



Pier-Anne Paquet-Gagnon



Évaluation de l'implantation des protocoles RÉMI

Résultats obtenus
pour le volet qualitatif

Québec 



Évaluation de l'implantation des protocoles RÉMI

Résultats obtenus pour le volet qualitatif

Direction de santé publique et de l'évaluation
Service en surveillance, recherche, évaluation et Infoentre

Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec



CONCEPTION, ANALYSE ET RÉDACTION DU DOCUMENT

Pier-Anne Paquet-Gagnon, agente de planification, de programmation et de recherche
Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre

COLLABORATEURS DU SERVICE EN PROMOTION DE LA SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOSOCIALE

Édith St-Hilaire, agente de planification, de programmation et de recherche
Rodrigue Gallagher, agent de planification, de programmation et de recherche

COLLABORATRICES DU SERVICE EN SURVEILLANCE, RECHERCHE, ÉVALUATION ET INFOCENTRE

Andrée Fafard, agente de planification, de programmation et de recherche
Josée Rousseau, agente de planification, de programmation et de recherche
Wilhelm Dubuisson, agent de planification, de programmation et de recherche

COLLABORATEURS ET COLLABORATRICES DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CSSS)

Cinthia Baillargeon, travailleuse sociale, responsable de la prévention du suicide (Alphonse-Desjardins)
Claudine Barette, psychologue, responsable de la prévention du suicide (Alphonse-Desjardins)
Denise Deshayé, travailleuse sociale, responsable de la prévention du suicide (région de Thetford)
Garance Beaulieu, coordonnateur clinique en santé mentale, responsable de la prévention du suicide (Alphonse-Desjardins)
Jessica Leblanc, travailleuse sociale, responsable de la prévention du suicide (Beauce)
Jocelyn Deblois, travailleur social, responsable de la prévention du suicide (Beauce)
Josiane Babin, travailleuse sociale, responsable de la prévention du suicide (Alphonse-Desjardins)
Marie-Hélène Houde, travailleuse sociale, responsable de la prévention du suicide (Etchemins)
Maud Provençal, organisatrice communautaire, responsable de la prévention du suicide (Alphonse-Desjardins)
Michèle Bernier, travailleuse sociale, responsable de la prévention du suicide (Montmagny—L'Islet)
Nathalie Latulippe, agente de relations humaines, responsable de la prévention du suicide (Beauce)
Véronique Bourgault, travailleuse sociale, responsable de la prévention du suicide (Alphonse-Desjardins)

RÉVISION DU TEXTE ET MISE EN PAGE

Sylvie Lepage, agente administrative
Lucie Pelchat, agente administrative

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

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN 978-2-89548-680-0 (version imprimée)
ISBN 978-2-89548-681-7 (version PDF)

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, 2012

Document produit par le Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre (SREI)
Direction de santé publique et de l'évaluation

FÉVRIER 2012

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier ceux et celles ayant participé, de près ou de loin, à la réalisation de ce projet. J'aimerais souligner la formidable collaboration de M^{me} Édith St-Hilaire, initiatrice de cette démarche et sa participation à l'ensemble de sa réalisation. Soulignons aussi la collaboration précieuse des partenaires impliqués dans les protocoles RÉMI de chacun des territoires de RLS de la région – les CSSS (CLSC, centres hospitaliers – unités d'urgences et de psychiatrie), la Centrale Urgence-Détresse, les services policiers municipaux et ceux de la Sûreté du Québec, les services ambulanciers, les centres d'écoute téléphonique locaux, le Centre jeunesse Chaudière-Appalaches et les centres d'hébergement du territoire Beauce-Sartigan – qui ont tous généreusement participé à la collecte d'information.

Merci également à M. Rodrigue Gallagher pour sa participation à la collecte de données, ses conseils et sa prélecture du document. Je remercie aussi mes collègues, M^{me} Andrée Fafard, M^{me} Josée Rousseau, M. Wilhelm Dubuisson, pour la prélecture du document et leurs commentaires judicieux. Enfin, je remercie M. Philippe Lessard, directeur de santé publique et d'évaluation pour la région de la Chaudière-Appalaches, ainsi que M. Jacques Samson, adjoint à l'administration et coordonnateur du Service en surveillance, recherche, évaluation et Infocentre et M^{me} Marie-Noëlle Lavoie, coordonnatrice du Service de promotion de la santé physique et psychosociale pour leur soutien.

TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte	9
Brève description du protocole RÉMI	10
Base théorique sur l'action intersectorielle	12
Aspects méthodologiques en bref	14
Résultats obtenus	16
L'historique d'implantation du protocole	16
Quelles sont les retombées associées à l'implantation du protocole RÉMI en Chaudière-Appalaches selon les partenaires impliqués?	17
Comment se différencie l'application du protocole dans chacun des RLS de la région? Quelles méthodes semblent les plus avantageuses?	19
Synthèse des résultats	31
Discussion et recommandations	33
Des retombées considérables, mais une fragilité toujours présente	33
Des facteurs de réussite qui soulèvent la réflexion	34
Des ajustements concrets dans l'application du protocole	35
Quelques limites de l'étude	36
Conclusion	37
Références	39

MISE EN CONTEXTE

Le premier protocole RÉMI¹ a été mis en place en Chaudière-Appalaches en 2004 dans le réseau local de services (RLS) Alphonse-Desjardins². Il s'agissait d'une entente entre les partenaires de première ligne mandatés pour venir en aide aux personnes suicidaires et leurs proches, dans l'objectif d'améliorer la continuité des services donnés aux clients et de faciliter la communication entre les partenaires. Dans les années suivantes, des protocoles RÉMI se sont déployés dans tous les RLS de la région en tenant compte des particularités locales de chacun. Comme les bilans réalisés à ce jour ne permettaient pas d'obtenir un portrait global et formel du fonctionnement des protocoles RÉMI, ni de qualifier les situations pour lesquelles un projet RÉMI³ est déclenché, la responsable régionale en prévention du suicide a manifesté l'importance de pouvoir apprécier l'efficacité et les retombées de ces actions intersectorielles. C'est ainsi que la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) de Chaudière-Appalaches a initié une évaluation de l'implantation des protocoles.

Cette évaluation visait deux principaux objectifs :

- ♦ Connaître le niveau d'utilisation des protocoles RÉMI dans chacun des RLS.
- ♦ Aider à optimiser son fonctionnement en dégagant des pistes d'améliorations possibles.

Afin d'atteindre ces objectifs, des renseignements devaient être colligés auprès des partenaires impliqués dans la mise en œuvre des protocoles RÉMI dans la région. Ainsi, deux moyens ont été retenus pour recueillir l'information :

A) Volet quantitatif : Lors d'une période de référence de 7 mois (janvier à juillet 2009), les partenaires ont été invités à colliger des renseignements sur l'utilisation du protocole RÉMI, afin de quantifier son utilisation et de faire le portrait des situations et de la clientèle auxquelles il s'applique.

B) Volet qualitatif : Pour faire suite au portrait statistique, des entrevues ont été réalisées auprès de partenaires afin de connaître leur perception sur le fonctionnement du projet (aspects positifs, difficultés, améliorations possibles) et ses retombées.

Les résultats obtenus pour le **volet quantitatif** de l'étude ont été diffusés au printemps 2011⁴. Le portrait statistique produit pour la région a démontré un degré d'utilisation considérable des protocoles pendant la période de référence, (soit un total de 1 479 projets RÉMI enregistré pour l'ensemble de la région). De plus, les portraits statistiques produits par RLS ont montré un degré d'utilisation variable d'un territoire à l'autre, reflétant notamment leur poids populationnel et leur historique d'implantation du protocole.

Le présent document concrétise le **volet qualitatif** de l'étude. De manière synthétique, celui-ci dévoile les résultats obtenus à la suite des entrevues réalisées auprès des partenaires et énonce des recommandations visant à optimiser le fonctionnement des protocoles RÉMI dans chacun des territoires de RLS de Chaudière-Appalaches.

1. L'expression *RÉMI* réfère à « **R**Éagir au phénomène du suicide, **M**obiliser les partenaires pour **I**ntervenir en continuité ».

2. À l'époque, ces cinq CLSC n'étaient pas regroupés sous l'appellation du CSSS Alphonse-Desjardins; ceux-ci étaient nommés CLSC et CHSLD de la MRC Desjardins, CLSC Chutes-de-la-Chaudière, CLSC et CHSLD de la MRC de Bellechasse, CLSC et CHSLD de la MRC de Lotbinière, Les CLSC et CHSLD de la MRC de la Nouvelle-Beauce.

3. « Projet RÉMI » est le code utilisé entre les partenaires lors de l'application concrète du protocole d'entente : lorsqu'une intervention entourant une problématique suicidaire se présente, le client est codifié *projet RÉMI* afin de faciliter la communication entre les différents services.

4. Document disponible sur le site Internet de l'ASSSCA.

BRÈVE DESCRIPTION DU PROTOCOLE RÉMI⁵

Le protocole RÉMI s'adresse aux personnes manifestant des problèmes suicidaires en urgence moyenne ou élevée. Il s'adresse également aux personnes endeuillées par le suicide ainsi qu'aux proches d'une personne suicidaire. Il vise des individus souffrants et vulnérables qui nécessitent des services attentifs et continus.

En fait, le protocole RÉMI est une entente entre les partenaires de première ligne mandatés pour venir en aide à ces personnes dans un territoire donné. Les objectifs de cette entente sont principalement l'amélioration de la qualité et de la continuité des services ainsi que l'optimisation de la concertation entre les partenaires en matière de prévention, de dépistage, de référence, d'intervention de crise, de suivi thérapeutique et de postvention⁶. En d'autres termes, l'initiative vise à mettre en place un *filet de sécurité* permettant aux personnes vivant une problématique suicidaire de demeurer en contact avec les services sur une base régulière.

« Dans sa lutte contre le suicide, ce sont les lacunes dans la continuité de services entre les partenaires qui deviennent la cible du Projet RÉMI. Bien que chacun des partenaires fasse déjà de son mieux, le Projet RÉMI invite chacun à faire *un peu plus* pour resserrer les mailles de ce filet de sécurité. On mise sur le fait qu'en collaborant mieux, il y aura moins de personnes suicidaires laissées sans aide ou assises entre deux chaises⁷ ».

En ce sens, lors d'interventions nécessitant l'application du protocole RÉMI, les intervenants doivent être en mesure de se dire : « *Je suis convaincu que la personne suicidaire ne passera pas à l'acte dans l'immédiat et je suis assuré que les partenaires prennent la relève.* ».

Historique de l'initiative

Le suicide est une problématique de santé publique importante en Chaudière-Appalaches depuis longtemps. C'est pourquoi la région s'est dotée, dès 1997, d'un plan d'action global pour prévenir le suicide, lequel visait essentiellement à améliorer la continuité des services dédiés aux personnes vivant une problématique suicidaire, à soutenir le développement de réseaux entre les partenaires et à définir des trajectoires de services plus efficaces (DSP 1997).

Dans cette lignée, en 2004, les CLSC du CSSS Alphonse-Desjardins⁸ ont développé un projet pilote en prévention du suicide. Cette initiative, nommée « Projet RÉMI », visait à rendre l'application du protocole d'entente avec les partenaires locaux plus concrète, en spécifiant des trajectoires de services types. Constatant les retombées positives de l'expérience, la DSPE de Chaudière-Appalaches a suggéré de déployer le Projet RÉMI dans l'ensemble de la région. C'est donc entre février 2006 et mai 2007 que des « projets RÉMI » ont été implantés dans les autres CSSS de la région. Chacun de ces protocoles d'entente comportent des spécificités reliées aux particularités locales de chacun des territoires et le niveau d'implantation est variable de l'un à l'autre. Néanmoins, les objectifs recherchés demeurent toujours les mêmes.

5. Ce chapitre s'inspire du récit publié par l'observatoire québécois des réseaux locaux de services en octobre 2010 portant sur la mise en œuvre du protocole RÉMI dans les RLS de Beauce et des Etchemins.

