été choisis parce qu'ils desservent régulièrement la clientèle suicidaire et que leurs services sont différents et complémentaires.

Suicide Action Montréal (SAM) est un organisme sans but lucratif dont la mission est de prévenir le suicide dans la région de Montréal. Grâce à une équipe de 200 bénévoles et de 20 employés, il offre une gamme diversifiée de services, dont une ligne d'intervention téléphonique 24/7 gratuite et confidentielle, des rencontres d'information et du soutien téléphonique personnalisé pour les proches des personnes suicidaires, des groupes de soutien pour les personnes endeuillées par suicide et des formations s'adressant aux intervenants de la communauté. SAM est l'initiateur de la démarche de concertation qui a conduit à l'élaboration du protocole MARCO.

Les *urgences hospitalières* accueillent régulièrement des personnes qui ont des pensées suicidaires, qui ont élaboré un plan ou même tenté de s'enlever la vie. Les patients y sont évalués par un médecin. Ils reçoivent des soins physiques lorsque nécessaire (lavage d'estomac, points de suture, etc.) et peuvent être gardés sous observation pendant quelques heures ou transférés dans une unité spécialisée. Après le congé, les personnes suicidaires sont généralement référées à la clinique externe de psychiatrie ou à des ressources de la communauté (centres de crise, CLSC, organismes pour toxicomanes, etc.) pour recevoir un suivi.

Les *centres locaux de services communautaires* (CLSC) offrent d'abord aux personnes suicidaires une évaluation approfondie de leurs besoins via leur service d'accueil psychosocial. Les usagers dont le risque de passage à l'acte suicidaire est faible ou modéré peuvent ensuite être orientés vers un professionnel (travailleur social, psychologue) du CLSC pour bénéficier d'une thérapie de soutien de 10 à 12 rencontres. Une référence à une ressource de la communauté (centres de crise, organismes pour toxicomanes, groupes d'entraide, ressources de dépannage, etc.) peut également être effectuée lorsque celles-ci sont davantage en mesure de répondre adéquatement aux besoins de la personne. La capacité des CLSC à offrir un suivi varie d'un établissement à l'autre : certains disposent d'une équipe en santé mentale, mais d'autres en sont privés. Lorsque le risque suicidaire présenté par l'utilisateur est élevé, celui-ci est généralement dirigé vers l'urgence d'un centre hospitalier ou vers un centre de crise.

Les *centres de crise* offrent une vaste gamme de services aux personnes vivant une situation de crise psychosociale ou psychiatrique, allant de l'hébergement à court terme, à l'intervention de crise au téléphone et en face à face, en passant par le suivi dans la communauté. Bien qu'il s'agisse de ressources spécialisées dans la résolution de la crise, notamment dans sa forme suicidaire, il arrive parfois que les centres de crise doivent diriger la personne vers une urgence hospitalière si le risque de passage à l'acte est trop élevé. Les centres de crise réfèrent aussi régulièrement leurs usagers à des ressources dans la communauté, dont les organismes pour toxicomanes et les groupes d'entraide, par exemple.

Enfin, le *Centre Dollard-Cormier* est un organisme de réadaptation offrant des services spécialisés en toxicomanie et en jeu pathologique pour l'ensemble de la région de Montréal. Une partie importante de sa clientèle présente des idées suicidaires.

Tableau 1
Établissements partenaires de MARCO selon le site

Sacré-Cœur ¹	St-Mary's	Notre-Dame
Suicide Action Montréal	Suicide Action Montréal	Suicide Action Montréal
Centre Dollard-Cormier	Centre Dollard-Cormier	Centre Dollard-Cormier
Urgence du département de psychiatrie de l'hôpital Sacré-Cœur	Service d'urgence psychiatrique du centre hospitalier St-Mary's	Urgence psychiatrique de l'hôpital Notre-Dame
Centre de crise Iris	Centre de crise Tracom	Centre de crise le Transit
CLSC Ahuntsic	CLSC Côte-des-neiges	CLSC Petite-Patrie
CLSC Bordeaux-Cartierville		CLSC du Plateau
CLSC St-Laurent		CLSC St-Louis-du -Parc

Les composantes du protocole

Le protocole MARCO est une procédure de référence et de prise en charge des personnes suicidaires qui accorde une importance cruciale à l'échange d'informations entre organismes partenaires. Il est attendu que, plus la référence est personnalisée et structurée, meilleures sont les chances que la personne en détresse accepte l'aide et obtienne un suivi. L'échange d'informations permet : 1) d'éviter que la personne n'ait à répéter son histoire; 2) de faire profiter à l'organisme qui prend le relais des évaluations et des interventions déjà réalisées; 3) de mieux coordonner les actions des différents partenaires, pour le plus grand bénéfice de la personne suicidaire.

Le processus d'échange n'est pas unidirectionnel, mais rétroactif. Un premier échange est initié au moment de la référence par l'organisme référent qui transmet alors des informations à l'organisme où est dirigée la personne suicidaire (*voir* tableau 2). Peu de temps après la référence, l'organisme qui a été sollicité (organisme receveur) contacte l'organisme référent pour lui communiquer les résultats de la référence. Pour faciliter l'échange d'informations, un formulaire de référence interétablissements doit être complété et télécopié à l'organisme receveur (*voir* Appendice A). Pour des raisons d'éthique et de confidentialité, l'autorisation de la personne suicidaire (*voir* Appendice B) est essentielle à la divulgation des renseignements personnels. L'obtention du consentement ne doit être réalisée qu'après des personnes dont l'état psychologique et physique permet l'exercice d'un choix libre et éclairé.

¹ En date du 10 mai 2006, l'urgence du centre hospitalier Fleury et le CLSC Montréal-Nord se sont joints au site Sacré-Cœur. Ce dernier regroupe maintenant deux centres de santé et de services sociaux (Ahuntsic et Montréal-Nord et Bordeaux-Cartierville-St-Laurent).

Tableau 2
Informations échangées entre les partenaires selon le moment

Au moment de la référence	Après la référence
Évaluation (risque de passage à l'acte, diagnostic, etc.)	Résultats de la référence (a été rejoint ou non, a accepté ou refusé le suivi proposé)
Intervention (recommandations, plan)	
Orientation (demande d'intervention conjointe ou transfert)	

Hormis l'échange d'information, le protocole MARCO exige que les partenaires s'engagent à contacter la personne suicidaire dans un délai maximum de 48 heures (72 heures la fin de semaine) suivant la réception du formulaire de référence et à lui offrir des services. Les personnes suicidaires étant davantage motivées à entreprendre des démarches d'aide lors de la phase aiguë de la crise, la rapidité de la prise en charge accroît la probabilité que la personne accepte le suivi proposé. Par ailleurs, la prescription d'un délai maximum de 48 heures permet de communiquer cette information à la personne en détresse et de la rassurer en lui certifiant qu'elle sera contactée en peu de temps.

Les partenaires MARCO doivent également tenir à jour des statistiques sur les références effectuées dans le cadre du protocole à l'aide d'un «tableau mensuel de suivi des références» (*voir* Appendice C) et transmettre trois fois par année un rapport à SAM. Enfin, ils s'engagent à participer aux réunions et aux activités liées au projet. Le tableau 3 fait état des différents engagements devant être respectés par les partenaires du protocole MARCO. Le statut de partenaire MARCO n'est attribué qu'aux organismes qui ont obtenu l'adhésion de leur direction et qui s'engagent formellement par écrit à respecter ces exigences.

La mise en œuvre du protocole est assurée par trois instances : un conseil des partenaires, un comité de liaison et des rencontres de site. Les particularités et modes de fonctionnement de ces mécanismes de coordination sont décrits dans la section 3.4.

Tableau 3
Composantes du protocole MARCO

Pour l'organisme qui effectue une référence

- Obtenir le consentement de la personne suicidaire pour le transfert d'échange d'information;
 - Communiquer personnellement avec l'organisme partenaire où la personne suicidaire est référée;
 - Transmettre le formulaire de référence complété à l'organisme receveur;
-

Pour l'organisme qui reçoit une référence

- Contacter la personne référée dans un délai inférieur à 48 heures (ou 72 heures les fins de semaine);
 - Offrir des services à la personne référée;
 - Communiquer avec l'organisme référant pour lui transmettre les résultats de la référence;
-

Pour l'ensemble des organismes partenaires

- Compiler des statistiques sur l'utilisation du protocole;
 - Participer aux rencontres et aux activités connexes.
-

CHAPITRE 2

OBJECTIFS ET MÉTHODE

Ce chapitre présente les objectifs visés par l'évaluation ainsi que la méthode utilisée. On y précise la population à l'étude ainsi que les sources d'information et les instruments de mesure. Il y est aussi brièvement question du plan d'analyse des données et des aspects éthiques considérés dans la réalisation de cette évaluation.

2.1 Approche privilégiée

Une approche participative est privilégiée dans la réalisation de cette évaluation. Dans un contexte de partenariat comme celui qui caractérise l'implantation du protocole MARCO, les approches plus traditionnelles d'évaluation, qui ne reposent que sur le regard critique des évaluateurs, se révèlent insuffisantes. En effet, elles ne peuvent rendre compte de la réalité dynamique et interactive des processus à l'œuvre dans un contexte où aucun des acteurs n'est entièrement maître de l'intervention. Selon la perspective de l'action négociée de Monnier (1987), l'innovation prend forme et évolue en fonction des besoins et des intérêts des groupes concernés. Chaque organisme est porteur d'une réalité distincte, de valeurs et d'une vision de l'action qui lui est propre. L'implantation d'une intervention novatrice comme le protocole MARCO se présente alors comme une activité collective, influencée par les transformations qui affectent le quotidien des organisations impliquées. Pour Monnier (1987), le programme sera implanté avec succès s'il constitue un ensemble négocié, utile et cohérent pour les acteurs qui le dispensent.

Dans l'esprit de la quatrième génération en évaluation (Guba et Lincoln, 1989), les approches d'évaluation doivent désormais se concentrer sur les protagonistes de l'action, reconnaître le pluralisme des valeurs et la diversité des intérêts, tout en tenant compte de l'influence réciproque et changeante des contextes et des interventions. L'utilité des résultats d'une telle évaluation dépend de sa crédibilité aux yeux des différents acteurs, laquelle est grandement facilitée lorsqu'ils sont impliqués collectivement dans l'élaboration d'un jugement critique et négocié sur leur action. L'évaluation participative implique activement les partenaires dans la conception, la réalisation et l'interprétation des résultats de l'étude. Les partenaires prennent connaissance du devis d'évaluation avant le début de la recherche, le commentent et en approuvent le contenu. Une fois les résultats analysés, ils en discutent, les interprètent et formulent les recommandations qui en découlent.

2.2 Type d'évaluation

Dans une perspective de déploiement du protocole MARCO à d'autres territoires, une évaluation d'implantation est jugée pertinente. Différemment de l'évaluation des effets qui vise à apprécier les résultats produits par une intervention, l'évaluation d'implantation s'intéresse au degré de mise en œuvre d'un programme (Contandriopoulos et al., 2000). Elle rend compte de l'écart entre le projet prévu et celui qui a été réalisé et, surtout, cherche à comprendre les raisons de cet écart. Cette forme d'évaluation s'attarde à expliciter les processus à l'origine des variations observées dans l'implantation d'une intervention, comme l'interaction entre les caractéristiques des partenaires et celles des milieux dans lesquels ils évoluent.

L'évaluation d'implantation du protocole MARCO est formative plutôt que sommative, c'est-à-dire qu'elle vise à améliorer la performance du programme, plutôt que de porter un jugement définitif sur celui-ci en terme d'échec ou de réussite (Patton, 1997; Rossi, Freeman et Lipsey, 1999). La perspective formative conçoit l'évaluation comme un processus d'apprentissage, dans lequel les concepteurs du programme et les évaluateurs s'interrogent de concert sur ce qui a été fait et sur ce qui aurait pu l'être. L'objectif de la démarche est d'obtenir des résultats concrets et utiles pour la bonification du programme et non de statuer sur la pertinence de le poursuivre ou de l'abandonner.

2.3 But et objectifs

L'évaluation du protocole MARCO a pour but de : 1) recommander des améliorations possibles afin de favoriser un fonctionnement optimal du projet dans les sites actuels; 2) dégager des stratégies pour un déploiement réussi de MARCO à d'autres territoires.

Plus spécifiquement, l'évaluation poursuit six objectifs :

1. Documenter l'historique de création du protocole MARCO;
2. Décrire le fonctionnement du protocole dans les sites actuels;
3. Quantifier l'utilisation de MARCO pour l'ensemble des partenaires ainsi que pour chacun des sites;
4. Dresser un portrait de la clientèle rejointe;
5. Évaluer la perception des partenaires quant à l'atteinte des objectifs visés par MARCO;
6. Identifier les obstacles et les facilitateurs de son implantation.

2.4 Méthode

L'évaluation est rétrospective et utilise une méthode mixte, combinant les données qualitatives et quantitatives.

2.4.1 Population à l'étude

L'ensemble des 15 organismes partenaires du protocole MARCO participent à l'évaluation (*voir* tableau 1, p.11).

2.4.2 Informations recueillies et instruments de mesure

Pour atteindre les objectifs fixés par l'évaluation, de nombreuses données sont recueillies auprès des partenaires par le biais de cinq instruments : 1) un tableau de suivi des références; 2) une entrevue auprès des membres fondateurs; 3) une entrevue auprès des partenaires; 4) une entrevue au cours des rencontres de sites; 5) une entrevue au cours d'un comité de liaison.

Tableau de suivi des références. Au cours d'une période de six mois, soit entre le 15 juin et le 15 décembre 2005, tous les partenaires MARCO sont invités à compléter un tableau de suivi (*voir* Appendice D) pour chacune des références effectuées dans le cadre du protocole. Cette collecte d'informations permet de quantifier l'utilisation du protocole (objectif 3 de l'évaluation) et de décrire la clientèle rejointe (objectif 4). Le tableau note la date de la référence, le nom de l'organisme à qui elle est destinée et le motif de celle-ci. Il recueille également les informations suivantes à propos de la personne référée :

- sexe;
- âge;
- présence d'idées ou de comportements suicidaires;
- problématiques vécues au moment de la référence.

Entrevue auprès des membres fondateurs. Cette entrevue de groupe semi dirigée (*voir* Appendice E), répond aux objectifs 1, 5 et 6 de l'évaluation en incitant les personnes présentes lors de la rencontre de fondation du protocole, le 1^{er} octobre 1999, à discuter des thèmes suivants :

- contexte de création du protocole;
- raisons qui ont présidé au choix des partenaires;
- méthode utilisée pour solliciter la participation des partenaires;
- difficultés rencontrées et stratégies adoptées pour les surmonter;
- perception de l'écart entre le projet prévu et le projet réalisé et raisons de cet écart;
- recommandations pour l'implantation du protocole dans d'autres territoires.

Entrevue auprès des partenaires. Cette entrevue semi dirigée (*voir* Appendice F) est réalisée séparément auprès de chacun des organismes partenaires. Le répondant principal du protocole MARCO de chaque établissement désigne la ou les personnes impliquées le plus activement dans la mise en œuvre du protocole pour participer à l'entrevue. Celle-ci aborde 14 thèmes, afin de décrire le fonctionnement de MARCO (objectif 2), d'évaluer la perception des partenaires quant à l'atteinte des objectifs visés (objectif 5) et d'identifier les obstacles et les facilitateurs de l'implantation et du fonctionnement du protocole (objectif 6):

- description des services offerts aux personnes suicidaires;
- stratégies utilisées pour solliciter l'adhésion de l'organisme et résistances initiales;
- méthodes utilisées pour implanter le protocole;
- stratégies de promotion du protocole à l'interne;
- critères d'admissibilité des usagers au protocole;

- professionnels désignés pour offrir le protocole et utilisateurs potentiels;
- mécanismes de réception et d'envoi des références;
- relance en cas de rendez-vous manqué;
- tenue des statistiques;
- conditions gagnantes pour une implantation optimale du protocole;
- perception de l'atteinte de l'objectif d'assurer une meilleure continuité de services;
- perception de l'atteinte de l'objectif de favoriser l'établissement de meilleures relations entre les organismes;
- améliorations possibles;
- recommandations pour l'implantation du protocole dans d'autres territoires.

Entrevue au cours des rencontres de sites. Afin de répondre au deuxième objectif de l'évaluation, qui est de décrire le fonctionnement du protocole MARCO, une grille d'entrevue de groupe semi dirigée est conçue pour être administrée lors d'une rencontre de site (*voir* Appendice G). Cette entrevue aborde les dimensions suivantes :

- objectifs poursuivis par les rencontres;
- fréquence des rencontres;
- critères ayant présidé au choix des participants;
- sujets abordés au cours des rencontres;
- utilité des rencontres;
- compilation des statistiques;
- pertinence d'ajouter de nouveaux partenaires.

Entrevue au cours du comité de liaison. Une dernière entrevue de groupe semi dirigée (*voir* Appendice H) comportant sept questions principales permet de décrire l'un des mécanismes mis en place pour assurer la coordination du protocole MARCO : le comité de liaison. Elle répond ainsi, en partie, au deuxième objectif de l'évaluation en abordant les thèmes suivants :

- objectifs poursuivis par ce comité;
- fréquence des rencontres;
- critères ayant présidé au choix des participants;
- sujets abordés au cours des rencontres;
- utilité du comité.

2.5 Déroulement des entrevues

Les entrevues auprès des partenaires ont été réalisées auprès de chacun des 15 établissements ayant implanté le protocole. La sélection des participants à l'étude a été laissée à la discrétion des répondants MARCO de chacun des établissements, qui avaient pour consigne d'inviter les personnes impliquées le plus activement dans la mise en oeuvre du protocole.

Au total, 40 personnes y ont pris part. Un gestionnaire était présent dans la majorité (60%) des entrevues, accompagné généralement par un ou deux intervenants. En ce qui concerne les trois entrevues réalisées au cours des rencontres de sites, elles ont réuni 15 personnes, dont six (40%) gestionnaires. Deux établissements n'étaient pas représentés lors de ces entrevues. À l'exception d'une seule personne, tous les participants avaient également contribué à l'entrevue auprès des partenaires.

Cinq personnes étaient présentes au moment de l'entrevue du comité de liaison, dont quatre gestionnaires. Il s'agissait de trois membres actifs du comité et de deux anciens membres. Enfin, six (42,9%) des 14 personnes ayant contribué à l'élaboration du protocole MARCO étaient présentes lors de l'entrevue des fondateurs.

2.6 Analyse des données

Une analyse de contenu a été effectuée avec les retranscriptions des entrevues à l'aide du logiciel NVivo. Cette forme d'analyse qualitative vise à organiser et à simplifier des données complexes en catégories. Pour ce faire, les retranscriptions sont découpées en unités de classification, chacune d'elles correspondant à une idée. *«Constitue alors une unité de classification tout mot, toute phrase ou portion de phrase ayant un sens complet en soi»* (L'Écuyer, 1990, p. 62). Une grille de codification est ensuite élaborée en créant des catégories regroupant les unités de classification dont le sens est similaire et en leur attribuant *«un nom plus général qui paraît en constituer le dénominateur commun»* (L'Écuyer, 1990, p. 67). Les catégories doivent être exhaustives, mutuellement exclusives, univoques et homogènes. L'ensemble des unités de classification sont ensuite codifiées en les attribuant à une seule catégorie de la grille.

L'analyse de contenu ne vise pas à fournir les fréquences d'apparition des catégories de réponse. Dans le cadre d'une analyse effectuée à partir des réponses données à une question ouverte, on ne peut présumer que l'absence d'évocation d'un thème par un participant signifie que ce thème n'a pas d'importance pour lui. Pour pouvoir l'affirmer, il est nécessaire de le questionner spécifiquement à ce sujet. L'analyse de contenu permet donc de décrire l'univers des réponses données par les répondants, sans pouvoir affirmer avec certitude qu'une idée est plus répandue ou plus importante qu'une autre.

Les informations quantitatives portant sur le profil des usagers du protocole sont saisies dans une base de données SPSS et font ensuite l'objet d'analyses descriptives (fréquence, moyenne, etc.), afin de décrire la clientèle et les caractéristiques des références.

2.7 Considérations éthiques

Les comités d'éthique de la Direction de santé publique de Montréal, du Centre Dollard-Cormier ainsi que des CSSS Nord de l'île et Saint-Laurent, Jeanne-Mance, Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension ont autorisé la réalisation de cette étude. Les autres partenaires ont donné leur aval à ce projet sur la base des certificats d'éthique déjà émis.

Chacun des participants aux entrevues de groupe a lu et signé un formulaire de consentement (*voir* Appendice I). Leur anonymat est préservé dans la présentation des résultats. Les enregistrements audio des entrevues téléphoniques ont été conservés sous clé et effacés après leur retranscription. Les données ne sont pas rapportées de manière nominative et les banques de données créées et utilisées dans le cadre de l'évaluation ne permettent pas d'identifier les individus et seront effacées 12 mois après la fin de l'étude. Les données obtenues ne seront utilisées qu'aux fins de la présente évaluation.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

Ce chapitre retrace d'abord l'historique de création du protocole MARCO. Sont ensuite présentés son fonctionnement et une appréciation de son utilité par les partenaires. Enfin, les conditions gagnantes et les obstacles à l'implantation font l'objet de la dernière section.

3.1 HISTORIQUE DE CRÉATION DU PROTOCOLE MARCO

Dès 1998, Suicide Action Montréal (SAM) amorce une réflexion critique sur la qualité des services offerts aux personnes suicidaires. Son plan stratégique 1998-2001 déplore, notamment, les nombreuses lacunes au plan de la continuité des services ainsi que l'isolement vécu, tant par les intervenants que par les personnes aux prises avec le problème. SAM se donne alors comme mission d'intervenir auprès des groupes à risque de suicide et d'améliorer l'accès à des services de qualité pour les personnes suicidaires et leurs proches en misant sur ses propres ressources, certes, mais également sur l'engagement et le développement des compétences des autres organisations de la communauté. Une de ses premières actions fut d'initier une démarche de concertation regroupant divers partenaires partageant la même idéologie et les mêmes préoccupations.

«À SAM, on a réalisé qu'on ne rejoignait pas toutes les clientèles à risque. Ça a amené la nécessité de travailler avec d'autres organisations qui, de par leur mission et leurs activités, les rejoignent naturellement. On a constaté qu'il y avait un manque de continuité entre les divers services.»

Selon les membres fondateurs, Suicide Action Montréal a exercé un rôle clef dans la mise en œuvre du protocole MARCO. Fort de son expertise en prévention du suicide et de sa connaissance des acteurs du milieu, SAM a su mobiliser quelques intervenants et décideurs pivots interpellés par la problématique du suicide autour de ce projet novateur.

«C'est SAM qui a su "driver" le dossier depuis le début et si ça avait pas été de lui, ça n'aurait rien donné.»

Recrutement des partenaires

Le recrutement des partenaires s'est réalisé en plusieurs étapes. En premier lieu, SAM met en place, à l'automne 1998, un comité de démarrage réunissant des représentants locaux et régionaux gravitant autour de l'urgence de l'Hôpital Notre-Dame : le CLSC La Petite-Patrie, le Centre Dollard-Cormier et le Centre de crise Le Transit. Invités à venir discuter des difficultés rencontrées dans leur pratique, ces membres fondateurs s'entendent pour favoriser l'établissement d'une meilleure complémentarité entre les services institutionnels et communautaires.

En vue de réaliser un tel projet, ils mirent rapidement en place un processus de recrutement des partenaires potentiels. Le choix des organismes s'est fait selon les critères suivants : 1) avoir un rôle à jouer dans l'intervention d'urgence auprès des personnes suicidaires; 2) constater le manque de continuité dans les services; 3) avoir l'humilité de faire ce constat; et 4) croire qu'ensemble, on peut faire mieux.

«On voulait des gens qui fassent les mêmes constats que nous en terme de continuité. On voulait des gens qui croient au travail en partenariat. Ensemble, on va mieux réussir que chacun de son bord par rapport à la clientèle suicidaire.»

L'application de ces critères a amené les membres fondateurs à refuser à certains organismes le privilège de faire partie des partenaires de MARCO, parce qu'ils n'avaient pas de mandat spécifique auprès de la clientèle suicidaire.

«Certains organismes nous ont dit : "Comment ça, nous, on n'est pas invité?". On a donc décidé d'accepter seulement les organismes qui ont un rôle à jouer dans la crise suicidaire.»

La première phase de recrutement a permis d'ajouter trois autres établissements aux partenaires initiaux : le Centre hospitalier St-Mary's, le Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital Sacré-Cœur, ainsi que le service de police de Montréal, portant à huit le nombre d'organismes siégeant au comité de démarrage. Le 1^{er} octobre 1999, une journée de travail sous le thème : «*Le rendez-vous des partenaires d'urgence suicide*» les amènent à unir leurs efforts en vue d'améliorer la continuité des services auprès des personnes suicidaires. Le protocole MARCO naît de ces travaux et échanges.

En raison de la composition du comité de démarrage, il fut convenu de déployer le protocole dans trois sites gravitant autour des trois hôpitaux présents, à savoir Notre-Dame, Sacré-Cœur et St-Mary's. Les membres du comité approchèrent alors certains partenaires locaux (CLSC) et sous-régionaux (centres de crise) de ces trois sites, avec qui ils entretenaient déjà de bons liens. La stratégie de recrutement était variable, s'adressant parfois aux gestionnaires et parfois aux intervenants. Au terme de cette étape de déploiement, les trois sites étaient composés d'une urgence psychiatrique, à laquelle se sont greffés un centre de crise, un ou des CLSC, de même que le Centre Dollard-Cormier et SAM.

Signature des protocoles

Les trois protocoles (voir Appendice J) ont été entérinés à l'automne 2001 par les quinze établissements partenaires, qui avaient préalablement obtenu l'assentiment de leur direction. Ils se sont engagés alors, par la signature d'une entente formelle, à appliquer le protocole MARCO et à mettre à contribution leurs ressources matérielles, humaines et financières.

«Le protocole est basé sur l'engagement des organisations. Il faut que l'organisation y trouve son compte, ses intérêts. Les intérêts pour les organisations et les intervenants ne sont pas les mêmes d'une organisation à l'autre, et ça se reflète dans le protocole. Si un protocole ne tient pas compte des intérêts de chacun, il passe à côté.»

Les protocoles présentent tous le même corpus, seules les procédures internes pour la réception et le traitement des références les distinguent les uns des autres. Certains établissements exigent, par exemple, que toute

demande de service soit d'abord effectuée par téléphone, tandis que d'autres préfèrent ne recevoir qu'un envoi par télécopieur. Aussi, le nombre de professionnels habilités à traiter les demandes varie considérablement d'un établissement à l'autre, certains ayant désigné une seule personne pour le faire et d'autres ayant formé l'ensemble du personnel.

Deux phases d'implantation prévues

À l'origine, le protocole MARCO prévoyait deux phases d'implantation. La première, portant sur l'implantation du projet dans les trois sites, repose essentiellement sur l'implication d'intervenants et de décideurs des milieux cliniques dans la création d'un réseau d'échange d'information et de référence des personnes suicidaires. Une fois ce réseau de référence mis en place, l'étape suivante consistait à solliciter la collaboration des corps policiers et d'Urgences-santé en vue de transmettre toutes les informations pertinentes au sujet des personnes suicidaires lors de leur transfert à l'urgence médicale.

