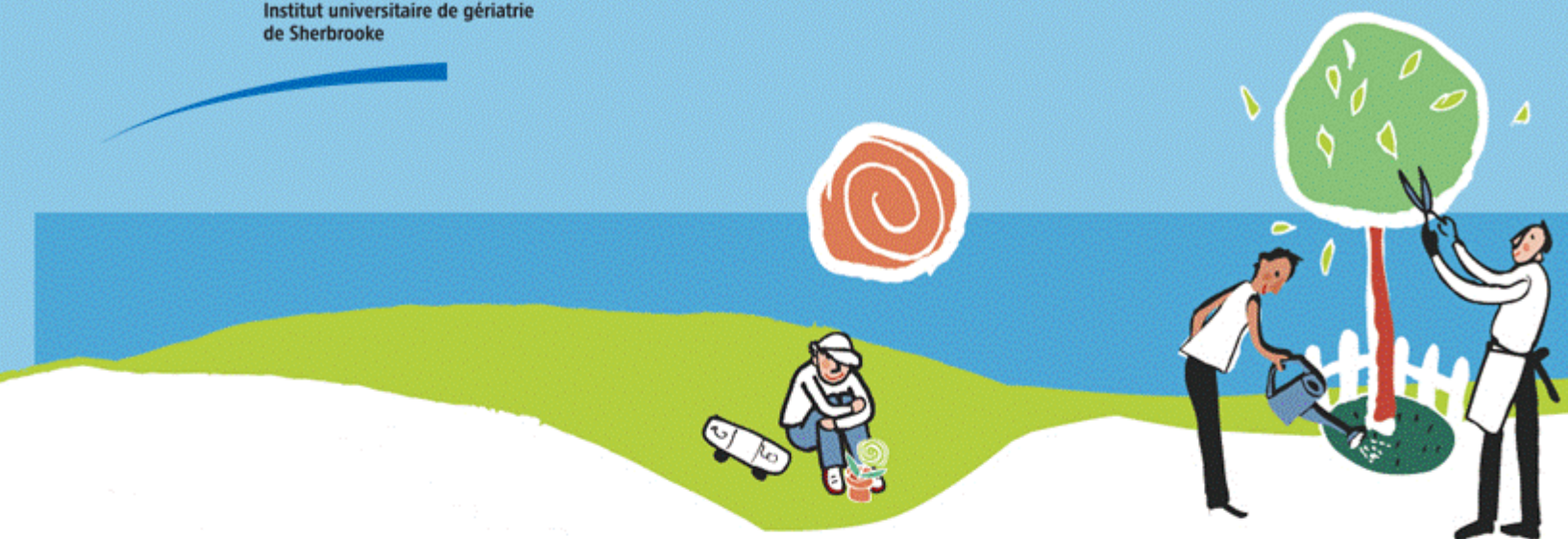
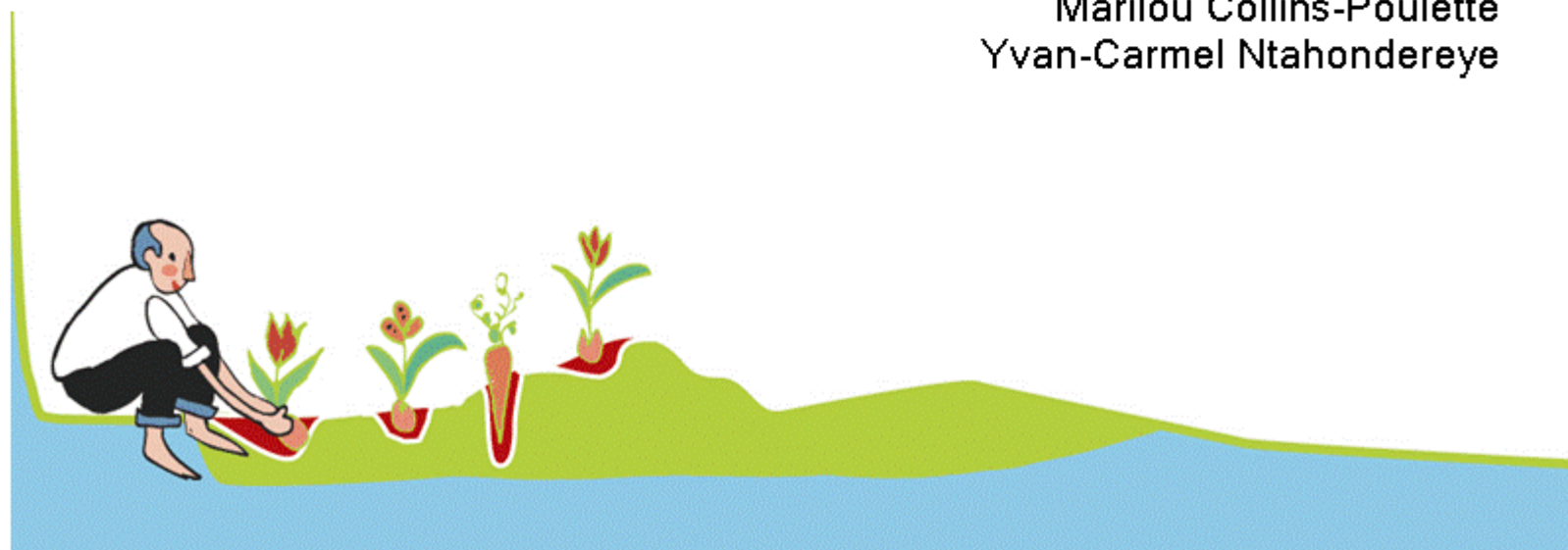




LA SCHÉMATISATION DES PROCESSUS DE PRÉVENTION DU SUICIDE À L'INTÉRIEUR DE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE LA VILLE DE SHERBROOKE

RAPPORT DE RECHERCHE

Mélissa Allard
Jean-Simon Bhérer
Marilou Collins-Poulette
Yvan-Carmel Ntahondereye



Rapport
**« La schématisation des processus de prévention du suicide à l'intérieur de réseau
local de services de la ville de Sherbrooke »**

Travail réalisé dans le cadre du cours
Management par les processus
MMP805

Travail présenté à
Monsieur Guy Bertrand

Travail réalisé par :
Mélissa Allard
Jean-Simon Bhérer
Marilou Collins-Poulette
Yvan-Carmel Ntahondereye

Novembre 2008
Faculté d'administration
Université de Sherbrooke



Rédaction

Mélissa Allard, Jean-Simon Bhérer, Marilou Collins-Poulette, Yvan-Carmel Ntahondereye
Faculté d'administration, Université de Sherbrooke

Révision linguistique

Nancy Hamel, Direction de la coordination et des affaires académiques
Hélène Thibault, Direction de la coordination et des affaires académiques

Mise en pages

Marie-Ève Latulippe, Direction de la coordination et des affaires académiques



Le CSSS-IUGS est un centre affilié universitaire (CAU) du secteur social et un institut universitaire de gériatrie (secteur santé)

Vous pouvez obtenir ce document à l'adresse suivante :

Guichet de la DCAA

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Direction de la coordination et des affaires académiques
500, rue Murray, bureau 100
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
819 562-9121, poste 47200
sgrimard.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

ISBN-13 : 978-2-922997-97-2 (Version PDF)

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2009

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives du Canada 2009

© 2009 Mélissa Allard, Jean Simon Bhérer, Marilou Collins-Poulette,
Yvan-Carmel Ntahondereye, Faculté d'administration, Université de Sherbrooke
Il est illégal de reproduire une partie quelconque de ce document sans l'autorisation des
auteurs. La reproduction de cette publication, par quelque procédé que ce soit, sera
considérée comme une violation du droit d'auteur.