6. La postvention réfère aux activités qui visent le traitement et le rétablissement des personnes ayant été exposées au suicide d'une personne de leur entourage plus ou moins immédiat (Tierny, Ramsay, Tanney et Lang 1990; cité dans le *Guide pratique pour intervenir dès la phase de choc à la suite d'un suicide : la postvention en Chaudière-Appalaches, une approche globale*, 2008).

7. Tiré du document intitulé « Le Projet RÉMI expliqué - complément au protocole d'entente en prévention du suicide liant les partenaires concernés (2006, document de travail non publié).

8. Voir la note 2 de la page 9.

Les partenaires

Les protocoles RÉMI de chacun des territoires détaillent les trajectoires de services pour les différents partenaires de première ligne. Ces trajectoires font référence aux procédures à suivre lorsqu'une problématique suicidaire survient (crise suicidaire, tentative ou suicide complété), ceci en fonction : 1) de l'évaluation du degré d'urgence suicidaire; 2) de l'attitude de la personne concernée (sa collaboration ou non); 3) de son âge et 4) du moment de la journée où l'événement se présente (jour, soir, nuit, fin de semaine).

Ainsi, pour chaque partenaire impliqué dans l'entente, une marche à suivre est déterminée afin d'accueillir et d'accompagner la personne vivant une problématique suicidaire jusqu'à son transfert vers un autre organisme d'intervention.

Dans chaque territoire, les partenaires impliqués sont essentiellement : les CSSS (CLSC, centres hospitaliers – unités d'urgences et de psychiatrie), la Centrale Urgence-Détresse, les services policiers municipaux et ceux de la Sûreté du Québec, les services ambulanciers, le centre d'écoute téléphonique local et le Centre jeunesse Chaudière-Appalaches. En outre, dans l'un des territoires, des centres d'hébergement sont aussi signataires afin de prendre en charge, au besoin, des individus ayant besoin d'un tel soutien.

Les **CSSS** occupent un rôle important dans la mise en œuvre des protocoles RÉMI, notamment, parce qu'ils en assument la coordination. Ce sont les responsables locaux en prévention du suicide qui y sont attitrés, ces derniers ayant comme principaux rôles : 1) le développement et le maintien de liens avec les partenaires afin de les sensibiliser à l'application du protocole; 2) l'organisation des réunions de comité interpartenaires; 3) l'identification et la mise à jour des trajectoires de services pour chaque type de partenaire; 4) la réponse aux besoins ou aux questions des partenaires au quotidien et 5) la promotion et la formation entourant le protocole (par exemple auprès des équipes terrain).

L'**accueil social des CLSC**, de même que leurs équipes de santé mentale, joue aussi un rôle central dans le traitement des demandes, en complémentarité avec le service de crise régional d'Urgence-Détresse. **La Centrale Urgence-Détresse** assure une réponse téléphonique 24/7 en plus d'être en lien fonctionnel avec les intervenants de garde dans chacun des territoires, lesquels peuvent se déplacer pour intervenir sur le terrain lorsque la situation le requiert.

De leur côté, les **services policiers municipaux** et ceux de la **Sûreté du Québec** occupent le même rôle, soit celui d'intervenir lorsqu'une personne en danger pour elle-même refuse de collaborer et que l'application de la loi P-38 devient nécessaire⁹. De façon similaire, les **services ambulanciers** de chacun des territoires sont présents pour intervenir dans les situations les plus urgentes – lors d'une tentative de suicide ou d'un décès par suicide – afin d'assurer le transport à l'hôpital au besoin.

Les **centres d'écoute locaux** sont aussi impliqués dans les protocoles RÉMI, car ils offrent des services de soutien par téléphone aux personnes suicidaires et aux proches de personnes suicidaires. À partir d'une urgence de niveau 4 et + (urgence moyenne), ils ont la responsabilité de référer la personne à l'accueil social du CLSC de leur territoire, ou encore, à la Centrale Urgence-Détresse.

Enfin, le **Centre jeunesse Chaudière-Appalaches** est aussi présent afin de prendre en charge les situations impliquant des jeunes de moins de 18 ans si nécessaire (par exemple si un jeune ne collabore pas ou refuse un traitement).

Globalement, dans chacun des territoires, les partenaires occupent tous un rôle actif et complémentaire dans l'initiative, chacun représentant *un maillon* de ce *filet de sécurité* créé pour les personnes manifestant des problèmes suicidaires, leurs proches et les personnes endeuillées à la suite d'un suicide.

9. La loi P-38 est la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Elle s'applique lorsqu'il n'existe aucune autre solution pour assurer la protection de la personne ou d'autrui; elle porte atteinte aux droits fondamentaux en permettant de passer outre le consentement de la personne et de la priver temporairement de sa liberté (sous certaines conditions).

BASE THÉORIQUE SUR L'ACTION INTERSECTORIELLE

Les actions intersectorielles conçues pour agir sur la santé et le bien-être de la population, comme celles du protocole RÉMI, se sont multipliées dans les dernières décennies. Puisque la mise en œuvre de ces actions implique une large gamme d'approches et qu'elles se prêtent à différentes facettes de promotion ou de protection de la santé, il existe une littérature abondante sur le sujet. Sans en faire un relevé exhaustif, les lignes suivantes synthétisent les principaux éléments qui se dégagent des écrits recensés sur le sujet afin que le lecteur puisse avoir une vision globale de la dynamique qu'impliquent de telles actions.

À la lumière des écrits et des expériences véhiculées dans différents secteurs d'activité, l'action intersectorielle constitue une stratégie utilisée pour agir sur les problématiques complexes qu'un secteur ne peut régler seul, à savoir des déterminants précis de la santé, des maladies, des populations, (par exemple enfants, aînés), des comportements sanitaires, des facteurs de risques et autres (Agence de santé publique du Canada 2007). Comme une telle stratégie implique la concertation et le partenariat – parfois complexe – d'acteurs issus de divers secteurs d'activité, la documentation consultée met souvent l'emphasis sur les facteurs habilitants ou les conditions de réussites afin d'atténuer les risques d'échec et de maximiser les retombées positives des initiatives (Agence de santé publique du Canada 2007; MSSS 2008; White, Jobin, McCann et Morin 2002; Santé Canada 1999). Voici donc une liste des principaux facteurs clés répertoriés.

Conditions structurelles

Parce que chaque organisme et chaque secteur possèdent des exigences organisationnelles et des niveaux hiérarchiques propres et parce que les participants doivent souvent travailler dans le cadre de nombreuses relations entre les individus, les conseils et les administrations, certaines conditions sont nécessaires afin de permettre aux actions intersectorielles d'être fructueuses :

- ♦ avoir le soutien des décideurs administratifs aux divers paliers afin de défendre les initiatives et établir des liens stratégiques intersectoriels;
- ♦ mettre en place des mécanismes permettant une communication régulière entre les partenaires (afin de favoriser l'entraide et les rapports de complicité);
- ♦ valoriser la réflexion commune sur les problématiques ou les populations concernées (en utilisant des modèles de planification coopérative et de responsabilité partagée entre les partenaires);
- ♦ prévoir un volume de ressources suffisant afin de concevoir et mettre en œuvre les initiatives;
- ♦ cultiver les valeurs, les intérêts et les objectifs communs entre les partenaires.

La réussite intersectorielle repose ultimement sur la mobilisation et l'engagement continu des acteurs impliqués. Aucun des acteurs ne peut imposer ses objectifs ou ses façons de faire; l'apport de tous est essentiel, à toutes les étapes. Les projets de collaboration doivent miser sur les compétences de chacun et être réalisés pour le bien tous¹⁰.

10. Programme national de santé publique, mise à jour de 2008.

Conditions individuelles

Au delà de ces conditions structurelles, les compétences individuelles des personnes qui travaillent pour la mise en œuvre des initiatives occupent aussi un rôle déterminant sur l'efficacité des actions intersectorielles et sur la qualité du partenariat établi. Les écrits mentionnent essentiellement :

- ♦ L'importance de former des équipes stables composées de personnes travaillant bien ensemble et dotées de réseaux de soutien pertinents.
- ♦ L'utilité d'avoir des ressources riches d'expériences personnelles et professionnelles diversifiées afin d'être habileté à conjuguer avec des partenaires de divers secteurs d'activité.
- ♦ Le fait de disposer de ressources engagées envers la problématique ou la population ciblée.
- ♦ Le fait de disposer de ressources créatives, ouvertes à la transformation des pratiques, ayant le goût du défi et la volonté de repousser les limites.

Perspective de santé publique

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) met en valeur l'action intersectorielle à travers différentes activités identifiées comme prioritaire, et ce, à tous les niveaux décisionnels (local, régional et national). Ainsi, il envisage le soutien par les acteurs de santé publique au développement d'actions intersectorielles sous deux angles principaux : horizontal et vertical. L'angle horizontal correspond aux liens entre les acteurs d'un même palier décisionnel (entre les acteurs du réseau de la santé et ceux des autres secteurs d'activité); l'angle vertical à ceux établis entre les divers paliers décisionnels de la santé publique afin de faciliter les initiatives intersectorielles.

Les protocoles RÉMI s'inscrivent dans cette perspective, puisqu'ils impliquent la collaboration d'acteurs locaux – gestionnaires et intervenants présents sur le terrain – de divers secteurs d'activités, tels le réseau de la santé et des services sociaux, les services préhospitaliers et ceux de la sécurité publique, sous le leadership des CSSS. En ce sens, il s'avère essentiel d'examiner les façons de faire adoptées localement et les conditions facilitantes, puis de les communiquer aux divers réseaux concernés.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES EN BREF

La perception des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des protocoles RÉMI est au cœur des données recueillies et des résultats rapportés dans ce rapport.

Tout d'abord, des entrevues de groupe semi-dirigées d'une durée approximative de deux heures ont été réalisées avec chacun des comités interpartenaires RÉMI (quatre entrevues de groupe, une par territoire), où tous les secteurs d'activité impliqués dans l'initiative étaient représentés (corps policiers et ambulanciers, CLSC, unités d'urgence et de psychiatrie, centres d'écoute locaux, Centrale Urgence-Détresse, centre d'hébergement¹¹). Ces entrevues ont ainsi permis de connaître la perception des participants sur le fonctionnement du protocole ainsi que leur évaluation des retombées. Le tableau suivant présente les thèmes d'intérêt pour ces entrevues (colonne de gauche) selon les quatre angles de questionnement utilisés (ligne du haut).

Tableau 1 Grille d'entrevue utilisée pour la collecte d'information

<i>Thèmes spécifiques</i>	Fonctionnement actuel pour l'application du protocole RÉMI	Aspects favorables ou facilitants vécus dans l'application du projet RÉMI	Difficultés vécues dans l'application du projet RÉMI	Pistes d'amélioration identifiées
1. Leadership local interpartenaires (mobilisation, stratégies de maintien dans le temps)				
2. Participation des partenaires				
3. Leadership interne au sein de chacun des services partenaires				
- Stratégies interne de maintien				
- Promotion interne pour les nouveaux				
4. Outils et méthodes utilisés				
5. Rétroaction à l'organisme référant				
<i>Thèmes globaux</i>	Perception de l'utilité et des retombées du projet RÉMI (en matière de prévention, dépistage, référence, intervention de crise, suivi et postvention)			
A. Partenariat et concertation entre les partenaires				
B. Continuité des services (image du filet de sécurité)				
C. Délai de suivi (notion du 24 heures)				

À la suite des entrevues de groupe, afin d'approfondir davantage certains aspects, des entrevues individuelles ont été réalisées auprès de divers partenaires – *gestionnaires de CSSS, responsables locaux et régionaux, centre d'écoute, Centrale Urgence-Détresse, unité d'urgence* –. De plus, une entrevue de groupe finale a été réalisée auprès des responsables locaux et régionaux afin de valider le fruit des analyses effectuées. Incluant cette dernière entrevue – les entrevues de groupe et celles individuelles – le nombre total d'entrevues réalisés s'élève à 13 et le nombre total de personnes impliquées se chiffre à 53.

