

**EXPÉRIMENTATION D'UN SERVICE
DE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF
AUPRÈS DES PERSONNES
AYANT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE
ET SE PRÉSENTANT DANS UNE SALLE D'URGENCE**

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION

**PIERRE RACINE
DOCTEURE LISE CARDINAL
CLAUDE GAGNON**

**DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE QUÉBEC
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC**

AVEC LA COLLABORATION DE :

**ISABELLE GINGRAS
GWENDAL ÉMOND
MARC-ANDRÉ DUFOUR
NATHALIE BOLDUC**

CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE QUÉBEC

**DOCTEUR YVAN GAUTHIER
ALAIN MARCOUX
LOUISE RHÉAUME**

**HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS
DU CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC**

**DOCTEUR JEAN-FRANÇOIS MONTREUIL
CHANTAL COUTURE**

**CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ LAVAL
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC**

MARS 2003

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire du rapport

M^{me} Sylvie Bélanger

Direction de santé publique de Québec

2400, avenue d'Estimauville

Beauport (Québec) G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000, poste 217

Télécopieur : (418) 666-2776

Courrier électronique : sylvie_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût du rapport : 26,00 \$

Total : 27,82 \$ incluant la TPS et les frais postaux

Payable à l'avance à l'ordre du CHUQ-CHUL

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2003

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2003

ISBN : 2-89496-243-6

MEMBRES DU COMITÉ-CONSEIL ET DU COMITÉ OPÉRATIONNEL

Centre de prévention du suicide de Québec¹

Dufour	Marc-André	Coordonnateur clinique (octobre à décembre 2002)
Kennedy	Dave	Coordonnateur clinique (février à octobre 2001)
Bolduc	Nathalie	Agente de liaison (février à juillet 2001)
Émond	Gwendal	Agente de liaison (janvier à décembre 2002)
Gingras	Isabelle	Agente de liaison (août 2001 à avril 2002)

Centres hospitaliers²

Gauthier	Yvan	Psychiatre	Hôpital de l'Enfant-Jésus
Marcoux	Alain	Infirmier-chef	du Centre hospitalier <i>affilié</i>
Rhéaume	Louise	Assistante infirmière-chef	universitaire de Québec
Couture	Chantal	Infirmière de liaison	Centre hospitalier de l'Université
Montreuil	Jean-François	Psychiatre	Laval du Centre hospitalier
			universitaire de Québec

Direction de santé publique de Québec³

Cardinal	Lise	Médecin-conseil, spécialiste en santé publique (responsable)
Gagnon	Claude	Agent de planification, programmation et recherche
Racine	Pierre	Agent de planification, programmation et recherche

-
1. Ces personnes ont fait partie des deux comités et se sont succédées pendant la durée du projet.
 2. Ces personnes ont fait partie du comité-conseil tout au long du projet.
 3. Ces personnes ont fait partie des deux comités tout au long du projet.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour le financement du projet, le Centre de prévention du suicide de Québec et les milieux participants, soit les urgences générale et psychiatrique de l'hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec et celle du Centre hospitalier de l'Université Laval du Centre hospitalier universitaire de Québec, qui ont rendu possible la réalisation de ce projet. Nous voulons également souligner la collaboration de M. Dominic Parisé, du Centre de prévention du suicide de Québec, qui a agi comme agent de liaison d'avril à septembre 2002. Parmi les personnes consultées au début de la phase préparatoire du projet, nous remercions tout particulièrement les D^{rs} Pierre Thériault, omnipraticien, et Yvon Garneau, psychiatre, ainsi que M^{me} Sarah Fabiano et M. Nicol Marotte, représentant respectivement le corps policier de la Haute-Saint-Charles et celui de l'ancienne Ville de Québec. Certaines personnes nous ont en outre apporté leur éclairage toujours pertinent. Ainsi, nous remercions également M^{mes} Louise Grégoire et Monique Rainville de même que le D^r Pierre Maurice, de la Direction de santé publique de Québec. Nous tenons enfin à souligner la précieuse contribution de M^{me} Claire Marmen, qui a réalisé l'édition finale de ce rapport.

RÉSUMÉ

Au Québec, le suicide est une problématique majeure, à laquelle sont attribuables environ 1 500 décès par année. Les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide présentent un risque particulier de nouvelle tentative ou de suicide complété, et ont été désignées par les auteurs de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie* comme un groupe prioritaire pour lequel des mesures spéciales devraient être mises en place (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998). Bien que de nombreux organismes du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires soient en contact avec des personnes ayant fait une tentative de suicide, la continuité des services accuse certaines lacunes, notamment au moment de la réintégration de ces personnes dans leur milieu de vie, après une crise suicidaire. Il s'avère nécessaire d'augmenter les occasions d'échanges et les mécanismes de liaison entre les différents professionnels traitant les problématiques complexes qui se rapportent à la santé mentale, notamment celle du suicide.