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Mise en contexte	1
3.	Méthodologie	3
4.	Cartographie des processus, des explications et des faits saillants	5
4.1.	JEVI	5
4.2.	CSSS	6
4.3.	CHUS Hôtel-Dieu-Urgence santé mentale	11
4.4.	Accueil Poirier	13
4.5.	L'Autre Rive	14
4.6.	La Cordée	16
4.7.	APPAMM-Estrie	17
4.8.	Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison St-Georges (Centre de réadaptation, dépendance et santé mentale de l'Estrie)	19
4.9.	Pro-Def Estrie	21
4.10.	911 et Services policiers	23
5.	Recommandations	24
6.	Pistes de recherche	26
7.	Conclusion	28
8.	Remerciements	29
	Annexe 1 Grille d'entrevue	31

1. Introduction

Véritable fléau mondial, le suicide connaît depuis plusieurs années une progression constante dans de nombreux pays. Souvent davantage touchés que les pays du Sud, les pays du Nord dont le Bélarus, la Belgique, la Finlande et le Canada, présentent des statistiques de suicide alarmantes¹. Désormais, les lésions de types auto-infligées ayant causé la mort représentent une des causes de décès prématuré les plus importantes chez les Québécois, surtout chez les jeunes hommes². Il importe donc d'agir de façon rapide, efficiente et efficace afin de trouver une solution pour guérir ce mal de vivre qui afflige, chaque jour, de plus en plus, un bon nombre de personnes de notre société et de notre planète.

Souhaitant apporter un baume durable sur la problématique du suicide, le Gouvernement a récemment mandaté le CSSS-IUGS pour effectuer la rédaction d'un guide de bonnes pratiques en prévention du suicide. Ainsi, dans l'optique de parvenir à une meilleure compréhension globale du cheminement d'un individu suicidaire parmi les différents établissements du réseau local de services, un projet de « mapping » des processus nous a été proposé, projet que nous avons immédiatement accepté. Le présent rapport consiste donc en un bref compte rendu de nos observations sur le terrain, une cartographie avancée des processus réels impliqués dans la prévention du suicide dans la région ainsi qu'en une énumération sommaire des différentes recommandations et des suggestions qui découlent de notre travail de « consultation ».

2. Mise en contexte

Dans le cadre de notre cours « Management par les processus » (MMP 805), nous avons reçu une proposition de mandat de la Direction de la coordination et des affaires académiques (DCAA) du Centre de santé et de services sociaux–Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) dans le cadre de l'élaboration d'un guide de

¹ http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html

² http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf/gen_vol2-3.pdf

bonnes pratiques en prévention du suicide pour les praticiennes et les praticiens des CSSS.

Notre mandat consistait principalement à « Élaborer un schéma qui illustrerait concrètement les cheminements probables de la personne suicidaire dans la gamme des services sherbrookoïsis qui s'offrent à elle. »

Concrètement, dans le cadre du cours « Management par les processus », l'illustration des cheminements probables de la personne suicidaire consiste à schématiser ou à cartographier (« mapping ») les processus organisationnels liés au programme interne de référence, de prise en charge et de suivi des personnes ayant des idéations suicidaires à l'intérieur du réseau d'intervenants reliés aux CSSS de la région de Sherbrooke.

Offre de service modifiée

Dans notre offre de service originale, nous proposons de définir, pour faire suite à la cartographie des processus en prévention du suicide, les rôles, les fonctions, les responsabilités ainsi que les compétences requises chez chacune des organisations intervenantes impliquées dans le système. De plus, notre équipe allait s'assurer de la validation des résultats de la schématisation auprès des personnes informatrices clés.

En raison d'une contrainte de temps et après consultation avec Mme Lane, nous avons convenu de nous limiter à la cartographie des processus, à une définition sommaire des rôles, des responsabilités et des compétences des intervenants identifiés, à une identification des critères de référence et de suivi des personnes ayant des idéations suicidaires ainsi qu'à des recommandations que nous aurons tirées du travail sur le terrain effectué grâce aux entrevues menées.

Pourquoi cartographier ou faire un « mapping » de processus?

La cartographie ou le « mapping » d'un processus consiste à effectuer une représentation graphique de la séquence des étapes utilisées pour générer un livrable. Dans le cas présent, il s'agit de représenter graphiquement les cheminements possibles

d'une personne présentant des idéations suicidaires, dès le moment où elle entre dans le processus par les différentes portes d'entrée (établissements publics, organismes communautaires, écoles, etc.), jusqu'à sa sortie (guérison, suivi à long terme, etc.), en passant par son évaluation et son traitement par les différents professionnels.

Le « mapping » permet de visualiser des systèmes complexes en se donnant une vision commune du processus, reconnue et comprise par tous. Il permet d'identifier les processus qui portent à confusion et donne l'opportunité d'opérer des changements dès que l'on réalise la présence d'écarts entre le processus réel et celui souhaité.

La cartographie des processus de prévention du suicide permettra de prendre conscience des opportunités d'amélioration. Une cartographie peut donc faire ressortir des activités à valeur non-ajoutée, comme un dédoublement d'activités, des étapes inutiles ou des décisions et des approbations superflues, retardant la prise en charge de la personne suicidaire dans le processus.

La cartographie des processus de prévention du suicide permettra d'identifier et de préciser les limites du processus (étapes de départ et de fin), d'identifier les services impliqués et les groupes ou les acteurs clés, d'indiquer chaque étape dans un ordre séquentiel de la gauche vers la droite en utilisant des verbes d'action, de reconnaître les responsabilités et d'ajouter les délais ou le temps de chaque activité.

3. Méthodologie

Approche employée

Pour la réalisation du présent travail de recherche, l'approche de type appliquée a été privilégiée. Ainsi, les informations que présente ce rapport sont issues d'observations réelles réalisées sur le terrain et débouchent sur des recommandations concrètes liées directement à l'objet de notre étude.

Méthode de collecte de données

Principalement, les données utiles à la réalisation de cette analyse terrain ont été recueillies grâce à de nombreuses entrevues en personne. Effectivement, un total de 14 intervenants en provenance d'organismes et de services divers œuvrant dans le réseau local de la santé de Sherbrooke ont été rencontrés et leur expertise pratique en matière de prévention du suicide a été sollicitée. Les personnes rencontrées avaient été ciblées et identifiées par Mme Julie Lane, la responsable en organisation chargée de la supervision de ce projet. Il semblerait qu'aucune technique d'échantillonnage formelle n'a été employée (échantillonnage de convenance, surtout); par contre, il est possible d'affirmer que les personnes rencontrées ont été sélectionnées en fonction du rôle qu'elles jouent en matière de prévention du suicide. De plus, il semble important de mentionner que notre échantillon contient des gens de divers niveaux hiérarchiques. Conséquemment, nos recommandations s'appuient tant sur les informations en provenance du sommet que de la base.

Par un souci d'adaptabilité et de profondeur, la méthode d'entrevue employée est celle de type semi-dirigée. Chaque personne rencontrée était donc invitée à élaborer sur différents thèmes présélectionnés se retrouvant sur notre canevas d'entrevue (voir Annexe 1).

Outils utilisés

Lors des entrevues, la prise de notes était la principale technique utilisée pour consigner les données et l'information obtenues. L'utilisation de l'ordinateur fut néanmoins requise pour la schématisation des processus liés à ce projet.

Biais

Dans la mesure du possible, un minimum de deux étudiants de notre équipe se présentaient à l'entrevue afin d'assurer une meilleure compréhension des informations fournies par l'interviewé et, surtout, pour minimiser les risques de biais liés à la subjectivité personnelle. Subséquemment, la triangulation au niveau des observateurs a été employée. Par contre, le bref délai de réalisation et de remise du projet auquel nous

étions confrontés a rendu impossible d'organiser avec les acteurs en organisation une rencontre finale afin de pouvoir valider l'esquisse finale de notre schématisation.

4. Cartographie des processus, des explications et des faits saillants

4.1. JEVl

Description

Depuis maintenant plusieurs années, l'organisme communautaire JEVl joue un rôle actif de soutien à la population dans la région de l'Estrie. Grâce à une mission centrale de prévention du suicide à laquelle se rattache une volonté certaine d'épauler les proches endeuillés ou non des individus ayant manifesté des idéations suicidaires, JEVl fournit à l'ensemble de la population une oreille attentive et un cœur prêt à aider. Plutôt vaste, la clientèle cible de l'organisation est de tous les âges et provient de tous les milieux. Afin de desservir ses bénéficiaires de la manière la plus adéquate et flexible possible, JEVl offre une gamme de services variés qui englobent, notamment, le suivi thérapeutique individualisé, les groupes d'appui, la formation dans le milieu, etc. Bref, il est possible de constater que l'organisme JEVl ne limite pas son action à la prévention du suicide, mais il se dévoue également à la promotion du mieux vivre individuel et collectif.