11. La participation d'un centre d'hébergement implique uniquement l'un des territoires.

En somme, ce volet qualitatif de l'évaluation privilégiait une *approche participative*. Ainsi, les partenaires impliqués dans l'initiative – à savoir les responsables régionaux et locaux en prévention du suicide – ont pu suivre les différentes étapes de l'étude (de sa conception initiale à sa rédaction finale). Ils ont aussi participé à la collecte de données de même qu'à la validation des résultats, des pistes d'action et des recommandations.

Analyse des données et considérations à l'égard de la confidentialité

La transcription des entrevues a été réalisée par l'agente de recherche chargée de l'étude à partir des notes prises lors des entretiens et des enregistrements de ces derniers. Comme l'information obtenue est essentiellement de nature qualitative (recueillie par des entrevues), l'analyse en est une de contenu. La méthode utilisée s'inspire de ce que propose L'Écuyer (1987). Les éléments de l'information ont été classifiés dans différentes catégories dans le but de faire ressortir les diverses caractéristiques, les principales idées ou les points abordés par les acteurs clés interrogés.

Le traitement et la rédaction de l'information ont été effectués en toute confidentialité, et ce, afin de ne porter aucun préjudice aux participants. Aucune donnée nominative n'a été traitée ou diffusée et l'information recueillie a été utilisée uniquement pour les fins de l'évaluation. Les données brutes et transformées seront détruites à la suite du dépôt des résultats finaux de l'étude après une période maximale de deux ans.

RÉSULTATS OBTENUS

L'historique d'implantation du protocole

La signature des protocoles RÉMI s'est réalisée à des moments variables dans chacun des quatre territoires impliqués¹² (janvier 2004, février 2006, mars 2006 et mai 2007). Néanmoins, les protocoles présentaient tous le même corpus de base qui devait être ajusté aux réalités de chacun des territoires.

Selon les « fondateurs », l'implantation du protocole a nécessité au départ un investissement important de la part des répondants locaux. Pour ces derniers, le temps consacré à la planification de la démarche, à la conception des documents d'information et au processus de recrutement des partenaires a représenté de nombreuses heures de travail.

De fait, les répondants locaux relatent que plusieurs mois de travail de sensibilisation et, surtout, d'arrimage ont été nécessaires avant d'atteindre un certain niveau de fonctionnalité. En effet, malgré un accueil positif de l'initiative par les partenaires – puisque celle-ci visait à créer un partenariat utile afin de mieux coordonner les actions et les services offerts à la clientèle des personnes suicidaires et leurs proches –, plusieurs ont aussi manifesté des réticences, essentiellement concernant l'outil proposé pour l'échange d'information entre les partenaires et la définition des trajectoires de services étape par étape pour le cheminement de la clientèle.

En détail, concernant l'outil d'échange d'information, il était désapprouvé qu'un nouveau formulaire s'ajoute aux nombreux autres en place (dont plusieurs étaient lourds ou complexes). De plus, chacun des partenaires désignait des besoins spécifiques auxquels devaient répondre l'outil pour être utile à leur travail. Dans chaque territoire, l'outil a donc été ajusté en tenant compte des réalités et des exigences manifestées par chacun. Dans l'un d'eux, les ajustements se sont conclus par la production d'un formulaire sur papier carbone, en trois copies, grâce auquel le premier « intervenant » peut remettre en main propre une copie de son évaluation à celui assurant la suite de l'intervention (par exemple lorsqu'un ambulancier ou un policier amène une personne suicidaire à l'urgence). Aux dires des acteurs, ce changement – bien que coûteux – a été crucial dans l'adhésion des partenaires au protocole.

De manière similaire, les réticences relatives aux trajectoires de services ont découlé surtout du fait que les participants manifestaient différents besoins spécifiques qui devaient être pris en compte pour la définition des procédures. Ainsi, après la tenue de plusieurs rencontres de négociation avec chacun, les trajectoires sous-jacentes au protocole ont été convenues et les différents partenaires impliqués ont eu à s'ajuster et, petit à petit, à développer de nouveaux réflexes afin de mettre ces procédures en application.

12. Même si la région de la Chaudière-Appalaches comporte cinq CSSS, il est question de quatre territoires dans le contexte où le CSSS des Etchemins et celui de Beauce travaillent en partenariat pour l'application du même protocole (sous l'appellation du territoire *Beauce-Etchemins*).

Quelles sont les retombées associées à l'implantation du protocole RÉMI en Chaudière-Appalaches selon les partenaires impliqués?

Lors des entrevues, les divers partenaires ont été questionnés globalement sur l'utilité et les retombées de l'initiative. Les résultats obtenus font ressortir de nombreux gains concernant le partenariat établi, le suivi de la clientèle suicidaire et la postvention.

Le partenariat et la concertation

La grande majorité des partenaires a mentionné d'emblée que la démarche sous-jacente au protocole RÉMI avait permis d'établir un partenariat avantageux entre les différents secteurs d'activité qu'ils représentent (services de santé, sécurité publique et services sociaux). Par une approche dite souple et axée sur la réflexion commune, le protocole RÉMI aurait permis d'apprivoiser le travail de chacun et de développer ensemble et graduellement une nouvelle méthode d'intervention. Voici différents témoignages :

« Le projet RÉMI nous a permis de s'ouvrir et de comprendre le travail de chacun. » - Policier

« C'était un gros défi au départ. Des partenaires pas habitués de travailler ensemble; tous des façons de faire différentes; on a dû s'approprier et s'ajuster. On faisait des tours de table et on réglait les choses à mesure en partant de cas concrets. » - Répondant local

« On a chacun notre travail à faire, on s'complète. On a appris à travailler ensemble. C'était pas comme ça avant. Dans police, c'était laisse-moi faire ma job, c'est ça qu'on apprenait à l'école de police. Alors on a dû s'ouvrir, on s'est aperçu qu'on ne pouvait pas travailler tout seul. » - Policier

« On a appris à travailler ensemble avec le temps. Au début, on s'est vu très souvent; on a développé ensemble les façons de faire, plutôt que d'imposer une méthode. » - Répondant local

« Maintenant, les policiers et les ambulanciers ont pris l'habitude de nous appeler. » - Intervenante CLSC

Certains partenaires ont aussi exprimé que le protocole RÉMI leur permettait d'avoir une meilleure compréhension de la problématique du suicide et de leur apport dans celle-ci. Ainsi, de par le partenariat intersectoriel qu'il implique, le protocole permettrait de rendre tangible ce que les gens peuvent faire concrètement face au suicide.

« RÉMI, ça permet de comprendre c'est quoi le p'tit bout que je peux faire comme être humain, comme policier, intervenant, ambulancier ou autre – pour aider la cause. » - Répondant local

On indique également que le protocole RÉMI, par ses balises et règles précises à respecter, aurait un effet mobilisant en indiquant clairement à chacun des partenaires comment il peut agir lorsqu'une situation de problématique suicidaire se présente.

La continuité des services pour le suivi des personnes suicidaires

Les partenaires du protocole RÉMI font souvent référence à l'image du *filet de sécurité* pour exprimer la notion de la continuité des services offerts aux personnes suicidaires. Ainsi, la majorité indique que cette démarche intersectorielle a permis que ce *filet de sécurité* prenne forme de manière concrète dans les RLS. De même, ils expliquent que la communication interpartenaires instaurée par le protocole RÉMI, permettrait un suivi plus rapide de la clientèle.

« La clientèle est suivie plus rapidement. Dès que le formulaire arrive à l'accueil, les intervenants rappellent les clients, ils ont 24 heures pour les joindre et il y a un protocole qui s'échelonne sur plusieurs jours. Avant le projet RÉMI, y'avait pas grand chose, ça se faisait parfois, mais pas de façon officielle. » - Répondant local

Plusieurs acteurs indiquent en outre qu'ils ont observé une réduction des cas de récidives (de second passage à l'acte) à la suite de l'implantation du protocole RÉMI. Ainsi, grâce au suivi offert dans les jours qui suivent la sortie de l'hôpital, plusieurs cas de rechutes seraient à leur avis évités.

« Avant, il y avait des histoires d'horreur, des personnes suicidaires amenées à l'hôpital par un policier qui allait les repêcher dans le fleuve quelques heures ou quelques jours plus tard. Maintenant, tous les fax vont à la centrale, qui les transmet au CLSC correspondant, puis les services sont là. » - Répondant local

« L'une des raisons pour expliquer la diminution du suicide au Québec, c'est les meilleures interventions à l'hôpital et le suivi des personnes suicidaires, c'est ça RÉMI dans notre région » - Répondant local

Selon des acteurs qui œuvrent dans les hôpitaux, le protocole RÉMI permet également d'éviter certaines hospitalisations non nécessaires et de libérer les salles d'urgence.

« Ah! oui, pour nous RÉMI est un plus, c'est sûr, au niveau de l'urgence, tous les patients qu'on aurait gardés pour consultation en psychiatrie, cela les libère maintenant, ils pourront être vus en externe. » - Coordonnateur d'urgence

Enfin, malgré leur reconnaissance des retombées positives du protocole, quelques partenaires relatent que le *filet de sécurité* du protocole RÉMI comporte encore quelques faiblesses et qu'il est important de poursuivre la sensibilisation des partenaires.

« Le filet se resserre, parfois se relâche, puis se resserre. Il faut sensibiliser. Mais il y a de plus en plus de monde pour le tenir ce filet de sécurité. » - Répondant local

« Oui, y'a une meilleure continuité, mais des cas passent encore dans les mailles du filet. Certaines personnes sortent encore de l'hôpital sans être Projet RÉMI; on prend connaissance de ces cas lorsque les gens viennent au CLSC plus tard et qu'ils mentionnent avoir été hospitalisés ou être passés à l'urgence il y a 2 semaines. Ces cas ne sont pas comptabilisés, ne paraissent pas dans les statistiques et ne sont pas connus de tous les partenaires. » - Intervenante CLSC

Le soutien aux proches à la suite d'un suicide (la postvention)

Selon les entrevues réalisées, le protocole RÉMI présente également des retombées notables pour les services offerts aux proches à la suite d'un suicide. Certains acteurs vont même jusqu'à dire que les interventions de *postvention* étaient quasi inexistantes avant l'implantation du protocole¹³.

Les propos des intervenants de CLSC permettent de discerner deux aspects bénéfiques de la postvention : l'un concernant les interventions réalisées avec rapidité sur le lieu des événements; l'autre concernant celles réalisées plus tardivement à la suite des rituels funéraires.

« La postvention est née avec RÉMI. Le policier ou le CH informe le CLSC qui intervient dès la phase de choc à la suite d'un suicide. C'est un changement de pratique qui a dû se faire dans les CLSC, les intervenants étaient habitués d'attendre les demandes d'aide, maintenant ils interviennent sur place. » - Intervenante CLSC

« Pour nous, la postvention, le fait d'appeler les intervenants, c'est utile, ça nous permet de mieux faire notre travail parce que les intervenants s'occupent de la famille sur place. » - Policier

« On a aussi beaucoup de référence en postvention parce que l'approche de la clientèle a changé. Pendant la période de funérailles où les gens sont entourés par la famille large, les gens n'ont pas besoin de nous. Alors, à l'accueil du CLSC, on convient qu'on va les rappeler dans trois semaines, quand la famille revient seule à la maison et qu'elle est confrontée au deuil. » - Intervenante CLSC

13. Il faut savoir que les orientations provinciales en postvention, publiées en 2004, ont permis que la postvention se développe dans les régions. En Chaudière-Appalaches, c'est par le biais des protocoles RÉMI que ces orientations se sont concrétisées.

Comment se différencie l'application du protocole dans les RLS de la région? Quelles façons de faire semblent les plus avantageuses?

Comme la signature des protocoles s'est réalisée à des moments différents, les données qualitatives amassées laissent voir globalement que, dans les territoires où le protocole est présent depuis plus longtemps, le leadership semble mieux établi, la mobilisation des partenaires plus forte et l'utilisation du protocole accrue¹⁴. Par analogie à la graine semée, dans ces territoires, le protocole RÉMI a atteint l'étape de la « floraison ». De même, dans le territoire où l'implantation s'est fait plus tardivement, le comité semble davantage à l'étape de « forger ses racines ».