«On voulait que cette information soit transmise au personnel de l'urgence. Parce que les policiers vivent de la frustration lorsque ça fait cinq fois dans la même semaine ou parfois dans la même journée, qu'ils se déplacent pour la même personne.»

Cette deuxième phase n'a jamais été concrétisée, malgré l'intérêt des représentants des corps policiers et d'Urgences-santé à y participer.

«L'intérêt est là, de part et d'autre. Mais cela ne s'est pas actualisé, parce qu'il fallait faire le rodage de la première phase.»

En outre, bien que cette deuxième phase demeure pertinente, elle s'avère difficile d'application. L'hôpital où est dirigée une personne suicidaire par les corps policiers et Urgences-santé est, en effet, déterminé par la capacité d'accueil des urgences du territoire, plutôt que par le lieu de résidence. Dans ce contexte, les limites territoriales de l'implantation actuelle de MARCO ne peuvent être respectées.

«Les policiers et Urgences-santé ne fonctionnent pas selon nos territoires. Quand il y a un appel, le client en tentative se retrouve n'importe où sur l'île de Montréal, selon les endroits où il y a de la place.»

Réactions des partenaires au projet

Le protocole MARCO a été accueilli favorablement par les partenaires, puisqu'il répondait au souhait de mieux coordonner leurs interventions et n'engendrait pas de changements de pratique radicaux. Néanmoins, certaines craintes ou réticences étaient présentes chez les participants au moment de l'implantation :

- questionnements quant au choix de privilégier la problématique du suicide plutôt qu'une autre;
- craintes à l'égard du non respect des règles de confidentialité lors des références;
- peur d'être submergé par le nombre de références;
- réticence à utiliser un formulaire de référence additionnel;
- court délai de 48 heures pour la prise en charge.

La question du délai de 48 heures pour la prise en charge a soulevé plusieurs inquiétudes chez les intervenants qui, constatant une forte pression sur les services en santé, avaient peur de ne pouvoir y répondre.

«Par rapport à la prise en charge, certains ont trouvé ça difficile dans le contexte d'intervenir dans les 48 heures. Comme on a un case load, il nous faut répondre à notre clientèle et là surgit une nouvelle demande. On a dû leur expliquer que ça nécessitait pas nécessairement une prise en charge, mais juste de s'assurer que la crise est résorbée.»

Bien que la majorité des organismes sollicités lors du déploiement initial du MARCO se sont montrés réceptifs, quelques organismes communautaires ont refusé d'y adhérer. L'une des raisons invoquées étant que les systèmes de référence déjà mis en place répondaient à leurs besoins.

«Le lien de référence était déjà présent et donc, ils ne voyaient pas l'intérêt de se joindre à MARCO, de peur d'être submergés.»

Dans un secteur en particulier, le protocole MARCO n'a pu être implanté en raison d'un manque de reconnaissance du milieu communautaire par le milieu institutionnel. Ce dernier se percevant comme le principal dispensateur de services auprès de la clientèle suicidaire, s'est montré peu ouvert à établir des alliances avec les partenaires du secteur.

«Certains hôpitaux psychiatriques se perçoivent comme les maîtres d'œuvre en santé mentale y compris pour le suicide. Il nous faut développer une crédibilité dans le milieu pour démontrer que nous sommes capables de répondre à certaines situations sans avoir recours à la structure de 3^e ligne.»

Au niveau de la région, l'implantation de MARCO a également suscité beaucoup de curiosité à la Régie régionale de Montréal (aujourd'hui, Agence de la santé et des services sociaux), notamment parce que cette initiative ne s'inscrivait pas dans l'organisation des services telle que planifiée par le Ministère de la santé et des services sociaux.

«L'Agence nous a fait venir, ils étaient très intrigués. Ils regardaient les gens qui étaient là et ça n'avait aucun rapport avec les territoires... Or, eux autres, ils fonctionnent avec les territoires et là, ça les dérangeait.»

Après avoir pris connaissance des visées du protocole MARCO, l'Agence a convenu de soutenir cette initiative. Le rôle de coordination de l'implantation du protocole MARCO a été confié à Suicide-Action Montréal, assorti d'un budget annuel d'opération. En 2004, l'Agence de la santé et des services sociaux a demandé à SAM d'amorcer le déploiement de MARCO dans deux autres secteurs montréalais, tout en recommandant une évaluation d'implantation du protocole par la Direction de santé publique de Montréal.

3.2 MODALITÉS ORGANISATIONNELLES

Répondant MARCO

Chacun des organismes partenaires a mandaté au moins un professionnel ou un cadre pour être répondant de MARCO (porteur de dossier). Le répondant peut être un gestionnaire, un médecin, une infirmière ou un intervenant. Celui-ci a comme principales tâches d'assurer la promotion du protocole au sein de son établissement et de participer aux rencontres des partenaires.

«Un bon porteur de dossier doit adhérer à la philosophie de MARCO. Il adhère complètement à toutes les étapes, il s'engage et s'assure que son organisation embarque. Il doit être enthousiaste et être proche des intervenants qui vont utiliser MARCO.»

C'est au répondant que l'on réfère lorsqu'un soutien clinique est requis (validation d'une ressource pour une référence, procédures administratives, etc.). Il s'assure également que la direction adhère à la philosophie de MARCO, soutienne les intervenants et accepte de le libérer pour assister aux rencontres de site. Enfin, il rapporte, auprès du comité de liaison, les irritants qui surviennent dans son application.

Une majorité d'organisations (9/15) se sont dotées de plus d'un répondant, afin de répartir la charge de travail associée à ce mandat. Règle générale, l'un est affecté au bon fonctionnement du protocole à l'interne, et l'autre, aux représentations à l'externe (rencontres de site, assemblée des partenaires, etc.). On remarque une certaine stabilité chez les répondants. Au cours des cinq dernières années, ils sont demeurés les mêmes, à l'exception de quatre établissements qui ont eu à identifier de nouveaux répondants dans la dernière année.

Bien que la responsabilité de la mise en œuvre du protocole repose en grande partie sur le répondant, tous les établissements n'ont pas nécessairement prévu de mécanismes de remplacement lors d'un départ. Seuls deux établissements ont intégré la fonction de répondant MARCO dans la description de tâches d'un poste particulier, de sorte que la personne nouvellement engagée se voit formellement mandatée pour assurer cette relève. Cette procédure administrative facilite le transfert des responsabilités liées à la coordination du projet et évite les bris dans la continuité des services offerts aux personnes suicidaires. En l'absence d'une procédure claire, on rapporte des retards considérables (deux à six mois) dans le remplacement des répondants MARCO, ce qui peut occasionner des délais quand au suivi de la clientèle suicidaire.

«Chez nous, à l'urgence, la tâche de répondant MARCO est passée dans les mains de trois personnes en moins de six mois. C'était difficile pour nos partenaires de savoir à qui ils devaient référer.»

«Notre poste de répondant a été vacant pendant plus de deux mois après le départ de notre porteur de dossier. C'est sûr que ça n'aide pas au niveau des références.»

Il est souhaité que le nom des nouveaux répondants MARCO soit communiqué aux autres partenaires dans les plus brefs délais, afin de ne pas ralentir le processus de références. À noter, qu'au moment de l'étude, il n'y avait aucun mécanisme formel de mise à jour de la liste des répondants MARCO pour l'ensemble des territoires.

Professionnels mandatés pour appliquer le protocole

Les professionnels qui utilisent le protocole MARCO varient d'un établissement à l'autre. Dans les urgences hospitalières, la travailleuse sociale, les infirmières et, plus rarement, les psychiatres en font usage. Dans les CLSC, les utilisateurs se retrouvent principalement à l'accueil psychosocial, ainsi qu'au sein de l'équipe des services sociaux courants. En ce qui concerne les centres de crise, le Centre Dollard-Cormier et Suicide Action Montréal, tous les intervenants en contact avec la clientèle sont appelés à l'utiliser.

La majorité des partenaires souhaitent qu'un plus vaste éventail d'intervenants deviennent des utilisateurs de MARCO, particulièrement les médecins ainsi que les équipes de soutien à domicile des CLSC.

«Tout le monde est susceptible de l'utiliser parce qu'ils peuvent avoir quelqu'un de suicidaire dans leur case load.»

Cependant, quelques-uns soulignent que les médecins qui travaillent dans les CLSC n'auraient pas avantage à utiliser le protocole MARCO. Selon eux, les médecins possèderaient la crédibilité nécessaire pour référer directement la personne suicidaire à l'urgence hospitalière, de même que la possibilité de la diriger vers l'accueil psychosocial au besoin.

«Le médecin généraliste de l'équipe de santé mentale va faire lui-même le contact avec l'urgence. Quand tu es médecin, tu as la crédibilité nécessaire. Tu n'as pas besoin de MARCO.»

«Les médecins, s'ils rencontrent quelqu'un qui est suicidaire, soit ils nous le réfèrent à l'accueil psychosocial ou ils appellent directement l'infirmière à l'urgence psychiatrique.»

Enfin, certains estiment qu'il serait inopportun de confier le protocole à des personnes qui ne sont pas habilitées à évaluer correctement le risque suicidaire.

«C'est mieux qu'il soit utilisé parcimonieusement, parce que si à chaque fois que quelqu'un dit "Des fois, j'ai envie de mourir." ou "Je suis découragé, j'ai des idées noires.", ils se lancent sur le protocole... Je sais pas là, mais ça demande une certaine nuance dans l'évaluation.»

Promotion du protocole à l'interne

Les stratégies utilisées pour promouvoir l'utilisation du protocole MARCO auprès des intervenants diffèrent d'un établissement à l'autre et reposent en grande partie sur les répondants. Outre une phase de sensibilisation plus marquée lors des premiers mois d'implantation, la promotion à l'interne ne semble pas faire l'objet d'activités particulières. Il n'y a pas de formation spécifique destinée aux professionnels susceptibles d'utiliser le protocole MARCO. En outre, celui-ci n'est pas systématiquement abordé dans le cadre des réunions d'équipe, mais fait plutôt l'objet d'échanges informels lorsque la situation l'exige (compte-rendu des rencontres de site, difficultés rencontrées lors de l'application du protocole, modifications ou changements à apporter, etc.). Plusieurs établissements ont recours aux notes de service à l'interne comme mécanisme de promotion.

Chaque organisme partenaire a la responsabilité de s'assurer que ses nouveaux employés intègrent le protocole MARCO dans leurs pratiques. Les moyens mis de l'avant par les établissements sont très variables, allant d'une simple distribution du protocole à une initiation plus approfondie, habituellement offerte par le répondant

MARCO. Règle générale, l'introduction au protocole s'avère mieux structurée dans les CLSC, puisqu'elle est intégrée dans la formation des nouveaux employés. Dans les autres organismes, elle est effectuée au besoin, de manière plus informelle. Au moment de l'étude, aucun manuel de formation n'était disponible à l'ensemble des partenaires.

Au-delà de cette initiation au protocole, les nouveaux employés acquièrent une véritable compréhension du protocole lorsqu'ils effectuent ou reçoivent une première référence. À cette occasion, ils s'adressent généralement au répondant MARCO pour les guider dans la procédure. Selon les partenaires, cette responsabilité s'avère parfois contraignante pour le répondant, particulièrement à l'urgence où on observe un taux élevé de roulement du personnel soignant.

«Les nouvelles personnes qui arrivent et reçoivent une référence MARCO, elles se demandent c'est quoi cette affaire-là. Fait qu'on leur explique ce que c'est, du mieux qu'on peut. Mais je dois vous dire, franchement, que j'aimerais ça qu'on ait une formation... Avec toutes les tâches qu'on a à faire, être pris pour expliquer c'est quoi MARCO, c'est pas évident.»

Les partenaires reconnaissent que les efforts de promotion déployés ne sont pas suffisants pour soutenir l'intérêt des professionnels à utiliser le protocole MARCO. Ce constat semble, d'ailleurs, se confirmer par la grande méconnaissance du protocole observée au sein du quasi totalité des établissements partenaires.

«Si la personne est très suicidaire, on ne pensera pas à utiliser le protocole MARCO. On va appeler l'hôpital tout de suite. On pourrait y penser plus, mais ce n'est pas un réflexe d'utiliser le protocole, parce qu'on ne le connaît pas assez. Donc on ne va pas y penser tout de suite, sur le champ.»

«Même encore aujourd'hui, à chaque fois que c'est écrit MARCO à côté du nom d'un client qu'on va recevoir, on va toujours voir notre patron pour savoir : "Qu'est-ce qu'on fait déjà?"»

«Une fois, on est arrivé avec un client qui a une récurrence au niveau des idées suicidaires et qui n'avait pas vraiment eu de bons services à venir jusqu'à maintenant pour ses problèmes d'idées suicidaires. Donc on s'est dit : "Pourquoi on n'utiliserait pas le projet MARCO pour ce client? ". Alors là, on s'est demandé où étaient les formulaires du projet MARCO : "Sont où? Puis est-ce qu'il y a une petite fiche explicative, pour m'expliquer c'est quoi ce projet-là?" Parce que je n'en avais aucune idée. J'en avais entendu parler, mais juste de même, informellement : "C'est pour les gens suicidaires. C'est un projet ".»

Par conséquent, la tenue de séances d'information, à intervalles plus réguliers, est souhaitée par les partenaires afin de mieux faire connaître le protocole MARCO et surtout maximiser son utilisation lors des références. Les occasions pour utiliser le protocole étant peu fréquentes, les intervenants reconnaissent en oublier les modalités d'application.

Je trouve que l'équipe de prise en charge mériterait un petit peu plus de rafraîchissement, parce qu'il y a eu un peu de roulement et que tout le monde n'a pas été sensibilisé. De plus, je pense qu'une fois par année, il ne serait pas mauvais que l'on s'informe sur : Où on en est? Qu'est-ce que cela donne? Qui l'utilisent et qui ne l'utilisent pas?»

«Je pense qu'il faut revenir régulièrement pour rappeler aux gens ce que c'est et quelles sont les procédures.»

3.3 PROCÉDURES ET CHEMINEMENT DES RÉFÉRENCES

Critères d'admissibilité au protocole

Lors de sa signature, le protocole MARCO s'appliquait à toutes les personnes présentant des idées suicidaires, qu'elles aient ou non formulé un plan ou passé à l'acte, et sans égard à la sévérité de la crise. Les entrevues effectuées auprès des partenaires ont cependant montré que les intervenants utilisaient des critères d'inclusion plus précis pour les guider dans l'application du protocole MARCO auprès de la clientèle suicidaire. Notons que ces critères varient, non seulement, d'un établissement à l'autre, mais également au sein d'un même établissement. Les critères évoqués se rapportent à : 1) la gravité de la crise; 2) le recours aux services offerts par les autres ressources et 3) l'isolement de la personne.

Le critère le plus fréquemment invoqué est la gravité de la crise suicidaire (10/15). Ainsi, lorsque les professionnels jugent que le risque de passage à l'acte est élevé, soit en raison de la présence de facteurs de risque importants ou d'un manque de facteurs de protection, ils sont davantage enclins à appliquer le protocole.

«Évidemment, lorsque quelqu'un a des idéations suicidaires, mais n'est pas en urgence, on ne vas pas utiliser le protocole.»

«Si la personne avait eu des idées suicidaires, et qu'elle m'aurait dit : " Je n'ai pas de plan, des fois je pense à mourir, mais je n'ai pas l'intention de le faire.", je n'aurais pas été inquiète et je n'aurais pas fait MARCO. Si elle m'avait dit : " Je ne sais pas ce que je vais faire quand je vais rentrer chez moi. Je suis toute désorganisée.", j'aurais fait MARCO. C'est mon inquiétude qui aurait guidé si j'utilise le protocole ou pas»

La gravité de la crise n'est pas évaluée de manière uniforme par l'ensemble des partenaires MARCO, bien qu'elle s'avère déterminante pour le plan d'intervention suggéré à la personne suicidaire. À cet égard, certains partenaires nous ont dit déplorer le fait que la pertinence d'une référence effectuée dans le cadre de MARCO est à l'occasion remise en question par l'établissement receveur. Sachant que l'évaluation du risque suicidaire peut fluctuer selon le moment de la crise, il est jugé important de respecter les motifs invoqués par le partenaire pour une demande de suivi.

«Moi, je pense que quelque fois à l'hôpital, ils trouvent qu'on exagère ou qu'on amplifie le risque suicidaire. Ils se perçoivent toujours comme les experts.»

«Il y a parfois des blâmes, des jugements sur la pertinence d'une référence. Pourtant, on s'était entendu pour ne pas porter de jugement sur l'évaluation de l'autre. En plus, l'évaluation du risque peut varier. Un client peut être très suicidaire à son arrivée au CLSC mais, une fois calmé et une fois qu'on lui a expliqué qu'il est attendu à l'hôpital, il peut être beaucoup moins à risque à son arrivée à l'urgence.»

Le deuxième critère a trait à la nécessité de recourir aux services offerts par une autre ressource en vue de répondre à l'ensemble des besoins de la personne suicidaire. Une volonté d'appliquer le protocole dans ce contexte a été mentionnée par plusieurs établissements.

«Le protocole s'applique aussitôt qu'on arrive au constat qu'on ne peut pas intervenir seul, qu'on a besoin des autres pour continuer l'intervention.»

«En fait, il faut qu'on ait besoin d'une autre ressource qui va offrir des services complémentaires pour compléter ce que nous avons commencé. Il faut qu'il y ait un besoin sinon on le gère nous-mêmes.»

Enfin, l'isolement de la personne et la nécessité de lui fournir un filet de sécurité suite à sa crise suicidaire, est un autre critère utilisé pour juger de l'admissibilité au protocole. Plusieurs des clients reconnaissent, en effet, ne pas pouvoir bénéficier de soutien dans leur réseau social et craignent le retour dans leur milieu.

«L'isolement de la personne, est aussi un critère. C'est-à-dire qu'autour d'elle, il n'y a pas beaucoup de ressources, pas beaucoup d'amis pour l'accompagner là-dedans.»

«Les fins de semaine, on est fermé. Après huit heures, on est fermé. Quand je juge que le risque est trop grand, je fais des références aux endroits qui sont ouverts 24 heures par jour et à qui le client peut s'adresser.»

«Si on a une personne suicidaire un vendredi à trois heures trente, c'est très apprécié de pouvoir la référer au centre de crise. On sait qu'on n'est pas là pour 48 heures, mais on est rassuré de savoir que le client sera pris en charge par une autre ressource.»

Moyens utilisés pour effectuer une référence

En vue de faciliter la référence d'une personne suicidaire et de lui éviter les désagréments de subir de multiples évaluations, il fut proposé d'utiliser un formulaire commun pour s'échanger les informations pertinentes. Cette proposition a suscité de nombreuses réticences dans les milieux. En effet, pour plusieurs partenaires, ce nouveau formulaire s'ajoutait aux nombreux autres utilisés au sein de leur organisation. Il fut donc convenu de laisser aux organismes le libre choix du formulaire à la condition qu'il fasse état des informations requises dans le protocole, i.e. l'évaluation du risque suicidaire, l'évaluation psychosociale, le plan de traitement proposé et l'identification d'une personne contact de l'établissement référent.

«Dans le fond, le plus important c'est que ça marche. Envoyez les feuilles que vous voulez, l'idée c'est qu'il y ait un répondant là-bas qui reçoive la référence, qu'il reçoive le client et qu'il y ait une cohérence dans nos interventions.»

Ainsi, les CLSC privilégient l'envoi du formulaire «interétablissements» en y apposant la mention «Projet MARCO», accompagné de l'évaluation psychosociale du patient. Ces documents sont transmis par télécopieur, après qu'un appel ait été logé à l'organisme qui reçoit la référence. Les urgences psychiatriques n'utilisent pas de formulaire spécifique, mais acheminent l'évaluation psychiatrique et psychosociale du patient par télécopieur. Les centres de crise utilisent majoritairement le téléphone pour transmettre les informations concernant leur client, l'utilisation d'un formulaire demeurant marginale. Cette situation ne serait toutefois pas optimale pour les autres établissements.

« Cela me dérange un peu que les centres de crise ne réfèrent que par téléphone. On sait que le patient a été évalué, mais c'est fait de manière informelle parce qu'on ne reçoit pas de paperasse. Donc, on est un peu obligé d'encore évaluer le patient puisqu'il y a des informations que l'on ne détient pas.»

« Il est selon moi très important que, lors des références, il y ait un téléphone et un fax. Si on utilise seulement le fax, il y a un risque de perdre l'information. Le fax peut ne pas fonctionner, le numéro du fax peut avoir changé ou être fermé le week-end. En faisant les deux, on s'assure que l'information est transmise, surtout dans les plus gros établissements comme les hôpitaux et les CLSC. »

Les intervenants n'ont pas toujours le temps requis pour compléter et transmettre l'ensemble des documents nécessaires à une référence MARCO dans un contexte d'intervention de crise. La lourdeur de cette tâche s'avère donc parfois un obstacle à l'utilisation du protocole.

« Ça m'est arrivé d'avoir un client suicidaire, mais je n'ai pas utilisé le protocole parce que l'entrevue a été longue. J'avais d'autres clients qui attendaient et j'avais pas le temps de remplir tous les papiers. Toute la paperasse n'est pas favorable à l'utilisation de ce protocole. Je trouvais cela plus simple de faire l'intervention sans projet MARCO. »

« Tu as le client qui pleure l'autre bord. Puis il y a le formulaire qui est assez complexe à remplir. C'était compliqué et ardu. Je l'ai rempli au mieux de mes connaissances, mais je n'ai pas mis beaucoup de détails, parce que le client était couché en chien de fusil dans l'accueil en train de pleurer toutes les larmes de son corps. Fait que j'en suis venu à la conclusion que c'était peu être un peu trop compliqué. »

Fréquence et provenance des références

Les références MARCO effectuées entre le 15 juin et le 15 décembre 2005 ont été colligées et détaillées par les partenaires dans un tableau de suivi (voir Appendice D). Au cours de cette période de six mois, 56 personnes ont été référées dans le cadre du protocole MARCO (voir tableau 4). Les références se répartissent à peu près également dans les trois sites, chacun d'eux rapportant en moyenne trois personnes référées par mois.

Seulement la moitié (7/15) des établissements partenaires ont effectué des références : 3 CLSC (sur 7), un centre de crise (sur 3), deux urgences (sur 3) et Suicide Action Montréal. La moitié (28/56) des références ont été effectuées par Suicide Action Montréal, suivi d'une urgence (10/56) et d'un CLSC (8/56). Le Centre Dollard-Cormier n'a effectué aucune référence, alors qu'un centre de crise en a fait une, ces organismes étant davantage des receveurs que des référents. Les centres de crise reçoivent la majorité (66,1%) des références, puisque ces ressources sont à même de pouvoir offrir un suivi plus spécialisé à la clientèle suicidaire. Il en est de même du Centre Dollard-Cormier.

Les CLSC, quant à eux, font davantage de références qu'ils n'en reçoivent. En réalité, ils n'en ont reçu qu'une seule au cours de la période à l'étude. Cette situation est étonnante puisque ces ressources sont responsables d'offrir des services d'accueil, de suivi et d'orientation en santé mentale. À leur décharge, mentionnons que leur capacité à offrir ces services demeure largement tributaire des ressources spécialisées dont ils disposent. Soulignons, toutefois, qu'un intervenant d'un CLSC nous a confié ignorer que son organisme pouvait effectuer des références dans le cadre du protocole MARCO. Cet établissement s'était cependant désinvesti du projet depuis un moment déjà, ce qui pourrait expliquer cette situation.

Tableau 4
Distribution des références effectuées dans le cadre du protocole MARCO
selon l'organisme référent et receveur, 15 juin au 15 décembre 2005

Organisme référent	Organisme receveur				
	CLSC n (%)	Centres de crise n (%)	Dollard-Cormier n (%)	Hôpitaux n (%)	TOTAL n (%)
SAM	0 (0)	20 (35,7)	8 (14,3)	0 (0)	28 (50,0)
CLSC	0 (0)	7 (12,5)	0 (0)	9 (16,1)	16 (28,6)
Centres de crise	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,8)	1 (1,8)
Hôpitaux	1 (1,8)	10 (17,9)	0 (0)	0 (0)	11 (19,6)
Dollard-Cormier	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	1 (1,8)	37 (66,1)	8 (14,3)	10 (17,9)	56 (100,0)

Les références reçues par les urgences proviennent presque exclusivement des CLSC. Deux urgences hospitalières sur trois effectuent autant de références qu'ils en reçoivent. La troisième ne réfère plus et n'assure aucun suivi des références depuis près de deux ans. Les partenaires déplorent ce désistement et souhaitent ardemment que cet établissement hospitalier réintègre MARCO. Les urgences utilisent le protocole MARCO surtout lorsqu'ils réfèrent aux centres de crise. Ils ne l'ont cependant pas utilisé pour Dollard-Cormier et seulement à une reprise pour un CLSC. Fait surprenant, seul SAM a référé au Centre Dollard-Cormier. Ce faible taux de référence suggère que le protocole n'est pas systématiquement utilisé auprès de la clientèle suicidaire.

«Je suis certain qu'il y a des références pour des cas suicidaires, mais où le protocole MARCO n'a pas été utilisé.»

Portrait de la clientèle rejointe

Les informations colligées par les partenaires au cours des six mois de collecte permettent de dresser un portrait sommaire de la clientèle référée dans le cadre du protocole MARCO (voir tableau 5). L'analyse des données révèle qu'il s'agit majoritairement de femmes adultes qui présentent des idées suicidaires, sans indication d'un passage à l'acte récent. Les femmes qui ont bénéficié du protocole sont plus jeunes que les hommes ($M = 33,1$ ans; $ET = 11,3$; $Min = 18$; $Max = 60$, comparativement à $M = 41,8$ ans; $ET = 14,7$; $Min = 18$; $Max = 70$; $F[1, 46] = 5,4$; $p < 0,05$).

Les intervenants devaient préciser les problématiques vécues par la personne suicidaire au moment de sa référence. L'outil de collecte ne fournissant aucune catégorie de réponses, la quantité d'informations recueillies

diffère beaucoup d'un établissement à l'autre. Les réponses ont été codifiées et bien qu'elles ne puissent prétendre à l'exhaustivité, elles nous indiquent néanmoins les motifs principaux ayant conduit les intervenants à offrir le protocole MARCO. Plus d'un motif pouvait être invoqué pour une même personne. Le problème le plus répandu au sein de la clientèle MARCO est la consommation abusive d'alcool ou de drogues, que l'on retrouve davantage chez les hommes que chez les femmes (54,5% comparativement à 20,6%; $\chi^2[1] = 6,9$; $p < 0,01$). C'est également le cas des ennuis au travail (31,8% chez les hommes et 5,9% chez les femmes; $\chi^2[1] = 6,7$; $p = 0,01$) et des problèmes financiers (40,1% chez les hommes comparativement à 11,8% chez les femmes; $\chi^2[1] = 6,4$; $p < 0,02$).