Explication du « mapping »

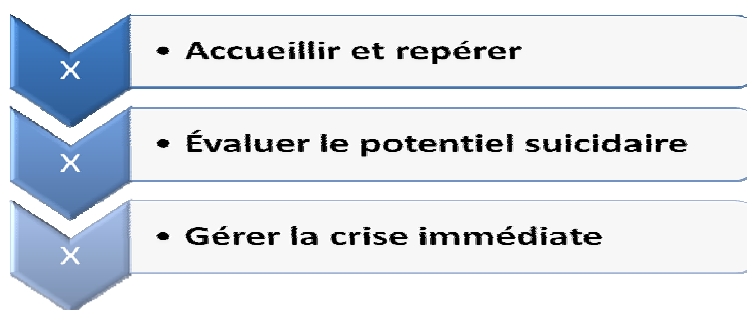
En premier lieu, il faut mentionner qu'à peu près tous les organismes rencontrés réfèrent leurs clients vers JEVl, s'ils ont des idéations suicidaires, ce qui explique le grand nombre de connecteurs entrant à JEVl. Le processus commence le plus souvent par un appel, mais ce peut être aussi par une visite. L'intervenant procède alors à une évaluation du potentiel suicidaire qui combine l'urgence suicidaire (COQ) et le risque suicidaire (présence de facteurs de risque, historique, etc.). Si le potentiel est faible, on procède à la gestion de la crise, puis on décide du suivi à faire : il peut arriver que la personne n'ait pas besoin de suivi, ce qui signifie la fin du processus. Il se peut également qu'on lui fasse un suivi à l'interne ou qu'elle soit référée à l'externe (vers d'autres ressources, principalement, le CSSS). Si le

potentiel est de moyen à élevé, on peut décider de gérer la crise sur place ou de référer au CHUS, si la situation l'exige. Si l'on gère à l'interne, on va ensuite faire le suivi intensif puis, éventuellement, référer au CSSS. Si la personne présente des problèmes de santé mentale non stabilisés, on gère la crise immédiatement, puis, elle est tout de suite référée au CHUS.

Il est intéressant de noter que les personnes référées au CHUS peuvent être retournées vers JEVI par le CHUS une fois qu'elles obtiennent leur congé. De plus, JEVI peut recevoir du feedback au sujet des personnes qu'elles réfèrent au CHUS.

Un superviseur clinique est disponible pour les intervenants s'ils ont besoin de conseils ou de validation, lors du suivi d'un client.

Compétences



4.2. CSSS

Description

Le CSSS-IUGS est formé de plusieurs directions, qui elles-mêmes sont formées de plusieurs équipes, pour mener à bien sa mission qui est « d'améliorer la santé et le bien-être de toute la population dont il est responsable. » La Direction des services généraux et des programmes spécifiques aux adultes (DSGPSA), la Direction des services et programmes aux personnes âgées ou en perte d'autonomie (DSPPAPA) et la Direction des services et programmes spécifiques aux enfants, aux jeunes et à leur famille (DSPEFJ) sont les directions qui nous intéressent le plus. La

cartographie a été effectuée pour Urgence-Détresse et l'équipe santé mentale de la DSGPSA, malgré que la cartographie d'Urgence-Détresse demeure à valider. Il aurait été intéressant de faire celle de la DSPPAPA, mais des contraintes ne nous l'ont pas permis.

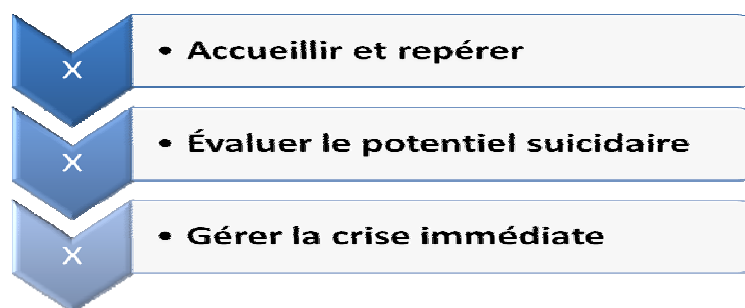
Description d'Urgence-Détresse

Urgence-Détresse est un service d'aide téléphonique et face-à-face pour les personnes en détresse psychosociale. Il fait partie de l'équipe de suivi psychosocial qui a pour clientèle des gens vivant des problématiques situationnelles et transitoires. Il offre des services de gestion de crise et d'accompagnement.

Explication du « mapping » (Urgence-Détresse)

Lorsqu'Urgence-Détresse reçoit un client ayant des idéations suicidaires, elle commence par évaluer l'urgence suicidaire. Si elle est faible, on procédera à une gestion de crise immédiate, puis on décidera de l'équipe de suivi, à l'interne, vers laquelle réfèrera le client. Si l'urgence est élevée, on gèrera la crise puis on effectuera un suivi intensif avant de référer le client vers une équipe de suivi à l'interne. Par contre, si le client présente des problèmes de santé mentale non stabilisés, on procédera à une gestion de crise immédiate pour ensuite le référer vers le CHUS-Hôtel-Dieu. Le processus se termine alors par des références vers d'autres ressources qui prendront la suite de l'intervention. Le dossier pourra être passé à l'équipe de suivi, surtout si elle est à l'interne et si le client l'accepte.

Compétences (Urgence-Détresse)



Description Équipe « santé mentale »

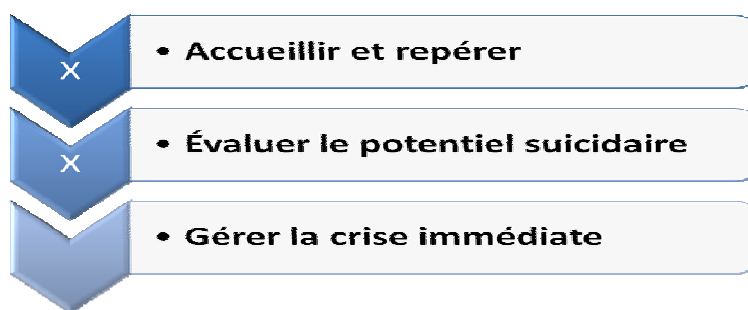
L'équipe « santé mentale » regroupe plusieurs types d'intervenants, infirmiers(ères), travailleurs(euses) sociaux et psychologues et offre des services de suivi thérapeutiques à une clientèle adulte qui présente des troubles sévères et persistants. La durée du suivi peut être de 6 mois à 2 ans et des services d'accompagnement vers les autres ressources du milieu, pour aider à la remise sur pied de la vie du client, sont également offerts. Généralement, l'équipe prend en charge des clients qui possèdent déjà un diagnostic en santé mentale, mais il est intéressant de mentionner que tous les intervenants de cette équipe sont sur le point d'être formés par rapport à la problématique du suicide chez JEVI. À l'avenir, ils partageront un même vocabulaire relativement à la prévention du suicide, ce qui pourra améliorer les échanges quant à ce sujet. De plus, la mise sur pied d'un système de supervision clinique, tout comme chez JEVI, aidera sûrement à tenir à jour les types d'interventions à mettre en place.

Explication du « mapping » (équipe « santé mentale »)

Les clients référés à l'équipe « santé mentale » peuvent provenir de plusieurs organisations, comme le montrent les nombreux connecteurs sur le « mapping », mais ils ne peuvent pas être pris en charge directement par l'équipe. Ils doivent, en effet, passer par l'accueil ou Urgence-Détresse. Le client doit d'abord être évalué au guichet d'accès en santé mentale. Généralement, il n'est pas en crise suicidaire quand il arrive à cette étape. S'il arrivait qu'il ne soit pas stabilisé, un intervenant devrait d'abord s'assurer que la crise soit gérée et stabilisée. On procède alors à l'évaluation du client, son cas passe au triage et est priorisé, si nécessaire. S'il ne se qualifie pas pour les services de l'équipe en santé mentale, il sera référé vers le CHUS-Hôtel-Dieu. S'il a besoin de soins de 2^e ligne, il sera dirigé vers d'autres équipes à l'interne ou vers des ressources communautaires. Il se peut que le client soit pris en charge pour certaines problématiques par l'équipe « santé mentale », et, en même temps, référé à l'externe pour le suivi d'autres problématiques. Ce sera l'agente de liaison qui s'occupera de coordonner ces références et le PSI (plan de soins personnalisé), s'il y a lieu.