A priori, cette nuance liée au moment de l'implantation – voire à l'effet du temps – laisse croire que les comparaisons sont limitées entre chacun des territoires. Toutefois, l'analyse des données montre que plusieurs autres facteurs semblent en lien avec le degré d'intégration ou de fonctionnalité du protocole dans chacun des territoires.

C'est donc à ces différents facteurs que les lignes suivantes se consacrent. Pour chacun d'eux, les différences de fonctionnement entre les territoires sont précisées (lorsqu'il y a lieu), de même que l'appréciation des partenaires et les observations relevées lors des entrevues.

L'organisation présente dans les CSSS pour la mise en œuvre du protocole RÉMI

Avant la présentation des résultats de manière détaillée pour chacun des thèmes, le tableau 1 de la page suivante propose un portrait descriptif et factuel de l'organisation présente dans les CSSS pour la mise en œuvre des protocoles RÉMI. Celui-ci a été conçu à partir des renseignements recueillis auprès des différents acteurs impliqués dans la démarche. Son contenu sera utile afin de mieux comprendre les résultats mis en évidence dans les pages suivantes.

Globalement, les renseignements contenus dans le tableau 1 permettent d'observer que l'organisation présente pour la mise en œuvre des protocoles RÉMI est variable d'un CSSS à l'autre, (par exemple concernant les ressources attitrées, l'implication des gestionnaires de premier niveau et l'approche utilisée pour la mobilisation des partenaires).

Les ressources assurant le leadership du protocole

La prise en charge locale de la prévention du suicide et du protocole RÉMI

Comme le tableau 1 l'indique, les deux plus petits CSSS fonctionnent avec un nombre plus limité de ressources attitrées à la prévention du suicide, par comparaison aux deux autres¹⁵.

Selon les acteurs interrogés, la charge de travail associée au poste de prévention du suicide est complexe, ceci particulièrement pour la gestion du protocole RÉMI. On souligne les nombreux partenaires impliqués dans la démarche et l'ampleur des territoires à couvrir. Ainsi, même si certains territoires sont

14. Le niveau d'utilisation du protocole est illustré dans le portrait statistique paru en mai 2011, qui représente le premier volet de cette évaluation.

15. La région s'est dotée en 1997 d'un plan d'action régional pour prévenir le suicide en Chaudière-Appalaches (Jobin 1997). Lors de son adoption, un budget a été octroyé à chacun des 11 CLSC, au prorata de la population adulte masculine, afin que des intervenants soient libérés à titre de *responsable de la prévention du suicide*. Ces derniers avaient alors pour mandat de déployer diverses activités de prévention au sein de leur territoire de CLSC respectif. Leur mandat a évolué au fil des ans, notamment en fonction des recommandations émises par l'*Approche intégrée de prévention du suicide et des problèmes d'adaptation psychosociale* (2005) et par le rapport du directeur de santé publique sur la problématique du suicide (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches 2006).

Tableau 1

Vue d'ensemble de l'organisation présente dans les CSSS pour la mise en œuvre du protocole RÉMI au moment de la collecte d'information

Thèmes	Territoire A (protocole signé en mai 2007)	Territoire B (protocole signé en mars 2006)	Territoire C (protocole signé en mars 2006)	Territoire D (protocole signé en janvier 2004)
Nombre de répondants locaux (réalité territoriale du CSSS)	1 personne (1 ETC; 2 secteurs CLSC)	1 personne (1 ETC; 1 secteur CLSC)	Équipe de 3 personnes (2 ETC; 2 CSSS, total de 3 secteurs CLSC)	Équipe de 6 personnes (3,8 ETC; 5 secteurs CLSC)
Titre du ou des répondants locaux ¹⁶	Travailleur social	Travailleur social	2 travailleurs sociaux et 1 agent de relations humaines	1 coordonnateur clinique (santé mentale) 1 psychologue 1 organisateur communautaire 3 travailleurs sociaux
Positionnement des gestionnaires de CSSS	Gestionnaire non impliqué dans le comité interpartenaires; la gestion du protocole repose principalement sur le répondant local.	Gestionnaire non impliqué dans le comité interpartenaires; la gestion du protocole repose principalement sur le répondant local.	2 gestionnaires sur le comité interpartenaires (1 par CSSS) : assurent l'animation des rencontres et participent aux discussions.	Coordonnateur clinique sur le comité interpartenaires, aussi impliqué au quotidien auprès des partenaires.
Stabilité des ressources depuis la signature de l'entente	Animation des rencontres interpartenaires ayant impliqué 4 ressources différentes; répondant local actuel présent depuis un an.	Même répondant local depuis la signature, malgré une absence temporaire de 3 mois.	Le leadership local étant assumé par une équipe de répondants, les ressources sont relativement stables depuis l'implantation malgré les congés survenus.	Le leadership local étant assumé par une équipe de répondants, les ressources sont relativement stables depuis l'implantation malgré les congés survenus.
Comité interpartenaires : fonctions occupées par les représentants	CSSS-psychiatrie : psychiatre CSSS-Urgence : Infirmier-chef CSSS-CLSC : TS Corps policiers : lieutenants ¹⁷	CSSS-psychiatrie : infirmière de liaison CSSS-Urgence : adjoint infirmier-chef CSSS-CLSC : TS Corps policiers : sergent	CSSS-psychiatrie : Gestionnaire CSSS-Urgence : Gestionnaire CSSS-CLSC : TS, ARG, gestionnaires Corps policiers : lieutenant, directeurs adjoints	CSSS-psychiatrie : TS, infirmier CSSS-Urgence : Gestionnaire CSSS-CLSC : TS, psychologue, coordonnateur Corps policiers : directeur adjoint, capitaine, sergent, patrouilleur

16. Pour faciliter la lecture du document, les personnes responsables de la prévention du suicide dans chacun des territoires sont nommées les *répondants locaux*.

17. Organisation hiérarchique des corps policiers : les directeurs, les lieutenants, les capitaines et les inspecteurs sont des gestionnaires, à savoir qu'ils ont un pouvoir décisionnel au sein de leurs organisations. Les patrouilleurs (qui sont parfois libérés pour effectuer de la prévention), les sergents (chefs d'équipe de patrouille) et les enquêteurs (sergents-détectives) représentent des intervenants de terrain, responsables des opérations, mais sans pouvoir décisionnel sur le plan administratif.

Thèmes	Territoire A (protocole signé en mai 2007)	Territoire B (protocole signé en mars 2006)	Territoire C (protocole signé en mars 2006)	Territoire D (protocole signé en janvier 2004)
Comité interpartenaires : fonctions occupées par les représentants (suite)	Corps ambulanciers : chef-ambulancier CUD : conseiller clinique Centre jeunesse : intervenant Centre d'écoute : directeur	Corps ambulanciers : superviseur CUD : conseiller clinique Centre jeunesse : intervenant Centre d'écoute : directeur	Corps ambulanciers : chef ambulancier CUD : conseiller clinique Centre jeunesse : intervenants Centre d'écoute : directeur Centre d'hébergement : directeur, infirmière chef d'équipe	Corps ambulanciers : chef ambulancier CUD : conseiller clinique Centre jeunesse : intervenant Centre d'écoute : directeur
Principales stratégies pour la mobilisation des partenaires	Tournée des partenaires lors de l'implantation. Méthode habituelle : visites de partenaires occasionnelles et sur invitation afin de régler des difficultés et sensibiliser à l'application du protocole.	Tournée des partenaires lors de l'implantation. Méthode habituelle : visites de partenaires occasionnelles et sur invitation afin de régler des difficultés et sensibiliser à l'application du protocole.	2 tournées des partenaires, l'une lors de l'implantation (2006), l'autre en 2009-2010 (en raison du roulement de personnel). Méthode habituelle : les répondants demeurent en contact régulier avec les partenaires et adopte un rôle de <i>courroie de transmission</i> entre les organisations.	Tournée des partenaires lors de l'implantation. Méthode habituelle : Promotion active et continue du protocole à chaque mois et à chaque année; relance régulière des partenaires effectuée pour sensibiliser au protocole, offrir de la formation et vérifier le fonctionnement.
Fréquence des rencontres de comité interpartenaires	2 rencontres par année	2 rencontres par année	2 rencontres par année	4 rencontres par année
Activités informelles réalisées	Non mentionné	Oui	Oui	Oui

ETC Équivalent temps complet
TS Travailleur social
CUD Centrale Urgence-Détresse
ARH Agent de relations humaines

moins peuplés et moins vastes que d'autres, tous reconnaissent qu'il est plus efficace et facilitant d'assumer le leadership local *en équipe* plutôt *qu'une seule personne* soit porteuse des différentes facettes du dossier de la prévention du suicide. Concrètement, pour la gestion du protocole RÉMI, ceci permet le partage de la charge de travail (par exemple le partage des communications par type de partenaires ou par territoire), ainsi que le partage des forces de chacun des répondants (selon leurs compétences, leurs connaissances spécifiques et leurs rôles dans l'organisation). Les acteurs régionaux reconnaissent cet aspect et considèrent également qu'il serait temps de faire le point régionalement sur le mandat et la charge de travail des répondants locaux en prévention du suicide.

Le soutien des répondants locaux

Les répondants locaux attirés à la prévention du suicide bénéficient de deux types de soutien afin d'actualiser le protocole RÉMI dans leurs territoires.

D'une part, des rencontres régionales ont lieu au moins quatre fois par année, réunissant les répondants locaux de chaque territoire et les deux responsables régionaux de la DSPE de Chaudière-Appalaches. Ces rencontres permettent aux répondants d'échanger, notamment, sur la mise en œuvre du protocole et de s'entraider au besoin. De plus, les responsables régionaux sont disponibles au quotidien afin de les conseiller et les soutenir sur le plan administratif. Les propos des répondants locaux sur le sujet laissent voir une grande satisfaction à l'égard du soutien étroit des responsables de la DSPE pour la bonne mise en œuvre du protocole.

D'autre part, comme l'expose le tableau 1, deux territoires bénéficient de l'implication de gestionnaires au sein du comité interpartenaires du protocole RÉMI. Concrètement, dans l'un des territoires, deux gestionnaires sont impliqués (pour deux CSSS), lesquels partagent l'animation des rencontres de comité interpartenaires. Ils sont aussi présents dans les rencontres afin de soutenir le comité dans les grandes orientations du protocole. Dans l'autre territoire, un coordonnateur clinique est impliqué au quotidien auprès des partenaires et présent dans les rencontres du comité interpartenaires (rôle d'animation). Cette personne se charge aussi de faire le pont entre le comité RÉMI et le palier administratif du CSSS, qui demeure informé régulièrement sur le fonctionnement du protocole.

Les entrevues réalisées révèlent les avantages liés au soutien des gestionnaires dans la mise en œuvre du protocole. Dans les territoires concernés, on mentionne que ces derniers ont une connaissance concrète des modalités d'application du protocole, des partenaires et des difficultés vécues. On mentionne que leur présence aux rencontres est avantageuse, car elle permet que certaines décisions se prennent « sur le champ » et que les initiatives soient portées plus facilement aux paliers administratifs.

La stabilité des ressources et les changements

Comme le tableau 1 le suggère, dans l'un des quatre territoires, la prise en charge du protocole a été marquée de changements depuis sa signature. Voilà pourquoi les acteurs ont été interrogés sur le sujet.

Selon les entrevues réalisées, la stabilité des ressources en charge de l'implantation du protocole est un élément qui joue un rôle clé dans le degré d'intégration de la démarche dans les différents territoires. D'ailleurs, il est observé que les répondants présents depuis le tout début ont une connaissance fine du protocole, des partenaires, de l'historique, des difficultés et des points forts vécus dans son application. À l'inverse, dans le territoire marqué de changement, on mentionne que les différents animateurs des rencontres possédaient parfois peu le dossier, ce qui rendait notamment la mobilisation des partenaires plus difficile. On y observe aussi un leadership moins bien rodé.