Tableau 5
Portrait de la clientèle (n = 56) desservie par le protocole MARCO,
15 juin au 15 décembre 2005

Caractéristiques	n	%
Sexe féminin	34	60,7
Âge ^a		
18 à 24 ans	9	18,8
25 à 34 ans	18	37,5
35 à 44 ans	8	16,7
45 à 54 ans	6	12,7
55 ans et plus	7	14,6
Comportements suicidaires		
Idées sans passage à l'acte récent	39	69,6
Tentative de suicide récente	12	21,4
Aucune mention d'idées ou de comportements suicidaires	5	8,9
Problématiques vécues au moment de la référence		
Consommation abusive d'alcool ou de drogues	19	33,9
Difficultés conjugales	16	28,6
Problèmes familiaux	14	25,0
Dépression	13	23,2
Problèmes financiers	13	23,2
Ennuis au travail	9	16,1

^a : n = 48

Prise en charge suivant la référence

Le protocole MARCO stipule que, suite à la réception du formulaire de référence, l'organisme receveur doit communiquer avec la personne suicidaire dans un délai de 48 heures (72 heures la fin de semaine). Selon les partenaires, ce délai est bien respecté. Dans les urgences psychiatriques, la personne est rencontrée dans le délai prescrit, suivant l'ordre de priorité au moment de l'admission. Sur les sept CLSC partenaires de MARCO, un seul ne respecte pas le délai de 48 heures, croyant qu'il disposait d'une semaine pour établir un premier contact avec la personne suicidaire. En ce qui a trait aux centres de crise, le client est rencontré ou hébergé en moins de 48 heures. S'il n'y a pas de lit disponible, le client est dirigé vers un autre centre ou suivi en externe jusqu'à ce qu'une place se libère. Enfin, les clients référés au Centre Dollard-Cormier ainsi qu'à SAM sont évalués en priorité.

Le délai entre ce premier contact et le début de la prise en charge par l'organisme receveur n'est pas défini dans le protocole. Toutefois, on retrouve dans un document non officiel, des éléments de précision à cet égard : *«Le délai de référence est de quelques instants à un maximum de 48 heures pour un premier contact, puis une première rencontre suit dans les sept jours, alors que les délais sont plutôt imprévisibles. Le délai de référence est réduit au minimum et c'est là un apport majeur du protocole MARCO»* (voir Appendice K). Malheureusement, les données recueillies ne nous permettent pas de vérifier l'application de cette recommandation. En outre, certains estiment qu'il serait inapproprié de s'immiscer dans l'offre de services des partenaires, jugeant préférable de leur laisser toute la latitude nécessaire pour assurer la prise en charge de la personne référée.

D'autre part, l'une des exigences formelles du protocole MARCO consiste à communiquer avec l'organisme référent pour lui transmettre les résultats de la référence, c'est-à-dire si la personne a été rejointe et si elle a accepté le suivi proposé. Cette exigence a pour but de s'assurer de la prise en charge de la personne suicidaire. Dans les faits, cette procédure n'est pas appliquée d'une manière systématique, particulièrement par les urgences qui ne respectent pas souvent cette exigence. La majorité des intervenants considèrent pourtant que ce retour d'appel devrait faire partie intégrante de leur travail, protocole ou pas.

«Nous, au CLSC, on est rassuré de référer à l'urgence. Les intervenants de l'hôpital ont une responsabilité face au client. Ils ont des psychiatres, une clinique experte, l'hospitalisation quand c'est nécessaire. Nous, quand on voit le patient à l'accueil, c'est pas ça. La responsabilité, on l'a sur nos épaules et si on fait rien, ça peut être grave. Éthiquement, on est responsable donc on doit s'assurer que le patient est vu.»

Enfin, le protocole MARCO stipule que lorsqu'une personne suicidaire se désiste de son premier rendez-vous de suivi, le partenaire receveur est tenu d'en informer le milieu référent. Or, les discussions portant sur ce point montrent la nécessité de clarifier la responsabilité incombant au milieu référent ainsi qu'au milieu receveur au regard de la prise en charge de la personne suicidaire. Sur les 15 organismes partenaires, cinq attribuent la responsabilité au milieu référent, six au milieu receveur, deux considèrent qu'il s'agit d'une responsabilité partagée et deux autres ignorent à qui incombe cette responsabilité.

«Chez nous, lorsqu'on fait une référence, on s'assure de fermer la boucle et on veut savoir ce qui s'est passé avec la personne référée. Si on ne reçoit aucune information, ni de la personne, ni par fax, ni par téléphone, on va se questionner dans les jours qui vont suivre et on appelle la ressource.»

Soulignons que Suicide Action Montréal, initiateur du protocole MARCO, considère que le milieu référent a la responsabilité de s'assurer de la prise en charge du client puisqu'il est le seul à avoir établi un contact avec lui. Malgré cette confusion, la majorité des organismes rappellent le milieu référent lorsqu'une personne suicidaire ne se présente pas à son rendez-vous de suivi. Ainsi, l'ensemble des CLSC disent effectuer cette relance, de même que deux centres de crise sur trois, le troisième considérant que cette responsabilité revient au milieu référent. En ce qui a trait aux urgences, il leur est cependant difficile d'effectuer cette relance, en raison du flot incessant de patients.

3.4 COORDINATION DU PROTOCOLE MARCO

L'actualisation du protocole MARCO a été grandement facilitée par la mise en place de trois instances de coordination : le conseil des partenaires, le comité de liaison et les rencontres de site.

Le conseil des partenaires

Ce conseil réunit l'ensemble des partenaires MARCO des trois sites. Chacun des établissements y est représenté par une ou deux personnes, totalisant environ 25 participants. Mis en place dès la première phase d'implantation, il constitue un lieu d'échanges, de mobilisation et de concertation entre les partenaires pour la bonne mise en œuvre du protocole. Il agit également en tant qu'instance décisionnelle, puisque c'est à ce niveau que sont entérinées toutes les décisions ou nouvelles orientations se rapportant au protocole MARCO. Ce conseil possède les pouvoirs et responsabilités suivants ²:

1. Fixer les conditions et les règles d'admission pour devenir membre du conseil des partenaires.
2. Évaluer les besoins de la clientèle du protocole MARCO et planifier les réponses à donner.
3. Approuver les processus d'échange entre partenaires et les outils utilisés dans ce but.
4. Établir les priorités et les orientations du protocole MARCO et veiller à leur respect.
5. Définir les stratégies de consolidation et de développement du protocole MARCO.
6. Évaluer les activités mises en place pour assurer l'atteinte des objectifs du projet.
7. Tenir une assemblée annuelle pour laquelle il désignera un président et un secrétaire d'assemblée qui sera responsable de la rédaction et la tenue des procès-verbaux.
8. Nommer les membres du comité de liaison.
9. Exercer tout autre pouvoir accepté par les partenaires et traiter de toute autre question d'intérêt collectif.

Tenu deux à trois fois par année au départ, ce conseil n'a lieu maintenant qu'une fois l'an, au printemps. Le choix de diminuer la fréquence de ces rencontres s'explique par le fait que l'animation de ces lieux d'échange

² Tiré du document : Protocole MARCO pour la continuité des services aux personnes suicidaires. Site PAP-Fleury, 20 juin 2006

s'avérait de plus en plus exigeante. Le manque d'assiduité des répondants imposait, en effet, une redite sur des éléments discutés lors des rencontres précédentes et un temps de réappropriation du protocole MARCO avant d'aborder les points à l'ordre du jour.

«C'est parce qu'à un moment donné, on se rendait compte que de mobiliser 25, 30 personnes deux à trois fois par année, ça devenait un peu fou. Puis, il n'y avait pas de continuité. Les gens avaient besoin de se remettre à jour. La première heure servait souvent à remettre en contexte tout le monde. On n'en finissait plus.»

Comité de liaison

Le comité de liaison est composé de cinq membres : un représentant de SAM, un représentant de Dollard-Cormier, ainsi que trois représentants des sites. Ces derniers sont élus pour un mandat d'un an au cours du conseil des partenaires. La mise en place de ce comité, dès 2002, a permis de réduire le nombre de rencontres du conseil des partenaires à une seule par année. Le comité de liaison se réunit environ trois fois l'an. Il a pour tâche de faciliter la mise en œuvre et l'ancrage du projet dans les trois territoires et d'assurer une continuité dans la coordination auprès des établissements partenaires.

«On est l'équivalent du secrétariat de l'assemblée des partenaires. On décide peu de choses par nous-mêmes, si ce n'est de suggestions pour faciliter les discussions, simplifier, pour rendre ça le plus clair possible».

Son rôle est de voir à la réalisation des orientations et décisions du conseil des partenaires. Ce comité possède les pouvoirs et responsabilités suivantes³ :

1. Régulariser les pratiques de l'ensemble des sites dans l'esprit et le respect du protocole MARCO.
2. Soutenir les sites qui rencontrent des difficultés ou qui en manifestent le besoin.
3. Colliger les résultats que génère le projet.
4. Déceler et résoudre les problèmes surgissant dans le cours des activités.
5. Préparer le conseil annuel des partenaires.
6. Donner des avis au conseil des partenaires sur ses orientations annuelles.
7. Convoquer et préparer une assemblée spéciale du conseil des partenaires à la demande d'un membre, d'un site ou de son propre chef.

Les entrevues effectuées auprès des membres du comité de liaison révèlent un taux de satisfaction très élevé à l'égard de ce comité. Une de ses principales retombées fut de répartir la responsabilité de la coordination entre les organismes, plutôt que de la confier entièrement à SAM, assurant ainsi la pérennité du protocole. Un partenaire craint cependant que la diminution du nombre de rencontres du conseil des partenaires, au profit

³ Tiré du document : Protocole MARCO pour la continuité des services aux personnes suicidaires. Site PAP-Fleury, 20 juin 2006

d'un comité de liaison plus restreint, ait entraîné un impact négatif sur l'adhésion des professionnels au protocole MARCO.

«C'est que le but du comité de liaison était de préparer des rencontres, de faire des choses et de pallier en partie aux réponses à des questions simples, qu'on avait à répondre, sans que la réunion des partenaires ait lieu nécessairement deux, trois fois par année. On pouvait se consacrer à une seule réunion des partenaires par année en disant, à ce moment-là, le comité de liaison fera son travail. Mais je ne suis pas sûr que de diminuer le nombre de réunions n'a pas eu d'impact sur la cohésion.»

Les rencontres de site

Les rencontres de site rassemblent, trois fois l'an, des représentants de chacune des organisations partenaires affiliées à un secteur géographique d'une urgence psychiatrique. Elles permettent de débattre des particularités inhérentes à chacun des territoires, mais surtout d'analyser le déroulement des références et d'y apporter les correctifs requis. Plusieurs sujets de discussion y sont abordés, tels le déploiement de MARCO à d'autres territoires, l'adhésion de nouveaux partenaires, les répercussions induites par les changements organisationnels dans le réseau de la santé, etc. Bref, tout élément extérieur pouvant influencer le fonctionnement du protocole MARCO y est discuté. Les participants apprécient grandement assister aux rencontres de site, car elles se déroulent dans le respect mutuel et renforcent les liens entre les organismes.

«Les rencontres de site, c'est intéressant parce qu'on a vraiment le suivi de chaque situation. On fait le tour des partenaires et on regarde le nombre de références, les situations problématiques. On en discute et on tire des conclusions et le suivi à donner.»

«C'est que le système de santé a eu beaucoup de modifications. Il est en restructuration. Et pour moi c'est un lieu pour mieux comprendre les changements dans différents territoires, parce que ça ne change pas pareil dans chaque territoire.»

Au départ, l'implantation du protocole MARCO découlant d'un engagement institutionnel et non individuel, ces rencontres regroupaient principalement des cadres. Leur capacité d'exercer leur pouvoir décisionnel auprès des intervenants a grandement facilité la mise en œuvre et l'ancrage du projet dans les milieux. Dans le contexte actuel, il est toutefois jugé souhaitable de réunir à ces rencontres un gestionnaire et un intervenant terrain. La double représentation des organismes partenaires serait, en effet, optimale, puisque le regard des intervenants permet d'évaluer le degré de pénétration du projet dans le milieu, alors que celui des cadres permet de mettre en place des mesures incitatives pour une utilisation plus efficace du protocole MARCO.

Compilation des statistiques

Afin de suivre l'évolution de l'implantation du protocole MARCO, les partenaires sont incités à colliger les données relatives aux références reçues sur le «Tableau mensuel du suivi des références» (voir Appendice C). Dans les faits, les intervenants reconnaissent ne pas faire preuve d'assiduité dans la comptabilisation des données, de sorte qu'il s'avère difficile de quantifier le nombre de références effectuées dans le cadre de ce projet depuis son implantation. Selon les personnes interrogées, cette situation est attribuable en grande partie au débordement vécu par les intervenants dans leur quotidien et à leur réticence à compléter des formulaires.

«Dans l'ensemble, on a beaucoup trop de papiers à remplir lorsqu'on fait une référence, formulaire interétablissements, formulaire de consentement, etc.. De plus, il faudrait qu'on vérifie si le personnel de soir ou de nuit a pensé à noter la référence, c'est beaucoup trop lourd.»

Les partenaires soulignent toutefois que de nombreuses références sont effectuées dans «l'esprit du protocole MARCO», mais ne figurent pas dans les statistiques officielles.

«Des fois, les gens font des références sans indiquer le nom du protocole, mais comme les liens sont bons, ça passe pareil. Tu sais, dans le fond, ce qu'on en déduit, c'est que les statistiques sont en deçà de la réalité.»

«On sait que les formulaires, les gens ne les remplissent pas. Ce qui nous préoccupe, c'est que les références qui se faisaient déjà continuent à se faire. Ça se fait quand même dans l'esprit de MARCO, tant pis pour la statistique!»

3.5 UTILITÉ DU PROTOCOLE : POINT DE VUE DES PARTENAIRES

Dans le cadre des entrevues, les intervenants ont eu l'occasion de s'exprimer sur l'utilité du protocole pour la clientèle, de même que sur l'accomplissement de sa double mission : établir des relations de confiance entre les organismes qui oeuvrent auprès des personnes suicidaires et améliorer la continuité des services offerts à cette clientèle.

Relations entre partenaires

Il n'y a pas de position unanime à l'égard des effets du protocole MARCO sur la qualité de la relation entre les différents partenaires. Alors que certains n'ont remarqué aucune différence à cet égard, d'autres estiment qu'il a contribué d'une manière déterminante au développement d'un climat de confiance. Les personnes suicidaires en seraient les premières bénéficiaires, certes, mais l'amélioration des relations interétablissements profiterait également à la clientèle non suicidaire.

«Avant, je crois qu'ils avaient l'impression qu'on leur demandait le service à la carte quand on les appelait et ils se braquaient. C'était : "Nous, on va voir ce qu'on peut lui offrir. On va l'évaluer nous-mêmes." Mais, avec le protocole MARCO, on n'a jamais ces réactions-là. Il y a un échange plus facile, une relation de confiance entre intervenants qui s'installe. Ils se disent : "Cette personne-là m'en a référé plusieurs. " Quand elle me dit ça, je peux la croire.»

«Ça ne répond pas à tout le protocole MARCO. Ça répond à une clientèle, mais si on a d'autres besoins, on a des portes d'entrées, des contacts. On connaît plus les gens. Ça fait que c'est plus facile de se parler "à large" par rapport aux autres clientèles.»

«Dès qu'il y a un problème qui accroche, que ce soit pour le projet MARCO ou autre, on s'appelle plus entre intervenants. Du fait que l'on se connaît mieux, on fait de meilleures références. On utilise mieux les ressources qui sont à côté de nous.»

Quelques partenaires hésitent, toutefois, à attribuer au protocole l'amélioration des liens qu'ils ont réussi à établir avec leurs partenaires au cours des années.

«En tous cas, moi je ne trouve pas que ça a nécessairement amélioré les relations qu'on avait avec Suicide Action Montréal ou les centres de crise. On les utilisait déjà.»

Enfin, le désengagement progressif de deux établissements est grandement déploré de la part des partenaires, car il met un frein à l'établissement de la collaboration attendue dans le cadre du protocole MARCO et à la continuité des services offerts. Les raisons expliquant ce désistement ont trait principalement à une méconnaissance du protocole et aux bénéfices qu'il procure.

Continuité des services

D'une manière générale, les partenaires MARCO considèrent que le protocole a atteint son objectif d'assurer une meilleure continuité des services aux personnes suicidaires. Le transfert d'informations entre les partenaires est l'un des éléments jugés les plus profitables à cet égard.

«Le retour est très important pour la continuité. On doit savoir ce qui est arrivé avec la personne après. Avant, c'était comme envoyer une pierre et ne pas savoir du tout si elle est tombée quelque part.»

«Avant, c'était une exception si on avait un retour. Maintenant, c'est l'exception si on en a pas.»

En favorisant des échanges soutenus entre les partenaires, l'implantation du protocole MARCO a fait en sorte qu'ils ont appris à mieux travailler ensemble. La pertinence des références étant de moins en moins questionnée par les hôpitaux, la continuité de services entre ces derniers et les autres partenaires s'en est trouvée grandement améliorée. Les échanges ont également permis de revoir périodiquement le processus de références et d'y apporter les correctifs nécessaires. Le protocole semble également améliorer la prise en charge de la personne suicidaire à l'urgence ou du moins l'échange d'information entre le milieu hospitalier et les autres partenaires.

«Ça augmente la continuité avec l'hôpital. Ça aide un peu. Ça donne une crédibilité. Ce qui est intéressant avec MARCO c'est que si on a une référence à faire à l'hôpital, ils ne jugent pas la référence. Ils la prennent.»

«Je trouve qu'ils prennent plus le temps d'évaluer, ils prennent plus cela au sérieux, puis il y a un retour. Je trouve qu'il y a moins de gens qui sont retournés chez eux tout de suite après avoir vu un médecin, quand tu fais une référence dans le cadre du protocole MARCO.»

«Le protocole, c'est comme une mécanique. Il permet de donner de la rigueur à un processus et de structurer les liens.»

Les partenaires notent aussi que le protocole MARCO procure un suivi plus rapide à la clientèle suicidaire.

«Cela a permis d'accélérer certaines démarches. Lorsqu'on explique le problème et qu'on apporte des éléments nouveaux, l'intervenant réalise l'urgence de la situation et lui donne un rendez-vous plus rapidement.»

«MARCO a permis d'améliorer les délais de prise en charge pour la clientèle suicidaire et le retour d'information. On doit savoir ce qui est arrivé au patient.»

Les personnes présentant un problème de comorbidité «toxicomanie/dépression» profiteraient tout particulièrement des retombées de MARCO, ce dernier leur évitant d'être constamment référées d'un endroit à l'autre, sans réelle prise en charge. Cependant, ces bénéfices s'observeraient principalement chez la clientèle francophone, car les organismes qui desservent les personnes toxicomanes anglophones ne font pas partie des partenaires MARCO.

«C'est bien sûr qu'il nous faut un protocole. Parce que les patients suicidaires, surtout les patients chroniques, c'est toujours des patients avec des problèmes multiples (toxicomanie, manque de ressources familiales, pas de réseau). Souvent, on ne veut pas les avoir chez nous, personne veut les avoir. Quand on s'entend qu'on va le prendre, ça fait une grosse différence pour le patient».

«En tout cas, moi je peux parler pour la toxicomanie. On a souvent vécu avec des gens suicidaires ou des gens qui ont des problèmes psychiatriques, le phénomène de l'entre-deux chaises. Des gens qui arrivaient chez nous, qui étaient trop dérangés au niveau psychologique pour entreprendre un suivi. Quand on les envoyait en psychiatrie, ils disaient : "Va te faire désintoxiquer". On les promenait d'une institution à l'autre. Avec le protocole MARCO, on s'installe comme partenaire avec le même client et on essaie chacun de faire le bout qui nous revient. Ça, ça été avantageux pour le client mais aussi pour nous puisque ça nous sort beaucoup de l'isolement. Tu te sens beaucoup moins impuissant. D'avoir des contacts privilégiés avec des partenaires, cela facilite beaucoup les références.»

Les urgences demeurent, quant à elles, plutôt mitigées quant à l'impact du protocole MARCO sur la continuité des services. Elles rappellent qu'elles ont toujours entretenu de bons liens avec les ressources qui assurent généralement le suivi de leurs patients : les centres de crise. Ces derniers partagent ce point de vue, puisqu'ils rapportent que le principal bénéfice du protocole a été de formaliser les ententes déjà existantes avec les partenaires. En outre, toutes les personnes suicidaires qui se présentent à l'urgence recevraient les mêmes soins, qu'elles soient référées par l'intermédiaire de MARCO ou pas.

«Les patients suicidaires sont prioritaires pour nous. Je ne vois pas ce que MARCO apporte, car le patient n'est pas vu plus vite. Chez nous, un suicidaire est toujours priorisé.»

Bien qu'il s'agisse d'un point de vue marginal au sein des partenaires, deux urgences suggèrent que le protocole n'aurait plus à être appliqué d'une manière formelle, puisque les relations sont maintenant bien établies entre les divers établissements.

«Sa pertinence était là au début. Mais là, c'est comme, qu'il soit là ou pas, vu que les liens sont établis, c'est peut-être moins important. Il y a peut-être à Dollard-Cormier que c'est encore utile, parce que ça permet que ton patient soit priorisé.»

Bénéfices pour la clientèle

Bien que le protocole MARCO concerne principalement les établissements, à travers l'application de procédures de référence et l'amélioration des relations, il vise ultimement à avoir un impact positif sur la clientèle. Selon les intervenants, les personnes suicidaires apprécient le fait de connaître à l'avance le nom de l'intervenant qui assurera leur suivi, ainsi que la nature des services qui leur seront offerts. Plusieurs observent cependant qu'il faut être prudent dans le choix des informations transmises au client lors d'une référence, afin d'éviter de lui

créer de fausses attentes. Il est préférable que l'organisme receveur dispose de la marge de manœuvre nécessaire pour déterminer lui-même son offre de services.

«On va faire le premier contact avec eux. Le client se sent un peu rassuré parce qu'il sait c'est quoi les services qu'ils offrent et qu'il a un nom d'intervenant.»

«Ça sécurise. C'est comme si la personne sent déjà que l'on s'occupe d'elle. Ça fait partie du traitement.»

«Je trouve ça épatant pour un client qui bénéficie de MARCO. C'est formidable que cette personne là, qui ne va pas bien, puisse avoir une, deux, trois personnes qui s'occupent d'elle et qui se parlent.»

Selon les partenaires, les personnes suicidaires apprécieraient également la rapidité de la référence MARCO et le fait de ne pas avoir à subir de multiples évaluations à chacune des consultations.

«C'est sécurisant pour le patient de savoir qu'il n'aura pas à répéter sa situation à trois ou quatre professionnels. Il est rassuré de savoir qu'il y a quelque chose qui a été mis de l'avant pour lui. Ça facilite la démarche.»

«Notre client devient un peu privilégié dans un système où il y a ben du monde.»

«Si on reçoit une référence, on donne une réponse dans les 24 heures. Les gens sont agréablement surpris d'être pris si vite, d'être priorités.»

3.6 CONDITIONS GAGNANTES ET OBSTACLES À L'IMPLANTATION

À la lumière des différents échanges tenus dans le cadre des entrevues, divers éléments ressortent comme conditions gagnantes ou obstacles à l'implantation et au fonctionnement du protocole MARCO dans chacun des sites.

Conditions gagnantes

Les entrevues auprès des partenaires permettent de dégager quatre conditions qui apparaissent essentielles à une implantation réussie du protocole.

1. *Confiance et respect.* La majorité des personnes qui se sont exprimées dans le cadre des entrevues reconnaissent que l'engagement des intervenants à œuvrer en partenariat constitue la clé du succès du protocole MARCO. Cette volonté s'est bâtie au cours des années dans le respect des valeurs individuelles et de la mission des organismes partenaires. Au fil des rencontres, ils ont su mieux se comprendre, partager leurs expériences et surtout apprendre à mieux travailler de concert en vue d'assurer une meilleure coordination des services auprès de la clientèle suicidaire.

«On a à respecter l'autre et ses compétences. Il y a une confiance qui s'établit avec le partenaire à qui on réfère. On développe une bonne chimie et on a du plaisir à travailler ensemble et à se rencontrer dans les réunions.»

«Il faut utiliser une approche par contagion et non pas par coercition, sinon c'est l'échec.»

2. *Engagement des directions d'établissements.* Les partenaires considèrent essentiel d'obtenir l'appui de leur direction respective en vue de consolider les alliances établies dans ce partenariat. Sans cet appui, la pérennité du projet au sein de l'organisme risque d'être mise à l'épreuve. La direction doit s'assurer que le personnel de son établissement met en application le protocole MARCO et que l'information s'y rattachant circule auprès de tous les intervenants.

3. *Leadership fort.* L'implantation d'un protocole de cette envergure requiert l'implication soutenue d'un organisme détenant une crédibilité dans le milieu, afin d'assurer la coordination de l'ensemble de la démarche et lui insuffler de l'énergie. Les partenaires reconnaissent d'emblée le rôle majeur joué par Suicide Action Montréal à cet égard, celui-ci ayant su motiver l'ensemble des troupes pour mener à bien ce projet novateur.

«Il fallait constamment relancer et relancer et c'est SAM qui nous relançait, parce que si ce n'était que de laisser aller les choses, je pense que cela serait mort dans les trois premiers mois.»

4. *Dynamisme du répondant.* Le rôle du répondant MARCO au sein d'un établissement est déterminant pour une implantation réussie. Il doit avoir la confiance de ses gestionnaires et faire preuve de dynamisme et d'initiative afin d'ancrer le protocole dans les pratiques des intervenants.

«Un bon porteur doit adhérer à la philosophie de MARCO, et ce, à toutes les étapes. Il doit s'engager, quand il a réussi à convaincre son boss, à ce que l'organisation embarque... C'est énormément d'énergie de partir de nouveaux projets. Il y a énormément de résistance, surtout actuellement, en tout cas dans les dernières années, les résistances au changement sont très présentes.»

«À l'hôpital, quand il y a des gens identifiés comme porteurs de dossier, ça va mieux. Quand il y a du monde pour qui c'est le moindre de leurs soucis, ben ça va mal. Donc, ça prend des gens qui y croient et qui portent le dossier.»

Obstacles

Quatre principaux obstacles à l'implantation se dégagent des propos tenus par les partenaires au cours des entrevues.

1. *Méconnaissance du protocole.* La méconnaissance du protocole MARCO au sein du personnel des divers partenaires est l'obstacle majeur à son bon fonctionnement. D'une part, les nouveaux employés ne sont pas systématiquement formés et, d'autre part, les procédures d'application du protocole ne font pas l'objet de rappels réguliers auprès des utilisateurs potentiels. Ainsi, la plupart des professionnels, lorsqu'ils se retrouvent en situation de référer une personne suicidaire, connaissent l'existence du protocole, mais n'ont qu'une vague idée de la manière de l'appliquer. Dans un contexte où ils peinent à répondre aux besoins de leur clientèle, ils ne disposent pas du temps nécessaire pour se réappropriier eux-mêmes les procédures et les appliquer.
2. *Répondant unique.* L'identification d'un répondant est cruciale lors des premières étapes d'implantation d'un tel projet, puisqu'il aura à stimuler l'intérêt des décideurs et des intervenants à l'application de ces

nouvelles pratiques. Cependant, le répondant ne peut, à lui seul, assurer l'entière responsabilité de la mise en œuvre de ces procédures, qui devraient, avec le temps, s'intégrer dans les pratiques quotidiennes des intervenants. Or, les entrevues nous amènent à conclure que tel n'est pas le cas. Dans plusieurs organisations, l'application du protocole demeure tributaire de la présence du répondant qui est souvent la seule personne à connaître à fond les procédures et à pouvoir guider ses collègues lors d'une référence MARCO. En son absence, le protocole est peu ou pas appliqué. La situation est d'autant plus problématique que, suite à une mutation ou à un départ, les organisations tardent à le remplacer.