Si le client se qualifie pour recevoir un suivi de l'équipe « santé mentale », on le priorisera, selon sa situation et ses besoins, et on mettra son nom sur une liste d'attente pour voir un intervenant. Il faut compter de trois à six mois pour obtenir un suivi avec un intervenant. Pendant cette période, on outille le client avec des numéros de téléphone (Urgence-Détresse, intervenant de garde), en cas de besoin ou de crise. Le client entreprendra ensuite une série de rencontres de suivi pendant lesquelles l'intervenant accompagnera celui-ci dans une démarche de reprise en main de sa vie. Le suivi pourra durer de six mois à deux ans, après quoi le client devrait arriver à la fin du processus.

Compétences (équipe « santé mentale »)



La gestion de crise peut être faite par les intervenants pour une personne dont ils font le suivi, mais ce n'est pas leur mandat premier. Les clients ne devraient pas être en crise lorsqu'ils arrivent à l'équipe santé mentale.

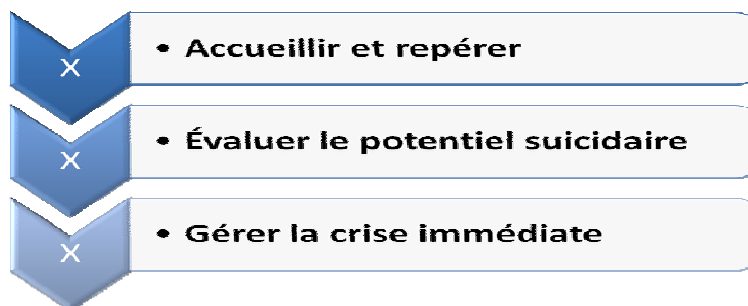
Description Équipe « enfance, jeunesse et famille »

Cette équipe traite les problématiques psychosociales chez les clients mineurs et dans les situations où des mineurs sont impliqués (ex : un parent souffre de dépression et cela a des répercussions sur ses enfants). Après avoir rencontré une intervenante de l'équipe de suivi « enfance, jeunesse, famille », il a été possible de constater que les membres de ce département interagissent, seulement de façon occasionnelle, avec des individus manifestant des idéations suicidaires.

Explication du « mapping » (équipe « enfance, jeunesse, famille »)

Pour résumer brièvement cette cartographie, les individus souhaitant avoir accès à des soins sociaux ou de santé se présentent habituellement au CLSC du 50, de la rue Camirand. Le poste de triage (Accueil) rencontre les personnes, priorise ou non leur cas et les oriente dans le réseau, en fonction de leurs besoins. Les listes d'attente des diverses équipes de suivi sont longues, ce qui occasionne un délai additionnel dans les processus. Ce délai peut varier de 0 à quelques mois, avant une prise en charge par la ressource appropriée. Une fois attribué à un intervenant du réseau qui s'occupera de lui, il arrive qu'un individu mentionne, par téléphone ou encore en personne, le fait d'avoir des idées suicidaires. N'étant jamais prises à la légère, les idées suicidaires nécessitent une évaluation immédiate de l'urgence et parfois du risque suicidaire par l'intervenant. Le « COQ » (Comment? Où? Quand?) est donc utilisé afin de mesurer l'imminence de la manifestation d'un comportement suicidaire. Il est important de mentionner ici que certains des intervenants possèdent une formation en ce qui a trait à la prévention suicidaire qui date de plusieurs années, alors que, d'autres n'en ont tout simplement jamais reçue. Il arrive donc que certains intervenants cherchent à obtenir, dans pareilles situations, une aide à l'interne et/ou à l'externe afin de mieux faire face à la crise suicidaire et ainsi mieux supporter l'individu dans sa détresse.

Si l'urgence suicidaire est faible ou modérée, l'intervenant outille habituellement son client d'une liste des numéros de téléphone des ressources locales susceptibles de l'aider dans le cas de récurrence de pensées noires. Si à l'opposé, la crise est sévère chez l'individu, l'intervenant va gérer celle-ci sur-le-champ avec l'individu et tenter de convenir avec lui d'un pacte de non-suicide. Si l'intervenant est persuadé que l'individu risque de passer à l'acte dans moins de 24 heures, il oriente son client vers l'urgence. Dans une telle situation, l'accompagnement se fait, soit par l'intervenant lui-même, soit par un proche de l'entourage du client.

Compétences (équipe « enfance, jeunesse, famille »)**4.3. CHUS Hôtel-Dieu « Urgence santé mentale »****Description**

L'« urgence santé mentale » du CHUS est un endroit qui accueille et traite des personnes souffrant de problèmes de santé mentale en situation de crise ou d'autres types d'urgence. L'équipe est composée de résidents en psychiatrie, de psychiatres, de travailleuses sociales, de travailleurs sociaux et d'infirmiers.

Explication du « mapping »

Il existe deux portes d'entrée, bien que la première soit la plus utilisée. Pour accéder à l'urgence santé mentale, il faut se présenter à l'urgence générale où notre cas sera trié et priorisé, selon la procédure, pour ensuite attendre de rencontrer l'urgentologue. Advenant qu'une personne soit suicidaire et qu'elle présente des symptômes de problèmes de santé mentale, l'urgentologue pourra la diriger vers l'« urgence santé mentale ».

Advenant qu'une personne ne soit pas en état d'attendre dans la salle d'attente de l'urgence générale ou qu'on ait peur qu'elle s'en aille avant de rencontrer le médecin, on peut la faire patienter à l'intérieur de l'« urgence santé mentale » qui s'avère un endroit sécurisé. Elle devrait cependant, obligatoirement, se faire examiner par l'urgentologue avant d'être réellement prise en charge par l'« urgence santé mentale ». Cette dernière étant considérée comme une spécialité médicale, on ne peut y accéder directement, comme pour toutes les spécialités.

La seconde porte d'entrée pour l' « urgence santé mentale » consiste en l'obtention d'une référence par un médecin généraliste. Ainsi, un médecin de famille qui juge qu'un de ses patients a immédiatement besoin de soins de 2^e ligne pourra alors le référer à l' « urgence santé mentale ».

Une fois que le patient est entré à l' « urgence santé mentale », il voit un résident en psychiatrie qui l'évalue. Si le psychiatre de garde juge nécessaire de rencontrer le patient à son tour, une deuxième rencontre pourra être faite. Autant que possible, la travailleuse sociale en poste tentera d'assister elle aussi à cette rencontre pour éviter au client de répéter, une fois de plus, son histoire. Le patient sera donc évalué, non seulement sur son potentiel, mais aussi sur ses symptômes de problèmes en santé mentale. Trois options s'offrent à partir de là : le patient peut recevoir son congé, être mis en observation ou en USR (Unité de stabilisation rapide-72 heures) ou être hospitalisé en fonction de son potentiel suicidaire et de ses autres symptômes. Après ces procédures, de durée variable, le patient recevra son congé.

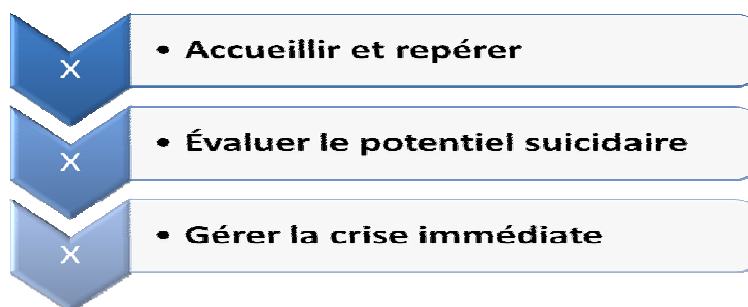
Lorsqu'un psychiatre juge qu'un patient est prêt à recevoir son congé, il est courant qu'il stipule « congé après TS (travailleuse sociale) », signifiant que le patient doit rencontrer la TS avant de recevoir réellement son congé et que cette dernière peut émettre son avis sur le congé. Par exemple, si elle ne le croit pas prêt à sortir, elle peut en aviser le psychiatre qui prendra en considération son avis.

Il est à noter que le nombre de psychiatres travaillant à l' « urgence santé mentale » est restreint, permettant ainsi une meilleure circulation de l'information à propos des patients. Les visites récurrentes peuvent alors être repérées plus facilement et des actions peuvent être entreprises pour les réduire.

Le patient sera référé à d'autres services et d'autres ressources, selon ses besoins, lorsqu'il recevra son congé. Deux types de références peuvent être émises à ce moment : des références médicales et des références de la TS. Le psychiatre peut

orienter le patient vers le CSSS, où il sera suivi en 1^{re} ligne, ou vers un médecin de famille qui pourra effectuer le suivi médical. Si le patient n'a pas de médecin de famille, il sera placé sur une liste d'attente et le psychiatre effectuera un suivi de court terme pendant cette période. Quant à la TS, elle peut également diriger le patient vers le CSSS ou vers JEVI particulièrement en lien avec ses idéations suicidaires. Elle peut le diriger aussi vers d'autres ressources communautaires comme, par exemple, La Cordée, si elle le juge nécessaire.