Encore ici, afin de contrer les difficultés liées au changement de personnel, les personnes interrogées mentionnent qu'il est profitable d'assumer le leadership local en équipe. Ainsi, lors du congé de l'un ou l'autre des répondants, les activités peuvent se poursuivre, tout comme les communications avec les divers partenaires.

Les caractéristiques individuelles clés pour assurer le leadership local

Les différents partenaires sondés ont mis en lumière différentes conditions favorables à la mise en œuvre du protocole RÉMI. Parmi celles-ci figurent au premier plan la *qualité de la coordination*, où différentes caractéristiques individuelles ont été reconnues comme fondamentales pour assurer le leadership adéquat d'une telle démarche, soit :

- ♦ La **disponibilité au quotidien** : Une implication « en continu » est nécessaire afin de faire avancer la démarche, particulièrement dans les premières années d'implantation.
- ♦ Les **qualités d'animateur** : Pour l'animation des discussions lors des rencontres de comité interpartenaires, il faut savoir adopter un rôle de stimulateur et de modérateur entre les différents partenaires.
- ♦ L'**ouverture aux cultures différentes** : Une initiative intersectorielle comme RÉMI impliquent des acteurs de différents secteurs. Ainsi, elle nécessite souplesse, flexibilité et adaptation.
- ♦ Le fait d'**être à l'écoute** des différents partenaires : Les personnes assurant la coordination doivent miser sur la réflexion commune et égalitaire plutôt que d'imposer un cadre rigide aux partenaires impliqués.
- ♦ Le fait d'**être engagé activement** pour la problématique : L'engagement envers la problématique et le protocole, puis le dynamisme avec lequel sa promotion est réalisée est perçu comme un facteur d'influence notable dans l'adhésion des partenaires au protocole.

Les caractéristiques des représentants de chacune des organisations

Dans chacun des territoires, le comité de partenaires RÉMI est composé de personnes de terrain et de gestionnaires ou coordonnateurs. Du côté des corps policiers et ambulanciers, il s'agit plus souvent de gestionnaires (sergents, chefs, capitaines). Du côté des CSSS, des gestionnaires d'unités et des intervenants cliniques sont présents.

La combinaison de personnes de terrain et de gestionnaires est reconnue par les acteurs comme un facteur favorisant une dynamique intéressante au sein des rencontres de comité interpartenaires.

« Dans les rencontres, on parle de cas concrets sur le terrain, mais avec la présence des gestionnaires, on a d'la pogne, certaines décisions peuvent se prendre. » - Répondant local

Ceci dit, la collecte de données fait aussi ressortir l'importance du choix des représentants dans chacune des organisations afin que le protocole prenne vie et soit bien intégré. Dans chacun des services signataires (incluant chacun des départements des hôpitaux), on explique que les personnes « porteuses du dossier » doivent être disposées à :

- ♦ Adopter un **rôle de porte-parole** à la table RÉMI (afin d'exprimer la position de son organisation sur divers sujets touchant l'application du protocole).
- ♦ Avoir de l'**ouverture** et **s'engager activement** face à la problématique afin de bien comprendre le fonctionnement de la démarche et la transmettre adéquatement aux siens.

- ♦ Assumer un **rôle d'agent mobilisateur** au regard du personnel de son service ou département.
- ♦ Être **disponible**, c'est-à-dire avoir du temps pour assister aux rencontres de comité interpartenaires et pour faire vivre le protocole dans son organisation ou son département.

Les stratégies utilisées pour la mobilisation des partenaires

Les tournées d'information et la communication avec les partenaires

D'après les entrevues réalisées, les méthodes utilisées pour promouvoir le protocole et sensibiliser les partenaires reposent en grande partie sur les choix des répondants locaux et sur leur disponibilité au quotidien. Certes, la promotion du protocole par une seule tournée des partenaires lors des premiers mois d'implantation semble une stratégie moins avantageuse afin de maintenir la mobilisation de chacun des partenaires. En effet, l'application du protocole semblait mieux ancrée dans les territoires où les répondants ont maintenu une communication régulière avec chacune des organisations à la suite de la tournée initiale de sensibilisation.

Les acteurs interrogés reconnaissent l'importance de la communication continue avec les partenaires, ceci afin d'assurer l'application adéquate du protocole, mais également afin de créer des liens avec les différentes organisations, de développer une « méthode de travail » commune de même qu'un certain rapport de complicité.

« C'est un partenariat qui est toujours fragile; c'est important de régler les difficultés à mesure et il faut toujours garder un lien en continu avec chacun des partenaires. » - Répondant local

Les réunions de comité interpartenaires : fréquence et stratégie globale d'animation

Le déroulement des rencontres semblent s'équivaloir dans chacun des territoires. On mentionne que l'objectif des rencontres est de créer des liens entre les partenaires, d'encourager l'adhésion au protocole (en soulignant les bons coups de chacun) et de faciliter l'application du protocole en discutant de cas concrets.

Dans les deux territoires où une équipe de répondant est présente, les stratégies d'animation semblent plus claires. On fonctionne visiblement par tour de table structurée où chaque partenaire s'exprime et un animateur joue un rôle actif de stimulateur et de modérateur. De plus, à l'occasion, les rencontres de comité sont suivies d'activités sociales (par exemple un dîner ou un « 5 à 7 »).

Selon l'information recueillie, le fait de réaliser des rencontres de comité interpartenaires plus fréquentes (3 à 4 fois par année) favorise que des liens plus étroits se tissent entre les partenaires (sentiment d'appartenance et de cohésion).

« Quand on assoit des partenaires ensemble physiquement régulièrement, c'est certain que ça collabore mieux ensuite sur le terrain. » - Répondant local

Pour illustrer cet aspect, on explique aussi l'inconvénient d'avoir seulement deux rencontres par année. Par exemple, un partenaire absent lors d'une rencontre prendra une année entière avant de revoir les autres membres du comité. De plus, considérant le roulement qui peut affecter les représentants des organisations, un nouveau participant aura plus de difficultés à s'intégrer et à bien comprendre son rôle.

Il est également perçu que le fait de réaliser des rencontres fréquentes et de prévoir une animation structurée donne un degré de crédibilité plus important au protocole.

Enfin, dans les territoires concernés, les répondants locaux font mention de l'effet bénéfique des activités sociales organisées après les rencontres afin de briser certaines barrières sociales ou culturelles entre les différents partenaires.

La mise en application du protocole par les principaux partenaires

Pour cette section des résultats, soulignons que la collecte des données s'est centrée davantage sur les partenaires effectuant des références RÉMI de manière régulière (au quotidien), soit la Centrale Urgence-Détresse, les différents départements des CSSS (les CLSC, les unités d'urgence et de psychiatrie des hôpitaux), les corps policiers (municipaux et provinciaux) et les corps ambulanciers. Voilà pourquoi les résultats sont plus détaillés pour ces derniers et plus globaux pour les autres partenaires (les centres d'écoute locaux et le centre jeunesse).

La Centrale Urgence-Détresse (CUD)

D'après les entrevues réalisées, la CUD est un partenaire qui collabore consciencieusement à l'application du protocole RÉMI. Il faut comprendre qu'il s'agit d'un partenaire particulier de par son statut « régional ». En lien avec tous les partenaires de la région (CSSS, policiers, ambulanciers, centres d'écoute, etc.), cette instance assure une réponse téléphonique tant à la clientèle qu'aux partenaires par une ligne téléphonique privilégiée pour ces derniers.

Pour le protocole RÉMI, la CUD joue un rôle important particulièrement de soir et de fin de semaine, à savoir lorsque les CLSC sont fermés : ils reçoivent les télécopies des références RÉMI, puis les transfèrent à l'accueil psychosocial des CLSC et aux intervenants terrain pour la relance 24 heures.

Avec ce rôle de *redistribution de l'information*, la CUD devrait être en contact régulier avec chacun des territoires. Toutefois, dans la réalité, les communications sont beaucoup plus régulières avec l'un des quatre territoires, (à savoir dans celui où l'utilisation du protocole est plus importante selon les portraits statistiques). Les raisons de cette réalité ne sont pas claires. Les hypothèses les plus plausibles semblent associées au leadership local mieux établi et à la présence de travailleurs sociaux à l'urgence de l'hôpital sur une plage horaire bien répartie (le nombre de cas référés serait visiblement plus important lorsqu'ils sont présents).

Les CSSS

▫ Les hôpitaux

L'information relative aux unités d'urgence et aux unités de psychiatrie des hôpitaux est présentée dans une section commune, considérant les similitudes observées dans les résultats.

D'après les entrevues réalisées, dans deux des territoires à l'étude, les unités d'urgence des hôpitaux sont des partenaires plus fragiles, où l'application du protocole paraît compliquée, voire déficiente à l'occasion. Le même constat ressort, dans trois des territoires, pour les unités de psychiatrie. Selon les partenaires interrogés, cette difficulté semble découler des éléments de contexte suivants :

1. L'instabilité des ressources

Les urgences représentent des unités instables (marquées de plusieurs congés de maladie, d'un grand roulement de personnel, de la présence de plusieurs remplaçants de passage). De plus, le personnel est toujours débordé et le protocole RÉMI s'ajoute à plusieurs autres protocoles déjà en place.

« Avec leur contexte, à quel point l'information du projet RÉMI est-elle transmise aux remplaçants de passage? » - Répondant local

Les unités de psychiatrie seraient aussi à la merci du roulement de personnel (particulièrement les médecins). L'adhésion au protocole serait donc partielle en raison du manque d'information sur celui-ci.

« En psychiatrie, on perd des cas parce que certains psychiatres ne connaissent même pas le projet RÉMI. » - Répondant local

2. La culture différente du personnel des urgences

Selon les acteurs sondés, plusieurs travailleurs des urgences – de par leur contexte d'alerte et l'engorgement de clientèle – sont marqués d'une culture différente, par comparaison avec les intervenants sociaux. Leur compréhension de la clientèle vivant des problématiques de santé mentale serait limitée, tout comme leur compréhension du protocole.

« C'est qu'ils ne saisissent pas la pertinence du projet RÉMI et comprennent pas pourquoi les intervenants sociaux s'en mêlent. » – Répondant local

« Y faut pas oublier que les personnes suicidaires ne sont pas des cas faciles à l'urgence. C'est difficile pour le personnel, d'où l'importance de la formation pour eux. » – Répondant local

On souligne que cette culture différente se reflète aussi dans leur attitude avec la clientèle RÉMI, ce qui viendrait parfois nuire aux interventions entamées par les ambulanciers ou les policiers avant leur arrivée à l'hôpital pour « désamorcer les crises ».

3. La communication difficile avec le personnel des urgences

Dans trois des territoires, le personnel des urgences est informé au sujet du protocole pendant leurs heures de travail (lorsqu'ils sont en exercice) ou lorsque leur quart de travail est terminé (aucune libération pendant les heures de travail rémunérées).

« Faut faire ça vite, pis on s'fait recevoir des fois, c'est pas facilitant. » - Répondant local

En outre, dans deux territoires, les gestionnaires des unités d'urgence ne semblent pas reconnaître leur responsabilité relative à l'information des nouveaux employés à l'égard du protocole RÉMI. En conséquence, les répondants locaux des mêmes territoires soulignent que les urgences nécessiteraient un suivi plus étroit de leur part afin d'assurer la « survie » du protocole.

4. Des points de vue différents sur l'éligibilité de la clientèle au protocole RÉMI

Les entrevues font ressortir que, pour certains gestionnaires, intervenants et médecins, une personne en crise suicidaire hospitalisée pendant une longue période (par exemple 2 à 3 mois) n'est plus nécessairement à risque ou « suicidaire » à sa sortie de l'hôpital. Dans un tel cas, la personne est perçue comme non éligible au protocole RÉMI.

De façon similaire, plusieurs personnes vivant une problématique suicidaire, qui sont hospitalisées pendant une longue période (par exemple 2 à 3 mois), étaient déjà suivies par un intervenant social ou un psychologue. Il est ainsi perçu qu'il n'est pas nécessaire de référer ces cas au protocole RÉMI.