3. *Variabilité dans les procédures d'application.* Bien que certains partenaires considèrent qu'il serait vain de se doter de critères uniformes et privilégient une plus grande souplesse dans l'utilisation de MARCO, il n'en demeure pas moins que les variations importantes observées dans la compréhension des procédures inhérentes au protocole peuvent entraver son bon fonctionnement. D'une part, le choix des critères d'admissibilité ne fait pas consensus et cette situation est parfois source de mésentente entre les organismes qui remettent en question la pertinence des références. Une confusion est également présente en ce qui concerne l'organisme devant effectuer le retour d'appel, de sorte que cette procédure cruciale du protocole n'est pas toujours mise en application.
4. *Lourdeur perçue des formulaires.* Les documents (évaluation du patient, formulaire de consentement, etc.) à compléter et à transmettre par télécopieur sont parfois une source d'irritation pour les utilisateurs du protocole, particulièrement dans les situations d'urgence. Certains partenaires n'utilisent plus de formulaires et se limitent au téléphone comme moyen d'échange, créant ainsi des insatisfactions de la part des organismes receveurs en raison des nombreuses informations manquantes. Cette pratique risque de retarder la prise en charge du client, puisqu'il doit se soumettre à une nouvelle évaluation afin de combler ces lacunes.

CHAPITRE 4

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude visait à identifier des améliorations possibles au fonctionnement actuel du protocole MARCO et à dégager des stratégies pour un déploiement réussi à d'autres territoires. Ce chapitre discute, d'abord, des principaux résultats obtenus. Il présente, ensuite, quelques recommandations et termine en précisant les limites de l'étude.

Forces du protocole MARCO

L'une des principales forces du protocole MARCO réside dans sa capacité à réunir autour de la même table, depuis plus de quatre ans, une quinzaine d'organismes impliqués dans l'intervention auprès des personnes suicidaires. Sa mise en oeuvre provoque des occasions d'échange, propose une structure et, au fil du temps, a amené des intervenants d'horizon et d'allégeance différents à mieux se comprendre, à se respecter et à travailler ensemble dans un but commun. Les relations de confiance nouées au cours de ces rencontres constituent les bases sur lesquelles s'est construit une meilleure continuité de services. De l'avis des partenaires, ce rapprochement était une condition essentielle au succès de cette démarche d'amélioration du suivi.

S'il était implanté plus largement, le protocole MARCO pourrait pallier, du moins en partie, aux lacunes identifiées par Potvin (2004) dans l'évaluation de la Stratégie québécoise de prévention du suicide, en matière de prise en charge et de suivi des personnes suicidaires. Le récent Plan d'action québécois en santé mentale 2005-2010 recommande d'ailleurs l'implantation de «*mécanismes de liaison et de transmission d'information entre les ressources et les services de 1^{ère} ligne, les médecins et les services spécialisés*» (MSSS, 2005, p. 61). Le protocole MARCO s'harmonise parfaitement avec la nouvelle structure du système de santé québécois orienté autour de la mise en place de centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de réseaux locaux de services. L'intégration et la continuité des services sont plus que jamais à l'ordre du jour.

En outre, le protocole a été jugé particulièrement utile pour la prise en charge concertée de la clientèle présentant des problèmes de comorbidité «dépression/toxicomanie», grâce à la mise en lien avec le Centre Dollard-Cormier. Avant l'implantation du protocole et en raison de la spécialisation des services en santé mentale, cette clientèle se voyait fréquemment transférée d'un établissement à l'autre sans réelle prise en charge. Le protocole MARCO a réussi dans certains cas à corriger ce problème, mais il demeure encore sous-utilisé. En effet, les données recueillies dans le cadre de l'étude révèle que seul Suicide Action Montréal réfère au Centre Dollard-Cormier, alors que la clientèle souffrant de dépendance se retrouve en grand nombre dans les urgences et les centres de crise. Il serait donc important d'inciter ces organismes à utiliser davantage le protocole MARCO lors de leurs références des personnes suicidaires toxicomanes.

Importance de la coordination

L'implantation d'un protocole de cette envergure nécessite un investissement considérable au plan de la coordination. Les partenaires doivent être sollicités individuellement, des rencontres doivent être organisées et animées, des difficultés identifiées et résolues, des outils promotionnels développés et diffusés, etc. La coordination demeure essentielle au succès de l'implantation, mais également à la pérennité du projet, car elle maintient la motivation et l'intérêt des établissements, renforce la cohésion des actions et s'assure de la qualité et de la productivité des échanges. Tous les partenaires reconnaissent l'apport inestimable de Suicide Action Montréal à cet égard, lequel estime que l'accomplissement des diverses tâches de coordination nécessite l'allocation d'une ressource et un financement adéquat.

Clientèle desservie par le protocole

Le protocole MARCO s'adresse à toutes les personnes suicidaires, sans égard au sexe ou à la nature des problèmes associés (toxicomanie, dépression, séparation conjugale, etc.). Dans les faits, les données recueillies au sujet des références effectuées par les partenaires au cours d'une période de six mois, suggèrent que la clientèle desservie par le protocole est majoritairement composée de femmes qui n'ont pas posé de geste suicidaire récent. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un groupe à risque élevé de décès par suicide, ces personnes sont néanmoins à risque de commettre une tentative de suicide, en raison de la présence concomitante d'idées suicidaires, de troubles mentaux et d'événements de vie difficiles (Kelly et al., 2000; Osvath et al., 2004). Notons toutefois que l'information relative à la tentative de suicide doit être interprétée avec prudence, car l'outil de collecte de données ne précisait pas la période exacte au cours de laquelle le geste est survenu.

Le fait que la clientèle référée soit majoritairement féminine s'explique possiblement en partie par le taux de consultation plus élevé des femmes, tant au plan des services de santé généraux que des services spécialisés en santé mentale (Fournier et Piché, 2000; Gallo et al., 1995). Il y aurait toutefois lieu d'intensifier les efforts pour rejoindre davantage les hommes, car ils sont quatre fois plus nombreux que les femmes à mourir par suicide et qu'ils sont plus réticents à demander de l'aide lorsqu'ils vivent des difficultés psychologiques (Fisher et Turner, 1970; Leong et Zachar, 1999). Une étude récente révèle, à cet égard, que les hommes qui rapportent avoir eu des idées suicidaires ou avoir tenté de se suicider au cours de la dernière année sont deux fois moins susceptibles d'utiliser les services de santé mentale que les femmes dans la même condition (Pirkis et al., 2001). Certains hommes associent la demande d'aide à un aveu de faiblesse (Dulac, 1997), de sorte qu'il leur est difficile d'entreprendre eux-mêmes les démarches pour obtenir du soutien. En personnalisant la référence et en s'assurant d'une prise en charge rapide, le protocole MARCO facilite grandement l'obtention d'un suivi pour les hommes suicidaires, contribuant ainsi à prévenir les tentatives de suicide et les décès qui en résultent.

Variabilité dans les critères d'admissibilité

L'évaluation a révélé l'absence, chez les partenaires, d'une compréhension commune des critères d'admissibilité au protocole : certains l'offrent à toute personne suicidaire sans distinction, alors que d'autres le réservent à une clientèle à risque élevé. Chacune de ces pratiques comporte son lot de difficultés. Ainsi, l'utilisation du protocole MARCO auprès de personnes à faible risque suicidaire rend difficilement justifiable, au plan éthique, la priorisation de ce client par rapport à ceux déjà sur la liste d'attente et dont la situation est similaire ou encore plus difficile. En raison de son implantation dans seulement trois territoires de la région montréalaise et de son utilisation irrégulière, toutes les personnes suicidaires ne peuvent se prévaloir des bénéfices du protocole. En vertu du principe d'équité qui prévaut en santé, il est impératif de fournir un accès équivalent aux soins à des personnes qui ont des besoins semblables (Whitehead, 2000).

D'autre part, la référence des personnes à risque élevé s'avère elle aussi problématique puisque la sévérité de la crise n'est pas évaluée d'une manière uniforme par les intervenants et que cette évaluation requiert temps et habiletés. Ceci sans compter que l'état de la personne peut varier considérablement entre le moment où elle est référée et celui où elle est prise en charge. Le recours à une grille commune d'évaluation du risque contribuerait possiblement à simplifier la situation, mais ne permettrait pas de résoudre entièrement le problème. En effet, il n'existe, à l'heure actuelle, aucun outil permettant de prédire avec suffisamment de précision les passages à l'acte suicidaire (Daigle, Labelle et Girard, 2003). Le jugement clinique, combiné à une bonne connaissance des facteurs de risque et de protection, demeure encore le meilleur guide (Haynes et O'Brien, 2000; Motto, 1991).

Rappelons enfin que l'utilisation du protocole ne repose pas uniquement sur la gravité de la crise suicidaire, mais également sur le besoin pour la personne suicidaire d'une intervention complémentaire offerte par un autre établissement.

Sous-utilisation du protocole

Considérant le nombre de partenaires impliqués et le caractère inclusif des critères d'admissibilité, on constate que le protocole MARCO demeure peu utilisé : seulement la moitié des partenaires ont effectué des références au cours d'une période de six mois et Suicide Action Montréal est à l'origine de la moitié des références. L'étude a également révélé qu'une seule urgence a utilisé le protocole à plus d'une reprise, alors que les personnes qui commettent des tentatives de suicide sont nombreuses à s'y présenter. La nécessité d'assurer un suivi post-tentative est reconnue dans toutes les lignes directrices concernant le traitement des personnes suicidaires (American Psychiatric Association, 2003; Royal College of Psychiatrists, 2004), ainsi que dans le Plan d'action québécois en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005). Il y aurait donc lieu d'accroître l'application du protocole dans les urgences, particulièrement auprès des personnes qui ont tenté de s'enlever la vie. Il serait également pertinent de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les urgences réfèrent presque exclusivement aux centres de crise, alors que les CLSC et le Centre Dollard-Cormier sont à même d'offrir un suivi psychosocial complémentaire et de qualité. Il est possible que cette situation s'explique en partie par le fait que, dès leur création, les centres de crise avaient le mandat de collaborer étroitement avec les urgences hospitalières, en vue d'aider à la diminution de l'engorgement des salles d'urgence.

Plusieurs explications peuvent être invoquées quant au faible taux de références rapporté. D'une part, le désistement de deux partenaires importants a certainement eu un impact négatif sur le nombre de références. D'autre part, les partenaires reconnaissent, qu'à l'usage, plusieurs des références se font désormais dans «l'esprit de MARCO», sans figurer dans les statistiques officielles. Il est cependant difficile de déterminer en quoi ces références se distinguent de celles effectuées selon le protocole. On peut toutefois présumer qu'il y a omission de certains éléments importants des procédures, tels l'utilisation du formulaire de référence ou le retour d'appel. Ainsi, les statistiques tirées du tableau de suivi des références ne dressent pas un portrait exhaustif du niveau d'adhésion à la philosophie de MARCO dans les établissements partenaires, mais uniquement du nombre de personnes qui ont été référées conformément au protocole. Elles ne tiennent également pas compte du nombre de personnes suicidaires qui ont refusé la référence. Notons aussi que la collecte de données s'est effectuée au cours d'une période de restructuration majeure du système de santé québécois, ce qui a pu entraîner une perte de motivation à respecter toutes les exigences relatives à l'application du protocole MARCO.

Enfin, des lacunes importantes dans la promotion du protocole au sein des établissements partenaires contribuent, elles aussi, à limiter son utilisation. L'évaluation a montré qu'un nombre restreint de personnes maîtrisent adéquatement les procédures inhérentes à une référence MARCO et que la majorité des intervenants susceptibles de les appliquer doivent recourir au répondant pour le faire. Force est de constater que le protocole n'est pas encore intégré dans les pratiques courantes des intervenants, mais plutôt considéré comme un projet spécifique applicable dans certaines circonstances.

Recommandations pour améliorer le fonctionnement actuel

Dans une perspective formative, cette évaluation visait à identifier des améliorations possibles au fonctionnement actuel du protocole MARCO. Quatre recommandations découlent des observations.

1. *Clarifier et uniformiser les procédures*

Il y aurait lieu de revoir et de spécifier plus clairement les procédures à respecter lors d'une référence MARCO et de s'assurer que tous en possèdent une compréhension commune. Les éléments devant absolument faire l'objet de discussion sont : les critères d'admissibilité, l'utilité et la simplification des formulaires, le retour d'appel et la relance en cas de rendez-vous manqué.

2. *Intensifier la promotion du protocole MARCO au sein des établissements partenaires*

Considérant l'importante méconnaissance du protocole au sein du personnel des organismes partenaires, il apparaît crucial d'intensifier les efforts de promotion à l'interne. Les canaux de communication actuels, via le conseil des partenaires, le comité de liaison et les rencontres de site sont insuffisants pour maintenir l'intérêt des intervenants dans l'utilisation du protocole MARCO. Toutes les équipes en contact avec la clientèle suicidaire devraient bénéficier d'une formation structurée sur les différentes procédures liées à l'utilisation du protocole, ainsi que des séances de rappel à intervalles réguliers.

Il serait également souhaitable que le protocole soit discuté dans le cadre des réunions d'équipes, au même titre que les pratiques courantes, afin que des solutions soient rapidement apportées aux irritants et que se développe une compréhension commune au sein de l'établissement. Afin de potentialiser l'utilisation de MARCO au sein d'un service, l'ensemble des professionnels devrait être mis à contribution, y compris les médecins et les psychiatres, dont l'implication demeure marginale jusqu'à présent.

Enfin, des outils promotionnels (affiches, procédures simplifiées sur une feuille plastifiée, bulletin d'information, etc.) devraient être développés et mis à la disposition des intervenants de façon à leur rappeler l'existence du protocole et ses modalités d'application. Les personnes suicidaires bénéficieraient peut-être, elles aussi, d'un dépliant explicatif sur les avantages d'être référé via le protocole MARCO.

Notons qu'une promotion plus soutenue du protocole aurait également pour effet de maintenir l'intérêt et l'implication des différents acteurs du milieu de la santé et des services sociaux à l'égard de la prévention du suicide et contribuerait à sensibiliser un grand nombre d'intervenants et de professionnels au dépistage des idées suicidaires.

3. Recruter certains organismes supplémentaires

Il serait important d'intégrer, parmi les partenaires MARCO, des ressources destinées aux clientèles anglophones, celles-ci ne pouvant se prévaloir actuellement de la gamme de services offerts aux francophones. Ainsi, l'ajout d'établissements, comme l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital Juif et le Centre de réadaptation en toxicomanie Foster Pavillon, permettrait de combler les lacunes observées pour cette clientèle.

D'autre part, la composition des sites actuels s'avère incomplète, plusieurs CLSC et centres hospitaliers en étant exclus. Cette situation est problématique, car une partie seulement de la clientèle qui fréquente les établissements partenaires a le privilège d'être admissible au protocole MARCO. Il serait important de recruter les partenaires manquants, tout en tenant compte de la nouvelle réorganisation du système de santé québécois.

4. Assurer un mécanisme de remplacement des répondants

Considérant la lourde tâche incombant aux répondants MARCO dans la mise en œuvre du protocole et le maintien de l'intérêt des professionnels à son égard, il est essentiel d'assurer un mécanisme de remplacement advenant le départ ou l'absence temporaire de ces derniers. Il y aurait peut-être avantage à identifier deux répondants par établissement, afin de répartir la charge de travail associée à ce mandat et éviter les bris dans la continuité des services offerts aux personnes suicidaires.

Pistes de réflexion pour un déploiement réussi

L'étude visait à identifier des stratégies pour un déploiement réussi du protocole à d'autres territoires. Dans cette perspective, plusieurs éléments se dégagent des observations réalisées dans le cadre de l'évaluation. Tout d'abord, certaines conditions préalables favorisent grandement l'implantation d'une approche d'intervention concertée, comme celle du protocole MARCO :

- Le besoin doit venir de la base, c'est-à-dire que les intervenants en contact régulier avec la clientèle doivent reconnaître la pertinence d'unir leurs efforts afin d'améliorer la continuité des services aux personnes suicidaires;
- La présence d'une volonté de travailler en partenariat dans les milieux concernés;
- La reconnaissance du milieu communautaire par le milieu institutionnel.

Le protocole MARCO peut être implanté avec succès en l'absence de ces conditions facilitantes, mais la tâche sera plus ardue. Un important travail de sensibilisation et de conscientisation sera nécessaire, afin de convaincre les principaux acteurs du bien-fondé d'une approche basée sur la collégialité et le respect mutuel. Il s'agit de faire en sorte que les principaux partenaires d'un milieu partagent désormais certaines valeurs communes, sur lesquelles est basé le protocole.

Les partenaires potentiels doivent avoir de nombreuses opportunités de rencontres, afin d'apprendre à se connaître et à s'apprécier. Ces contacts sont essentiels au développement d'une relation de confiance, basée sur le respect et la reconnaissance des compétences de l'autre. Chaque établissement devra également se doter d'un répondant perçu comme un leader par ses pairs.

Au moment de la signature des protocoles, la direction des établissements concernés doit s'engager à investir ses ressources financières et humaines pour le déploiement du projet et à soutenir les intervenants mis à contribution. Les urgences hospitalières s'avèrent, à cet égard, des partenaires incontournables, dont il faut absolument obtenir la collaboration et l'engagement. L'établissement d'une véritable continuité des services pour les personnes suicidaires passe inévitablement par une meilleure concertation entre l'hôpital et les ressources de la communauté. Il s'agit d'un des principaux défis à relever en matière d'organisation des services en santé mentale.

Après le lancement du protocole, il importe de continuer d'investir de manière importante dans sa coordination, en organisant des rencontres régulières entre les partenaires, en favorisant un échange rapide d'informations et en rendant disponibles des outils de promotion clairs et conviviaux. La coordination et la promotion sont des facteurs clefs de la pérennité et du succès d'une telle démarche.

Limites de l'étude

Plusieurs facteurs limitent les conclusions de cette étude. D'abord, l'évaluation ayant été planifiée et effectuée plusieurs années après le début de l'implantation du protocole MARCO, les informations recueillies sont sujettes à des biais de mémoire. Des acteurs importants ont quitté le milieu et n'ont, par conséquent, pu participer à l'évaluation. L'absence de mesures antérieures au protocole ne permet pas de quantifier ces changements.

Des biais de sélection ont pu s'insérer dans le choix des participants (comme par exemple de n'inviter que des personnes favorables à l'approche), de sorte que les points de vue exprimés dans le cadre des entrevues ne sont peut-être pas représentatifs de l'univers à l'étude. Cependant, la richesse des informations obtenues, tant au plan des aspects positifs que négatifs du protocole, nous permet de croire que nous avons assuré une bonne représentativité des acteurs pertinents.

Il aurait été intéressant de questionner des personnes suicidaires ayant bénéficié d'une référence MARCO. Ceci nous aurait permis de documenter les effets positifs de ce genre d'approche, du point de vue de la clientèle. En raison de contraintes financières et temporelles, ce volet de l'étude n'a pu être réalisé.

Malgré ces limites, la méthodologie privilégiée dans le cadre de cette étude a permis de mieux comprendre la nature du protocole et des différents processus ayant conduit à son implantation dans trois territoires distincts de la région de Montréal. Elle a également mis en lumière les forces du protocole et suggéré des pistes possibles d'améliorations. Ces informations sont utiles pour le déploiement de MARCO à d'autres territoires et la bonification de son application dans les territoires actuels. À ce titre, l'évaluation a répondu à un besoin important du milieu, en rendant explicite, et donc généralisable, une initiative novatrice comme celle du protocole MARCO.

CONCLUSION

Cette évaluation d'un protocole de référence visant à améliorer la continuité des services pour les personnes suicidaires montre, d'une manière éloquente, que l'atteinte de cet objectif est largement tributaire de la qualité des liens établis entre les établissements partenaires. C'est à travers le développement d'une relation de confiance, basé sur le respect des compétences réciproques et l'adhésion à des valeurs communes, que peut s'implanter avec succès un mécanisme de liaison comme celui proposé par le protocole MARCO.

L'étude souligne néanmoins l'importance déterminante d'une coordination continue et d'une promotion intensive pour assurer la pérennité du protocole. Considérant le roulement de personnel qui prévaut dans le milieu de la santé et des services sociaux et le nombre considérable de clients desservis quotidiennement par les professionnels, il s'avère crucial de fournir un accompagnement constant aux milieux afin de maintenir une compréhension commune des procédures ainsi qu'une cohésion et une régularité dans leur application. À cet égard, l'importance d'outils de promotion et de modes de communication efficaces ne saurait être négligée.

Le protocole MARCO est conforme aux meilleures pratiques en matière de référence des personnes suicidaires grâce à son échange d'informations entre les établissements au moment de la référence, sa garantie de prise en charge rapide pour le client et son retour d'appel pour s'assurer que celui-ci a reçu le service demandé. Il s'inscrit aussi parfaitement dans la nouvelle réorganisation du système de santé québécois ainsi que dans les priorités ministérielles concernant l'intervention auprès des personnes à potentiel suicidaire élevé. L'ensemble de ces raisons nous amènent à conclure que ce protocole aurait avantage à être déployé à l'ensemble du territoire montréalais, accompagné d'une évaluation des effets pour en documenter les impacts.

APPENDICE A

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE INTERÉTABLISSEMENTS

© Régie régionale de Montréal-Centre, 1997

REF-01398

MULTICLIENÈTE

No. dossier : _____
 Nom (à la naissance) : _____ Prénom : _____
 Autre nom utilisé : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Téléphone () : _____
 Né le : A ___/M___/J___ Âge : _____ Sexe : M ☐ F ☐
 No. ass.-maladie : _____ Date exp.: A ___/M___

SANTÉ PHYSIQUE / CAPACITÉ FONCTIONNELLE

Changement de niveau fonctionnel de base Oui ☐ Non ☐ (si oui, précisez)

Incapacités : Mobilité ☐ Tâches domestiques ☐ Fonctions mentales ☐ Motivation ☐
 AVQ ☐ Comportement ☐ Communication ☐ Jugement ☐
 Autocritique ☐ Continence ☐ Gestion des médicaments ☐

Précisions : _____

SITUATION PSYCHOSOCIALE / RÉSEAU DE SOUTIEN ET DE SERVICES

Appréhension face au retour à domicile ☐ Isolement / insécurité ☐ Violence ☐
 Soutien naturel peu ou pas existant ☐ Aidant tendu/fatigué/épuisé ☐ Abus / exploitation ☐
 Faible condition socio-économique ☐ Risque de suicide ☐ Alcoolisme / toxico. ☐
 Difficulté d'adaptation à sa situation ☐ Problème de comportement ☐ Problématique cult. ☐
 État dépressif ☐ Difficulté familiale ☐ Deuil / perte ☐

Précisions : _____

DESCRIPTION DU RÉSEAU DE SOUTIEN ET DE SERVICES (famille, voisins, organismes,...)

Régime de protection : _____

Parent ayant la garde légale/protecteur : _____ Tél. () _____

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Habite au _____ étage Ascenseur ☐ Escalier int. ☐ ext. ☐ Nbr de marches : _____ Rampe d'accès ☐
 Transport assuré par : Usager ☐ Famille / Accompagnateur ☐ Transport adapté ☐ No. dossier : _____

Précisions : _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES / RÉFÉRENCES EN COURS / ÉQUIPEMENT

PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS (nom et fonction)

Tél. : () _____
 Tél. : () _____
 Tél. : () _____

CONTINUITÉ DES SOINS

Guichet unique Oui ☐ Non ☐
 Établissement : _____ Tél. : () _____ poste _____
 Gestionnaire de cas / Intervenant : _____ Téléc : () _____

NOM : _____ Signature : _____ A ___/M___/J___ Heure : _____

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

APPENDICE B

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT D'ÉCHANGE D'INFORMATIONS

Projet Marco

Protocole de communication pour les urgences suicidaires

Contact : (circonstance du geste, moyen, environnement, qui a demandé de l'aide, personne significative, antécédents suicidaires, potentiel de violence)

Orientation :

Je _____, né le _____, autorise les représentants des organismes suivant à communiquer entre eux des renseignements concernant mon état de santé. Cette autorisation est valable pour 3 mois et est révoquée par avis verbal de ma part en tout temps. J'en aviserai alors un représentant de Suicide Action Montréal au _____. Les organismes autorisés sont : SAM, US, l'hôpital _____, le CLSC de mon secteur, le centre Dollard-Cormier, autres _____.

Signature : _____ Date : _____

Organisme 1: identification établissement et contact (tél)

Évaluation :

Intervention :

Orientation :

Télécopiez votre rapport au partenaire et au _____ centre de compilation(SAM)

Organisme 2:

Évaluation :

Intervention :

Orientation :

Organisme 3:

Évaluation :

Intervention :

Orientation :

Renseignements à fournir :

Évaluation : (diagnostic/opinion, risque de récurrence)

Intervention : (plan, recommandations)

Orientation : (demande d'intervention conjointe ou transfert)

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER			
Nom et prénom à la naissance			
Nom actuellement utilisé			
Adresse actuelle de l'usager			
N° de la RAMQ	Date de naissance Année	Mois	Jour
Nom et prénom du père		N° de dossier : Date d'admission :	
Autres noms utilisés antérieurement		Nom et prénom de la mère	

Je, soussigné-e, _____
Nom et adresse

En ma qualité de _____
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement _____

À faire parvenir à _____

Les renseignements suivants : _____

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : _____

Contenus dans le dossier de l'usager ci-dessus identifié.

Cette autorisation est valable pour une période de _____ jours à compter de la date de la signature de ce document.

 Signataire : usager ou personne autorisée

 Témoin à la signature

Année	Mois	Jour
Date		
Année	Mois	Jour
Date		

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

APPENDICE C

TABLEAU MENSUEL DU SUIVI DES RÉFÉRENCES

Projet MARCO

Tableau mensuel du suivi des références
Données compilées par les répondants au projet M.A.R.C.O.

Suivi des références	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Févr	Mars
Nb de références reçues												
Nb de clients rejoints (1 ^{er} contact)												
nb acceptés												
nb refusés												
nb pas rejoint												

Données compilées par _____

Date _____

APPENDICE D

TABLEAU DE SUIVI DES RÉFÉRENCES (COLLECTE DE DONNÉES)

TABLEAU DE SUIVI DES RÉFÉRENCES EFFECTUÉES DANS LE CADRE DU PROTOCOLE MARCO, 15 JUIN AU 15 DÉCEMBRE 2005

#	Date de la référence (jour/mois)	Sexe	Âge	Idées ou comportements suicidaires	Problématiques vécues au moment de la référence (troubles mentaux, événements de vie récents, etc)	Lieu de la référence	Motifs de la référence
1							
2							
3							
4							
5							

APPENDICE E

CANEVAS D'ENTREVUE AUPRÈS DES MEMBRES FONDATEURS

ÉVALUATION DU PROTOCOLE MARCO

ENTREVUE AUPRÈS DES MEMBRES FONDATEURS

Date : _____

Personnes rencontrées, postes et organismes:

QUESTIONS

D'où est venu l'idée du protocole MARCO? Qui en a été l'initiateur? Dans quel contexte cette initiative s'inscrivait-elle?