Compétences



4.4. Accueil Poirier

Description

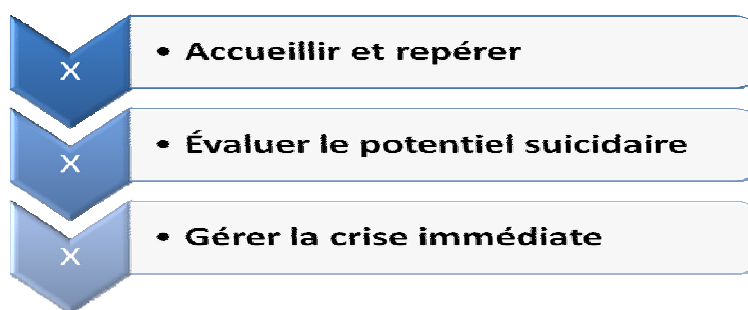
Cet organisme, relié au Partage St-François, existe depuis 2004 et offre, entre autres, des services d'hébergement, de repas, d'écoute active et de référence aux personnes itinérantes. Lors de son ouverture, on pensait qu'environ 200 personnes par année bénéficieraient de ses services, mais ce sont plutôt 600 par année qui sont accueillies à l'Accueil Poirier. Les intervenants de l'Accueil Poirier ont suivi une formation chez JEVI et sont sensibilisés à cette problématique.

Il est intéressant de noter qu'il existe un très bon lien entre l'Accueil Poirier et le CSSS-Équipe itinérance et que plusieurs références sont effectuées vers le CSSS. De plus, une proportion importante de la clientèle de l'Accueil Poirier souffre de problème de santé mentale ou de toxicomanie.

Explication du « mapping »

La porte d'entrée du processus d'intervention à l'Accueil Poirier consiste dans la perception d'un potentiel suicidaire chez un usager. Advenant que l'utilisateur soit en crise suicidaire, on gère d'abord la crise pour ensuite le référer au CSSS pour qu'il puisse bénéficier d'un suivi.

Si la personne accepte de se rendre d'elle-même, on établira un contact téléphonique avec le CSSS pour annoncer la personne qui s'y rendra. Si la personne est réticente et ne veut pas se rendre au CSSS, on appellera l'intervenant pour qu'il se déplace à l'Accueil Poirier pour la rencontrer. Le lien entre l'Accueil Poirier et l'équipe itinérance du CSSS étant bien développé, les références semblent se passer de manière fluide.

Compétences

L'organisme n'évalue pas nécessairement le potentiel, entendu comme urgence et risque, mais il fait quand même une évaluation de l'urgence suicidaire.

4.5. L'Autre Rive***Description***

L'Autre Rive est un organisme communautaire au service des personnes atteintes de trouble de panique, d'agoraphobie, de phobie sociale et d'autres troubles anxieux. Cet organisme est situé dans la région de Sherbrooke et a commencé ses activités en 1984.

Concernant la prévention du suicide, les intervenants de cet organisme ont été formés par JEVI. Le centre communautaire l'Autre Rive utilise le COQ dans son évaluation du potentiel (urgence) suicidaire.

Explication du « mapping »

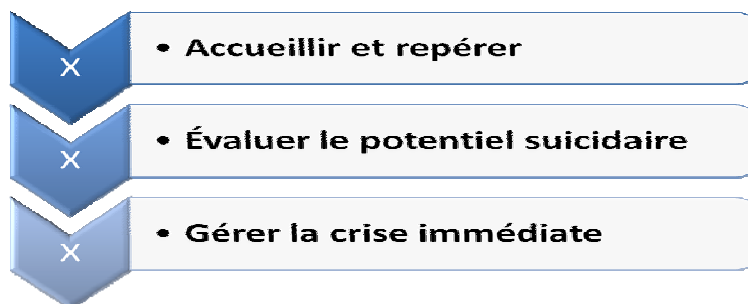
Les portes d'entrée pour les personnes suicidaires sont de deux ordres : une demande d'aide par la réception d'un appel téléphonique ou face à face avec une personne déjà membre.

Une fois la personne suicidaire en contact avec un intervenant, ce dernier évalue son potentiel (urgence) suicidaire à l'aide du COQ. Lorsqu'il est jugé que le potentiel suicidaire se situe à un niveau faible ou moyen, les intervenants de L'Autre Rive fournissent à la personne suicidaire les références téléphoniques du CSSS et/ou de JEVI à Sherbrooke pour qu'elle soit suivie par ces organismes.

Si le potentiel suicidaire est élevé, JEVI sera contacté afin d'accompagner la personne présentant un risque élevé de suicide à l'urgence psychiatrique de l'Hôtel-Dieu. Si la personne concernée est mineure, l'Autre Rive va la référer au CHUS de Fleurimont qui s'occupe de la pédopsychiatrie.

Une fois la personne référée au CSSS ou à JEVI, un feedback ou retour sur le patient est fait à l'organisme référant, à savoir, l'Autre Rive, sur demande de cette dernière. L'Autre Rive n'a pas eu à traiter des dossiers concernant le suicide d'une manière fréquente, mais des cas se présentent occasionnellement au fil des années.

Compétences



L'organisme n'évalue pas nécessairement le potentiel, mais plutôt l'urgence suicidaire (à l'aide du COQ). En fonction du degré d'urgence, la gestion de crise est effectuée en attendant que JEVl prenne la relève.

4.6. La Cordée

Description

La Cordée est une ressource alternative en santé mentale, disponible dans la région de Sherbrooke, depuis 1982. Elle vient en aide aux personnes âgées de plus de 18 ans ayant des problèmes de santé mentale ou d'ordre émotionnel. Elle offre un milieu de vie à caractère familial dont le but est de soutenir ses membres dans leur cheminement, vers un meilleur équilibre de vie, en les outillant pour leur maintien dans leur milieu de vie ou pour un retour à un milieu de vie autonome.

Tout le personnel de La Cordée a suivi une formation de trois jours offerte par JEVl dans l'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire.

Le centre communautaire La Cordée utilise une formule d'évaluation maison afin d'établir le degré d'urgence suicidaire.

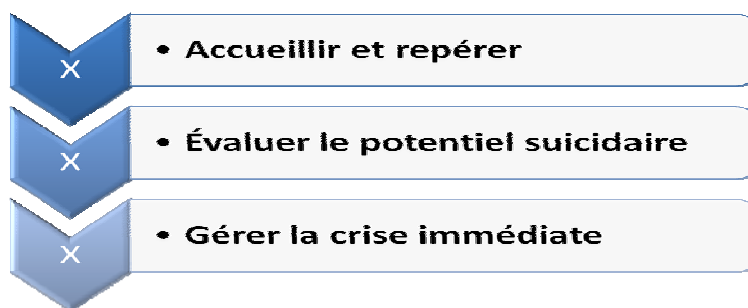
Explication du « mapping »

La Cordée possède une seule porte d'entrée pour les personnes suicidaires. Celle-ci se résume à un face à face avec une personne déjà membre. Une fois la personne suicidaire en contact avec un intervenant, ce dernier évalue son potentiel (urgence) suicidaire à l'aide d'une formule maison.

S'il est jugé que le potentiel suicidaire se situe à un niveau faible ou moyen, les intervenants de La Cordée fournissent à la personne suicidaire les références téléphoniques de JEVl à Sherbrooke afin de lui assurer un suivi. Si le potentiel suicidaire est élevé, JEVl sera contacté afin d'accompagner la personne présentant un risque élevé de suicide à l'urgence psychiatrique de l'Hôtel-Dieu.

Un suivi du membre ayant des idéations suicidaires peut être obtenu auprès de JEVI ou de l'urgence psychiatrique de l'Hôtel-Dieu. Les membres de La Cordée proviennent des établissements du réseau de la santé pour des activités visant à améliorer leurs conditions de vie.

Compétences



Le potentiel suicidaire est évalué selon une formule maison.