Or, pour les répondants régionaux et locaux en prévention du suicide, le protocole RÉMI a été mis en place en raison du risque important de récurrence et de décès par suicide chez les personnes ayant été admises dans les hôpitaux à la suite d'une crise ou d'une tentative de suicide. Ils expliquent la nécessité d'organiser un suivi pour cette clientèle en s'appuyant sur une littérature récente, laquelle démontre que les jours suivants leur congé de l'hôpital seraient critiques (par exemple Houle et Poulin 2009; Troister et coll. 2008; ASSSCA 2007; Ping Qin 2005).

« Il est important que toutes entrées en Projet RÉMI ressortent en Projet RÉMI, que la personne soit encore suicidaire ou non. » - Répondant local

Ces éléments de contexte étant rapportés, la question qui se pose est maintenant la suivante : *Pourquoi l'application du protocole RÉMI semble mieux fonctionner dans deux des unités d'urgence et dans l'une des unités de psychiatrie?* Les principaux éléments qui semblent faire la différence sont les suivants :

1- L'ouverture des gestionnaires face au protocole RÉMI

Dans les territoires où les urgences sont reconnues pour leur application attentive du protocole, on mentionne que les gestionnaires prennent à cœur la démarche et la problématique du suicide, qu'ils font des suivis réguliers auprès des partenaires externes, qu'ils échangent régulièrement avec le personnel à propos du protocole et qu'ils reconnaissent l'expertise des répondants locaux.

2- L'efficacité des infirmières-chefs à l'urgence

Dans deux territoires, on souligne l'apport important d'une infirmière-chef, qui veille à l'accueil de toute clientèle vivant une problématique psychosociale. Cette dernière assure la gestion des urgences; elle reçoit ainsi les appels des ambulanciers ou des policiers (spécifiant « projet RÉMI »), elle prépare l'arrivée des personnes en crise suicidaire, avise les intervenants sociaux, facilite le passage au triage, etc.

3- La possibilité d'informer le personnel de l'urgence sur le protocole RÉMI lors des réunions d'équipe de cette unité (mentionnée dans un territoire).

4- La présence de travailleurs sociaux postés dans les unités d'urgence

Dans deux territoires, des travailleurs sociaux prennent en charge rapidement la clientèle avec des problèmes de santé mentale dans les urgences. Ainsi, ils effectuent les références RÉMI pour les personnes suicidaires qui obtiennent leur congé de l'hôpital directement à l'urgence.

5- La tenue de rencontres d'équipe de psychiatrie afin de déterminer l'éligibilité de la clientèle

Dans l'un des territoires, au dire du répondant local, le département de psychiatrie applique le protocole RÉMI de manière exemplaire. Il explique que l'identification de la clientèle admissible au protocole RÉMI se fait en équipe et non de manière individuelle. Concrètement, aux réunions hebdomadaires de la psychiatrie interne, l'infirmière de liaison est présente notamment afin d'identifier les personnes à risque suicidaire et, pour chacun des cas, une décision est prise en équipe, (à savoir si une référence RÉMI est nécessaire ou non). Par la suite, au congé de chacun des patients ciblés, l'infirmière de liaison prend contact avec l'accueil du CLSC afin de signaler leur sortie de l'hôpital et leur référence dans le protocole.

▫ Les CLSC

Du côté des CLSC, l'implication des intervenants sociaux dans le protocole RÉMI réside principalement dans l'intervention sur le terrain et dans la relance téléphonique de la clientèle.

1. L'intervention sur le terrain

Sur le plan de l'intervention, la manière dont les intervenants sociaux sont impliqués est **variable selon les situations**. L'application du protocole est dite *plus systématique* lorsqu'il s'agit d'une situation de décès par suicide (postvention).

« En cas de décès, ça remonte à la Centrale Urgence-Détresse et là le protocole d'intervention de phase de choc s'applique et suit son cours. Si c'est une crise, c'est beaucoup du cas par cas; y a un premier contact par téléphone, mais l'intervenant raccroche souvent sans que son déplacement soit nécessaire. » - Répondant local

L'intervention est aussi **variable selon le moment de la journée ou de la semaine**. D'abord, pendant les heures d'ouverture des CLSC, les intervenants de l'accueil-évaluation-orientation (AEO) sont responsables de réaliser les interventions au besoin. Pour ces derniers, l'application du protocole RÉMI semble bien fonctionner, la collecte d'information ne faisant ressortir aucun élément particulier.

Par contre, le fonctionnement paraît plus complexe pour les situations de crise qui surviennent en dehors des heures d'ouverture des CLSC (soir, nuit ou fin de semaine). En fait, pendant ces périodes, des intervenants sociaux de garde s'associent à la CUD pour prendre en charge les interventions de terrain, s'il y a lieu. Peu importe le territoire de CSSS, ces derniers sont tous des *volontaires*, en ce sens qu'ils choisissent d'occuper cette fonction par intérêt personnel (goût du défi, intérêt à collaborer avec les policiers et les ambulanciers, intérêt financier, etc.).

Pour certains acteurs interrogés, cette notion de *volontariat* est avantageuse du fait que ces intervenants ont une motivation particulière à faire leur travail, ce qui teinterait positivement leurs interventions. Toutefois, du point de vue des policiers, un élément négatif est associé à cette réalité, soit le **délai de déplacement des intervenants de garde**. En fait, considérant l'étendue des territoires couverts par chacun des CSSS et l'absence de balises concernant le lieu de résidence des intervenants de garde¹⁸, leur temps de déplacement serait parfois trop long.

Face à cette situation, **différentes pistes de solution** sont mentionnées par les acteurs de l'un et l'autre des territoires.

- ♦ Fonctionner par **préalertes** chez les policiers : appel de l'intervenant de garde aussitôt qu'une situation d'urgence est connue (afin que ce dernier se prépare à sortir) et lui confirmer ultérieurement si son déplacement est nécessaire.
- ♦ Établir des **balises sur le lieu de résidence des intervenants de garde** (distance maximale entre le domicile des intervenants de garde et les limites du territoire couvert) en considérant notamment les conditions routières de chacun des territoires.
- ♦ Identifier des **« stations de relais »** dans chacun des territoires de CLSC, ceci afin que les policiers y conduisent les personnes en crise et que les intervenants s'y rendent pour les prendre en charge. (Cette piste de solution sous-entend que la distance serait moins longue à parcourir pour les intervenants et le délai d'attente moins long pour les policiers).
- ♦ Impliquer la **centrale d'appels d'urgence** de Chaudière-Appalaches (CAUCA-911) afin d'informer les intervenants plus rapidement.

18. Dans l'un des territoires, pour pouvoir être assignés à la garde de la CUD, les intervenants doivent pouvoir être sur les lieux d'intervention dans un délai maximum d'une demi-heure.

2. La relance téléphonique

Selon l'information colligée, la relance téléphonique en CLSC fonctionne généralement bien. Pour toutes les références RÉMI transférées au CLSC ou à la CUD, une relance est effectuée. Dans trois territoires, on mentionne qu'un protocole précis de relance téléphonique est utilisé. Dans l'un d'eux, l'envoi d'une lettre de relance est également effectué.

Ceci dit, peu importe le protocole de relance établi, la collecte d'information fait ressortir qu'environ la moitié de la clientèle référée au CLSC n'est pas rejointe dans le délai prévu. Selon les acteurs interrogés, ceci s'explique souvent par l'absence des individus à leur domicile (pas de réponse au téléphone) et par le fait que les coordonnées transférées par les hôpitaux sont invalides. Afin de joindre davantage d'individus, certains intervenants suggèrent que les coordonnées de la clientèle soient systématiquement validées avant leur sortie de l'hôpital. On lance également l'idée de questionner davantage les individus sur les modalités pour les joindre (où, à quel moment, chez qui, etc.).

Quelques policiers mentionnent aussi que, dans les cas de décès par suicide, une partie de la clientèle se perd au moment où ils proposent les services du CLSC à la famille endeuillée (refus de l'offre sur le lieu de l'événement). Certains intervenants de CLSC se questionnent donc sur la stratégie utilisée : doit-on offrir aux personnes endeuillées un soutien du CLSC ou les informer que le CLSC communiquera avec eux dans un bref délai afin de les soutenir? Ce questionnement laisse entrevoir une piste d'amélioration intéressante afin d'optimiser la postvention.

Les corps policiers et ambulanciers

L'information qui concerne les corps policiers et ambulanciers est présentée dans une section commune, considérant leurs réalités similaires.

Dans tous les territoires, sauf quelques exceptions, les services policiers (Sûreté du Québec, services policiers municipaux) et les services ambulanciers sont des partenaires qui collaborent généralement bien à l'application du protocole RÉMI. Leur compréhension du protocole est manifeste, tout comme leur volonté de partenariat avec le CSSS et la CUD.

Toutefois, la collecte d'information suggère que des ajustements seraient nécessaires dans quelques secteurs de MRC afin de faciliter l'application du protocole RÉMI pour les policiers et les ambulanciers. Voici les principaux éléments de contexte à considérer (la majorité touchant surtout les corps policiers).

1. L'arrimage complexe entre policiers, ambulanciers et urgence

L'intervention auprès de personnes vivant une problématique suicidaire implique régulièrement la triade *policiers-ambulanciers-urgence*. Pour ces derniers, les balises établies pour effectuer les références RÉMI ne semblent pas toujours claires ou convenables. Ainsi, plusieurs de ces partenaires soulignent leur besoin de clarification.

« Le problème, c'est d'avoir qui doit signaler projet RÉMI. Moi, comme policier, j'me sens pas concerné quand la personne est rendue à l'hôpital; je l'ai amenée dans le réseau de la santé, mon travail est fait. Par contre, si je fais une intervention et que personne d'autre ne passe après moi, pas de transport à l'hôpital, là j'me sens concerné, j'ai à signaler un projet RÉMI. » - Policier

2. La difficulté liée au manque de ressources policières dans les territoires ruraux

Dans certains territoires de MRC, la Sûreté du Québec est présente, mais il n'y a pas de corps policier municipal. Les patrouilleurs de la SQ couvrent ainsi les territoires de MRC – incluant les petits villages et les grands centres – avec un nombre de ressources limité en soirée et de nuit. S'ajoute à cette réalité la présence d'intervenants sociaux *volontaires* postés essentiellement dans les grands centres (comme relaté à la page précédente).

« C'est beaucoup plus simple pour eux d'amener les personnes en crise à l'hôpital, ça libère leur patrouilleur plus rapidement. Mais le projet RÉMI vise aussi à éviter d'amener systématiquement les gens à l'hôpital. Il faudrait trouver une autre solution. » - Répondant local

3. L'instabilité des ressources

Les corps policiers sont également à la merci du roulement de personnel. L'adhésion à la démarche semble donc variable en raison du manque d'information et du manque d'expérience dans l'application concrète du protocole chez les nouveaux arrivants.

Les autres partenaires

Quoique peu d'information soit disponible sur le sujet, les autres partenaires – essentiellement les centres d'écoute locaux et le centre jeunesse¹⁹ – sont de bons collaborateurs. Les collectes des données ont permis de comprendre que leur implication dans le protocole est moins importante, principalement en raison de leurs rôles différents et des clientèles particulières qui les concernent.

Par exemple, les centres d'écoute offrent un service d'écoute téléphonique à toute personne vivant une situation difficile. Ainsi, la clientèle représente souvent des personnes ayant besoin de parler, mais qui ne sont pas nécessairement en état de crise ou d'urgence suicidaire. C'est pourquoi, les centres d'écoute font peu de référence au protocole RÉMI.

Du côté du centre jeunesse, on explique que la problématique de suicide est courante, puisque les jeunes qu'il accueille vivent souvent des problématiques psychosociales sévères. D'ailleurs, les intervenants ont tous une formation spécialisée afin d'intervenir en cas de crise suicidaire. Toutefois, comme la clientèle des jeunes en institution est soumise à la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), ces derniers ne sont pas admissibles au protocole RÉMI. Le centre jeunesse est tout de même un partenaire du protocole RÉMI puisqu'il est régulièrement en lien avec des parents vivant des situations critiques ou de lourdes problématiques de santé mentale.