Un projet de service de Suivi communautaire intensif à l'intention des personnes ayant fait une tentative de suicide et se présentant dans une salle d'urgence⁴ a été expérimenté dans la région du Québec-métro. Sous la responsabilité du Centre de prévention du suicide de Québec, ce service vise particulièrement le soutien de la personne dans la phase aiguë de retour à la maison après un épisode de soins à l'urgence pour une tentative de suicide. Les services des urgences générale et psychiatrique de deux hôpitaux, soit l'hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec et le Centre hospitalier de l'Université Laval du Centre hospitalier universitaire de Québec, ont été associés au projet pour diriger vers le Centre de prévention du suicide de Québec des personnes ayant fait une tentative de suicide. Le service de Suivi communautaire intensif a été expérimenté sur une période de huit mois. L'évaluation de l'implantation de ce service visait à vérifier la faisabilité de sa mise en place, qui repose sur une collaboration entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire, de même que son utilité perçue par les partenaires associés au projet et les usagers.

Le service a été offert en salle d'urgence à 76 personnes ayant fait une tentative de suicide. De ce nombre, 14 l'ont refusé sur-le-champ et 17 autres se sont désistées avant une première rencontre avec l'agente de liaison chargée de l'intervention. Au total, 44 usagers ont reçu le service. Les résultats révèlent que la *clientèle rejointe* répondait aux critères d'admissibilité (critères d'inclusion et d'exclusion) définis au départ. Un seul usager orienté vers le Centre de prévention du suicide de Québec n'y correspondait pas et il a été dirigé vers un autre service. Il ressort que les personnes ayant utilisé le service de Suivi communautaire intensif possèdent certaines caractéristiques communes, le plus souvent relevées dans la littérature portant sur les personnes qui ont fait une ou des tentatives de suicide. De fait, la majorité des personnes ayant reçu ce service ont un ou plusieurs diagnostics psychiatriques, consomment des médicaments psychotropes, présentent un profil psychosocial chargé (relations conflictuelles, problèmes financiers, problèmes associés à la consommation d'alcool ou de drogues, ruptures amoureuses,

4. Afin d'alléger le texte, on utilisera dorénavant l'expression Suivi communautaire intensif.

isolement, etc.), une histoire familiale et sociale perturbée, ainsi que des antécédents suicidaires personnels ou familiaux. En ce qui a trait au *service dispensé*, les résultats démontrent que les intervenants ont pu concrétiser les rôles tels qu'ils avaient été définis, que le délai de la réponse fixé au départ (moins de 48 heures) a été respecté et que l'approche clinique souhaitée (axée sur les solutions et l'intervention de crise suicidaire) a été appliquée, à l'exception de l'intervention auprès de la famille de l'usager. Par ailleurs, le cheminement de la demande privilégié, qui prévoyait la présence des intervenants de crise du Centre de prévention du suicide de Québec à l'urgence avant le départ de l'usager de ce service, s'est avéré difficile à réaliser. La solution de rechange utilisée permettait tout de même au Centre de prévention du suicide de Québec d'établir un contact avec l'usager à l'intérieur d'une période de 48 heures suivant la demande de service.

Les usagers rencontrés en entrevue, les intervenants et les gestionnaires des organismes visés par le projet ont jugé positivement l'utilité de ce service. Les usagers soulignent qu'il leur a permis d'être écoutés et soutenus, et de trouver de nouveaux moyens pour faire face à leurs difficultés. Ils estiment également que ce service est important dans la mesure où ils ont pu exprimer un besoin de soutien rapide à la sortie de l'urgence après leur geste suicidaire. Plusieurs usagers affirment ne pas souhaiter que leur famille ou leurs proches interviennent durant l'épisode de crise. Les intervenants des milieux référents (urgences) et ceux de l'organisme mandataire (Centre de prévention du suicide de Québec) estiment pour leur part que ce service assure, entre autres, un suivi rapide de l'usager et un filet de sécurité au regard de la problématique du suicide. Selon plusieurs, le Suivi communautaire intensif s'avère un service complémentaire à la gamme des services actuels, et utile précisément en raison de la rapidité de la réponse, de l'expertise de l'organisme mandataire au regard de la crise suicidaire et de son accessibilité en tout temps. Pour d'autres, l'ajout d'un nouveau service destiné à la clientèle suicidaire de la région, aussi pertinent soit-il, force à s'interroger sur le risque que le réseau communautaire se substitue à d'autres services qui sont, ou qui devraient être disponibles et accessibles dans le réseau public de la santé et des services sociaux.

Une relance téléphonique auprès de 17 des 44 usagers du service de Suivi communautaire intensif, effectuée 6 mois après la fin de l'intervention, a permis de constater que près de la moitié des personnes n'avaient pas eu de nouvelles idées suicidaires pendant cette période. Chez d'autres, les idées suicidaires auraient été moins accentuées et moins fréquentes. Par ailleurs, 4 personnes ont dit avoir fait une nouvelle tentative de suicide pendant cette période.