4.7. APPAMM-Estrie

Description

L'Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie (APPAMM-Estrie) est située à Sherbrooke et a été mise sur pied en 1981. Il s'agit d'une organisation qui offre des ressources communautaires en santé mentale. Son but premier est de soutenir et d'informer les proches de personnes atteintes de maladie mentale. En plus, APPAM-Estrie, informe et sensibilise la population en général face à cette problématique. Sur le site Internet de l'association, il est mentionné que la maladie mentale est un univers complexe, peu connu et qu'elle peut frapper n'importe qui. Elle offre plusieurs services, les voici.

1. Des groupes d'entraide pour les proches de personnes atteintes de maladie mentale.
2. Des rencontres mensuelles d'échange et d'information ouvertes au public.

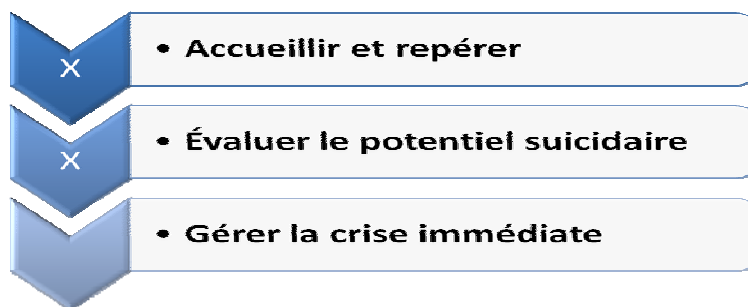
3. Des gens d'expertise (service de professionnel).
4. Des formations sur mesure.

Explication du « mapping »

Cette association est également confrontée et touchée par la problématique à l'étude. Cependant, puisqu'elle offre des services aux proches, l'association n'est pas en contact direct avec les personnes suicidaires. À l'occasion, elle reçoit des appels des proches des personnes atteintes de maladie mentale ou qui présentent des pensées suicidaires. Dans ces situations, la personne de l'association détermine l'urgence suicidaire avec les proches. Quand l'urgence est faible à modérée, il est suggéré aux proches d'appeler JEVİ. Quand l'urgence semble élevée, il est suggéré aux proches d'appeler le 911.

Habituellement, les individus de l'association ne reçoivent pas de « feedback » formel de la part de JEVİ et du 911. Il est cependant déjà arrivé que certaines informations reviennent aux oreilles des gens de l'association. Également, il se peut que les gens de l'association appellent directement JEVİ ou le 911 quand les proches le demandent ou bien qu'ils n'ont pas la force de le faire.

Compétences



4.8. Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison St-Georges (Centre de réadaptation, dépendance et santé mentale de l'Estrie)

Description

Il s'agit d'un centre de réadaptation régional offrant des services spécialisés en dépendance (alcool, drogues et jeu pathologique) et en santé mentale. C'est le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui a mandaté le centre pour offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes dépendantes en Estrie. C'est ensuite l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) qui a mandaté le centre pour offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes atteintes de maladie mentale en Estrie. Pour les deux programmes (dépendance et santé mentale), la clientèle peut être hébergée selon l'évaluation des besoins. L'établissement peut accueillir 29 individus en santé mentale et 16 individus en dépendance, soit un total de 45 places disponibles.

Programme dépendance

Les services spécialisés pour ce programme sont accessibles sur le territoire de Sherbrooke et à l'intérieur des sept MRC de l'Estrie. Les services de ce programme visent pour les personnes de tous âges, les parents des jeunes de moins de 18 ans et les proches.

Programme santé mentale

Les services spécialisés pour ce programme sont accessibles pour tous les adultes résidant en Estrie ayant des problèmes importants en santé mentale, associés ou pas à d'autres problématiques comme la justice et les dépendances. De plus, ces services sont aussi disponibles aux familles et aux proches.

Explication du « mapping »

Il y a deux « mapping » pour le Centre Jean-Patrice Chiasson. L'un pour le programme dépendance et l'autre pour le programme de santé mentale. Il faut garder à l'esprit que les deux programmes ont des clients externes et internes (avec

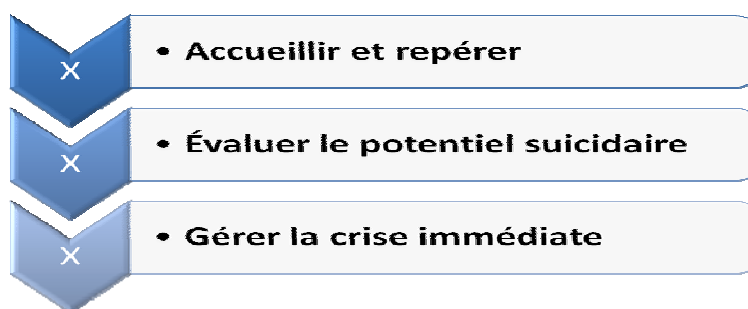
hébergement). C'est pour cette raison que les deux processus pour le Centre Jean-Patrice Chiasson commencent par l'accueil (d'un nouveau ou d'un ancien client) ou une constatation d'idées suicidaires ou de gestes suicidaires d'un résident. De plus, s'il s'agit d'un nouveau client, le centre documentera l'intervention et procédera à la création des dossiers nécessaires.

Pour le programme dépendance, les intervenants évaluent le potentiel suicidaire pour déterminer l'urgence. Ceux qui ont reçu la formation de JEVI sont en mesure de faire le COQ pour être aidés dans leur évaluation. Quand l'urgence est faible à modérée, le Centre gère la crise. Ensuite, si le centre a le soutien des proches, ses intervenants font le suivi en collaboration. Dans le cas contraire, JEVI peut être contacté pour effectuer le suivi avec le consentement du client. Dans ce cas, il y aura transfert de dossier ou d'information, toujours selon la volonté du client. Notre contact pour ce programme spécifiait l'importance d'aller chercher l'aide des proches qui peuvent avoir un pouvoir d'influence et de surveillance.

Pour le programme santé mentale, les intervenants évaluent l'urgence à l'aide du COQ et tentent de voir pourquoi le client ne va pas bien. Pour ce programme, il semble que la crise est gérée le temps d'effectuer la référence. Quand l'urgence est faible à modérée, JEVI est contacté et un intervenant peut venir sur le terrain, si nécessaire. Quand l'urgence est élevée et que le client veut de l'aide, il est référé à l'urgence santé mentale. S'il refuse, les policiers peuvent être demandés pour déplacer le client en crise suicidaire. Lorsque les clients vont à l'urgence, ils sont habituellement gardés de 24 à 72 heures avant de recevoir leur congé. Ils reviennent dans ce cas à la Maison St-Georges. Par ailleurs, quand la Maison St-Georges héberge un nouveau client, les intervenants tentent de voir, au moyen de discussions avec celui-ci, s'il a déjà eu des idées suicidaires. De plus, il semble que l'établissement soit également confronté à la problématique de parasuicide (personne qui tombe en crise suicidaire à répétition). Finalement, cette maison aimerait recevoir des suivis de l'hôpital quand un client y est référé.

Nos deux contacts tiennent à spécifier qu'ils continuent de s'occuper de leurs clients, même après leur transfert. Ils tentent également de développer les échanges entre les différentes structures pour harmoniser tous les acteurs impliqués dans le domaine de la santé.

Compétences



4.9. Pro-Def Estrie

Description

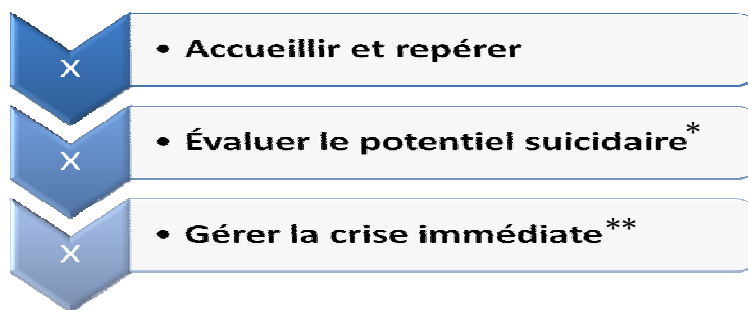
Mandaté pour apporter une aide aux personnes étant aux prises ou ayant, dans le passé, éprouvé des problèmes de santé mentale, Pro-Def Estrie consiste principalement en une aide au plan légal et juridique. Guidée par ses valeurs fondamentales d'autonomie, de respect de la personne ainsi que de démocratie, l'organisation possède comme finalité l'appropriation des droits humains, sans égard à la santé mentale de l'individu. Par le biais de formations, de séances d'information et de suivi individualisé ou collectif, cet organisme communautaire prodigue de l'information sur les droits de la personne, aide des gens à faire valoir leur droit ou apporte un soutien technique et légal aux personnes qui souhaiteraient amorcer des procédures légales.