Globalement, malgré leur recours moindre au protocole RÉMI, ces partenaires mentionnent leur volonté de rester présents et impliqués dans le comité interpartenaires du protocole RÉMI.

La rétroaction à l'organisme référent

Les protocoles RÉMI de chacun des territoires ne prévoient pas de balises claires de rétroaction entre les partenaires à la suite d'une référence. Tout de même, dans certains territoires, on mentionne que des retours se font régulièrement entre partenaires de manière informelle surtout par contact téléphonique.

19. Dans l'un des territoires, un partenariat est aussi présent avec certains centres d'hébergement. Toutefois, la collecte des données n'a fait ressortir aucun élément d'information pour ces derniers, considérant le nombre peu élevé de cas qui nécessite le recours à leurs services.

Certes, cette notion de *rétroaction à l'organisme référent* a été reconnue – dans tous les territoires et par tous types de partenaires – comme une piste d'amélioration incontournable dans le fonctionnement du protocole RÉMI. En outre, pour certains policiers, des retours réguliers aux patrouilleurs ayant effectué les références permettraient de leur faire comprendre concrètement l'utilité du protocole et d'augmenter leur adhésion.

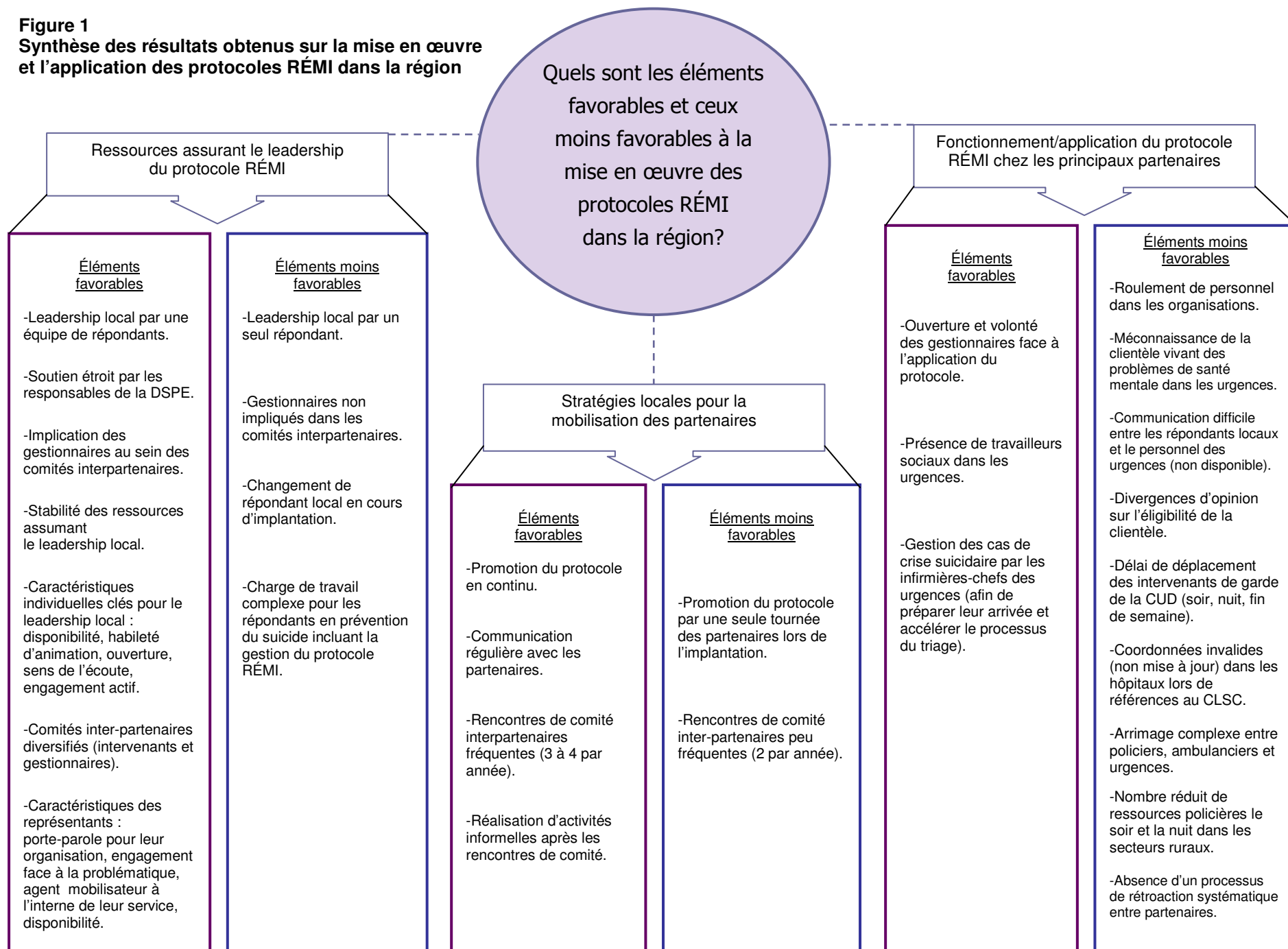
Les discussions ont fait ressortir la complexité d'une telle procédure considérant les réalités de travail différentes de chacun des partenaires. Elles ont aussi démontré la nécessité de discuter d'une telle mesure dans chacun des comités interpartenaires. Néanmoins, lors des entrevues, des répondants ont identifié des pistes intéressantes afin de répondre à ce besoin.

- ♦ **Produire des bilans périodiques sur les références effectuées** par chacune des unités du CSSS (leur provenance, leur profil, le taux de relance au CLSC, le taux de refus à la suite de la relance, les raisons de refus, etc.) et faire connaître ces bilans aux différents partenaires. Cette pratique permettrait, notamment, d'évaluer si le protocole est appliqué de manière adéquate par chacun.
- ♦ **Ajouter une nouvelle section au formulaire** afin qu'un partenaire qui prend en charge une personne suicidaire puisse effectuer un retour par télécopieur à l'organisme référent (soit en s'adressant à la personne qui siège sur le comité interpartenaires ou directement à l'intervenant ayant effectué la référence, selon les préférences de chaque organisme).
- ♦ **Créer une base de données commune qui permettrait à chacun des partenaires** d'inscrire une note de suivi sur la clientèle (par exemple sans transport à l'hôpital, hospitalisation en cours, congé de l'hôpital reçu, relance téléphonique effectuée, service du CLSC accepté ou refusé, etc.).

Synthèse des résultats

La figure suivante dresse la synthèse du dernier chapitre des résultats en identifiant les éléments favorables et ceux moins favorables au bon fonctionnement du protocole RÉMI dans la région.

Figure 1
Synthèse des résultats obtenus sur la mise en œuvre
et l'application des protocoles RÉMI dans la région



DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Sans être exhaustif, ce chapitre dresse une synthèse des principaux constats qui peuvent être tirés des résultats obtenus. Il présente également les quelques recommandations qui en découlent (sous forme de bulles informatives) et il se termine par l'identification des limites de cette étude.

Des retombées considérables, mais une fragilité toujours présente

Le volet qualitatif de cette étude évaluative avait d'abord pour objectif d'estimer les retombées du protocole RÉMI, comme perçues par les divers partenaires qui y participent dans la région. En regard aux résultats obtenus pour cette portion de l'évaluation, la pertinence et l'utilité de l'initiative ne font aucun doute. Par exemple, les gains mentionnés concernant le partenariat établi entre les différents secteurs d'activité impliqués sont considérables. Dans le contexte où l'initiative impliquait de réunir des acteurs de milieux diversifiés, tant au niveau de leurs mandats, de leurs cultures et de leurs structures organisationnelles, il ressort que l'implantation des protocoles RÉMI a permis de renforcer la collaboration entre chaque type de partenaires, de comprendre l'apport de chacun face à la problématique du suicide et de développer de nouvelles façons de collaborer.

L'utilité des protocoles a également été soulignée en ce qui a trait à la continuité des services pour le suivi de la clientèle suicidaire. De même, par un suivi plus rapide de la clientèle, RÉMI permettrait d'éviter plusieurs cas de récidives (de tentatives de suicide). En outre, les retombées intéressantes du protocole sur les services offerts aux proches des personnes suicidaires (la postvention) ont été mises en lumière. Impliquant un changement de pratique pour les intervenants des CSSS, les interventions de postvention seraient maintenant réalisées non seulement sur le lieu des événements, mais aussi à la suite des rituels funéraires.

En somme, l'initiative RÉMI, telle que conçue et implantée dans chacun des RLS de la région, semble avoir permis d'atteindre l'objectif premier qu'elle visait, soit celui d'*offrir des services continus aux personnes manifestant des idéations suicidaires, à leurs proches, ainsi qu'aux autres personnes endeuillées par un suicide.*

Néanmoins, au delà de ces retombées positives, les résultats obtenus concernant la mise en œuvre et l'application des protocoles RÉMI dans chacun des territoires suggèrent la fragilité toujours présente de la démarche en raison de sa nature intersectorielle. Les répondants locaux et régionaux considèrent ainsi qu'un travail d'harmonisation des pratiques en continu est nécessaire pour la poursuite et la réussite de la démarche dans chacun des territoires. Cette perception rejoint les écrits de référence sur l'action intersectorielle, lesquels soulignent notamment l'importance de cultiver l'intérêt, la mobilisation, la confiance et l'engagement des partenaires impliqués (MSSS 2008; Agence de santé publique du Canada 2007; White et coll. 2002). Il s'agit donc du grand défi à relever pour la suite de l'initiative RÉMI dans la région de la Chaudière-Appalaches, ce qui s'arrime d'ailleurs à la *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle* actuellement déployée dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Recommandation n°1

Mettre l'emphasis sur la promotion soutenue du protocole dans les RLS, à savoir en continuité et en intensité, de manière à cultiver l'intérêt, la mobilisation, la confiance et l'engagement des partenaires impliqués.

Des facteurs de réussite qui soulèvent la réflexion

Cette étude évaluative a permis de mettre en évidence différentes conditions essentielles au bon fonctionnement des protocoles RÉMI dans chacun des territoires. Au premier plan figure la qualité de la prise en charge locale de la démarche, non seulement en ce qui a trait aux caractéristiques individuelles clés pour assurer le leadership, mais également sur le plan structurel, concernant l'organisation des ressources.

Les résultats ont notamment soulevé des questionnements sur les mandats, les rôles et les responsabilités associés au poste de prévention du suicide, tout particulièrement pour la gestion locale des protocoles RÉMI. D'après les acteurs interrogés, la coordination d'une telle démarche requiert un investissement important, les différents partenaires devant être sensibilisés individuellement, mais aussi de manière collective. Pour maintenir l'intérêt et l'engagement de chacun, des rencontres régulières sont nécessaires, ce qui sous-entend également d'avoir du temps pour les organiser et les préparer. La coordination de RÉMI implique en outre de gérer les difficultés vécues au quotidien afin d'harmoniser

Recommandation n° 2

Engager une réflexion régionale, entre l'ASSS et les CSSS, sur le mandat, les rôles et les responsabilités des répondants locaux en prévention du suicide.

l'application du protocole entre les partenaires, chacun étant soumis à des exigences et des méthodes de travail qui lui sont propres et qui nécessitent parfois de faire des compromis. Ainsi, dans le contexte où les responsables de prévention du suicide sont présents localement depuis maintenant plus de dix ans et considérant l'évolution de leur mandat au fil des années, il paraîtrait nécessaire qu'une réflexion s'amorce régionalement et dans les CSSS afin de faire le point sur le mandat, les rôles et la charge de travail de ces ressources. Une telle réflexion pourrait notamment permettre de s'assurer d'une compréhension commune entre les CSSS et, éventuellement, de mettre en évidence des façons de travailler plus optimales pour les répondants locaux.