1. Sur quels motifs vous êtes-vous basé pour choisir les partenaires? Certains ont-ils décliné l'invitation? Si oui, pourquoi?
2. Comment avez-vous procédé pour solliciter leur participation (rencontres, documents)?
3. Avez-vous été confronté à des résistances de la part de votre personnel? Lesquelles? Ces résistances sont-elles encore présentes? Pourquoi? Comment les avez-vous surmontées?
4. Selon vous, quels sont les éléments qui ont facilité l'implantation du protocole MARCO?
5. Quels sont les éléments qui ont nui à l'implantation du protocole MARCO?
6. L'application actuelle de MARCO est-elle conforme à celle qui avait été prévu au départ (projet prévu vs projet réalisé)? Si non, en quoi diffère-t-elle et comment expliquez-vous cet écart?
7. Dans une perspective de déploiement du protocole MARCO à l'ensemble du territoire montréalais, quelles recommandations feriez-vous aux organismes qui souhaitent l'implanter (conditions gagnantes, obstacles à prévenir, etc.)?

APPENDICE F

CANEVAS D'ENTREVUE AUPRÈS DES ORGANISMES PARTENAIRES

ÉVALUATION DU PROTOCOLE MARCO

ENTREVUE AUPRÈS DES ORGANISMES PARTENAIRES

Date : _____

Organisme : _____

Personne(s) rencontrée(s), poste(s) occupé(s) et nombre d'années d'expérience MARCO :

QUESTIONS

Tout d'abord, j'aimerais connaître un peu mieux votre organisme. En quoi les services que vous offrez aux personnes suicidaires se distinguent de ceux offerts par les autres partenaires de MARCO?

1. Comment avez- vous été sollicité pour développer le protocole MARCO?
 - a. Qui vous a sollicité?
 - b. Est-ce que vous aviez des résistances au début? Lesquelles? Ces résistances sont-elles encore présentes? Pourquoi? Comment les avez-vous surmontées?
2. Comment avez-vous procédé pour implanter le protocole MARCO au sein de votre organisme?
 - Désignation d'une personne responsable (sur quels critères, poste occupé (idéal, actuel), rôle qui lui est dévolu)
 - Rencontres d'équipe, fréquence de ces rencontres
 - Types de professionnels sollicités
 - Élaboration d'outils et/ou de grilles d'évaluation
3. Quels mécanismes ou stratégies utilisez-vous pour promouvoir le protocole MARCO à l'interne?
 - Combien de personnes participent aux rencontres MARCO à l'interne?
 - Y a-t-il des mécanismes prévus pour initier les nouveaux employés? Lesquels?
 - Y a-t-il une stratégie prévue si le principal responsable de MARCO quitte?
 - Considérez-vous que le protocole MARCO est suffisamment utilisée et connu à l'interne? Si non, pourquoi et que pourrait-on faire pour corriger la situation?
4. Sur quels critères vous basez-vous pour utiliser le protocole MARCO lors de la référence d'une personne suicidaire?

5. Nous désirons mieux connaître la façon dont vous effectuez les références dans le cadre du protocole MARCO.
 - a. Quels sont les professionnels qui utilisent MARCO?
 - b. Jugeriez-vous utile que d'autres types de professionnels de votre établissement appliquent le protocole MARCO dans le cadre de leur pratique?
 - c. Le protocole MARCO est-il aussi facilement applicable les soirs et les fins de semaine?
 - d. Par quels moyens faites-vous la référence (appel téléphonique, formulaire transmis par fax)?
 - e. Y a-t-il des organismes partenaires pour lesquels il est plus difficile d'effectuer une référence? Pourquoi?
6. Dans votre organisme, quelle est la procédure établie pour la réception d'une référence MARCO?
 - a. Qui reçoit la référence?
 - b. Qui rappelle la personne suicidaire?
 - c. Êtes-vous toujours en mesure de respecter le délai de 48 heures pour le 1^{er} contact? Si non, expliquez.
 - d. Les références faites à votre organisme dans le cadre de MARCO sont-elles toujours pertinentes et correctement effectuées?
7. Advenant le cas où la personne référée dans le cadre du protocole MARCO ne se présente pas à son premier rendez-vous, une relance est-elle effectuée et à qui revient cette responsabilité? *(Faire préciser le plus possible)*
8. Comment comptabilisez-vous les références que vous effectuez ou que vous recevez dans le cadre du protocole MARCO?
 - Quelles difficultés rencontrez-vous dans la tenue des statistiques?
 - Y aurait-il des améliorations à apporter dans la tenue des statistiques pour quelles soient le plus fidèles possibles?
9. Quelles sont les conditions gagnantes pour que le protocole MARCO soit appliqué de façon optimale dans votre établissement?
10. Le protocole MARCO s'est donné comme mission de développer des mécanismes de liaison et de référence entre des partenaires afin d'assurer une meilleure continuité des services offerts aux personnes suicidaires. Dans sa forme actuelle, le protocole MARCO remplit-il cette mission? Pourquoi?

11. Le protocole MARCO a également pour but de favoriser l'établissement de meilleures relations entre les différents organismes qui desservent la clientèle suicidaire. Dans sa forme actuelle, le protocole MARCO remplit-il cette mission? Pourquoi?
12. Y aurait-il des améliorations possibles au protocole MARCO afin qu'il remplisse mieux sa mission? Lesquelles? Au plan des mécanismes de liaison? Appropriation du protocole par un plus grand nombre de professionnels? Ajout de d'autres organismes partenaires?

APPENDICE G

CANEVAS D'ENTREVUE AU COURS DES RENCONTRES DE SITE

ÉVALUATION DU PROTOCOLE MARCO

ENTREVUE LORS DES RENCONTRES DE SITES

Date : _____

Site : _____

Personnes rencontrées, postes et organismes:

QUESTIONS

1. Depuis quand les rencontres de site ont-elles été instaurées?
2. Quel but ces rencontres poursuivent-elles?
3. À quelle fréquence ces rencontres ont-elles lieu? Est-ce suffisant?
4. Qui est délégué à ces rencontres? Sur quels critères?
5. Sur quoi portent les échanges qui ont lieu à l'intérieur de ce comité? Qu'est-ce que ces échanges vous permettent de faire? Atteignez-vous les buts visés par ce comité? Souhaiteriez-vous aborder d'autres sujets dans le cadre de ces rencontres?
6. Ces rencontres de site vous permettent-elles de résoudre les difficultés rencontrées dans l'opérationnalisation de MARCO? Pourriez-vous donner des exemples?
7. Le partage des responsabilités et des rôles entre les organismes est-il adéquat? Si non, pourquoi et comment pourrait-il être amélioré?
8. La compilation des statistiques est-elle aisée à effectuer? Qu'est-ce qui pourrait en faciliter la compilation?
9. Les mécanismes de liaison entre les organismes partenaires sont-ils optimaux? Si non, comment pourraient-ils être améliorés?
10. Jugeriez-vous pertinent que d'autres organismes se joignent à votre site? Si oui, lesquels? Si non, pourquoi?
11. Advenant que nous ayons à développer MARCO dans d'autres territoires, jugez-vous qu'il soit essentiel de tenir des rencontres de site? Pourquoi?

APPENDICE H

CANEVAS D'ENTREVUE AU COURS DU COMITÉ DE LIAISON

ÉVALUATION DU PROTOCOLE MARCO

ENTREVUE LORS DU COMITÉ DE LIAISON

Date : _____

Personnes rencontrées, postes et organismes:

QUESTIONS

Depuis quand le comité de liaison a-t-il été instauré?

1. Quel but ce comité poursuit-il?
2. À quelle fréquence le comité de liaison se réunit-il? Est-ce suffisant?
3. Qui est délégué à ce comité? Sur la base de quels critères?
4. Sur quoi portent les échanges qui ont lieu à l'intérieur de ce comité? Qu'est-ce que ces échanges vous permettent de faire? Atteignez-vous les buts visés par ce comité? Souhaiteriez-vous aborder d'autres sujets dans le cadre de ces rencontres?
5. Ce comité de liaison vous permet-il de résoudre les difficultés rencontrées dans l'opérationnalisation de MARCO? Pourriez-vous nous donner des exemples?
6. Dans la perspective du déploiement de MARCO à l'ensemble de la région montréalaise, jugez-vous qu'il soit essentiel d'inclure un comité de liaison? Pourquoi?

APPENDICE I

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Évaluation d'implantation du protocole MARCO

Janie Houle, Chercheure, PhD., Direction de santé publique de Montréal,
(514) 528-2400 poste 3635

Carole Poulin, Chercheure, MSc, Direction de santé publique de Montréal,
(514) 528-2400 poste 3415

PRÉAMBULE

On vous invite à participer à une évaluation participative du protocole MARCO. Le protocole MARCO est implanté dans trois territoires de Montréal depuis maintenant quatre ans et suscite un vif intérêt de la part des autres régions du Québec. L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal a signifié sa volonté de déployer le protocole MARCO sur l'ensemble du territoire. Dans ce contexte, une évaluation d'implantation s'avère toute indiquée afin de documenter cette expérience novatrice et pouvoir en tirer des enseignements pour le futur. Suicide Action Montréal et l'ensemble de ses partenaires ont donc autorisé la Direction de la santé publique de Montréal à réaliser cette évaluation. Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles au chercheur et à ses adjoints et à leur demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas clairs.

PARTIE I : INFORMATION

Objectifs de la recherche Cette évaluation a pour but de : 1) comprendre l'influence des milieux sur la mise en œuvre du protocole MARCO; 2) recommander des améliorations possibles afin de favoriser un fonctionnement optimal du protocole dans les sites actuels; 3) dégager des stratégies pour un déploiement réussi de MARCO à d'autres territoires.

Votre participation Vous êtes invité à participer à une entrevue de groupe d'une durée approximative d'une heure trente réunissant les partenaires de MARCO. Cette entrevue sera animée par les chercheuses de la Direction de santé publique de Montréal.

Les risques Avant de débiter l'entrevue, une demande explicite sera formulée auprès de tous les participants afin que les propos tenus dans le cadre de l'entrevue ne soit pas dévoilés à l'extérieur du groupe. Toutefois, il est possible que des bris de confidentialité surviennent de la part des participants. Néanmoins, votre anonymat sera préservé dans toute forme de présentation des résultats : les données seront présentées de manière agrégée de sorte qu'il sera impossible d'associer des propos précis à des personnes précises.

Les bénéfices Les échanges de points de vue favoriseront une synergie permettant l'émergence de pistes d'amélioration des pratiques. Par ailleurs, il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine et permettront d'améliorer les interventions auprès des personnes suicidaires.

Compensation Aucune compensation ne vous sera versée pour votre participation qui se déroulera sur vos heures régulières de travail.

Droits légaux En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheuses, la Direction de santé publique ou votre établissement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Confidentialité Les chercheuses prendront tous les moyens nécessaires pour préserver votre anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Les données obtenues ne seront utilisées que pour les fins de la présente évaluation. Les groupes de discussion ne seront identifiés que par un code numérique. Quant aux banques de données créées et utilisées dans le cadre de cette évaluation, elles ne permettront pas de vous identifier et seront effacées 5 ans après la fin de l'étude.

L'entrevue de groupe sera enregistrée afin de permettre la codification ultérieure des informations recueillies. Les enregistrements ne seront utilisés qu'aux fins de la collecte de données et ne seront montrés à personne d'autre qu'aux chercheuses. Les enregistrements seront conservés dans une armoire sous-clef et détruits 5 ans après le dépôt du rapport de recherche.

Participation volontaire et droit de retrait Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons et sans aucun préjudice, en faisant connaître votre décision aux chercheuses ou à l'un des membres de l'équipe de recherche.

PARTIE II : IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou si vous ne désirez plus y participer, vous pouvez contacter en tout temps :

Janie Houle, PhD.
Chercheure
Direction de santé publique Montréal
1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec)
H2L 1M3
(514) 528-2400 poste 3635

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec :

Madame Isabelle Duclos
Coordonnatrice du comité d'éthique
Direction de santé publique de Montréal
(514) 5282400 poste 3262

PARTIE III : CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu à ma satisfaction.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude et je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans aucun préjudice.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom du sujet
(en lettres moulées)

Signature du sujet

Date

Nom du chercheur ou
de son représentant
(en lettres moulées)

Signature du chercheur

Date

APPENDICE J

PROTOCOLES ENTÉRINÉS DANS CHACUN DES SITES

Projet MARCO

PROTOCOLE pour la continuité des services aux personnes suicidaires

Site Notre-Dame

Centre de crise Le Transit
Centre Dollard-Cormier
CLSC La Petite-Patrie
CLSC du Plateau Mont-Royal
CLSC St-Louis-du-Parc
Suicide-Action Montréal
Urgence psychiatrique du C.H.U.M.,
Pavillon Notre-Dame

**Septembre 2001
Montréal**

L'âme du projet

À l'automne 1998, Suicide-Action Montréal (S.A.M.) lance une invitation à des partenaires qui partagent tous une même réalité : celle de travailler quotidiennement avec des personnes en urgence suicidaire élevée. Plus qu'une clientèle, nous partageons une conviction: celle qu'il est possible de mieux aider la clientèle en mettant à profit nos ressources respectives dans un projet commun. Chaque personne fait preuve d'humilité en demandant aux partenaires de les aider à mieux aider les personnes qui souffrent au point de penser au suicide.

C'est dans cet état d'esprit que le projet a pris forme peu à peu. Nous avons parlé des difficultés que les personnes suicidaires rencontrent lorsqu'elles essaient d'avoir de l'aide, nous avons aussi parlé des difficultés que les intervenants éprouvent lorsqu'ils essaient de les aider.

Il n'est pas facile d'accepter de changer ses pratiques, il est bien plus facile de demander à l'autre de changer les siennes. Le défi de partager des perceptions différentes pour mieux travailler ensemble se manifeste dans toutes sortes de petits détails. Tous les gens autour de la table ont une façon différente de parler de la clientèle. Pour certains, il s'agit d'un patient, pour d'autres il s'agit d'un client, d'un appelant, d'un demandeur, d'un citoyen. Même s'il s'agit de la même personne, déjà, son «titre» change selon l'institution ou l'organisme qui l'aide. Nous l'appelons donc MARCO. Pourquoi MARCO ? Parce qu'il s'agit d'un prénom, un prénom qui transcende le fait d'être un client, un appelant, un patient, un demandeur ou un citoyen. Un prénom qui rappelle que MARCO peut aussi être un père, un conjoint, un fils. Un prénom qui rappelle que MARCO, c'est plus qu'une « personne suicidaire ».

Tout au long de l'identification des procédures qui font partie du protocole actuel, on parle de MARCO, c'est pour MARCO que chacun accepte de remettre en question ses pratiques. MARCO personnifie ces personnes en détresse suicidaire, il habite nos discussions et nos esprits. Quand est venu le temps de donner un nom officiel au projet, nous ne pouvions plus l'appeler autrement. Tous les termes officiels et compliqués que l'on utilise habituellement pour parler d'un protocole faisaient perdre de vue l'âme du projet. C'était déjà le projet MARCO avant que nous l'ayons réalisé.

Nous tenons à souligner le travail et le courage de chacun des partenaires. Merci au comité initiateur du projet : Dr Martin Tremblay (C.H.U.M., Pavillon Notre-Dame), Mme Jocelyne Moretti (CLSC La Petite-Patrie), M. Jean-Sylvain René (S.A.M.), M. Denis Tremblay (S.A.M. et Alliance Management), M. Normand Martin (S.P.C.U.M.), ainsi qu'à tous les partenaires qui se sont joints à nous en cours de route et qui sont aujourd'hui les signataires des trois (3) protocoles.

Alors merci pour vos convictions, votre courage et votre contribution sans quoi le projet MARCO n'aurait pas vu le jour et ne pourrait pas continuer d'exister.

Louis Lemay
Directeur adjoint
Suicide-Action Montréal inc.

Brigitte Lavoie
Directrice générale
Suicide-Action Montréal inc.

Sommaire

1. Attendu que.....	82
2. Introduction.....	82
3. Buts, objectifs et clientèle visée.....	82
4. Territoire et développement du projet.....	83
5. Information échangée, la confidentialité, les procédures et cheminements proposés au client.....	84
6. Engagement des partenaires.....	92
7. Suivi et évaluation du projet	93
8. Mécanismes de gestion du conseil des partenaires	93
9. Conditions de succès.....	94
10. Durée du protocole.....	95
11. Signature des partenaires	95

1. Attendu que...

Attendu que les personnes suicidaires sont difficiles à aider et souvent isolées,

attendu que les intervenants vivent souvent de l'inconfort vis-à-vis la clientèle suicidaire,

attendu que le client suicidaire est davantage motivé à entreprendre une démarche d'aide lorsqu'il est dans la phase aiguë de sa crise,

attendu que plus la référence est personnalisée, plus le client a de chances d'entreprendre une démarche d'aide,

attendu que le protocole permet d'utiliser chacun des partenaires (réseau personnel et professionnel) selon ses forces,

attendu que travailler en partenariat auprès des personnes suicidaires permet, dans la mesure ou ces derniers l'autorisent, d'avoir plus d'information et ainsi pouvoir mieux intervenir,

attendu que le partenariat procure l'opportunité d'avoir recours rapidement à ses partenaires, partageant ainsi le risque d'intervenir auprès de ce genre de clientèle,

attendu que le projet place les intervenants dans une meilleure position de succès et ce au bénéfice de la clientèle visée.

2. Introduction

Ce protocole précise les buts, les objectifs et la clientèle visée. Il décrit le plan d'évolution du projet. Puis nous présentons l'information échangée, les principes au sujet de la confidentialité, les procédures et cheminements proposés au client, ainsi que l'engagement pris par tous les partenaires du projet. En même temps nous définissons des règles de fonctionnement et les conditions de succès. Nous nous donnons aussi des balises pour suivre l'évolution du projet et pour en assurer l'évaluation.

3. Buts, objectifs et clientèle visée

Buts

Nous visons à mieux coordonner nos interventions auprès du client et de son réseau personnel, à assurer à ces derniers une meilleure continuité des services, et du point de vue clinique à travailler dans la même direction.

Nous croyons que les objectifs suivants nous aideront à atteindre les buts du projet et qu'ensemble ils décrivent l'essentiel de ce qu'est et vise le projet.

Objectifs

Nous voulons d'abord :

1. développer une conception commune, une vision d'ensemble des différents services d'aide;
2. créer un véritable réseau d'échange d'information où l'on précise la nature de cette information, le véhicule qu'elle emprunte et les délais à l'intérieur desquels le client et son réseau seront évalués;
3. puis conséquemment nous voulons que le projet serve à établir des relations solides fondées sur la confiance.

La réalisation de ces objectifs s'effectuera au fur et à mesure de l'implantation du projet.

Clientèle visée

Nous voulons rejoindre la clientèle adulte suicidaire (idée, plan, geste), quelque soit la problématique sous-jacente.

Le mandat des différentes ressources sert à identifier le partenaire principal à qui référer le client.

4. Territoire et développement du projet

Territoire

Le dénominateur commun est le territoire de l'urgence psychiatrique. Il intègre les partenaires locaux, sous-régionaux et régionaux.

Développement 1^{er} phase

Le projet se développe simultanément dans trois sites d'urgence psychiatrique, soient Albert-Prévost, Notre-Dame et St.-Mary's avec leurs partenaires territoriaux.

Chacun de sites aura le même protocole, seul les procédures les distinguent les uns des autres.

Développement 2^e phase

Lorsque le réseau de référence (1^{ière} phase) sera suffisamment organisé, nous nous assurerons que lorsque la personne est acheminée à l'urgence médicale suite à une tentative de suicide, l'information pouvant nous aider à lui sauver la vie puisse arriver avec elle.

5. Information échangée, la confidentialité, les procédures et cheminements proposés au client

Nous présenterons d'abord quelle information est échangée au sujet du client et les principes au niveau de la confidentialité. Puis nous décrirons les procédures que le personnel de chacune des organisations aura à suivre. Cette description nous fera connaître le cheminement proposé au client chez chacun des partenaires.

L'information échangée

Lors de la référence :

- Préciser et documenter le risque de récurrence suicidaire
- L'évaluation du client
- Recommandations faites au client
- Identifier une personne contact de l'établissement référant avec qui on peut communiquer rapidement

Après la référence :

Le partenaire principal (responsable du suivi) s'engage à communiquer au référant les deux (2) types d'information suivante :

- Lorsque le client est rejoint ou pas
- Et, lorsque rejoint, s'il accepte ou refuse le suivi

Un formulaire de communication commun à tous servira à échanger le type d'information identifié ci-haut (annexes 1 et 2).

La confidentialité

Dès le début du projet, tous les membres du conseil des partenaires en urgence suicide ont identifié rapidement des préoccupations d'ordre éthique et s'entendent à respecter les principes généralement reconnus.

Nous nous entendons à l'effet que le client doit être dans un état général où il peut exercer librement sa capacité de choisir, sinon son autorisation n'est pas valide.

Il doit être informé des conséquences de son choix de refuser ou d'accepter de donner son autorisation. S'il refuse d'accorder son autorisation, le client ne sera aucunement privé de service, on lui offrira la même référence.

Procédures et cheminement proposés au patient

Nous présentons d'abord les procédures que chacun des partenaires a rédigé à l'intention de son personnel pour la réception et le traitement des références.

Ces procédures permettent aux intervenants de connaître le cheminement que le client suit dans chacune des organisations. Ainsi ils peuvent personnaliser davantage leurs références.

Puis, nous décrivons les « Procédures pour effectuer une référence ». Elles sont accompagnées de la liste des partenaires, incluant les noms des personnes ou des services où envoyer la référence. Afin d'alléger le texte, cette liste se retrouve à l'annexe 4.

Procédures de chacun des partenaires pour recevoir et traiter les références de clients suicidaires :

Au Centre de crise le Transit

Téléphone : (514) 282-7753

Télécopieur : (514) 282-9163

Les personnes contacts sont :

1. Roger Schmouth
2. Angela Sheikh
3. Maryse Poulin

En leur absence, tout intervenant du Transit est habilité à recevoir la référence.

1. Toute demande de service doit être adressée oralement dans un premier temps et, dans un deuxième temps, procéder à l'envoi du formulaire de communication interétablissements, à l'évaluation du client et à tout autre document jugé pertinent.
2. La personne contact parle brièvement avec le client et fixe avec lui le moment et le lieu de la première rencontre. Si celle-ci ne peut se faire le jour même, un support téléphonique de 24 heures sera offert au client.
3. La personne contact assigne la demande de service à un intervenant.
4. Après avoir procédé à la vérification des informations reçues et complété le processus d'évaluation, l'intervenant assigné fera avec le client une entente de services.
5. L'intervenant informe la personne contact que :
 - a) le client a accepté l'entente de services;
 - b) le client ne s'est pas présenté;
 - c) le client refuse l'entente de services.

La personne contact complète le formulaire de communication et l'envoie au référé.

6. Dans le cas où le client refuse l'entente de services, il est important de noter les raisons et d'en informer le(s) partenaire(s) identifié(s) par le client; dans ce cas le répondant envoie par télécopieur le formulaire de communication.
7. Pour les clients déjà évalués à l'urgence psychiatrique de Notre-Dame, une demande de réévaluation dans un délai de 48 heures ouvrables peut être adressée à :

Madame Benoît

Téléphone : (514) 281-6000 poste 8954

le lundi, mercredi et vendredi sur place

Boîte vocale les autres jours

Télécopieur : (514) 896-4748

Les circonstances de cette demande doivent être communiquées par écrit ou verbalement pas l'intervenant. Un rapport de cette réévaluation sera transmis à l'intervenant référé et si le client ne se présente pas à son rendez-vous il en sera avisé.

Au Centre Dollard-Cormier

Toute demande d'un partenaire dans le cadre du projet Marco doit suivre la procédure suivante :

1. Les références sont acheminées par télécopieur au Centre Dollard-Cormier. Au terme de cet envoi, nous devons retrouver le formulaire de communication ainsi que le rapport d'évaluation du partenaire référé.

À : Jean-Guy Cormier

Téléphone : (514) 385-0046 poste 5137

Télécopieur : (514) 385-6587

Sylvie Loiselle secrétaire à A.E.O (accueil, évaluation, orientation)

Téléphone : (514) 385-0046 poste 5147

2. Monsieur Cormier fixe un rendez-vous à la personne référée au service A.E.O. dans un délai de 24/48 heures suivant la référence. Toutefois lors d'un week-end ou d'un congé férié, le délai peut atteindre 72 heures;
3. Monsieur Jean-Guy Cormier communique avec la personne référée dès réception de la référence ou, au maximum, dans un délai de 48 heures afin de lui transmettre l'heure et la date de l'entrevue individuelle de l'A.E.O.;
4. Le client sera rencontré en individuel afin d'évaluer son admissibilité aux services du Centre Dollard-Cormier et l'orienter au programme approprié. Dans la même séquence une série d'activités de groupe lui sera proposé. Toutefois si la situation le commande, un intervenant sera assigné immédiatement;

5. Le client sera ensuite convié à une rencontre pour évaluer le profil de gravité de sa toxicomanie à partir de l'outil (I.G.T.);
6. Le client sera ensuite pris en charge par le programme approprié;
7. Le référant sera informé par téléphone de l'issue de la référence :
 - Admission au Centre Dollard-Cormier
 - Refus du client des services du Centre Dollard-Cormier
 - Non admissibilité du client au Centre Dollard-Cormier
 - Client non rejoint dans les délais prévus
8. Jean-Guy Cormier informera le référant de l'étape du suivi.

Au CLSC La Petite-Patrie

1. Réception de la demande de service (le formulaire de communication interétablissements et l'évaluation du client);

par Carole Plouffe Téléphone: (514) 273-5600 poste 439
 Pagette: (514) 301-9611
 Télécopieur: (514) 272-6278
 du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00
2. Mme Plouffe assigne la demande de service à une intervenante du programme concerné par le client;
3. Mme Plouffe ou l'intervenante assignée communique au besoin avec le référant;
4. L'intervenante assignée communique avec le client dans un délai de 48 heures après la réception de la demande de service;
5. Lors de la prise de contact avec le client, l'intervenante assignée:
 - évalue la situation actuelle du client,
 - vérifie les informations reçues: risque de récurrence ou non, compréhension des recommandations reçues (scénario de sécurité, connaissances des ressources),
 - vérifie les attentes du client envers le CLSC,
 - fixe un rendez-vous dans un délai d'une semaine pour élaborer un plan d'intervention;
- 6a) L'intervenante assignée complète le formulaire de communication pour l'un ou l'autre des trois situations suivantes et elle le remet à Mme Plouffe :
 - 1) si le client refuse le service du CLSC lors du premier contact;
 - 2) lorsque le client accepte et entreprend la démarche;
 - 3) s'il n'a pas été possible de rejoindre le client dans les délais prévus;

- 6b) Dans les cas où le client refuse la démarche, il est important de noter les raisons et d'en informer le(s) partenaire(s) identifié(s) par le client; dans ce cas la répondante envoie par fax le formulaire de communication;
7. Pour demander une réévaluation psychiatrique dans un délai bref, 48 heures ouvrables, et ce pour les clients qui ont été évalués à l'urgence psychiatrique de Notre-Dame, Madame Benoît doit alors être contactée par le client ou l'intervenant qui le juge opportun afin de prévoir un rendez-vous.