L'analyse des données fait ressortir les principaux éléments ayant facilité la mise en place de ce service, notamment l'importance de la phase préparatoire à l'implantation. Elle permet également de formuler certaines recommandations dans l'éventualité de sa consolidation dans la région ou de son exportation dans d'autres territoires. Les auteurs ont en outre voulu souligner quelques éléments ayant suscité des interrogations, et auxquelles la présente étude n'apporte pas de réponse.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	11
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	13
INTRODUCTION	15
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	17
1.1 Le suicide et les tentatives de suicide	17
1.2 La prévention de la récurrence des comportements suicidaires.....	19
1.3 Les services offerts aux personnes suicidaires dans la région de Québec.....	22
1.4 Les objectifs d'intervention du service de Suivi communautaire intensif.....	23
CHAPITRE 2 : OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE.....	25
2.1 Les objectifs de l'évaluation.....	25
2.2 La méthodologie	25
2.2.1 Le cadre d'analyse.....	25
2.2.2 Les partenaires concernés	27
2.2.3 La population étudiée	27
2.2.4 Les sources d'information et les instruments de collecte de données.....	28
2.2.5 Le traitement et l'analyse des données.....	28
2.2.6 L'approche participative.....	29
2.2.7 Les aspects éthiques.....	29
CHAPITRE 3 : PHASE PRÉPARATOIRE	31
3.1 Les éléments clés abordés au cours de la phase préparatoire	31
3.2 Les principaux paramètres du service de Suivi communautaire intensif : modèle expérimenté	34
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS DE L'IMPLANTATION	37
4.1 La clientèle rejointe.....	37
4.2 Les modalités organisationnelles.....	42
4.3 L'intervention elle-même	45
4.4 L'utilité perçue et la satisfaction à l'égard du service	48
4.5 La relance téléphonique auprès des usagers après six mois.....	51
4.6 Les éléments de processus pour soutenir l'implantation du service.....	51
CHAPITRE 5 : DISCUSSION SUR LES PRINCIPAUX CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	53
5.1 Les forces et les limites de l'étude.....	53
5.2 La phase préparatoire.....	55
5.3 Les résultats du suivi de l'implantation.....	55
CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE	67

ANNEXES.....	73
Annexe 1 : Trajectoire générale des services du CPSQ	77
Annexe 2 : Présentation des instruments de collecte de données et des schémas d'entrevue	79
Annexe 3 : Formulaire de consentement.....	159
Annexe 4 : Profil des usagers ayant ou non accepté le service de Suivi communautaire intensif	161
Annexe 5 : Profil des usagers ayant reçu le service de Suivi communautaire intensif	163
Annexe 6 : Scénarios possibles suite à une proposition du personnel de l'urgence d'orienter un usager vers le service de Suivi communautaire intensif	171

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableaux

Tableau 1 :	Distribution des usagers selon le refus ou le désistement au service, le sexe et l'âge	39
Tableau 2 :	Synthèse des principales caractéristiques des usagers ayant reçu le service de Suivi communautaire intensif	41

Figures

Figure 1 :	L'évaluation de l'implantation du service de Suivi communautaire intensif : cadre d'analyse.....	26
Figure 2 :	Principaux paramètres du service de Suivi communautaire intensif : modèle expérimenté.....	35
Figure 3 :	Cheminement d'une demande de Suivi communautaire intensif d'une personne ayant fait une tentative de suicide	36
Figure 4 :	Distribution des usagers selon leur réponse à l'offre du service de Suivi communautaire intensif	38
Figure 5 :	Principaux paramètres du service de Suivi communautaire intensif : modèle révisé	63

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AEO :	Accueil-Évaluation-Orientation
CCQ :	Centre de crise de Québec
CHA :	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec
CHUL :	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUQ :	Centre hospitalier universitaire de Québec
CJQ :	Centre jeunesse de Québec
CLSC :	Centre local de services communautaires
CPSQ :	Centre de prévention du suicide de Québec
CRUV :	Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve
DGSP :	Direction générale de santé publique
DSPQ :	Direction de santé publique de Québec
FEJ :	Famille-Enfance-Jeunesse
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RRSSS :	Régie régionale de la santé et des services sociaux

INTRODUCTION

Le Québec accuse, depuis le début des années 70, une augmentation significative du nombre de décès par suicide. Ceux-ci se chiffraient, ces dernières années, autour de 1 500 cas annuellement. Ce constat amenait le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à publier, en 1998, ses orientations en matière de prévention du suicide dans le document *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*. Un des axes d'intervention proposés a trait à l'intervention auprès des personnes à risque. Parmi celles-ci, les personnes qui ont fait une tentative de suicide sont désignées comme un groupe prioritaire. Le Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ) est depuis longtemps préoccupé par cette clientèle et souhaitait le développement d'interventions la visant particulièrement.

Les nouvelles orientations du MSSS en prévention du suicide étaient assorties d'un montant non récurrent qui a servi à expérimenter des mesures visant particulièrement les groupes à risque de comportement suicidaire. Fort de sa réflexion sur les services à mettre en œuvre pour les personnes ayant fait une tentative de suicide, le CPSQ proposait, en association avec la Direction de santé publique de Québec (DSPQ), l'expérimentation et l'évaluation de l'implantation d'un nouveau service de Suivi communautaire intensif visant les personnes qui se présentent dans une salle d'urgence à la suite d'une tentative de suicide. Le projet d'évaluation de l'implantation du service a été financé en 1999 par la Direction générale de santé publique (DGSP) du MSSS et a démarré au cours de l'année 2000-2001. Ce projet fait partie du plan d'action régional triennal 2000-2003 adopté en juin 2000 par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RRSSSQ, 2000).