Par ailleurs, l'étude a permis de mettre en lumière différents éléments favorisant un meilleur leadership local pour la coordination du protocole. Mentionnons, entre autres, le fait d'assumer ses fonctions en équipe, qui – aux dires des répondants – permettrait à la fois le partage de la charge de travail et la mise à profit des forces de chacun des membres selon leurs compétences, leurs connaissances particulières et leurs rôles dans l'organisation. D'ailleurs, les écrits consultés soulignent le volume de ressources accordé pour la conception et la réalisation d'initiative intersectorielle comme l'une des principales conditions structurelles de réussite.

En outre, sur le plan du leadership interne au sein de chacun des services signataires, les résultats ont fait ressortir l'importance du choix des représentants de chacun des secteurs d'activité afin que les comités interpartenaires RÉMI soit efficaces et que la démarche soit portée adéquatement dans les différentes organisations. À ce propos, l'Agence de santé publique du Canada (2007) parle de l'importance de former des comités stables, composés de personnes ouvertes au travail de coopération et dotées de réseaux de soutien pertinents. De telles considérations pourraient peut-être inciter les différents secteurs d'activités impliqués dans l'initiative RÉMI à jeter un regard critique sur les personnes responsables de la mise en œuvre du protocole dans leurs organisations.

Des ajustements concrets dans l'application du protocole

Le volet qualitatif de cette évaluation avait également pour objectif de mettre en évidence des pistes d'amélioration ou d'action pouvant être mises en place pour optimiser l'utilisation du protocole RÉMI dans les RLS. Les résultats obtenus, entre autres, concernant la mise en application du protocole dans les hôpitaux ont été révélateurs. Ils ont notamment permis de comprendre que les unités d'urgence occupent un rôle central dans le déploiement des protocoles RÉMI, puisque les personnes vivant une problématique suicidaire passent, en grande proportion, par ce service. Or, les résultats ont aussi suggéré que, dans deux des territoires à l'étude, les urgences des hôpitaux représentent des unités où le partenariat est moins bien établi et le protocole plus ou moins bien rodé. À priori, ces constats laissent voir que, malgré la fusion des établissements en CSSS, les échanges demeurent plus ou moins fluides à l'intérieur du réseau (secteur CLSC versus hôpitaux). À cet effet, il était attendu que la communication et le partenariat soient mieux développés au sein des CSSS. Ceci dit, des pistes concrètes visant une plus grande adhésion du personnel des urgences face au protocole se dégagent particulièrement des résultats obtenus. En voici des exemples :

- **Pour favoriser une meilleure communication entre les responsables locaux assurant la coordination du protocole RÉMI et le personnel des urgences**, des moments propices aux discussions pourraient être organisés. Ainsi, des réunions formelles pourraient être prévues pendant les heures de travail rémunérées où le personnel des urgences serait libéré (par exemple par équipes de quart de travail).
- **Pour favoriser une meilleure compréhension de la clientèle vivant des problèmes de santé mentale dans les urgences**, des activités de sensibilisation auprès du personnel pourraient être planifiées (par exemple des rencontres d'échanges sur les personnes vivant des problèmes de santé mentale et sur les épisodes de crises caractéristiques de la clientèle qui passe dans les urgences). Selon les résultats obtenus, ces activités devraient plus spécialement viser à réduire les préjugés sur les maladies mentales, à accroître les connaissances sur le sujet et à favoriser le développement d'une attitude plus compréhensive à l'égard des personnes atteintes.

Recommandation n° 3

Revoir avec les partenaires des CSSS les critères d'éligibilité de la clientèle, ceci dans l'objectif que tous possèdent une vision commune et que l'utilisation du protocole soit maximisée.

Il paraît aussi nécessaire de souligner un autre élément relevé sur l'application du protocole dans les hôpitaux, à savoir les points de vue discordants concernant l'éligibilité de la clientèle. En fait, les entrevues réalisées ont démontré que les répondants locaux et le personnel des unités de psychiatrie n'avaient pas une compréhension commune sur la clientèle qui devrait être référée au protocole RÉMI à la suite d'une longue période d'hospitalisation. Puisque la littérature révèle le risque notoire de récurrence chez les personnes suicidaires ayant été admises dans un hôpital et l'importance d'impliquer ces personnes dans un suivi dans les

jours suivants leur sortie de l'hôpital (Houle et Poulin

2009; Troister et coll. 2008; ASSS de Chaudière-Appalaches 2006; Ping Qin 2005), il paraîtrait important que des échanges et des clarifications soient faites sur le sujet, du moins dans les territoires concernés.

Les résultats obtenus ont également permis d'identifier des pistes d'amélioration intéressantes sur le fonctionnement du protocole du côté des corps policiers et ambulanciers. Ils ont fait ressortir, entre autres, un besoin de clarification manifeste concernant l'arrimage entre les policiers, les ambulanciers et les urgences. De plus, ils ont mis en évidence la

Recommandation n° 4

Discuter localement, dans les comités inter-partenaires, de pistes de solutions afin de faciliter l'arrimage entre les policiers des secteurs ruraux et les intervenants sociaux de garde.

nécessité d'une réflexion plus approfondie sur la réalité des policiers des territoires ruraux qui fonctionnent avec un nombre limité de ressources en soirée et la nuit, ceci en lien avec la réalité des intervenants sociaux de garde. D'ailleurs, les résultats obtenus sur le sujet ont permis d'identifier des pistes de solutions tangibles afin de réduire les délais de déplacements des intervenants de garde (voir page 10). Ces pistes de solution, qui interpellent les policiers et les CSSS (secteur CLSC), mériteraient certes d'être rediscutées localement dans les rencontres de comité interpartenaires.

En regard aux entrevues réalisées et, puisque les policiers s'avèrent des partenaires précieux et incontournables, il y aurait peut-être aussi lieu d'intensifier la sensibilisation de ces derniers. Les policiers sont de bons collaborateurs, mais il peut demeurer plus « facile » pour certains d'amener la clientèle à l'hôpital. En ce sens, il paraîtrait important de faire valoir aux policiers les bienfaits que peut leur apporter l'application du protocole RÉMI et le rôle crucial qu'ils occupent notamment en permettant aux personnes auxquelles ils viennent en aide, qui ne nécessitent pas d'hospitalisation, de bénéficier des services de CLSC.

Recommandation n° 5

Déterminer localement, dans les comités interpartenaires, comment la rétroaction à l'organisme référent pourrait se concrétiser.

En terminant, les résultats ont également suggéré une piste d'amélioration incontournable concernant l'utilisation du protocole RÉMI, soit celle portant sur la *rétroaction à l'organisme référent*. Puisque, dans tous les territoires, la plupart des partenaires ont manifesté leur souhait à cet égard, il sera certes nécessaire que cette option soit réfléchi et examinée dans les CSSS. Une telle perspective aura sans doute également l'effet de maintenir, voire d'accentuer, l'intérêt et l'engagement des différents participants dans la démarche.

Quelques limites de l'étude

Certains facteurs limitent la portée de cette étude. Par exemple, le petit nombre d'entrevues réalisées a pu causer un biais de sélection. Ceci a pu faire en sorte que les points de vue recueillis ne soient pas représentatifs de l'opinion de tous les acteurs impliqués dans la démarche. Toutefois, la richesse des renseignements obtenus, particulièrement sur les éléments favorables et ceux moins favorables à la mise en œuvre des protocoles, permet de croire que les entrevues ont permis une bonne représentativité des acteurs pertinents.

D'autre part, ce volet qualitatif de l'évaluation a mis en lumière les forces et les difficultés vécues dans l'application du protocole au moment de la collecte d'information. Par contre, il a peu approfondi le vécu antérieur des partenaires, lors des premières années d'implantation. Ceci aurait été enrichissant pour les autres régions qui n'ont pas encore implanté un tel protocole.

Il aurait aussi été intéressant de questionner des individus ayant bénéficié d'une référence dans le protocole RÉMI, à savoir des personnes ayant vécu un épisode suicidaire ou des personnes endeuillées par suicide. Ceci aurait permis notamment de comprendre les retombées positives de la démarche telles qu'elles sont perçues par la clientèle.

Malgré ces limites, la méthodologie utilisée dans cette étude a permis d'approfondir en quoi consiste le protocole RÉMI, de même que les différents éléments qui influencent son application dans la région. Ayant mis en évidence des éléments favorables et différentes pistes d'amélioration, ce volet qualitatif sera certainement utile afin d'optimiser le fonctionnement des protocoles RÉMI dans chacun des territoires de RLS de Chaudière-Appalaches. De plus, les résultats seront sans doute utiles pour l'exportation de cette approche intersectorielle novatrice dans d'autres régions.

CONCLUSION

La première partie de cette évaluation – son volet quantitatif – avait d’abord permis de répertorier un nombre de projets RÉMI élevé globalement dans la région, ce qui suggérait un niveau d’utilisation intéressant du protocole. Toutefois, cette partie de l’étude avait aussi permis de constater des écarts d’utilisation entre chacun des territoires de RLS. Le volet qualitatif – qui fait l’objet du présent document – a donc permis de mieux comprendre ces variations en identifiant divers facteurs favorables et moins favorables au déploiement de la démarche, tout en suggérant diverses pistes d’amélioration, qui permettront sans doute d’accroître et d’optimiser l’utilisation du protocole dans les territoires concernés.

En outre, ce volet qualitatif a mis en lumière les retombées positives considérables associées au protocole RÉMI, entre autres, concernant le partenariat établi et l’offre de service continu aux personnes vivant une problématique suicidaire, leurs proches et les personnes endeuillées par un suicide. Par contre, il a aussi permis de comprendre la complexité de la démarche en raison de sa nature intersectorielle et la fragilité toujours présente du partenariat qu’elle implique. Puisque chaque secteur d’activité impliqué possède des exigences et des méthodes de travail qui lui sont propres, un travail d’harmonisation des pratiques en continu est nécessaire pour la poursuite et la réussite de la démarche dans chacun des territoires.

En bref, par analogie à la graine semée, cette étude démontre que le protocole RÉMI est une plante rare, qui demande beaucoup de soins, mais dont la récolte est avantageuse.



RÉFÉRENCES

- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2007). *Au croisement des secteurs - expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*, [En ligne], <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index-fra.php> (Consulté en mai 2011).
- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (1999). *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, préparé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP), [En ligne], <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/collab/link-con-fra.php> (Consulté en juin 2011).
- BABIN, J., BOURGAULT, V., DESHAYE, D. (2008). *Guide pratique pour intervenir dès la phase de choc à la suite d'un suicide : la postvention en Chaudière-Appalaches, une approche globale*, Direction de la santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches, 27 p., [En ligne], <http://www.prevenirlesuicide.com/archives/publications/Guidepratique-Phasedechoc1.pdf> (Consulté en août 2011).
- GAUTHIER, L., et A.-M. LANGLOIS (2008), *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 p.
- HOULE, J. & POULIN, C. (2009). *Le suivi des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 94 p.
- JOBIN, L. (1997). *Plan d'action global pour prévenir le suicide dans la région Chaudière-Appalaches*. Sainte-Marie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 14 p.
- LANE, J., J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 99 p.
- PING, Qin (2005). "Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization : Evidence Based on Longitudinal Registers", *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, p. 427-432, [En ligne], <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/62/4/427> (Consulté en septembre 2011).
- SÉGUIN, M., ROY, F., BOUCHARD, M., GALLAGHER, R., RAYMOND S., GRAVEL C., et BOYER, R. (2004). *Programme de postvention en milieu scolaire : Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide*. Montréal, Éditions AQPS, 81 p.
- ST-HILAIRE, E., PARÉ, L. et L. ROY (2006). *La problématique du suicide : rapport du directeur de santé publique sur la santé de la population de Chaudière-Appalaches*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, vii, 51 p.
- TROISTER, T., P.S. LINKS et J. CUTCLIFFE (2008). "Review of predictors of suicide within 1 year of discharge from a psychiatric hospital", *Current Psychiatry Reports*, vol. 10, n°1, février, p. 60-65.
- WHITE, D., JOBIN, L., McCANN, D., et MORIN, P. (2002). *Pour sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle en santé mentale*, Montréal, Les publications du Québec, 460 p.