Madame Benoît Téléphone : (514) 281-6000 poste 8954
 les lundi, mercredi et vendredi sur place
 Boîte vocale les autres jours
 Télécopieur : (514) 896-4748

Les circonstances de cette demande doivent être communiquées par écrit ou verbalement par l'intervenant. Un rapport de cette réévaluation sera transmis à l'intervenant référant et si le client ne se présente pas à son rendez-vous il en sera avisé.

Au CLSC du Plateau Mont Royal

Réception de la demande de service (le formulaire de communication interétablissements et l'évaluation du client) :

Intervenant psychosocial à l'accueil
Téléphone : (514) 521-7663
Télécopieur : (514) 521-6418
du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00

L'intervenant de l'accueil assigne la demande de service à un intervenant du programme concerné par le client.

L'intervenant de l'accueil ou l'intervenant assigné communique au besoin avec le référant.

L'intervenant assigné communique avec le client dans un délai de 48 heures, 72 heures les fins de semaine, après la réception de la demande de service.

Lors de la prise de contact avec le client, l'intervenant assigné :

- prend contact avec le client
- évalue la situation actuelle de ce dernier
- vérifie les informations reçues : risque de récurrence ou non, compréhension des recommandations reçues (scénario de sécurité, connaissances des ressources)
- vérifie les attentes du client envers le CLSC
- fixe un rendez-vous dans un délai d'une semaine pour élaborer un plan d'intervention

- a) l'intervenant assigné complète le formulaire de communication pour l'une ou l'autre des trois situations suivantes :

- si le client refuse le service du CLSC lors du premier contact ;
- lorsque le client accepte et entreprend la démarche ;
- lorsqu'il n'a pas été possible de le rejoindre dans les délais prévus

dans le cas où le client refuse la démarche, il est important de noter les raisons et d'en informer le(s) partenaire(s) identifié(s) par le client.

L'intervenant assigné télécopie le formulaire de communication au référé (vérifier le nom du référé sur la feuille de communication).

Pour demander une réévaluation psychiatrique dans un délai bref, 48 heures ouvrables, et ce pour les clients qui ont été évalués à l'urgence psychiatrique de Notre-Dame, Madame Benoît doit alors être contactée par le client ou l'intervenant qui le juge opportun afin de prévoir un rendez-vous.

Répondante Madame Benoît :
Téléphone : (514) 890-8000 poste 28954
le lundi, mercredi PM et vendredi sur place
Boîte vocale les autres jours
Télécopieur : (514) 412-7647

Les circonstances de cette demande doivent être communiquées par écrit ou verbalement par l'intervenant. Un rapport de cette réévaluation sera transmis à l'intervenant référé et si le client ne se présente pas à son rendez-vous, il en sera avisé.

L'intervenant assigné signale les demandes au chef de programmes, qui demeure responsable de la supervision et du suivi du processus.

Au CLSC St-Louis du Parc

1. Réception et traitement de la demande de service par la travailleuse sociale de garde à l'accueil psychosocial (formulaire de communication et évaluation du client) :

Téléphone : (514) 286-2600 poste 139
Télécopieur : (514) 286-9754
du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00
et les samedi et dimanche de 8h00 à 16h00

2. Communication avec le référé si nécessaire.

3. Communication de l'intervenante avec le client dans les 48 heures pour :
 - Signaler la réception de la demande et prendre contact avec le client;
 - Évaluer la situation actuelle;
 - Vérifier les informations reçues : risque suicidaire encore présent, des recommandations reçues (scénario de sécurité, connaissance des ressources, ...);
 - Vérifier les attentes du client et sa compréhension de la démarche envisagée;
 - Fixer un rendez-vous pour commencer l'intervention (dans un délai maximum d'une semaine).
4. Suivi avec le référent, en complétant le formulaire de communication pour l'une ou l'autre des situations suivantes et en le faisant parvenir par télécopieur :

Le client :

- Refuse les services du CLSC ;
- Accepte la démarche et la commence ;
- N'a pu être rejoint dans les délais prévus.

Dans les cas où le client refuse la démarche, il est important d'en noter les raisons et d'en informer le(s) partenaire(s) impliqué(s).

5. S'il y a besoin de réévaluation psychiatrique dans un délai bref (48h ouvrables) pour une personne qui a déjà été évaluée à l'urgence psychiatrique de l'Hôpital Notre-Dame, contacter la répondante de l'urgence psychiatrique :

Madame Benoît (514)890-8000 poste 28954
lundi, mercredi et vendredi
et boîte vocale les autres jours
Télécopieur : (514) 412-7647

- Ce qui motive cette demande doit être communiqué par écrit ou verbalement par l'intervenant
 - Le client doit se présenter à l'urgence médicale avec son formulaire de communication en main
 - Un rapport de cette réévaluation sera transmis à l'intervenant référent et si le client ne se présente pas à son rendez-vous, il en sera avisé.
 - Dans les cas où la situation nécessite une évaluation psychiatrique dans un délai plus court, le client sera orienté directement vers l'urgence psychiatrique.
6. Le suivi du processus est assuré par Yves Keller, du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30, au (514) 286-2600 poste 113.

À Suicide-Action Montréal

Personne contact : Michel Presseault
Coordonnateur du service d'intervention téléphonique

Téléphone : (514) 723-3594 poste 228 (boîte vocale confidentielle)

Télécopieur : (514) 721-2515

1. Réception de l'appel téléphonique du partenaire souhaitant référer un client. Il faudrait d'abord tenter de rejoindre Michel Presseault. En cas d'absence prolongé, le message vocal le mentionnera, il faudrait alors rejoindre un responsable de soutien au (514) 723-3594 poste 247.
2. Réception par télécopieur du formulaire de communication, de l'évaluation et de tout autre document pertinent utile à la rédaction du plan d'intervention téléphonique (le synopsis).
3. Création d'un plan d'intervention téléphonique (synopsis dans les 48 heures ou 72 heures la fin de semaine) par un des employés du service d'intervention téléphonique.
4. Retransmission dudit synopsis au partenaire ayant initié la demande afin de s'assurer de son contenu et du plan d'intervention proposé par S.A.M.
5. Organisation matérielle du synopsis afin de le rendre connu et accessible pour tous les intervenants téléphoniques.

À l'urgence psychiatrique du C.H.U.M., Pavillon Notre-Dame

Les infirmières de l'urgence psychiatrique

Téléphone : (514) 890-8000 poste 26746

Service sur 24 heures

1. Le patient arrive de l'urgence médicale. Il est transféré avec le formulaire de communication interétablissements d'un partenaire et autres documents le cas échéant.
2. Il est rencontré par l'infirmière puis par le psychiatre de garde à l'urgence psychiatrique.
Mme Morand (t.s.) participe à l'évaluation.
3. Le référerant sera informé si le patient ne s'est pas présenté à l'urgence ou s'il refuse la démarche qu'on lui propose.
4. Le psychiatre et Mme Morand (t.s.), après avoir évalué le patient, lui offrent de le rediriger vers le référerant ou, au besoin, vers une autre ressource plus appropriée à sa situation.
5. Si la référence est externe au C.H., Mme Morand transmet le formulaire de communication et l'évaluation du patient au(x) partenaire(s) identifié(s) par fax et verbalement.

6. Si le patient est référé au Centre Dollard-Cormier, une prescription est rédigée indiquant les médicaments à maintenir.

Procédures pour effectuer une référence vers un partenaire

Pour la clientèle suicidaire :

1. L'intervenant fait signer au client le formulaire de consentement d'échange d'information.
2. L'intervenant contacte par téléphone la personne ou le service désigné.
3. Puis, il complète et faxe les documents suivants :
 - Le formulaire de communication interétablissements en indiquant dessus « Projet MARCO »
 - Son évaluation
 - Tout autre document jugé pertinent

N.B. : Vous retrouverez ces procédures, incluant la liste des partenaires, à l'annexe 4.

6. Engagement des partenaires

Chacun des partenaires s'engage à mettre à contribution leurs ressources humaines, matérielles et financières pour...

1. Contacter le client dans un délai maximum de 48 heures (72 heures pour les week-end) suivant la réception du formulaire de communication; produire un plan d'action (synopsis) dans le cas de S.A.M.;
2. Intervenir auprès du client;
3. Communiquer aux partenaires l'information prévue au sujet du client et autorisée par ce dernier;
4. Respecter les règles de confidentialité où le client demeure le coordonnateur de son traitement;
5. Compiler des données quantitatives et transmettre mensuellement un rapport à S.A.M. (annexe 3);
6. Participer aux réunions et aux activités liées au projet.

7. Suivi et évaluation du projet

Il est important de se donner des indicateurs et ce, pour deux raisons : d'abord nous voulons nous assurer que nos actions soient cohérentes avec les orientations définies et deuxièmement, nous voulons être en mesure d'identifier les difficultés et pouvoir apporter rapidement les correctifs nécessaires.

Ces indicateurs sont :

1. Le volume de clientèle référée: nous voulons vérifier si le volume de clientèle est suffisant pour rendre un protocole viable ou pas trop important pour faciliter l'implantation du projet;
2. Le respect du délai de 48 heures (72 heures pour les week-end) pour le premier contact avec le client;
3. Le taux de participation de la clientèle à la démarche proposée;
4. La continuité de service : s'assurer que l'information permettant de savoir où est rendu le client est rapidement communiquée aux partenaires en lien avec ce dernier.

Ces données seront compilées à l'aide du formulaire en annexe 3 du présent document.

Deux autres mesures pourront s'ajouter soient la satisfaction des intervenants et celle des clients. Ce type de mesure nécessite un plus grand travail. Des partenaires se sont déjà montrés intéressés à travailler à ce sujet.

À plus long terme, nous pourrions vérifier si l'application de ce protocole a un impact sur les taux de tentatives de suicide et de suicides.

8. Mécanismes de gestion du conseil des partenaires

Le conseil des partenaires en urgence suicide

Le projet est administré par un conseil où siègent les représentants des établissements partenaires signataires du protocole. Ce conseil possède les responsabilités et pouvoirs suivants :

1. Établir les priorités et les orientations du projet et veiller à leur respect;
2. Approuver le processus d'échange, d'accès, de diffusion et de traitement des informations et interventions faites par les partenaires du réseau;
3. Définir les stratégies de déploiement et d'élargissement du réseau;

4. Évaluer les besoins de la clientèle de ce réseau et planifier les réponses à donner;
5. Évaluer les progrès et résultats obtenus et prendre toute mesure pertinente assurant l'atteinte des objectifs fixés;
6. Mettre en place les systèmes d'information sur les résultats générés par le projet;
7. Les conditions et règles d'admission et d'exclusion des organismes et établissements membres du conseil et du réseau d'information :
 - Être un organisme susceptible d'apporter une aide clinique aux personnes suicidaires et à leur réseau personnel;
 - identifier le problème actuel de la continuité des services;
 - reconnaître qu'une meilleure continuité de services diminue le risque suicidaire;
 - croire qu'ensemble on peut faire mieux;
 - s'engager à apporter une contribution au même titre que tous les membres du conseil des partenaires en urgence suicide;
 - être accepté par le conseil qui évaluera votre demande selon les développements prévus au projet et selon les critères définis ci-dessus.
8. Déceler et résoudre, dans l'intérêt de chaque partenaire, les différents, litiges ou problèmes pouvant survenir dans le cours des activités;
9. Désigner un président d'assemblée et un secrétaire responsable de la rédaction et de la tenue des procès-verbaux des assemblées du conseil;
10. Exercer tout autre pouvoir accepté par les partenaires et traiter de toute question d'intérêt collectif.

9. Conditions de succès

Adhésion au projet de la direction et du personnel

C'est pour cette raison que la première étape du projet consiste à obtenir l'approbation de toutes les organisations participantes. L'objectif de cette étape est de susciter l'adhésion autant de la direction que du personnel qui auront à définir et à appliquer les protocoles.

Atteindre les résultats en conformité avec nos objectifs

Si le projet n'arrive pas à diminuer les délais, si les références plus personnalisées n'améliorent pas l'assiduité de la clientèle et si ces derniers ne sont pas plus satisfaits, le projet ne survivra pas. Nous visons à améliorer la situation actuelle, c'est la seule raison d'être du projet.

Respecter les particularités et les zones de compétence de chacun des partenaires

Chacun des partenaires a une mission unique et de ce fait a développé des compétences et un point de vue qui lui est propre. La reconnaissance de l'apport unique de chacun autant que le respect de cet apport donne une réponse complète aux besoins de la clientèle. Les compétences des organisations sont mises à profit pour des clientèles communes.

La compétence du personnel

Le succès du projet repose sur le personnel qui intervient quotidiennement auprès de la clientèle. La compétence du personnel constitue la pierre angulaire du projet. Les meilleurs protocoles au monde ne remplacent pas les habiletés à intervenir. Chaque organisme est responsable de voir au développement des compétences de son personnel.

10. Durée du protocole

La durée de ce protocole est d'une année, débutant à son entrée en vigueur. Il se renouvelle automatiquement à moins d'un avis écrit de désistement ou d'expulsion pour avoir enfreint les buts, les objectifs ou les règles de fonctionnement décrite au point 8 "Mécanismes de gestion du conseil des partenaires".

11. Signature des partenaires

Nous avons pris connaissance de toutes les clauses du présent protocole et solidairement nous y adhérons :

Organisme:

Représentant:

Signature:

Date:

Projet MARCO

PROTOCOLE pour la continuité des services aux personnes suicidaires

Site Albert-Prévost

Centre de crise Iris

Centre Dollard-Cormier

CLSC Ahuntsic

CLSC Nord de l'Île

CLSC St-Laurent

Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur

Septembre 2001

Montréal

L'âme du projet

À l'automne 1998, Suicide-Action Montréal (S.A.M.) lance une invitation à des partenaires qui partagent tous une même réalité : celle de travailler quotidiennement avec des personnes en urgence suicidaire élevée. Plus qu'une clientèle, nous partageons une conviction : celle qu'il est possible de mieux aider la clientèle en mettant à profit nos ressources respectives dans un projet commun. Chaque personne fait preuve d'humilité en demandant aux partenaires de les aider à mieux aider les personnes qui souffrent au point de penser au suicide.

C'est dans cet état d'esprit que le projet a pris forme peu à peu. Nous avons parlé des difficultés que les personnes suicidaires rencontrent lorsqu'elles essaient d'avoir de l'aide, nous avons aussi parlé des difficultés que les intervenants éprouvent lorsqu'ils essaient de les aider.

Il n'est pas facile d'accepter de changer ses pratiques, il est bien plus facile de demander à l'autre de changer les siennes. Le défi de partager des perceptions différentes pour mieux travailler ensemble se manifeste dans toutes sortes de petits détails. Tous les gens autour de la table ont une façon différente de parler de la clientèle. Pour certains, il s'agit d'un patient, pour d'autres il s'agit d'un client, d'un appelant, d'un demandeur, d'un citoyen. Même s'il s'agit de la même personne, déjà, son « titre » change selon l'institution ou l'organisme qui l'aide. Nous l'appelons donc MARCO. Pourquoi MARCO? Parce qu'il s'agit d'un prénom, un prénom qui transcende le fait d'être un client, un appelant, un patient, un demandeur ou un citoyen. Un prénom qui rappelle que MARCO peut aussi être un père, un conjoint, un fils. Un prénom qui rappelle que MARCO, c'est plus qu'une « personne suicidaire ».

Tout au long de l'identification des procédures qui font partie du protocole actuel, on parle de MARCO, c'est pour MARCO que chacun accepte de remettre en question ses pratiques. MARCO personnifie ces personnes en détresse suicidaire, il habite nos discussions et nos esprits. Quand est venu le temps de donner un nom officiel au projet, nous ne pouvions plus l'appeler autrement. Tous les termes officiels et compliqués que l'on utilise habituellement pour parler d'un protocole faisaient perdre de vue l'âme du projet. C'était déjà le projet MARCO avant que nous l'ayons réalisé.

Nous tenons à souligner le travail et le courage de chacun des partenaires. Merci au comité initiateur du projet : Dr Martin Tremblay (C.H.U.M., Pavillon Notre-Dame), Mme Jocelyne Moretti (CLSC La Petite-Patrie), M. Jean-Sylvain René (S.A.M.), M. Denis Tremblay (S.A.M. et Alliance Management), M. Normand Martin (S.P.C.U.M.), ainsi qu'à tous les partenaires qui se sont joints à nous en cours de route et qui sont aujourd'hui les signataires des trois (3) protocoles.

Alors merci pour vos convictions, votre courage et votre contribution sans quoi le projet MARCO n'aurait pas vu le jour et ne pourrait pas continuer d'exister.

Louis Lemay
Directeur adjoint
Suicide-Action Montréal inc.

Brigitte Lavoie
Directrice générale
Suicide-Action Montréal inc.

Sommaire

1. Attendu que.....	99
2. Introduction.....	99
3. Buts, objectifs et clientèle visée.....	99
4. Territoire et développement du projet.....	100
5. Information échangée, la confidentialité, les procédures et cheminements proposés au client.....	101
6. Engagement des partenaires.....	109
7. Suivi et évaluation du projet	109
8. Mécanismes de gestion du conseil des partenaires	110
9. Conditions de succès.....	111
10. Durée du protocole.....	111
11. Signature des partenaires	112

1. Attendu que...

Attendu que les personnes suicidaires sont difficiles à aider et souvent isolées,

attendu que les intervenants vivent souvent de l'inconfort vis-à-vis la clientèle suicidaire,

attendu que le client suicidaire est davantage motivé à entreprendre une démarche d'aide lorsqu'il est dans la phase aiguë de sa crise,

attendu que plus la référence est personnalisée, plus le client a de chances d'entreprendre une démarche d'aide,

attendu que le protocole permet d'utiliser chacun des partenaires (réseau personnel et professionnel) selon ses forces,

attendu que travailler en partenariat auprès des personnes suicidaires permet, dans la mesure où ces derniers l'autorisent, d'avoir plus d'information et ainsi pouvoir mieux intervenir,

attendu que le partenariat procure l'opportunité d'avoir recours rapidement à ses partenaires, partageant ainsi le risque d'intervenir auprès de ce genre de clientèle,

attendu que le projet place les intervenants dans une meilleure position de succès et ce au bénéfice de la clientèle visée.

2. Introduction

Ce protocole précise les buts, les objectifs et la clientèle visée. Il décrit le plan d'évolution du projet. Puis nous présentons l'information échangée, les principes au sujet de la confidentialité, les procédures et cheminements proposés au client, ainsi que l'engagement pris par tous les partenaires du projet. sont des règles de fonctionnement et les conditions de succès. Nous nous donnons aussi des balises pour suivre l'évolution du projet et pour en assurer l'évaluation.

3. Buts, objectifs et clientèle visée

Buts

Nous visons à mieux coordonner nos interventions auprès du client et de son réseau personnel, à assurer à ces derniers une meilleure continuité des services, et du point de vue clinique à travailler dans la même direction.

Nous croyons que les objectifs suivants nous aideront à atteindre les buts du projet et qu'ensemble ils décrivent l'essentiel de ce qu'est et vise le projet.

Objectifs

Nous voulons d'abord :

1. Développer une conception commune, une vision d'ensemble des différents services d'aide;
2. Créer un véritable réseau d'échange d'information où l'on précise la nature de cette information, le véhicule qu'elle emprunte et les délais à l'intérieur desquels le client et son réseau seront évalués;
3. Puis conséquemment nous voulons que le projet serve à établir des relations solides fondées sur la confiance.

La réalisation de ces objectifs s'effectuera au fur et à mesure de l'implantation du projet.

Clientèle visée

Nous voulons rejoindre la clientèle adulte suicidaire (idée, plan, geste), quelque soit la problématique sous-jacente.

Le mandat des différentes ressources sert à identifier le partenaire principal à qui référer le client.

4. Territoire et développement du projet

Territoire

Le dénominateur commun est le territoire de l'urgence psychiatrique. Il intègre les partenaires locaux, sous-régionaux et régionaux.

Développement 1^{er} phase

Le projet se développe simultanément dans trois sites d'urgence psychiatrique, soient Albert-Prévost, Notre-Dame et St.-Mary's avec leurs partenaires territoriaux.

Chacun de sites aura le même protocole, seul les procédures les distinguent les uns des autres.

Développement 2^e phase

Lorsque le réseau de référence (1^{ière} phase) sera suffisamment organisé, nous nous assurerons que lorsque la personne est acheminée à l'urgence médicale suite à une tentative de suicide, l'information pouvant nous aider à lui sauver la vie puisse arriver avec elle.

5. Information échangée, la confidentialité, les procédures et cheminements proposés au client

Nous présenterons d'abord quelle information est échangée au sujet du client et les principes au niveau de la confidentialité. Puis nous décrirons les procédures que le personnel de chacune des organisations aura à suivre. Cette description nous fera connaître le cheminement proposé au client chez chacun des partenaires.

L'information échangée

Lors de la référence :

- Préciser et documenter le risque de récurrence suicidaire
- L'évaluation du client
- Recommandations faites au client
- Identifier une personne contact de l'établissement référant avec qui on peut communiquer rapidement

Après la référence :

Le partenaire principal (responsable du suivi) s'engage à communiquer au référant les deux (2) types d'information suivante :

- Lorsque le client est rejoint ou pas
- Et, lorsque rejoint, s'il accepte ou refuse le suivi

Un formulaire de communication commun à tous servira à échanger le type d'information identifié ci-haut (annexes 1 et 2).

La confidentialité

Dès le début du projet, tous les membres du conseil des partenaires en urgence suicide ont identifié rapidement des préoccupations d'ordre éthique et s'entendent à respecter les principes généralement reconnus.

Nous nous entendons à l'effet que le client doit être dans un état général où il peut exercer librement sa capacité de choisir, sinon son autorisation n'est pas valide.

Il doit être informé des conséquences de son choix de refuser ou d'accepter de donner son autorisation. S'il refuse d'accorder son autorisation, le client ne sera aucunement privé de service, on lui offrira la même référence.

Procédures et cheminement proposés au patient

Nous présentons d'abord les procédures que chacun des partenaires a rédigé à l'intention de son personnel pour la réception et le traitement des références.

Ces procédures permettent aux intervenants de connaître le cheminement que le client suit dans chacune des organisations. Ainsi ils peuvent personnaliser davantage leurs références.

Puis, nous décrivons les «Procédures pour effectuer une référence». Elles sont accompagnées de la liste des partenaires, incluant les noms des personnes ou des services où envoyer la référence. Afin d'alléger le texte, cette liste se retrouve à l'annexe 4.

Procédures de chacun des partenaires pour recevoir et traiter les références de clients suicidaires :

Au Centre de crise Iris

1. Les références pour un hébergement au Centre de crise sont acheminées, de 8h00 à 20h00, 7/7 jours.
2. Le référent adresse la demande de service par téléphone au (514) 388-9233, en transmettant verbalement les informations usuelles (ex : coordonnées diverses; profil du client et de la situation; informations quant à la médication).

Au cours de cette étape, s'il n'y a pas de place disponible en hébergement, le Centre de crise réservera, en priorité, la première place qui se libèrera afin de l'offrir à la personne référée. Pendant les quelques jours d'attente, en accord avec le référent, la personne pourra bénéficier d'une intervention de crise, sous forme de rencontres cliniques externes offertes par le Centre, dans les plus brefs délais.

Une fois la référence téléphonique complétée, le référent transmet par télécopieur au (514) 388-4213, les formulaires requis, puis avise la personne que le Centre de crise entrera en contact téléphonique avec elle.

3. L'intervenant du Centre communique avec la personne afin de compléter la demande d'admission et l'aviser de l'orientation de services prévus – avec ou sans hébergement – selon la disponibilité.

Au cours de l'entretien téléphonique, l'intervenant vérifie les informations et évalue le consentement de la personne. Si un hébergement au Centre est prévu, l'heure d'arrivée est déterminée pour le jour même de la demande de service. Dans le cas d'une attente de disponibilité à l'hébergement, une rencontre clinique est fixée pour le jour même, ou dans les 48 heures.

Si un problème survient au cours de cette étape, et que l'orientation ne peut s'actualiser telle que prévue avec le référent, l'intervenant contacte le référent et l'avise de la situation, en précisant l'issue de la référence.

4. Dès la première rencontre avec la personne, l'intervenant procède à l'évaluation clinique et établit le plan d'intervention.

La personne en hébergement, pour une durée de 7 à 10 jours, aura ensuite deux rencontres cliniques par jour, du lundi au vendredi, puis une rencontre par jour les samedis et dimanches.

5. Pendant le processus d'intervention, une communication avec le référent s'établit selon les besoins du client, ou des partenaires. Au terme de l'intervention, l'intervenant communique avec le référent afin de lui transmettre le bilan de l'intervention et l'orientation à la sortie.

Au Centre Dollard-Cormier

Toute demande d'un partenaire dans le cadre du projet MARCO doit suivre la procédure suivante :

1. Les références sont acheminées par télécopieur au Centre Dollard-Cormier. Au terme de cet envoi, nous devons retrouver le formulaire de communication ainsi que le rapport d'évaluation du partenaire référant;

À Jean-Guy Cormier
Téléphone. : (514) 385-0046 poste 5137
Télécopieur : (514) 385-6587
Mme Sylvie Loisel secrétaire à A.E.O (accueil, évaluation, orientation)
Téléphone : (514) 385-0046 poste 5147

2. Monsieur Cormier fixe un rendez-vous à la personne référée au service A.E.O. dans un délai de 24/48 heures suivant la référence. Toutefois lors d'un week-end ou d'un congé férié, le délai peut atteindre 72 heures;
3. Monsieur Jean-Guy Cormier communique avec la personne référée dès réception de la référence ou au maximum, dans un délai de 48 heures afin de lui transmettre l'heure et la date de l'entrevue individuelle de l'A.E.O.;
4. Le client sera rencontré en individuel afin d'évaluer son admissibilité aux services du Centre Dollard-Cormier et l'orienter au programme approprié. Dans la même séquence, une série d'activités de groupe lui sera proposée. Toutefois, si la situation le commande, un intervenant sera assigné immédiatement;
5. Le client sera ensuite convié à une rencontre pour évaluer le profil de gravité de sa toxicomanie à partir de l'outil (I.G.T.);

6. Le client sera ensuite pris en charge par le programme approprié;
7. Le référant sera informé par téléphone de l'issue de la référence :
 - Admission au Centre Dollard-Cormier;
 - Refus du client des services du Centre Dollard-Cormier;
 - Non admissibilité du client au Centre Dollard-Cormier;
 - Client non rejoint dans les délais prévus;
8. Jean-Guy Cormier informera le référant de l'étape du suivi.

Au CLSC Ahuntsic

1. Les références sont acheminées à la personne de garde de l'accueil psychosocial. Cet "accueil" est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00 et les samedis et dimanches de 8h00 à 16h00.