Ce projet pilote, expérimenté sur une période de vingt-deux mois, s'est déroulé en trois phases. Une première phase préparatoire, de février à septembre 2001, visait le partage d'une vision commune du projet, la définition du cheminement d'une demande de services et des mécanismes de communication requis, de même que la création des instruments de collecte de données nécessaires à la réalisation des activités liées au projet. La deuxième étape, celle de l'implantation proprement dite, s'est échelonnée de septembre 2001 à juin 2002. Elle consistait en la mise en place et en l'évaluation de l'implantation de ce nouveau service. Enfin, la période de juin à décembre 2002 a été consacrée à la finalisation de la collecte de données, à leur analyse et à la rédaction du présent rapport qui compte cinq chapitres. Le premier chapitre traite de la problématique du suicide, le second de l'objet d'étude et de la méthodologie utilisée, le troisième décrit la phase préparatoire et le quatrième, les résultats de l'évaluation de l'implantation. Le cinquième chapitre, enfin, traite des forces et des limites de l'étude et fait état d'une discussion concernant les principaux constats et recommandations qui en découlent. Une synthèse des paramètres du service de Suivi communautaire intensif, modifié sur la base de ces recommandations, est proposée à la fin du document.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Le premier chapitre porte sur la problématique du suicide, et plus particulièrement sur le phénomène des tentatives de suicide. Un bref portrait du suicide et des tentatives de suicide au Québec et dans la région de Québec y est dressé. La synthèse de la littérature scientifique qui suit se rapporte exclusivement à la prévention de la récurrence des comportements suicidaires, et notamment à l'efficacité des interventions utilisées en matière de prévention. Une présentation sommaire des services accessibles aux personnes suicidaires dans la région de Québec et les objectifs d'intervention du service de Suivi communautaire intensif terminent ce chapitre.

1.1 LE SUICIDE ET LES TENTATIVES DE SUICIDE

Au Québec, le taux de décès par suicide a commencé à augmenter de façon progressive au début des années 70, avant d'atteindre une certaine stabilité au cours des années 80. Cependant, depuis le début des années 90, ce taux affiche une nouvelle tendance à la hausse. Les statistiques québécoises des dernières années font état d'environ 1 500 suicides annuellement, ce qui représente un peu plus de 4 suicides par jour (MSSS, 1998). La région de Québec enregistre, pour la période 1990-1999, un total de 1 387 décès par suicide. Ce nombre correspond à une moyenne annuelle de 140 suicides. Pour les années 1997 à 1999, le taux annuel de décès par suicide de la région de Québec était de 24,4 personnes pour 100 000 habitants, ce qui la place au-dessus de l'ensemble du Québec pour cette période (19,8 pour 100 000 habitants), et au treizième rang des 17 régions sociosanitaires du Québec lorsqu'elles sont placées par ordre croissant du taux de mortalité par suicide (Direction générale de santé publique, 2002).

Le suicide est une problématique préoccupante en raison de la mortalité prématurée qu'il occasionne. De fait, non seulement les taux de suicide sont relativement élevés dans l'ensemble de la population québécoise, mais les jeunes adultes sont particulièrement touchés (MSSS, 1998). Le suicide est la première cause de mortalité chez les hommes de 15 à 29 ans. Ce sont les jeunes adultes, en majorité des hommes, qui présentent les plus hauts taux de mortalité par suicide. Le taux de mortalité par suicide chez les femmes est plus faible et se maintient dans le temps.

La fréquence des tentatives de suicide, plus difficile à établir, serait nettement sous-estimée. Les données d'enquêtes et d'hospitalisations sont les principales sources permettant de mesurer ce phénomène à l'échelle de la population. L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 révèle que la proportion de personnes de 15 ans ou plus, ayant fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, est plus élevée chez les femmes (4,5 %) que chez les hommes (2,8 %), pour une moyenne de 3,7 %. Par contre, lorsque la période de référence est la dernière année qui précède l'enquête, on ne constate aucune différence significative entre les hommes et les femmes. La

prévalence des tentatives de suicide au cours d'une période de 12 mois était de 6 personnes pour 1 000 (0,6 %) en 1993 et de 5 personnes pour 1 000 (0,5 %) en 1998. Cette proportion représente environ 29 000 individus pour le Québec. La proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide est la plus élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans et diminue avec l'âge (Boyer *et al.*, 2000). Les femmes de 15 à 19 ans affichent le plus haut taux d'hospitalisations pour tentative de suicide (MSSS, 1998). Dans la région de Québec, pour la période 1991-1995, le taux annuel d'hospitalisations pour tentative de suicide est de 46,2 pour 100 000 habitants, selon les données d'hospitalisations en centre hospitalier de courte durée (Cardinal *et al.*, 1998). Les données d'hospitalisations ne représentent que les cas de tentative de suicide ayant conduit à une hospitalisation et excluent les personnes qui ont eu recours à des services externes ou ambulatoires sans avoir été hospitalisées, dont une partie des consultations à l'urgence. Selon L'Enquête sociale et de santé 1998, 40 % des personnes qui ont dû avoir fait une tentative de suicide dans la dernière année précédant l'enquête se seraient rendues dans un service d'urgence pour cette tentative (Boyer *et al.*, 2000).