Explication du « mapping »

Une rencontre réalisée au sein de cette organisation a permis de constater que le personnel a reçu une formation en matière de prévention du suicide donnée par l'équipe de JEVI. Par contre, comme la mission de l'organisme est davantage liée à

la promotion et la réappropriation des droits de la personne, Pro-Def joue un rôle un peu moins actif en ce qui a trait à la prévention du suicide, préférant laisser cette tâche à des ressources plus outillées et plus spécialisées dans le domaine. Cela explique donc pourquoi les intervenants de l'organisation n'évaluent que très sommairement les signes suicidaires comme des indicateurs précurseurs d'une crise suicidaire. Si l'urgence suicidaire est faible ou modérée chez l'individu, l'intervenant de Pro-Def fournira à son client une liste de numéros de téléphone de ressources spécialisées et aptes à mieux l'aider. Si, par contre, leur client est dans une crise suicidaire dont l'urgence est élevée, Pro-Def fera une gestion rapide de la crise immédiate et passera le flambeau à JEVI qui se chargera d'accompagner l'individu et de l'orienter vers des services appropriés à son état.

Compétences



*Il n'est ici pas possible d'affirmer que Pro-Def possède la capacité d'évaluer le potentiel suicidaire, car cet organisme, comme plusieurs autres, n'utilise qu'occasionnellement le COQ, un outil apte à mesurer l'urgence suicidaire et non le risque suicidaire. Pour être apte à évaluer le potentiel suicidaire, une organisation doit, à la fois, évaluer l'urgence suicidaire (l'imminence de l'acte et la présence chez l'individu d'un plan de suicide) ainsi que, le risque suicidaire (l'ensemble des facteurs de risques suicidaires relatifs à une personne : groupe d'âge, antécédents dans l'entourage, situation sociale et maritale...)

****** Pro-Def Estrie gère la crise suicidaire à risque élevé ou imminente seulement jusqu'à l'arrivée d'une autre ressource, davantage spécialisée dans la prévention du suicide.

4.10. 911 et services policiers

Description

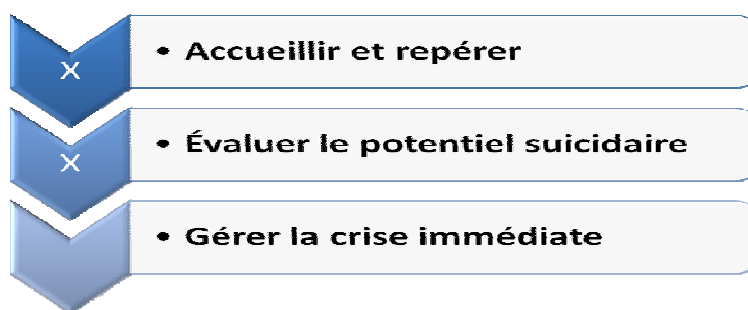
Le centre d'appel 911 fait partie du secteur de la sécurité publique et il s'acquitte de la réception des appels d'urgence et de la répartition des intervenants d'urgence. Il s'agit d'un service municipal et il est appelé à participer à la gestion d'une multitude de situations d'urgence, incluant parfois des crises suicidaires ou des tentatives de suicide. Les services policiers oeuvrent également pour assurer la sécurité publique et sont parfois appelés à intervenir dans des situations de crise suicidaire ou de tentative.

Bien que plusieurs intervenants nous aient mentionné l'application de la loi P-38 (pour conduire une personne sans son accord à l'hôpital parce qu'elle représente une menace pour elle-même), il semble que cela arrive rarement.

Explication du « mapping »

Le processus débute toujours par un appel logé au 911. Le ou la téléphoniste qui reçoit un appel doit suivre les protocoles prescrits. Plusieurs situations peuvent se présenter : ce peut être une personne qui a fait une tentative et qui le regrette ou quelqu'un qui appelle au sujet d'une autre personne pour qui il s'inquiète ou qui a commis une tentative. Généralement, on tentera d'évaluer l'urgence suicidaire à l'aide du 6W (Who, Why, What, When, Whom, Weapon) ou du COQ, qui sont deux outils similaires. Si l'urgence est faible ou modérée, on outillera la personne avec les numéros de téléphone d'autres ressources, comme Urgence-Détresse ou JEVI. Si l'urgence est élevée, on dépêchera les services d'urgence sur place pour conduire la personne à l'hôpital.

Compétences



5. Recommandations

Faisant suite à cette série d’entrevues et à la lumière du « mapping » qui en a résulté, nous en sommes venus à formuler quelques recommandations susceptibles d’améliorer le processus de prévention du suicide, dans le réseau local de services de Sherbrooke.

1. Réaliser une meilleure promotion des services offerts par le RLS et informer la population de l’existence de ces services

Il s’agit de mieux diffuser les services disponibles à la population pour qu’elle connaisse davantage les portes d’entrée dans le système de santé mentale. Ainsi, les gens se présenteraient peut-être à la bonne porte d’entrée du processus, dès leur premier pas dans le réseau. L’urgence du centre hospitalier est souvent utilisée comme porte d’entrée, ceci n’étant pas uniquement un phénomène sherbrookoïse. De plus, la répartition entre les soins de 1^{re} et de 2^e ligne ne semble pas claire pour la population.

2. Effectuer de la prévention à la base (sentinelles dans les écoles, les milieux de vie...)

Des programmes de sensibilisation à la problématique du suicide et à l’instauration de vastes programmes de sentinelles dans les milieux de vie constitueraient des formes de prévention primaire, qui touchaient la population avant qu’elle ait besoin de prévention secondaire (une fois que des idéations suicidaires soient apparues).

3. Renforcer la notion de médecins de famille et trouver des stratégies pour les rendre davantage accessibles

Cette recommandation s'adresse surtout aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale, mais peut aussi être bénéfique à toute la population. La rencontre d'un professionnel de la santé qui possède une bonne connaissance du dossier du patient et qui peut faire le suivi améliore les chances de l'atteinte d'une santé globale.

4. Réfléchir sur une solution permettant un accompagnement plus personnalisé des individus en attente aux urgences.

Lorsque référés vers le centre hospitalier, la personne suicidaire peut être confrontée à une attente assez longue avant de rencontrer un urgentologue. Étant donné que cette situation est loin d'être idéale, il serait intéressant de développer le processus pour qu'il inclut un accompagnement des personnes suicidaires, en attente, à l'urgence générale.

5. Uniformiser les formations sur la prévention du suicide destinées aux différents intervenants

Pour que tous les intervenants du réseau partagent un même vocabulaire relatif à la prévention du suicide et pour que les références se fassent plus efficacement, il serait avantageux que les intervenants des différentes organisations possèdent une formation similaire, afin de faciliter leur collaboration.

6. Standardiser les formules d'évaluation chez tous les intervenants

L'évaluation de l'urgence suicidaire, à l'aide du COQ, semble vastement utilisée, bien que certaines formules maison soient également employées à divers endroits. L'introduction plus généralisée de l'évaluation du potentiel suicidaire (urgence et risque) ou, du moins, l'uniformisation de la formule d'évaluation pourraient être avantageuses au moment de procéder à des références entre les organisations, afin de faciliter la compréhension de l'évaluation par tous.

7. Favoriser l'établissement d'une relation de confiance, de collaboration et de partenariat entre les intervenants des divers organismes (ateliers communs, formation partagée...)

Les mécanismes de références, de feedback et d'élaboration de PSI seraient peut-être plus fluides si les gens de diverses organisations se connaissaient. La connaissance des autres organismes et de leurs intervenants aurait sans doute des effets positifs sur la santé et la cohérence du réseau.

8. Mettre en place des protocoles formels pour les références et un système de rétroaction automatique

Certains intervenants déplorent le peu d'information qu'ils reçoivent une fois qu'ils ont référé un client vers d'autres ressources. Une entente stipulant les conditions de références et de rétroaction assurerait sûrement un meilleur suivi, donnant la chance aux intervenants de connaître les services que le client a reçus ailleurs et leur permettant ensuite de mieux ajuster leur propre offre de services.