CLSC Ahuntsic
1165, boul. Henri-Bourassa Est
Montréal (Québec) H2C 3K2
Accueil psychosocial : Téléphone : (514) 381-4221
Télécopieur : (514) 381-0508
2. L'intervenant(e) aura d'abord été contacté(e) par téléphone et par la suite recevra par télécopie la demande, soit le formulaire de communication interétablissements, l'évaluation du client et tout autre document jugé pertinent. Il est convenu que la journée même, ou au plus tard dans les 48 heures, la personne référée sera contactée et le cas échéant, elle sera rencontrée dans un délai maximum d'une semaine.
3. L'intervenant(e) recontactera alors la personne référente pour lui faire part de ses observations et de l'orientation retenue.
- 4a) L'intervenante assignée complète le formulaire de communication pour l'une ou l'autre des trois situations suivantes et le retransmet à l'organisme référant :
 - 1) si le client refuse le service du CLSC lors du premier contact;
 - 2) lorsque le client accepte et entreprend la démarche;
 - 3) s'il n'a pas été possible de rejoindre le client dans les délais prévus.
- 4b) Dans les cas où le client refuse la démarche, il est important de noter les raisons et d'en informer le(s) partenaire(s) identifié(s) par le client; dans ce cas la répondante envoie par fax le formulaire de communication;
5. Le répondant verra alors d'une part, à évaluer le processus qui fut mis en place et s'acquittera de transmettre, au moment opportun, les données statistiques telle que définies dans le présent projet.

Au CLSC Bordeaux-Cartierville

1. Les références sont acheminées à l'accueil psycho-social du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00, le samedi, le dimanche et les jours fériés de 9h00 à 16h00.
2. Le référent avise par téléphone au (514) 331-2572 l'intervenante à l'accueil psycho-social qu'il envoie une référence par télécopieur au (514) 331-0137.
3. La référence est assignée dans la journée à une intervenante des services sociaux courants, à tour de rôle.
4. La personne assignée communique avec le client dès la réception de la référence ou au maximum dans un délai de 48 heures. Lors du week-end, le délai peut atteindre 72 heures. Elle peut communiquer au besoin avec le référent.
5. L'intervenant assigné vérifie l'existence d'un dossier pour ce client et le consulte avant d'initier l'appel au client.
6. Lors de la première communication avec le client, l'intervenant assigné :
 - Évalue la situation actuelle du client;
 - Vérifie les informations reçues : risque de récurrence ou non, compréhension des recommandations reçues (scénario de sécurité, connaissance des ressources);
 - Vérifie les attentes du client envers le CLSC;
 - Fixe un rendez-vous dans un délai d'une semaine pour établir un plan d'intervention.
7. Si l'intervenant constate une urgence, il oriente vers une autre ressource : urgence, P.A.P., appel au 911. L'intervenant informe alors la ressource vers laquelle il dirige le client et donne un suivi au référent.
- 7a) L'intervenante assignée complète le formulaire de communication pour l'un ou l'autre des trois situations suivantes et le retransmet à l'organisme référant :
 - 1) si le client refuse le service du CLSC lors du premier contact;
 - 2) lorsque le client accepte et entreprend la démarche;
 - 3) s'il n'a pas été possible de rejoindre le client dans les délais prévus.
- 7b) Dans les cas où le client refuse la démarche, il est important de noter les raisons et d'en informer le(s) partenaire(s) identifié(s) par le client; dans ce cas la répondante envoie par fax le formulaire de communication.
8. À la première entrevue, l'intervenante procède à l'évaluation psychosociale du client, et décide avec lui du suivi. À ce moment, le client peut être référé à une autre ressource. Si c'est le cas, l'intervenant fait signer le formulaire de consentement et complète le formulaire de référence interétablissements. L'intervenant avise l'organisme qu'il envoie une référence par télécopieur.

9. Dans les cas où la situation nécessite une évaluation psychiatrique dans un délai rapide, le client est orienté à l'urgence du P.A.P. Celui-ci s'y présente avec son formulaire de référence en main et l'intervenant avise l'urgence du P.A.P. (par télécopieur et/ou par téléphone).

Au CLSC St-Laurent

Procédures lors de la référence

1. Les références sont acheminées à l'accueil social. Du lundi au vendredi de 08h00 à 20h00, les samedis et dimanches de 08h00 à 16h00.
2. Le référant avise, par téléphone au (514) 748-6381 poste 7440, l'intervenant à l'accueil social qu'il envoie par télécopieur une référence au (514) 748-6323. Il envoie le formulaire de référence interétablissements REF-01-98, page 1 et annexe 1 et l'évaluation du client.

Procédures lors de la réception d'une demande à l'accueil social du CLSC Saint-Laurent

1. Lors de l'appel du référant, l'intervenant de l'accueil vérifie l'existence d'un dossier pour ce client et le consulte.
2. À la réception de la référence par le télécopieur, l'intervenant communique avec le client immédiatement ou dans un délai maximum de 48 heures.
3. Lors de la première communication avec le client, l'intervenant :
 - Vérifie les informations reçues (risque de récurrence, compréhension des recommandations reçues (scénario de sécurité, connaissance des ressources));
 - Évalue la situation actuelle du client;
 - Vérifie les attentes du client envers le CLSC;
 - Planifie une entrevue dans un délai d'une semaine et consigne ce rendez-vous à l'agenda de l'Accueil social. Il place la référence et la note concernant l'appel dans le dossier temporaire aux archives.
4. Si l'intervenant constate une urgence, il oriente le client vers une autre ressource : urgence, PAP ou 911. L'intervenant, à ce moment, transmet l'information à la ressource vers laquelle il dirige le client (cf procédures de références) et donne un suivi au référant.
5. Si le client refuse le service du CLSC Saint-Laurent ou n'est pas rejoint, l'intervenant doit aviser l'organisme référant de l'une ou l'autre des situations en utilisant le formulaire de communication.
6. Il classera référence et note évolutive au dossier si existant ou dans la chemise prévue à cet effet aux archives.

Procédures à l'entrevue

1. Si le client ne se présente pas au rendez-vous, l'intervenant de l'accueil fait une relance téléphonique et s'il y a absence de réponse ou refus, communique l'information au référant.
2. À la première entrevue, l'intervenant de l'accueil social procède à l'évaluation psychosociale du client et décide avec lui du suivi.
 - Le client peut être référé à l'externe pour prise en charge, réévaluation ou co-intervention. L'intervenant fait alors signer le formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier et complète le formulaire de référence interétablissements. L'intervenant avise, par téléphone, le partenaire qu'il envoie une référence par télécopieur, accompagnée de l'évaluation psychosociale s'il y a lieu.
 - Le client peut être référé à l'interne à un des différents programmes. L'intervenant complète le cahier de référence interne et dépose la référence à l'endroit approprié. Le client sera mis en priorité s'il y a une liste d'attente.

À l'urgence du Pavillon Albert-Prévost de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Les infirmières responsables de l'accueil (service sur 24 heures)

Téléphone : (514) 338-4273

Télécopieur : (514) 338-4215

1. Le patient se présente à l'accueil de l'urgence du Pavillon Albert-Prévost avec son formulaire et son évaluation. Le formulaire de communication est faxé préalablement;
2. Il est rencontré par l'infirmière, l'omnipraticien de garde et par le psychiatre selon l'évaluation de l'omnipraticien;
3. L'équipe traitante (infirmière, travailleuse sociale, omnipraticien ou psychiatre), après avoir évalué le patient, lui offre de le référer (à l'interne ou à l'externe) vers la ressource la plus appropriée à sa situation;
4. L'information est transmise au(x) partenaire(s) identifié(s) par télécopieur et verbalement.
5. Si le patient est référé à Dollard-Cormier, une prescription est rédigée indiquant les médicaments à maintenir.

À Suicide Action Montréal

Personne contact : Michel Presseault

Coordonnateur du service d'intervention téléphonique

Téléphone : (514) 723-3594 poste 228 (boîte vocale confidentielle)

Télécopieur : (514) 721-2515

1. Réception de l'appel téléphonique du partenaire souhaitant référer un client. Il faudrait d'abord tenter de rejoindre Michel Presseault. En cas d'absence prolongée, le message vocal le mentionnera, il faudrait alors rejoindre un responsable de soutien au (514) 723-3594 poste 247.
2. Réception par télécopieur du formulaire de communication, de l'évaluation et de tout autre document pertinent utile à la rédaction du plan d'intervention téléphonique (le synopsis).
3. Création d'un plan d'intervention téléphonique (synopsis dans les 48 heures ou 72 heures la fin de semaine) par un des employés du service d'intervention téléphonique.
4. Retransmission dudit synopsis au partenaire ayant initié la demande afin de s'assurer de son contenu et du plan d'intervention proposé par SAM.
5. Organisation matérielle du synopsis afin de le rendre connu et accessible pour tous les intervenants téléphoniques.

Procédures pour effectuer une référence vers un partenaire

Pour la clientèle suicidaire :

1. L'intervenant fait signer au client le formulaire de consentement d'échange d'information.
2. L'intervenant contacte par téléphone la personne ou le service désigné.
3. Puis, il complète et faxe les documents suivants :
 - Le formulaire de communication interétablissements en indiquant dessus « Projet MARCO »
 - Son évaluation
 - Tout autre document jugé pertinent

N.B. : Vous retrouverez ces procédures, incluant la liste des partenaires, à l'annexe 4.

6. Engagement des partenaires

1. Chacun des partenaires s'engage à mettre à contribution leurs ressources humaines, matérielles et financières pour ...
2. Contacter le client dans un délai maximum de 48 heures (72 heures pour les week-end) suivant la réception du formulaire de communication ; produire un plan d'action (synopsis) dans le cas de S.A.M.;
3. Intervenir auprès du client;
4. Communiquer aux partenaires l'information prévue au sujet du client et autorisée par ce dernier;
5. Respecter les règles de confidentialité où le client demeure le coordonnateur de son traitement;
6. Compiler des données quantitatives et transmettre mensuellement un rapport à S.A.M. (annexe 3);
7. Participer aux réunions et aux activités liées au projet.

7. Suivi et évaluation du projet

Il est important de se donner des indicateurs et ce, pour deux raisons : d'abord nous voulons nous assurer que nos actions soient cohérentes avec les orientations définies et deuxièmement, nous voulons être en mesure d'identifier les difficultés et pouvoir apporter rapidement les correctifs nécessaires.

Ces indicateurs sont :

1. Le volume de clientèle référée: nous voulons vérifier si le volume de clientèle est suffisant pour rendre un protocole viable ou pas trop important pour faciliter l'implantation du projet;
2. Le respect du délai de 48 heures (72 heures pour les week-end) pour le premier contact avec le client;
3. Le taux de participation de la clientèle à la démarche proposée;
4. La continuité de service : s'assurer que l'information permettant de savoir où est rendu le client est rapidement communiquée aux partenaires en lien avec ce dernier.

Ces données seront compilées à l'aide du formulaire en annexe 3 du présent document.

Deux autres mesures pourront s'ajouter soient la satisfaction des intervenants et celle des clients. Ce type de mesure nécessite un plus grand travail. Des partenaires se sont déjà montrés intéressés à travailler à ce sujet.

À plus long terme, nous pourrions vérifier si l'application de ce protocole a un impact sur les taux de tentatives de suicide et de suicides.

8. Mécanismes de gestion du conseil des partenaires

Le conseil des partenaires en urgence suicide

Le projet est administré par un conseil où siègent les représentants des établissements partenaires signataires du protocole. Ce conseil possède les responsabilités et pouvoirs suivants :

1. Établir les priorités et les orientations du projet et veiller à leur respect;
2. Approuver le processus d'échange, d'accès, de diffusion et de traitement des informations et interventions faites par les partenaires du réseau;
3. Définir les stratégies de déploiement et d'élargissement du réseau;
4. Évaluer les besoins de la clientèle de ce réseau et planifier les réponses à donner;
5. Évaluer les progrès et résultats obtenus et prendre toute mesure pertinente assurant l'atteinte des objectifs fixés;
6. Mettre en place les systèmes d'information sur les résultats générés par le projet;
7. Les conditions et règles d'admission et d'exclusion des organismes et établissements membres du conseil et du réseau d'information :
8. Être un organisme susceptible d'apporter une aide clinique aux personnes suicidaires et à leur réseau personnel;
9. Identifier le problème actuel de la continuité des services;
10. Reconnaître qu'une meilleure continuité de services diminue le risque suicidaire;
11. Croire qu'ensemble on peut faire mieux;
12. S'engager à apporter une contribution au même titre que tous les membres du conseil des partenaires en urgence suicide;
13. Être accepté par le conseil qui évaluera votre demande selon les développements prévus au projet et selon les critères définis ci-dessus ;

14. Déceler et résoudre, dans l'intérêt de chaque partenaire, les différents, litiges ou problèmes pouvant survenir dans le cours des activités;
15. Désigner un président d'assemblée et un secrétaire responsable de la rédaction et de la tenue des procès-verbaux des assemblées du conseil;
16. Exercer tout autre pouvoir accepté par les partenaires et traiter de toute question d'intérêt collectif.

9. Conditions de succès

Adhésion au projet de la direction et du personnel

C'est pour cette raison que la première étape du projet consiste à obtenir l'approbation de toutes les organisations participantes. L'objectif de cette étape est de susciter l'adhésion autant de la direction que du personnel qui auront à définir et à appliquer les protocoles.

Atteindre les résultats en conformité avec nos objectifs

Si le projet n'arrive pas à diminuer les délais, si les références plus personnalisées n'améliorent pas l'assiduité de la clientèle et si ces derniers ne sont pas plus satisfaits, le projet ne survivra pas. Nous visons à améliorer la situation actuelle, c'est la seule raison d'être du projet.

Respecter les particularités et les zones de compétence de chacun des partenaires

Chacun des partenaires a une mission unique et de ce fait a développé des compétences et un point de vue qui lui est propre. La reconnaissance de l'apport unique de chacun autant que le respect de cet apport donnent une réponse complète aux besoins de la clientèle. Les compétences des organisations sont mises à profit pour des clientèles communes.

La compétence du personnel

Le succès du projet repose sur le personnel qui intervient quotidiennement auprès de la clientèle. La compétence du personnel constitue la pierre angulaire du projet. Les meilleurs protocoles au monde ne remplacent pas les habiletés à intervenir. Chaque organisme est responsable de voir au développement des compétences de son personnel.

10. Durée du protocole

La durée de ce protocole est d'une année, débutant à son entrée en vigueur. Il se renouvelle automatiquement à moins d'un avis écrit de désistement ou d'expulsion

pour avoir enfreint les buts, les objectifs ou les règles de fonctionnement décrite au point 8 "Mécanismes de gestion du conseil des partenaires".

11. Signature des partenaires

Nous avons pris connaissance de toutes les clauses du présent protocole et solidairement nous y adhérons :

Signature Organisme : Représentant : Signature : Date :

Projet MARCO

PROTOCOLE pour la continuité des services aux personnes suicidaires

Site St-Mary's

Centre de crise Tracom

Centre Dollard-Cormier

CLSC Côte-des-Neiges

Service d'urgence psychiatrique et
de crise (SUPC) du C.H. St-Mary's

Suicide-Action Montréal

Septembre 2001

Montréal

L'âme du projet

À l'automne 1998, Suicide-Action Montréal (S.A.M.) lance une invitation à des partenaires qui partagent tous une même réalité : celle de travailler quotidiennement avec des personnes en urgence suicidaire élevée. Plus qu'une clientèle, nous partageons une conviction : celle qu'il est possible de mieux aider la clientèle en mettant à profit nos ressources respectives dans un projet commun. Chaque personne fait preuve d'humilité en demandant aux partenaires de les aider à mieux aider les personnes qui souffrent au point de penser au suicide.

C'est dans cet état d'esprit que le projet a pris forme peu à peu. Nous avons parlé des difficultés que les personnes suicidaires rencontrent lorsqu'elles essaient d'avoir de l'aide, nous avons aussi parlé des difficultés que les intervenants éprouvent lorsqu'ils essaient de les aider.

Il n'est pas facile d'accepter de changer ses pratiques, il est bien plus facile de demander à l'autre de changer les siennes. Le défi de partager des perceptions différentes pour mieux travailler ensemble se manifeste dans toutes sortes de petits détails. Tous les gens autour de la table ont une façon différente de parler de la clientèle. Pour certains, il s'agit d'un patient, pour d'autres il s'agit d'un client, d'un appelant, d'un demandeur, d'un citoyen. Même s'il s'agit de la même personne, déjà, son « titre » change selon l'institution ou l'organisme qui l'aide. Nous l'appelons donc MARCO. Pourquoi MARCO ? Parce qu'il s'agit d'un prénom, un prénom qui transcende le fait d'être un client, un appelant, un patient, un demandeur ou un citoyen. Un prénom qui rappelle que MARCO peut aussi être un père, un conjoint, un fils. Un prénom qui rappelle que MARCO, c'est plus qu'une « personne suicidaire ».

Tout au long de l'identification des procédures qui font partie du protocole actuel, on parle de MARCO, c'est pour MARCO que chacun accepte de remettre en question ses pratiques. MARCO personnifie ces personnes en détresse suicidaire, il habite nos discussions et nos esprits. Quand est venu le temps de donner un nom officiel au projet, nous ne pouvions plus l'appeler autrement. Tous les termes officiels et compliqués que l'on utilise habituellement pour parler d'un protocole faisaient perdre de vue l'âme du projet. C'était déjà le projet MARCO avant que nous l'ayons réalisé.

Nous tenons à souligner le travail et le courage de chacun des partenaires. Merci au comité initiateur du projet : Dr Martin Tremblay (C.H.U.M., Pavillon Notre-Dame), Mme Jocelyne Moretti (CLSC La Petite-Patrie), M. Jean-Sylvain René (S.A.M.), M. Denis Tremblay (S.A.M. et Alliance Management), M. Normand Martin (S.P.C.U.M.), ainsi qu'à tous les partenaires qui se sont joints à nous en cours de route et qui sont aujourd'hui les signataires des trois (3) protocoles.

Alors merci pour vos convictions, votre courage et votre contribution sans quoi le projet MARCO n'aurait pas vu le jour et ne pourrait pas continuer d'exister.

Louis Lemay
Directeur adjoint
Suicide-Action Montréal inc.

Brigitte Lavoie
Directrice générale
Suicide-Action Montréal inc.

Sommaire

1. Attendu que.....	116
2. Introduction.....	116
3. Buts, objectifs et clientèle visée.....	116
4. Territoire et développement du projet.....	117
5. Information échangée, la confidentialité, les procédures et cheminements proposés au client.....	118
6. Engagement des partenaires.....	124
7. Suivi et évaluation du projet	124
8. Mécanismes de gestion du conseil des partenaires	125
9. Conditions de succès.....	126
10. Durée du protocole.....	126
11. Signature des partenaires	127

1. Attendu que...

Attendu que les personnes suicidaires sont difficiles à aider et souvent isolées,

attendu que les intervenants vivent souvent de l'inconfort vis-à-vis la clientèle suicidaire,

attendu que le client suicidaire est davantage motivé à entreprendre une démarche d'aide lorsqu'il est dans la phase aiguë de sa crise,

attendu que plus la référence est personnalisée, plus le client a de chances d'entreprendre une démarche d'aide,

attendu que le protocole permet d'utiliser chacun des partenaires (réseau personnel et professionnel) selon ses forces,

attendu que travailler en partenariat auprès des personnes suicidaires permet, dans la mesure où ces derniers l'autorisent, d'avoir plus d'information et ainsi pouvoir mieux intervenir,

attendu que le partenariat procure l'opportunité d'avoir recours rapidement à ses partenaires, partageant ainsi le risque d'intervenir auprès de ce genre de clientèle,

attendu que le projet place les intervenants dans une meilleure position de succès et ce au bénéfice de la clientèle visée.

2. Introduction

Ce protocole précise les buts, les objectifs et la clientèle visée. Il décrit le plan d'évolution du projet. Puis nous présentons l'information échangée, les principes au sujet de la confidentialité, les procédures et cheminements proposés au client, ainsi que l'engagement pris par tous les partenaires du projet. En même temps nous définissons des règles de fonctionnement et les conditions de succès. Nous nous donnons aussi des balises pour suivre l'évolution du projet et pour en assurer l'évaluation.

3. Buts, objectifs et clientèle visée

Buts

Nous visons à mieux coordonner nos interventions auprès du client et de son réseau personnel, à assurer à ces derniers une meilleure continuité des services, et du point de vue clinique à travailler dans la même direction.

Nous croyons que les objectifs suivants nous aideront à atteindre les buts du projet et qu'ensemble ils décrivent l'essentiel de ce qu'est et vise le projet.

Objectifs

Nous voulons d'abord :

1. Développer une conception commune, une vision d'ensemble des différents services d'aide;
2. Créer un véritable réseau d'échange d'information où l'on précise la nature de cette information, le véhicule qu'elle emprunte et les délais à l'intérieur desquels le client et son réseau seront évalués;
3. Puis conséquemment nous voulons que le projet serve à établir des relations solides fondées sur la confiance.

La réalisation de ces objectifs s'effectuera au fur et à mesure de l'implantation du projet.

Clientèle visée

Nous voulons rejoindre la clientèle adulte suicidaire (idée, plan, geste), quelque soit la problématique sous-jacente.

Le mandat des différentes ressources sert à identifier le partenaire principal à qui référer le client.

4. Territoire et développement du projet

Territoire

Le dénominateur commun est le territoire de l'urgence psychiatrique. Il intègre les partenaires locaux, sous-régionaux et régionaux.

Développement 1^{ère} phase

Le projet se développe simultanément dans trois sites d'urgence psychiatrique, soient Albert-Prévost, Notre-Dame et St-Mary's avec leurs partenaires territoriaux.

Chacun de sites aura le même protocole, seul les procédures les distinguent les uns des autres.

Développement 2^e phase

Lorsque le réseau de référence (1^{ière} phase) sera suffisamment organisé, nous nous assurerons que lorsque la personne est acheminée à l'urgence médicale suite à une tentative de suicide, l'information pouvant nous aider à lui sauver la vie puisse arriver avec elle.

5. Information échangée, la confidentialité, les procédures et cheminements proposés au client

Nous présenterons d'abord quelle information est échangée au sujet du client et les principes au niveau de la confidentialité. Puis nous décrirons les procédures que le personnel de chacune des organisations aura à suivre. Cette description nous fera connaître le cheminement proposé au client chez chacun des partenaires.

L'information échangée

Lors de la référence :

- Préciser et documenter le risque de récurrence suicidaire
- L'évaluation du client
- Recommandations faites au client
- Identifier une personne contact de l'établissement référant avec qui on peut communiquer rapidement

Après la référence :

Le partenaire principal (responsable du suivi) s'engage à communiquer au référant les deux (2) types d'information suivante :

- Lorsque le client est rejoint ou pas
- Et, lorsque rejoint, s'il accepte ou refuse le suivi

Un formulaire de communication commun à tous servira à échanger le type d'information identifié ci-haut (annexes 1 et 2).

La confidentialité

Dès le début du projet, tous les membres du conseil des partenaires en urgence suicide ont identifié rapidement des préoccupations d'ordre éthique et s'entendent à respecter les principes généralement reconnus.

Nous nous entendons à l'effet que le client doit être dans un état général où il peut exercer librement sa capacité de choisir, sinon son autorisation n'est pas valide.

Il doit être informé des conséquences de son choix de refuser ou d'accepter de donner son autorisation. S'il refuse d'accorder son autorisation, le client ne sera aucunement privé de service, on lui offrira la même référence.

Procédures et cheminement proposés au patient

Nous présentons d'abord les procédures que chacun des partenaires a rédigé à l'intention de son personnel pour la réception et le traitement des références.

Ces procédures permettent aux intervenants de connaître le cheminement que le client suit dans chacune des organisations. Ainsi ils peuvent personnaliser davantage leurs références.

Puis, nous décrivons les « Procédures pour effectuer une référence ». Elles sont accompagnées de la liste des partenaires, incluant les noms des personnes ou des services où envoyer la référence. Afin d'alléger le texte, cette liste se retrouve à l'annexe 4.

Procédures de chacun des partenaires pour recevoir et traiter les références de clients suicidaires :

Au Centre de crise Tracom

Téléphone : (514) 483-3033

Télécopieur : (514) 483-2516

1. Le formulaire de référence est envoyé au centre de crise par télécopieur, avec le formulaire de communication interétablissements et tout autre document pertinent.
2. L'intervenant du CLSC ou de l'hôpital appelle au centre de crise. L'intervenant de Tracom voudra dans plusieurs cas parler au client.
3. L'intervenant ira rencontrer le client sur les lieux de l'organisme, de l'hôpital ou du CLSC et fera un plan d'intervention avec le client (hébergement temporaire, suivi court terme dans la communauté, soutien téléphonique).
4. S'il n'y a pas de disponibilité pour faire une évaluation dans la même journée, un soutien téléphonique 24 heures sera offert au client et un rendez-vous sera fait pour les jours suivants.
5. À la suite de l'évaluation, l'intervenant communiquera au référent les résultats de l'entrevue. Si l'intervenant du centre de crise ne rejoint pas le client, il le laissera savoir au référent.
6. L'intervenant de Tracom communiquera au besoin avec le personnel de l'hôpital ou du CLSC.

Au Centre Dollard-Cormier

Toute demande d'un partenaire dans le cadre du projet MARCO doit suivre la procédure suivante :

1. Les références sont acheminées par télécopieur au Centre Dollard-Cormier. Au terme de cet envoi, nous devons retrouver le formulaire de communication ainsi que le rapport d'évaluation du partenaire référant.

À Jean-Guy Cormier

Téléphone. : (514) 385-0046 poste 5137

Télécopieur : (514) 385-6587

Mme Sylvie Loïselle secrétaire à A.E.O (accueil, évaluation, orientation)

Téléphone : (514) 385-0046 poste 5147

2. Monsieur Cormier fixe un rendez-vous à la personne référée au service A.E.O. dans un délai de 24/48 heures suivant la référence. Toutefois lors d'un week-end ou d'un congé férié, le délai peut atteindre 72 heures;
3. Monsieur Jean-Guy Cormier communique avec la personne référée dès réception de la référence ou, au maximum, dans un délai de 48 heures afin de lui transmettre l'heure et la date de l'entrevue individuelle de l'A.E.O.;
4. Le client sera rencontré en individuel afin d'évaluer son admissibilité aux services du Centre Dollard-Cormier et l'orienter au programme approprié. Dans la même séquence une série d'activités de groupe lui sera proposé. Toutefois si la situation le commande, un intervenant sera assigné immédiatement;
5. Le client sera ensuite convié à une rencontre pour évaluer le profil de gravité de sa toxicomanie à partir de l'outil (I.G.T.);
6. Le client sera ensuite pris en charge par le programme approprié;
7. Le référant sera informé par téléphone de l'issue de la référence :
 - Admission au Centre Dollard-Cormier
 - Refus du client des services du Centre Dollard-Cormier
 - Non admissibilité du client au Centre Dollard-Cormier
 - Client non rejoint dans les délais prévus
8. Jean-Guy Cormier informera le référant de l'étape du suivi.