Selon Safinofsky *et al.* (1990), de 10 % à 13 % des personnes qui ont fait une tentative de suicide finiront par s'enlever la vie. Une étude de cohorte menée en Suède révèle qu'après un suivi moyen de 5 ans effectué à la suite d'une tentative de suicide, 6 % des sujets étaient décédés par suicide (Nordstrom, Samuelsson et Asberg, 1995). En 1999, une étude scandinave portant sur 150 patients hospitalisés pour une tentative de suicide indique une proportion de 12 % de décès par suicide après 10 ans (Tejedor, Diaz, Castillon et Pericay, 1999). Dans une étude de Suokas *et al.* (2001), il en est de même de 6,7 % des sujets ayant fait une tentative de suicide et suivis pendant 14 ans. Une étude multicentrique sur les tentatives de suicide en Europe révèle que la moitié des personnes ayant tenté de se suicider ont fait plus d'une tentative, et que dans 20 % des cas, la deuxième tentative a eu lieu dans l'année suivant la première (Schmidtke *et al.* 1996). Par ailleurs, une étude réalisée au Québec révèle que 33,5 % des personnes qui se sont suicidées avaient fait une tentative dans les 5 ans ayant précédé l'enquête. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (47,5 %) que chez les hommes (30,2 %) (Saint-Laurent et Tennina, 2000).

Diverses études permettent d'estimer que le rapport entre le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides complétés se situe pour l'ensemble de la population autour de 100:1 (Ramsay et Bagley, 1985). Il varie toutefois grandement, notamment selon le sexe, l'âge, la définition retenue pour la tentative de suicide et la méthodologie utilisée pour mesurer ce phénomène. Ce rapport peut varier de 30:1 à 600:1 selon les études, les jeunes et les personnes de sexe féminin présentant les rapports les plus élevés (Shaffer et Bacon, 1989). Il demeure toutefois difficile d'expliquer ces différences : différence dans l'intensité de la volonté de mourir, différence dans la diversité des problématiques sous-jacentes, différence dans le degré d'impulsivité, différence dans le degré de létalité des méthodes utilisées.

Le suicide est un phénomène complexe, qui représente une issue fatale pour trop de personnes qu'une conjugaison de prédispositions individuelles, de facteurs liés à l'environnement social et de circonstances de vie a conduites à une souffrance insupportable et au désespoir. Les

prédispositions individuelles associées au suicide sont principalement les troubles mentaux, la dépendance à l'alcool et aux drogues et les antécédents suicidaires. Les facteurs liés à l'environnement social se rapportent à la famille, au milieu social et aux valeurs et attitudes culturelles véhiculées dans ces milieux (antécédents suicidaires chez les proches, milieu familial non fonctionnel et violence familiale, conditions économiques difficiles, etc.). Les facteurs circonstanciels renvoient autant à des événements de la vie (deuil, perte d'emploi, peine d'amour, échec scolaire, maladie, etc.) qu'aux circonstances favorisant l'accès à des moyens pour compléter un suicide. Cette dernière catégorie de facteurs compte également l'intoxication à l'alcool ou aux drogues, qui peut précipiter le comportement suicidaire. Le suicide n'est pratiquement jamais le résultat d'un seul facteur de risque ; il est le plus souvent le résultat d'un cumul de facteurs. Certains travaux récents portant sur la difficulté des hommes à exprimer leur souffrance et à demander de l'aide mettent un accent particulier sur la difficulté de les rejoindre et d'intervenir auprès d'eux, selon nos modes de pratique actuels (Dulac, 1999).

La littérature fait également état de plus en plus de recherches portant sur les facteurs de protection contre la détresse psychologique, le désespoir et le suicide. Certaines hypothèses tentent d'expliquer pourquoi des personnes ayant des caractéristiques semblables et cumulant les mêmes facteurs de risque ou de stress réagissent différemment dans des situations adverses comparables. Le concept de résilience est de plus en plus utilisé pour exprimer la capacité des individus à faire face à ces situations, alors que celui de capital social désigne les caractéristiques de l'organisation sociale (ex. : confiance interpersonnelle, confiance entre les citoyens, entraide et solidarité, densité et qualité de la vie associative) qui ont des effets protecteurs sur la santé physique et mentale des personnes (Kawachi *et al.*, 1999).

Les travaux sur les différents comportements suicidaires (tentative de suicide unique, tentatives de suicide à répétition, tentative et suicide complété, suicide complété sans tentative antérieure) suscitent des interrogations quant aux éléments qui distinguent ou apparentent ces comportements, c'est-à-dire s'ils constituent les diverses facettes d'un même phénomène ou des phénomènes distincts (Santé Canada, 1994).

1.2 LA PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Les tentatives de suicide sont la manifestation d'une détresse profonde et sont, parmi les facteurs de risque associés au suicide complété, l'un des plus puissants prédictors de tentatives de suicide subséquentes et de décès par suicide. Une proportion importante des personnes qui font une tentative de suicide présentent des troubles d'adaptation, des troubles affectifs et différentes maladies mentales. Elles ont très souvent évolué, dès l'enfance, dans des milieux familiaux perturbés et chaotiques (Beautrais *et al.*, 1996 ; Beautrais *et al.*, 1998). Ces personnes sont souvent caractérisées par une difficulté à cerner les problèmes et à élaborer des solutions de rechange (Brent, 1997). Les paragraphes qui suivent portent essentiellement sur la prévention

de la récurrence des comportements suicidaires et présentent sommairement des expériences ayant ciblé ce groupe particulier.