6. Pistes de recherche

Ce travail de « mapping » s'inscrivant dans un intervalle de temps assez limité, nous avons dû faire face à des délais d'analyse et de rédaction plutôt restreints. Conséquemment, il nous a été impossible d'explorer toutes les facettes de la prévention du suicide dans la région. Le travail étant plutôt complet dans son ensemble, il nous a été tout de même possible de déterminer certaines pistes qui pourraient s'avérer intéressantes pour une recherche future sur le projet. Voici donc l'essentiel des opportunités de recherche que nous avons identifiées.

- Valider l'exactitude de notre « mapping » de type « As Is » avec les différents intervenants rencontrés lors de nos entrevues exploratoires. Comme mentionné ci-haut, le court délai de réalisation dont nous disposions nous a seulement permis d'organiser une première rencontre avec chacun des intervenants ciblés par Mme Lane. Les informations obtenues lors de cette entrevue ont servi directement à

cartographier les processus de prévention du suicide dans les organisations et les organismes visités. Une seconde rencontre aurait pu s'avérer bénéfique afin de revalider, le « mapping » en main, le schéma final obtenu, afin de s'assurer de l'exactitude de notre compréhension de l'information et attester que les résultats de notre « mapping » étaient bel et bien conformes aux perceptions des gens du RLS.

- Recueillir des données en provenance d'organismes communautaires non rencontrés tels que « Gai Écoute », « L'Éveil », « Jeunesse, J'écoute »... Les ressources d'aide et de soutien sont très nombreuses en territoire estrien, il nous a donc été impossible d'interviewer l'ensemble d'entre elles. Néanmoins, certaines d'entre elles pourraient constituer des portes d'entrée probables pour un individu manifestant des idéations suicidaires; leur expertise spécialisée ainsi que leur expérience au sein du réseau local de services serait très certainement un ajout intéressant et pertinent au travail. Il en va de même pour les départements des institutions publiques de santé avec lesquels nous ne sommes pas parvenus à établir un rendez-vous ou avec lesquels l'information colligée n'a pas été suffisante pour l'élaboration d'un « mapping »... Notamment, il pourrait s'avérer important de rencontrer Urgence-Détresse, l'équipe de suivi attitrée à la clientèle du troisième âge...
- Il pourrait également s'avérer à propos de tenter d'explorer les processus de prévention du suicide mis en place au sein du RLS, selon une optique qualité/client. Cette nouvelle approche permettrait très certainement d'apporter de la profondeur supplémentaire à ce présent travail d'analyse et de « mapping » et de départager efficacement les activités à valeur ajoutée et à non valeur ajoutée du point de vue du client.
- Il serait également intéressant, pour quiconque souhaite creuser en profondeur le domaine de la prévention du suicide, de préciser la notion de propriétaire du processus. Bien entendu, il existe actuellement une personne attitrée à attacher ensemble certains processus dans le réseau. Par contre, il pourrait s'avérer bénéfique de préciser et de communiquer à l'ensemble des intervenants des

organisations reliées à la prévention du suicide dans la région de Sherbrooke le rôle ainsi que les responsabilités de cette personne. De plus, il pourrait être efficace et avantageux de nommer quelqu'un uniquement en charge des processus de la prévention du suicide. Possédant une excellente vision globale des services et des soins offerts par le réseau à un individu suicidaire et agissant à titre d'agent de liaison entre les différents intervenants et les différents organismes, cette personne responsable pourrait parvenir à rendre le processus davantage efficace, efficient et intégré.

7. Conclusion

Comme on vient de le voir, le réseau local de services de la ville de Sherbrooke est vaste et les portes d'entrée y sont nombreuses. Il existe plusieurs ressources d'aide pour les personnes suicidaires, en fonction de leur situation et de leur évaluation. En général, les organismes n'hésitent pas à référer vers d'autres organismes, publics ou communautaires, pour répondre aux besoins des clients. Le système n'est cependant pas parfait et les recommandations émises dans ce rapport tentent d'apporter quelques éléments susceptibles d'améliorer la fluidité des services offerts aux personnes suicidaires. Les cartographies nous montrent un certain enchevêtrement de références et de nouvelles références, comme si le processus avait une multitude de commencements et peu de fins, car il y a souvent possibilité de référence en bout de parcours avec une organisation. Il est vrai que l'humain est changeant et qu'il faut garder de la flexibilité dans le processus, mais il serait tout de même intéressant de réfléchir à ce phénomène.

Du reste, comme un intervenant le mentionnait, les personnes qui manifestent leurs idéations suicidaires sont généralement bien prises en charge. C'est plutôt celles qui restent silencieuses et qui passent à l'acte qui posent problème dans l'optique de la prévention du suicide. Aussi faut-il penser à l'amélioration du système de prise en charge des personnes suicidaires, mais aussi au système de dépistage de ces mêmes personnes.

8. Remerciements

Un merci tout spécial à Mme Julie Lane, professionnelle de recherche au CSSS-IUGS dont les précieux conseils nous ont été utiles tout au long de la réalisation de notre mandat. Aussi, merci énormément à tous les intervenants des organisations du CHUS, du CSSS, d'APPAMM-Estrie, de Pro-Def Estrie, de JEVI, de La Cordée, de L'Accueil Poirier, du Centre de réadaptation Jean-Patrice Chiasson, de La Maison St-Georges, de L'Autre Rive ainsi que du service 911. Sans votre précieuse collaboration, notre travail de recherche n'aurait pas pu exister. Tout cela sans oublier de remercier M. Guy Bertrand, professeur de « Management par les processus », pour son introduction au monde du « mapping » ainsi que son appui tout au long de la session.

Annexe 1

Grille d'entrevue

Annexe 1. Grille d'entrevue

Grille d'entrevue (semi-dirigée)

1. Mise en contexte : Vous accueillez une personne suicidaire.
2. Quels sont les objectifs du processus? De l'organisation par rapport à la prévention du suicide?
3. À quel moment commence le processus?
4. Quel est le cheminement d'une personne suicidaire à l'intérieur de votre organisation?
5. Comment fait-on l'évaluation de la personne suicidaire? (Potentiel suicidaire, urgence suicidaire...)
6. Dans les cas où il y a eu une évaluation antérieure de la personne dans une autre organisation, procédez-vous à une réévaluation?
7. Si vous avez à référer une personne suicidaire vers un service, comment procède-t-on? Comment décidez-vous vers quelle ressource vous référez la personne?
8. Y-a-t-il des délais dans les références et les transferts?
9. À quel moment se termine le processus? Est-ce que la frontière de fin de processus est claire?
10. Quelle est l'importance du RLS dans le fonctionnement de votre processus?
11. Dans un monde idéal, comment fonctionnerait ce processus?

À PROPOS DU DOCUMENT...

Ce rapport rend compte d'un projet académique de « mapping » des processus qui exposent la réalité terrain de certaines organisations du réseau local de services sherbrookois qui interagissent auprès de personnes suicidaires.

Pour la réalisation de cette démarche de schématisation, plusieurs entrevues ont été réalisées auprès de personnes informatrices clés du RLS dans l'optique de schématiser la trajectoire de services d'une personne suicidaire à travers les services de soins de santé et de services sociaux locaux. Riches en informations, les rencontres réalisées dans le cadre de cet exercice ont également permis de dégager certaines pistes d'amélioration susceptibles de bonifier la prévention du suicide effectuée dans la région de Sherbrooke.



À PROPOS DES AUTEURS...

Ce document a été produit dans le cadre d'un travail de fin de session pour le cours de Management par les processus de la maîtrise en management public de l'Université de Sherbrooke. Un groupe de quatre étudiants, composé de Mélissa Allard, Jean-Simon Bhéret, Marilou Collins-Poulette et Yvan-Carmel Ntahondereye, a conçu ce rapport s'appuyant sur une orientation sommaire fournie par Julie Lane (professionnelle de recherche à la DCAA).

À PROPOS DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX—INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE (CSSS-IUGS)

Le CSSS-IUGS possède une désignation d'institut universitaire de gériatrie et une désignation de centre affilié universitaire. Ces deux désignations font en sorte de créer un environnement de travail où l'innovation est présente dans l'optique de contribuer au rehaussement constant de la qualité des services. Cela se traduit par l'omniprésence de l'enseignement, de la recherche et du partage des connaissances au sein de l'établissement. Les publications du CSSS-IUGS visent ainsi à favoriser la diffusion et le partage des connaissances produites par les intervenants, les gestionnaires, les chercheurs et les stagiaires de l'établissement.