Au CLSC Côte-des-Neiges

1. Réception de la demande de service. Aux termes de cet envoi nous devons trouver :
 - a) Le formulaire de référence interétablissements en indiquant « Projet MARCO »
 - b) Le rapport d'évaluation du référant ou tout autre document pertinent
 - c) Le formulaire de consentement d'échanges d'information

Répondant au CLSC (du lundi au vendredi) :
Suzanne Tassé Téléphone : (514) 731-8531 poste 2285
 Télécopieur : (514) 731-0563
 Pagette : (514) 304-5036
2. La répondante Suzanne Tassé assigne à travers l'accueil psychosocial la demande de service à une intervenante du programme concerné par le client selon son lieu de résidence.
3. L'intervenant à qui la demande a été assignée communique pour échanges d'information avec le référant.
4. L'intervenant assigné, après la réception de la demande de services, communique avec le client dans un délai de 48 heures ouvrables ou un délai de 72 heures ouvrables lorsque c'est une fin de semaine ou un férié.
5. Lors de la prise de contact avec le client, l'intervenant assigné :
 - Évalue la situation actuelle du client;
 - Vérifie les informations reçues: risque de récurrence ou non, compréhension des recommandations reçues (scénario de sécurité, connaissances des ressources);
 - Vérifie les attentes du client envers le CLSC;
 - Vérifie l'implication d'autres partenaires (Tracom, Centre Dollard-Cormier, Foster Pavillon, Hôpital St-Mary's);
 - Fixe un rendez-vous dans un délai d'une semaine pour élaborer un plan d'intervention.
6. Si l'intervenant constate une urgence, il oriente le client vers une autre ressource :
 - Urgence St-Mary's lorsqu'il y a eu tentative de suicide (911 lorsqu'approprié)
 - SUPC, TRACOM sans agir suicidaire lorsqu'il accepte de collaborer

L'intervenant informe alors la ressource vers laquelle il dirige le client et donne un suivi au référant.
7. L'intervenant assigné appelle le référant dans l'une des deux situations suivantes et complète le formulaire de communication :
 - 1) Lorsque le client refuse le service du CLSC lors du premier contact
 - 2) Lorsque le client n'a pas été rejoint

8. Pour demander à être revu en psychiatrie SUPC dans un bref délai, 48 heures ouvrables, M. Donald Desrosiers doit alors être contacté par le client ou l'intervenant :

M. Donald Desrosiers (du lundi au vendredi)
SUPC de l'Hôpital St-Mary's
Téléphone : (514) 345-3511 poste 6551 ou 3337
Télécopieur : (514) 734-2609

Les circonstances de cette demande doivent être communiquées verbalement ou par écrit par l'intervenant ou le client. L'équipe psychiatrique communiquera avec l'intervenant après avoir vu le client.

Dans les cas où la situation nécessite une évaluation psychiatrique sans délai, le client doit être orienté vers l'urgence de son secteur.

9. La répondante Suzanne Tassé envoie par télécopieur ((514) 723-3605) un fois par mois son formulaire de données (annexe 3) à l'attention de Louis Lemay à SAM.

Au service d'urgence psychiatrique et de crise (SUPC)

1. La demande est acheminée à l'infirmier du SUPC (pôle crise) soit par téléphone ou en utilisant le formulaire de référence retenu par les partenaires.
Téléphone : (514) 345-3511 poste 6551
Télécopieur : (514) 734-2609
2. L'infirmier du SUPC communique avec le référent (si la référence ne s'est pas effectuée par téléphone).
3. L'échange d'information se fait avec le consentement du client, et ce dernier est informé par le référent que son réseau (famille et/ou amis) seront invités à faire partie du processus.
4. Le client est contacté (dans les 48 heures) par l'infirmier du SUPC et invité à une rencontre. Nous lui demandons d'inviter une ou des personnes significatives de son réseau personnel. Le référent est également invité à cette rencontre.
5. Si le référent ne peut assister à la rencontre, il sera informé du plan proposé.
6. Le référent sera informé également si le patient refuse la démarche ou s'il y met fin.
7. La rencontre sert à instaurer un contexte d'autogestion et d'autoprotection. La solution du suicide est abordée, le but étant que le client s'engage auprès des siens dans un contrat de non-suicide. Le client est également évalué et un plan d'intervention lui est proposé (forme du suivi, médication etc.).
8. Au besoin l'équipe fait appel à d'autres partenaires.

9. Lorsque le client est suffisamment stable nous le redirigeons vers le référent ou au besoin vers une autre ressource (CLSC, médecin de famille, clinique externe de l'hôpital).
10. Si le patient est référé à Dollard-Cormier, une prescription est rédigée indiquant les médicaments à maintenir.

À Suicide-Action Montréal

Un responsable de la salle d'intervention téléphonique

Téléphone : (514) 723-3594 poste 247 (boîte vocale confidentielle)

Télécopieur : (514) 721-2515

1. Réception par télécopieur du formulaire de communication, de l'évaluation et de tout autre document pertinent utile à la rédaction du plan d'intervention téléphonique (le synopsis).
2. Création d'un plan d'intervention téléphonique (dans les 48 heures ou 72 heures la fin de semaine) par un des employés du service d'intervention téléphonique.
3. Retransmission du dit synopsis au partenaire ayant initié la demande afin de s'assurer de son contenu et du plan d'intervention proposé par S.A.M.
4. Organisation matérielle du synopsis afin de le rendre connu et accessible pour tous les intervenants téléphoniques.

Procédures pour effectuer une référence vers un partenaire

Pour la clientèle suicidaire :

1. L'intervenant fait signer au client le formulaire de consentement d'échange d'information.
2. L'intervenant contacte par téléphone la personne ou le service désigné.
3. Puis, il complète et faxe les documents suivants :
 - Le formulaire de communication interétablissements en indiquant dessus « Projet MARCO »
 - Son évaluation
 - Tout autre document jugé pertinent

N.B. : Vous retrouverez ces procédures, incluant la liste des partenaires, à l'annexe 4.

6. Engagement des partenaires

Chacun des partenaires s'engage à mettre à contribution leurs ressources humaines, matérielles et financières pour...

1. Contacter le client dans un délai maximum de 48 heures (72 heures pour les week-end) suivant la réception du formulaire de communication; produire un plan d'action (synopsis) dans le cas de S.A.M.;
2. Intervenir auprès du client;
3. Communiquer aux partenaires l'information prévue au sujet du client et autorisée par ce dernier;
4. Respecter les règles de confidentialité où le client demeure le coordonnateur de son traitement;
5. Compiler des données quantitatives et transmettre mensuellement un rapport à S.A.M. (annexe 3);
6. Participer aux réunions et aux activités liées au projet.

7. Suivi et évaluation du projet

Il est important de se donner des indicateurs et ce, pour deux raisons : d'abord nous voulons nous assurer que nos actions soient cohérentes avec les orientations définies et deuxièmement, nous voulons être en mesure d'identifier les difficultés et pouvoir apporter rapidement les correctifs nécessaires.

Ces indicateurs sont :

1. Le volume de clientèle référée : nous voulons vérifier si le volume de clientèle est suffisant pour rendre un protocole viable ou pas trop important pour faciliter l'implantation du projet;
2. Le respect du délai de 48 heures (72 heures pour les week-end) pour le premier contact avec le client;
3. Le taux de participation de la clientèle à la démarche proposée;
4. La continuité de service : s'assurer que l'information permettant de savoir où est rendu le client est rapidement communiquée aux partenaires en lien avec ce dernier.

Ces données seront compilées à l'aide du formulaire en annexe 3 du présent document.

Deux autres mesures pourront s'ajouter soient la satisfaction des intervenants et celle des clients. Ce type de mesure nécessite un plus grand travail. Des partenaires se sont déjà montrés intéressés à travailler à ce sujet.

À plus long terme, nous pourrions vérifier si l'application de ce protocole a un impact sur les taux de tentatives de suicide et de suicides.

8. Mécanismes de gestion du conseil des partenaires

Le conseil des partenaires en urgence suicide

Le projet est administré par un conseil où siègent les représentants des établissements partenaires signataires du protocole. Ce conseil possède les responsabilités et pouvoirs suivants :

1. Établir les priorités et les orientations du projet et veiller à leur respect;
2. Approuver le processus d'échange, d'accès, de diffusion et de traitement des informations et interventions faites par les partenaires du réseau;
3. Définir les stratégies de déploiement et d'élargissement du réseau;
4. Évaluer les besoins de la clientèle de ce réseau et planifier les réponses à donner;
5. Évaluer les progrès et résultats obtenus et prendre toute mesure pertinente assurant l'atteinte des objectifs fixés;
6. Mettre en place les systèmes d'information sur les résultats générés par le projet;
7. Les conditions et règles d'admission et d'exclusion des organismes et établissements membres du conseil et du réseau d'information :
 - Être un organisme susceptible d'apporter une aide clinique aux personnes suicidaires et à leur réseau personnel;
 - Identifier le problème actuel de la continuité des services;
 - Reconnaître qu'une meilleure continuité de services diminue le risque suicidaire;
 - Croire qu'ensemble on peut faire mieux;
 - S'engager à apporter une contribution au même titre que tous les membres du conseil des partenaires en urgence suicide;
 - Être accepté par le conseil qui évaluera votre demande selon les développements prévus au projet et selon les critères définis ci-dessus.
8. Déceler et résoudre, dans l'intérêt de chaque partenaire, les différents, litiges ou problèmes pouvant survenir dans le cours des activités;

9. Désigner un président d'assemblée et un secrétaire responsable de la rédaction et de la tenue des procès-verbaux des assemblées du conseil;
10. Exercer tout autre pouvoir accepté par les partenaires et traiter de toute question d'intérêt collectif.

9. Conditions de succès

Adhésion au projet de la direction et du personnel

C'est pour cette raison que la première étape du projet consiste à obtenir l'approbation de toutes les organisations participantes. L'objectif de cette étape est de susciter l'adhésion autant de la direction que du personnel qui auront à définir et à appliquer les protocoles.

Atteindre les résultats en conformité avec nos objectifs

Si le projet n'arrive pas à diminuer les délais, si les références plus personnalisées n'améliorent pas l'assiduité de la clientèle et si ces derniers ne sont pas plus satisfaits, le projet ne survivra pas. Nous visons à améliorer la situation actuelle, c'est la seule raison d'être du projet.

Respecter les particularités et les zones de compétence de chacun des partenaires

Chacun des partenaires a une mission unique et de ce fait a développé des compétences et un point de vue qui lui est propre. La reconnaissance de l'apport unique de chacun autant que le respect de cet apport donne une réponse complète aux besoins de la clientèle. Les compétences des organisations sont mises à profit pour des clientèles communes.

La compétence du personnel

Le succès du projet repose sur le personnel qui intervient quotidiennement auprès de la clientèle. La compétence du personnel constitue la pierre angulaire du projet. Les meilleurs protocoles au monde ne remplacent pas les habiletés à intervenir. Chaque organisme est responsable de voir au développement des compétences de son personnel.

10. Durée du protocole

La durée de ce protocole est d'une année, débutant à son entrée en vigueur. Il se renouvelle automatiquement à moins d'un avis écrit de désistement ou d'expulsion pour avoir enfreint les buts, les objectifs ou les règles de fonctionnement décrit au point 8 "Mécanismes de gestion du conseil des partenaires".

11. Signature des partenaires

Nous avons pris connaissance de toutes les clauses du présent protocole et solidairement nous y adhérons :

Organisme : Représentant :

Signature : Date :

APPENDICE K

LE PROTOCOLE MARCO

Le protocole MARCO

Aide plus rapide aux personnes suicidaires et meilleur suivi

Suicide Action Montréal (SAM) et ses partenaires donnaient le coup d'envoi officiel du projet MARCO, le 26 septembre 2001, en signant trois protocoles dont le but commun est d'agir plus rapidement auprès des adultes (18 ans et plus) en détresse suicidaire et d'assurer un suivi mieux coordonné dans autant de secteurs de l'île de Montréal.

Le suicide

Rappelons que 1 362 personnes se sont enlevées la vie au Québec en 2000. Santé-Québec estime qu'à chaque année, sur l'île de Montréal, plus de 56 000 personnes pensent sérieusement au suicide. Pour chaque personne qui pense au suicide, il y a des parents, des enfants, un conjoint ou une conjointe, un milieu de travail qui sont touchés. Les vies perdues sont irremplaçables et la détresse engendrée par le suicide ou une tentative de suicide d'un être cher sont considérables. Il y a plus de québécois qui meurent à la suite d'un suicide que d'un accident de la route.

3 ans d'efforts

Devant l'ampleur de la problématique, le gouvernement lance en 1998 « La stratégie québécoise d'action face au suicide ». Dans ce document, les auteurs notent un manque important de continuité dans les services.

Le 1^{er} octobre 1999 un groupe de 17 personnes de plusieurs organisations différentes se réunissent sur l'initiative de SAM pour identifier un projet permettant une meilleure continuité et une meilleure coordination des services. Le projet qui en ressort et qui prend forme maintenant s'appuie sur une compréhension commune des besoins et des problèmes vécus autant par la clientèle suicidaire que par les intervenants qui tentent de l'aider.

L'action

Depuis le 26 septembre 2001, les adultes suicidaires de trois territoires de l'île, qui demandent de l'aide dans l'une ou l'autre des organisations participantes aux protocoles continuent d'être rapidement aidés là-même où ils se présentent, sinon ils sont référés au partenaire le plus habilité à répondre à leurs besoins. Le délai de référence est de quelques instants à un maximum de 48 heures pour un premier contact, puis une première rencontre suit dans les 7 jours, alors que normalement les délais sont plutôt imprévisibles. Le délai de référence est réduit au minimum et c'est là un apport majeur du protocole MARCO.

Le protocole innove aussi quant au suivi offert. Des mécanismes de communication font en sorte qu'on ne perd plus le client entre deux chaises, ce qui peut faire la différence entre la vie et la mort. Les partenaires du protocole travaillent ensemble et plus vite pour mieux intervenir face aux urgences suicidaires. Beaucoup d'efforts ont déjà été déployés

pour en arriver à une meilleure coordination des services. Suicide Action Montréal et ses partenaires comptent étendre le protocole sur toute l'île de Montréal.

Le protocole suscite beaucoup d'intérêt chez les intervenants. D'ailleurs toutes les organisations approchées pour devenir partenaire ont accepté d'être partie prenante à cette initiative. L'attrait principal du protocole pour les intervenants tient au fait qu'ils partagent le risque d'intervenir auprès d'un client susceptible de s'enlever la vie. En adhérant ils font partie du réseau MARCO où l'information circule, dans la mesure où le client l'autorise évidemment. Ce réseau donne aux intervenants une vue de l'ensemble des services accessibles pour leur client.

Ultimement, MARCO permet d'offrir à la personne en détresse suicidaire une aide rapide, personnalisée et un suivi mieux coordonné avec le professionnel le plus approprié à sa situation.

Île de Montréal

Rappelons en terminant que les participants au projet pour chacun des secteurs sont :

- | | | |
|--|--|--|
| • Centre Dollard-Cormier | • Centre de crise Le Transit | • Centre de crise Tracom |
| • CLSC Ahuntsic | • Centre Dollard-Cormier | • Centre Dollard-Cormier |
| • CLSC Nord de l'Île | • CLSC La Petite-Patrie | • CLSC Côte-des-Neiges |
| • CLSC St-Laurent | • CLSC du Plateau Mont-Royal | • Service d'urgence psychiatrique et de crise (SUPC) du C.H. St-Mary's |
| • Urgence psychiatrique du Pavillon Albert-Prévost | • CLSC St-Louis-du-Parc | • Suicide Action Montréal |
| • Suicide Action Montréal | • Suicide Action Montréal | |
| • Centre de crise Iris | • Urgence psychiatrique du C.H.U.M., Pavillon Notre-Dame | |

Source : SAM

Information : Louis Lemay (514) 723-3594 poste 226

(llemay@suicideactionmontreal.qc.ca)

RÉFÉRENCES

- Allard, R., Marshall, M., et Plante, M.-C. (1992). Intensive follow-up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 303-314.
- American Psychiatric Association (2003). *Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington: American Journal of Psychiatry.
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., et al. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services : national clinical survey. *British Medical Journal*, 318, 1235-1239.
- Ayotte, V., Choinière, R. et Poulin, C. (2002). *Profil statistique du suicide dans la région de Montréal-centre*. Montréal: Direction de la santé publique de Montréal.
- Beautrais, A., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J. et Nightingale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1009-1014.
- Bennewith, O., Stocks, N., Gunnell, D., Peters, T. J., Evans, M. O. et Sharp, D. J. (2002). General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self-harm: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 324, 1254-1257.
- Boyer, R., Saint-Laurent, D., Prévile, M., Légaré, G., Massé, R., & Poulin, C. (2000). Idées suicidaires et parasuicides. Dans *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 355-366). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Bronisch, T., et Hecht, H. (1990). Prospective long-term follow-up of depressed patients with and without suicide attempts. In G. Ferrari, M. Bellini, P. Crepet (Eds). *Suicidal behavior and risk factors*. Bologna: Monduzzi.
- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E. et Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 294, 563-570.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., et Grisham, J. R. (2000). Risk factor for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 371-377.
- Cedereke, M., et Öjehagen, A. (2002). Patients' needs during the year after a suicide attempt. A secondary analysis of a randomised controlled intervention study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 357-363.
- Choquet, M. et Menke, H. (1990). Suicide thoughts during early adolescence : prevalence, associated troubles and help-seeking behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(2), 170-177.
- Chowdury, N., Hicks, R. C., et Kreitman, N. (1973). Evaluation of an after-care service for parasuicide (attempted suicide) patients. *Social Psychiatry*, 8, 67-81.
- Clarke, A. R. et al. (2004). Factors associated with treatment compliance in young people following an emergency department presentation for deliberate self-harm. *Archives of Suicide Research*, 8, 147-152.

- Comtois, K. A., et Linehan, M. M. (2006). Psychosocial treatments of suicidal behaviors : A practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 161-170.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L. et Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48, 517-539.
- Cotgrove, A. J., Zirinsky, L., Black, D., et Weston, D. (1995). Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 18, 569-577.
- Daigle, M., Labelle, R. et Girard, C. (2003). *Cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec*. Consulté le 28 juin 2006 à l'adresse : http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/rapport_projet_hopitaux_dec2002.pdf
- Douglas, J., Cooper, J., Amos, T., Webb, R., Guthrie, E., et Appleby, L. (2004). "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *Journal of Affective Disorders*, 79, 263-268.
- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille.
- Dulac, G. (2003). *Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque de suicide présentant des problèmes de toxicomanie et/ou de santé mentale dans le processus suicidaire*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille.
- Dlugacz, Y. D., Restifo, A., Scanlon, K. A. et al. (2003). Safety strategies to prevent suicide in multiple health care environments. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, 29(6), 267-278.
- Evans, M. O., Morgan, H. G., Hayward, A., et Gunnell, D. J. (1999). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients : effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 175, 23-27.
- Fischer, E. H. et Turner, J. L. (1970). Orientations to seeking professional help : Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79-90.
- Fournier, M.-A. et Piché, J. (2000). Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux. Dans *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 387-407). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Fournier, L., Lemoine, O., Poulin, C. et Poirier, L.-R. (2002). *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes*. Montréal : Direction de santé publique de Montréal-centre.
- Gailiené, D. (2004). Suicide in Lithuania during the years of 1990 to 2002. *Archives of Suicide Research*, 8(4), 389-395.
- Gallo, J. J., Marino, S., Ford, D. et Anthony, J. C. (1995). Filters on the pathway to mental health care, II. Sociodemographic factors. *Psychological Medicine*, 25, 1149-1160.
- Granboulan, V., Roudot-Thoraval, F., Lemerle, S. et Alvin, P. (2001). Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(1), 31-36.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Beverly Hills, CA: Sage

- Guthrie, E., Kapur, M., et al. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal*, 323(7305), 135-8.
- Harris, E. C., et Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Haynes, S. M., et O'Brien, W. H. (2000). Introduction of psychological assessment. In S. M. Haynes et W. H. O'Brien (Éds). *Principles and practice of behavioral assessment*. (pp. 3-24). New York: Plenum.
- Hawton, K. et al. (1998). Deliberate self-harm : systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447.
- Houston, K., Haw, C., Townsend, E. et Hawton, K. (2003). General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm. *British Journal of General Practice*, 53, 365-370.
- Institut de la statistique du Québec (2004). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2002*. Site internet consulté le 21 septembre 2005 : www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/index.htm
- Isometsä, E. T., et Lonnqvist, J. K. (1998). Suicide attempts before completed suicide. *British Journal of Psychiatry*, 173, 531-535.
- Isometsä, E. T., Heikkinen, M. E., et al. (1995). The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *American Journal of Psychiatry*, 152, 919-922.
- Kelly, T. M., Soloff, P. H., Lynch, K. G., Haas, G. L. et Mann, J. J. (2000). Recent life events, social adjustment, and suicide attempts in patients with major depression and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 316-326.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- Leong, F. T. L. et Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance and Counseling*, 27(1), 123-132.
- Lesage, A. (2005). Can psychiatrists prevent suicide? Yes, in collaboration. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(9), 507-508.
- Lesage, A. (2002). Stratégie de prévention du suicide et données récentes sur le traitement de la dépression : quels obstacles ? *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 50(1), 63-66.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., et Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Luoma, J. B., Martin, C. E. et Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide : A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159, 909-916.
- MacDonald, A. (1992). Suicide prevention by GPs? *British Journal of Psychiatry*, 161, 574.
- Michel, K., Runeson, B., Valach, L. et Wasserman, D. (1997). Contacts of suicide attempters with GPs prior to the event: a comparison between Stockholm and Bern. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 94-99.

- Milton, J., Ferguson, B., Mills, T. (1999). Risk assessment and suicide prevention in primary care. *Crisis*, 20, 171-177.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Sainte-Foy : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens. Gouvernement du Québec.
- Moller, H. J. (1989). Efficacy of different strategies of aftercare for patients who have attempted suicide. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82, 643-647.
- Monnier, E. (1987). *Évaluations de l'action des pouvoirs publics: Du projet au bilan*. Paris : Economica.
- Monti, K., Cedereke, M. et Öjehagen, A. (2004). Treatment attendance and suicidal behaviour 1 month and 3 months after a suicide attempt: A comparison between two samples. *Archives of Suicide Research*, 7, 167-174.
- Morgan, H. G., Jones, E. B., et Owen, J. H. (1993). Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *British Journal of Psychiatry*, 162, 111-112.
- Motto, J. A. (1991). An integrated approach to estimating suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21(1), 74-89.
- Motto, J. A. et Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828-833.
- Nutting, P.A., Dickinson, L. M., Rubenstein, L. V., Keeley, R. D., Smith, J. L. et Elliott, C. E. (2005). Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 529-536.
- Osvath, P., Voros, V. et Fekete, S. (2004). Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology*, 37(1), 36-40.
- Owens, D., Horrocks, J. et House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation. The New Century Text*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Pfaff, J. J., Acres, J. et Wilson, M. (1999). The role of general practitioners in parasuicide: A Western Australia perspective. *Archives of Suicide Research*, 5, 207-214.
- Pirkis, J. E., Burgess, P. M., Meadows, G. N. et Dunt, D. R. (2001). Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. *Medical Journal of Australia*, 175(10), 542-545.
- Potvin, N. (2004). *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Préville, M., Julien, M., Groulx, S., Deschênes, L., Denis, J.-L., St-Laurent, D. et Fillion, Y. P. (2004). *Rapport d'évaluation du programme PPS-MD : Programme de prévention du suicide s'adressant aux omnipraticiens*. Longueuil : ADRLSSS de la Montérégie.
- Rey, C., Michaud, P. A., Narring, F. et Ferron, C. (1997). Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse : le rôle des médecins. *Archives de Pédiatrie*, 4(8), 784-792.

- Rossi, P.H., Freeman, H. E., et Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation : a systematic approach*. Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Royal College of Psychiatrists (2004). *Assessment following self-harm in adults*. London : Royal College of Psychiatrists.
- Rutz, W., Wälinder, J., Von Knorring, L., Rihmer, Z. et Pihlgren, H. (1997). Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality: an update from the Gotland study. *Internal Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1, 39-46.
- Salkovskis, P. M., Atha, C. et Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide : A controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 157, 871-876.
- Schulberg, H. C., Bruce, M. L., Lee, P. W., Williams, J. W. et Dietrich, A. J. (2004). Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. *General Hospital Psychiatry*, 26, 337-345.
- Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Daigle, F. et Guy, A. (2005). *Research project on deaths by suicide in New Brunswick between April 2002 and May 2003*. Disponible à l'adresse: <http://www.gnb.ca/0055/pdf/3182-e.pdf> Consultée le 6 avril 2006.
- Simon, G. E. et Von Korff, M. (1998). Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *American Journal of Epidemiology*, 147(2), 155-160.
- Singh, G. K. et Siahpush, M. (2002). Increasing rural-urban gradients in US suicide mortality, 1970-1997. *American Journal of Public Health*, 92, 1161-1167.
- Spooren, D., van Heeringen, C. et Jannes, C. (1998). Strategies to increase compliance with out-patient aftercare among patients referred to a psychiatric emergency department: a multi-centre controlled intervention study. *Psychological Medicine*, 28, 949-956.
- Stenager, E. N. et Jensen, K. (1994). Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 109-113.
- St-Laurent, D., et Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ?* Institut national de santé publique du Québec.
- Suokas, J., et al. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide – findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 117-121.
- Suicide Action Montréal (2001). *Protocole pour la continuité des services aux personnes suicidaires*. Montréal: Suicide Action Montréal.
- Suominen, K., Isometsä, E., Marttunen, M., Ostamo, A. et Lönnqvist, J. (2004). Health care contacts before and after attempted suicide among adolescent and young adult versus older suicide attempters. *Psychological Medicine*, 34, 313-321.
- Suominen, K., Henriksson, M., Suokas, J., Isometsä, E., Ostamo, A. et Lönnqvist, J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 234-240.
- Swedo, S. E. (1989). Postdischarge therapy of hospitalized adolescent suicide attempters. *Journal of Adolescent Health Care*, 10(6), 541-544.
- Tanney, B. L. (2000). Psychiatric diagnoses and suicidal acts. Dans *Comprehensive textbook in suicidology*, (pp. 311-341). New York : The Guilford Press.

- Taylor, R., Page, A., Morrell, S., Harrison, J., et Carter, G. (2005). Social and psychiatric influences on urban-rural differentials in Australian suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 277-290.
- Termansen, P. E. et Bywater, C. (1975). S.A.F.E.R.: A follow-up service for attempted suicide in Vancouver. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 29-34.
- Torhorst, A., Möller, H. J., Burk, F., Kurz, A., Wachtler, C. et Lauter, H. (1987). The psychiatric management of parasuicide patients: A controlled clinical study comparing different strategies of outpatient treatment. *Crisis*, 8, 53-61.
- Van der Sande, R. et al. (1997). Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide: a randomised controlled intervention. *British Journal of Psychiatry*, 171, 35-41.
- Van Heeringen, C., Jannes, S., Buylaert, W., et al. (1995). The management of compliance with referral to out-patient aftercare among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychological Medicine*, 25, 963-970.
- Welu, T. C. (1977). Follow-up program for suicide attempters: evaluation of effectiveness. *Suicide and Life Treathening Behavior*, 7, 17-30.
- Whitehead, M. (2000). *The concepts and principles of equity and health*. World Health Organization. Copenhagen.
- Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J. Moore, J. et Harrington, R. (2001). Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1246-1253.



B O N D E C O M M A N D E

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole MARCO	12.00 \$	
	NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN		
	ISBN 2-89494-517-5		

Nom _____

Organisme _____

Adresse _____

No Rue App.

Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de santé publique de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.