Plusieurs approches ont été utilisées, seules ou combinées, pour éviter ou retarder une récurrence de tentative de suicide, ou encore un suicide complété après une ou plusieurs tentatives de suicide : hospitalisation, pharmacothérapie, visites ou soins à domicile, suivi intensif en établissement ou dans la communauté, entraînement aux habiletés personnelles et sociales (ex. : résolution de problèmes, gestion des relations interpersonnelles), etc. (Roy, 2001). L'approche est tantôt unidisciplinaire, tantôt portée par des équipes multidisciplinaires. Lorsque plusieurs approches sont utilisées, elles le sont de façon séquentielle ou concomitante.

La recherche sur les effets de ces approches sur le taux de récurrence de gestes suicidaires (tentative de suicide ou suicide complété) a trait surtout à l'approche médicale et pharmacologique, de même qu'aux interventions psychosociales. Peu d'études portent sur une approche intégrant plusieurs modalités thérapeutiques ou de soutien. Les travaux visent le plus souvent les jeunes et les jeunes adultes, probablement à cause d'une fréquence plus élevée des tentatives de suicide dans ces groupes d'âge et parce que le suivi des jeunes est plus facile à effectuer. Moins d'études portent sur l'intervention auprès des adultes, et particulièrement chez les adultes les plus âgés. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que la prévalence et l'incidence des tentatives de suicide sont plus faibles chez les personnes âgées. La littérature scientifique démontre en effet que, comparativement aux plus jeunes, une proportion beaucoup plus faible des personnes âgées qui ont complété un suicide avaient également fait une tentative auparavant (De Leo *et al.*, 2001 ; Conwell, 2001).

La majorité des études portant sur la prévention de la récurrence de gestes suicidaires n'ont pas réussi à démontrer un effet significatif des différentes approches utilisées (Trautman, 1989 ; Allard *et al.*, 1992 ; Hawton *et al.*, 1998 ; Links *et al.*, 1999). Par ailleurs, les études sur le sujet comportent de nombreuses limites méthodologiques : petits échantillons, biais de sélection, attrition des effectifs, suivi de courte durée, groupes hétérogènes sur les plans psychopathologique, psychosocial et sociodémographique, difficulté de contrôler certains facteurs confondants, etc. (Arensman *et al.*, 2001). Il appert de plus qu'une forte proportion des personnes posant des gestes suicidaires présentent un cumul de facteurs de risque, dont certains troubles mentaux. Or souvent, ces personnes sont peu fidèles au traitement que nécessite leur condition (Links *et al.*, 1999). Certains chercheurs mettent d'ailleurs en évidence l'importance de l'observance au traitement comme étant la clé de voûte de la prévention de la récurrence de comportements suicidaires (Van Heeringen *et al.*, 1995 ; Morgan, Jones et Owen, 1993).

Quelques études portant sur les effets des traitements pharmacologiques sur la récurrence des comportements suicidaires démontrent un effet positif, qui varie selon le type de psychopathologie sous-jacente. Quant aux approches psychosociales, l'approche cognitive comportementale semble la plus prometteuse, en particulier pour les jeunes (Brent et Lerner, 1994 ; McLeavey *et al.*, 1994 ; Van der Sande *et al.*, 1997a), bien que les résultats s'y rapportant

soient mitigés. Des résultats encourageants ont été obtenus par Guthrie et ses collaborateurs (2001) qui ont mené un essai clinique randomisé visant à évaluer l'effet d'une intervention psychodynamique interpersonnelle brève auprès de sujets adultes ayant fait une tentative de suicide et qui s'étaient présentés à un service d'urgence. Ceux-ci étaient comparés à un groupe de sujets dirigés vers leur médecin de famille dans la plupart des cas. Après un an d'observation, le groupe ayant bénéficié de l'intervention psychodynamique aurait manifesté moins d'idéations et de tentatives de suicide. Van der Sande et ses collaborateurs (1997b) ont comparé une intervention psychosociale intensive et le traitement habituel (« *care as usual* », c'est-à-dire une orientation vers le médecin de famille) sans déceler de différences significatives dans les comportements suicidaires après douze mois de suivi.

Les résultats de la recherche forcent donc à constater que l'efficacité de différentes approches sur les comportements suicidaires eux-mêmes est difficile à démontrer. Par contre, il est plausible qu'une action sur les facteurs de risque les plus fortement associés aux comportements suicidaires puisse avoir un effet positif. Les différentes études portant sur les caractéristiques des personnes ayant fait une tentative de suicide attestent que des mesures visant certains facteurs de risque ou situations problématiques offriraient un potentiel pour la prévention de la récurrence de tentative de suicide. La dépression majeure, les troubles de comportement, les maladies physiques, l'alcoolisme et les toxicomanies, la maladie mentale des parents, les problèmes conjugaux et les conflits entre parents et enfants apparaissent ainsi comme des cibles prometteuses. Les chercheurs portent en outre une attention de plus en plus grande à des moments clés de transition où une intervention pourrait offrir une plus grande protection à des personnes déjà vulnérables, par exemple, la période de retour à la maison suivant une hospitalisation en psychiatrie, les mois suivant une tentative de suicide, la période suivant la prise en charge d'un jeune par un centre jeunesse, particulièrement en internat (Hawton et Fagg, 1988 ; Holley, Fick et Love, 1998 ; Pronovost, 1998). Les travaux qui portent sur les caractéristiques des personnes ayant fait des tentatives de suicide graves (« *nearly lethal suicide attempts* ») fournissent également des hypothèses intéressantes en ce qui concerne l'intervention (Hawton, 2001 ; Ikeda *et al.*, 2001 ; Powell *et al.*, 2001 ; Swahn et Potter, 2001).

Malgré l'insuffisance des données probantes sur l'efficacité des interventions, différents experts définissent un certain nombre d'éléments devant caractériser une prise en charge ou le soutien des personnes qui ont fait une tentative de suicide (Pommereau, 1998 ; Links *et al.*, 1999 ; Brent, 1997 ; Brent, 2001 ; Hickey, Hawton et Weitzel, 2001 ; Hurry et Storey, 2000). Ce sont :

-
- les soins physiques reliés aux conséquences somatiques de la tentative de suicide (ex. : traitement de l'intoxication médicamenteuse) ;
 - l'évaluation psychosociale et psychiatrique de toute personne se présentant à l'urgence pour une tentative de suicide ;
 - l'accueil et l'établissement d'un bon contact avec la personne suicidaire (alliance thérapeutique) par un intervenant clé ;
 - la sécurisation de la personne suicidaire, ce qui peut nécessiter une hospitalisation ;
 - l'utilisation du contrat de non-suicide ;
 - le traitement immédiat des conditions médicales ou psychosociales sous-jacentes, y compris les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie ;
 - l'accueil des proches ;
 - la prévention d'un surinvestissement ou d'un désengagement de l'entourage ;
 - les modalités d'assistance auprès de la personne et de son entourage (prise en charge psychosociale, harmonisation des relations thérapeutiques et orientations appropriées) ;
 - une évaluation structurée du fonctionnement de la personne suicidaire au quotidien, après la tentative (famille, couple, école, travail, etc.) ;
 - un contrôle de l'accès aux moyens ;
 - l'accès à des services 24 heures/7 jours ;
 - une évaluation du risque de récurrence.

Différents auteurs insistent également sur les quatre facteurs suivants : 1) la concertation entre les différentes ressources mobilisées ; 2) l'intégration des interventions et leur coordination par un seul intervenant ; 3) l'ajustement de l'intensité et de la durée des interventions aux besoins et aux conditions sous-jacentes de la personne ; 4) l'amélioration de l'accès aux services (Culberg *et al.*, 1988 ; Sprito *et al.*, 2002).

1.3 LES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES SUICIDAIRES DANS LA RÉGION DE QUÉBEC

Une multitude d'organismes institutionnels ou communautaires de première ligne interviennent en santé mentale et en prévention du suicide. La région de Québec est relativement bien pourvue en services s'adressant spécialement aux personnes suicidaires, à leurs proches et aux personnes endeuillées par le suicide. La région compte trois organismes communautaires exclusivement dédiés à la prévention du suicide : le Centre de prévention du suicide de Québec, le Comité de prévention du suicide de Charlevoix et Prévention Suicide Portneuf. Le Centre local de services communautaires (CLSC) est également familier avec la problématique, en particulier par l'entremise de son service Accueil-Évaluation-Orientation (AEO), de certains programmes (ex. : Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ), santé mentale) et de l'urgence sociale. Ils reçoivent quotidiennement des personnes suicidaires ou touchées par le suicide d'un proche. Les urgences et départements de psychiatrie des centres hospitaliers de la région accueillent eux aussi des

clientèles présentant souvent des idéations ou des comportements suicidaires, généralement associés à d'autres problèmes de santé. Le Centre jeunesse de Québec (CJQ), le Centre de crise de Québec (CCQ), le milieu scolaire, le milieu de détention et celui du travail, de même que d'autres organismes communautaires qui accueillent des personnes aux prises avec des problèmes particuliers (troubles de santé mentale graves, violence conjugale, alcoolisme et toxicomanie, etc.) sont également interpellés par la problématique du suicide.

Dans la région de Québec, différents travaux ont contribué à une meilleure compréhension de la situation actuelle quant à l'organisation des services en santé mentale. Au printemps 1998, la Commission médicale régionale a étudié les problèmes d'accès aux soins psychiatriques et aux services en santé mentale dans la région. Elle relevait notamment des problèmes d'accès à l'expertise psychiatrique, de même que des problèmes de communication entre les différents acteurs de première ligne et aussi entre les acteurs de première et de deuxième lignes. La Commission recommandait des liens renforcés avec les psychiatres sur une base de territoire en suggérant un maillage entre les médecins en cabinet privé, ceux des CLSC et les équipes en santé mentale.

Par ailleurs, deux études récentes menées dans la région mettent en évidence l'isolement de la personne en état de crise par rapport à son réseau d'aide naturel et aux services disponibles : l'une portait sur les crises psychosociales dans le territoire de Québec-Centre (Aubé *et al.*, 1999), et l'autre sur les pratiques relatives aux troubles de l'humeur, dont la dépression (Laberge *et al.*, 1999). Ces études mettent en relief la nécessité d'augmenter les occasions d'échanges entre les différents professionnels visés par les problématiques complexes en santé mentale et le suicide. Elles soulignent également les difficultés de liaison entre les organismes concernés. L'intervention auprès de la personne suicidaire et de ses proches nécessite un meilleur partage de l'information, de manière à resserrer au maximum les mailles du filet de sécurité pour protéger la personne dont la sécurité est compromise et la soutenir lorsque la crise s'est résorbée.

1.4 LES OBJECTIFS D'INTERVENTION DU SERVICE DE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF

Le service de Suivi communautaire intensif constitue une contribution originale du CPSQ au domaine de la prévention du suicide dans la région. Il s'ajoute à une gamme de services déjà offerts par l'organisme (voir l'annexe 1) et vise particulièrement le soutien de la personne dans la phase aiguë de retour à la maison après un épisode de soins à l'urgence pour une tentative de suicide. Tout comme l'ensemble des activités du CPSQ, ce service vise ultimement à retarder ou à éviter une récurrence d'idéations ou de comportements suicidaires. Pour le CPSQ, il répond aux impératifs d'intervention auprès de personnes en crise suicidaire et fait écho à certains éléments clés devant caractériser le soutien qui leur est apporté (voir la section 1.2) : délai d'intervention rapide, évaluation du niveau de fonctionnement de la personne et soutien pour l'améliorer, évaluation régulière de l'urgence suicidaire et accès continu à des services de crise. Ce service est

défini comme étant *communautaire* dans la mesure où l'intervention est faite dans le milieu de vie naturel de l'utilisateur, pour le soutenir dans la réorganisation de sa vie quotidienne et l'aider à reprendre le contrôle des événements. Il revêt un caractère *intensif* dans la mesure où il prévoit un ensemble de rencontres avec l'utilisateur à l'intérieur d'un court laps de temps ($\pm$ deux mois) et à une fréquence relativement élevée, le nombre de rencontres pouvant aller jusqu'à dix.

Par la mise en place de ce service, le CPSQ vise les objectifs d'intervention suivants :

- Objectif principal :
 - offrir un service de soutien et d'accompagnement aux personnes qui ont recours au service d'urgence d'un centre hospitalier après une tentative de suicide, lorsque leur état mental ne nécessite pas d'hospitalisation.
- Objectifs spécifiques :
 - offrir rapidement (à l'intérieur d'un délai de 48 heures suivant la sortie de l'hôpital) à la personne ayant fait une tentative de suicide un plan d'intervention individualisé, adapté à ses besoins ;
 - donner à la personne ayant fait une tentative de suicide du soutien face aux problèmes psychosociaux qu'elle éprouve et l'aider dans la recherche de solutions ;
 - soutenir la personne ayant fait une tentative de suicide dans ses occupations quotidiennes ainsi que dans la reprise de ses activités ;
 - permettre à la personne ayant fait une tentative de suicide de briser son isolement ;
 - soutenir le réseau de la personne ayant fait une tentative de suicide, et surtout la famille immédiate, afin que celui-ci puisse donner un sens au geste suicidaire posé et que la réintégration de la personne dans son milieu s'en trouve ainsi facilitée.

CHAPITRE 2

OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

2.1 LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Une évaluation de l'implantation du service de Suivi communautaire intensif a été jugée nécessaire en raison de son caractère novateur. Le principal mandant de ce projet pilote, le MSSSS, souhaite que la présente étude donne lieu à des recommandations quant à la pertinence d'offrir ce service sur d'autres territoires et, le cas échéant, sur les conditions auxquelles l'implantation de ce service devrait répondre. Il s'agit donc, dans un premier temps, de juger de la faisabilité de la mise en place du service de Suivi communautaire intensif, tel qu'il a été proposé par le CPSQ, de même que de son utilité perçue par les principaux partenaires concernés et par la clientèle.

L'évaluation vise ainsi :

- à décrire la population rejointe et à vérifier si elle correspond à la clientèle visée ;
- à vérifier si l'intervention a été réalisée telle qu'elle a été définie ;
- à vérifier si les modalités de fonctionnement du projet sont acceptables et adéquates, et correspondent à celles qui étaient prévues ;
- à vérifier les perceptions de la clientèle au regard des services reçus (utilité perçue et satisfaction) ;
- à vérifier les perceptions des partenaires associés dans ce projet au regard de la mise en place du service et de son utilité ;
- à déterminer les facteurs ayant facilité ou entravé la mise en place du service.

2.2 LA MÉTHODOLOGIE

La méthodologie sera précisée à partir des thèmes suivants : le cadre d'analyse utilisé, les partenaires concernés, la population étudiée, les sources d'information et les instruments de collecte de données, le traitement et l'analyse des données, l'approche participative utilisée et les aspects éthiques.

2.2.1 Le cadre d'analyse

Le cadre d'analyse retenu afin d'évaluer l'implantation du service de Suivi communautaire intensif est une adaptation du cadre conceptuel de Bellavance (1985), qui propose une perspective systémique et qui offre une grille d'analyse constituée de deux volets : la phase préparatoire et le suivi de l'implantation (voir la figure 1). La phase préparatoire permet de

Figure 1
L'évaluation de l'implantation du service
de Suivi communautaire intensif : cadre d'analyse

- 26 -

2.2.2 Les partenaires concernés

Les partenaires suivants ont collaboré à ce projet, en assumant chacun des rôles précis : le CPSQ, les urgences générale et psychiatrique de deux centres hospitaliers et la DSPQ. Le *CPSQ*, organisme communautaire offrant un ensemble de services dédiés à la prévention du suicide et à l'intervention auprès des personnes suicidaires et de leurs proches, a été le maître d'œuvre et le mandataire de ce service. Les *urgences générale* et *psychiatrique* de l'hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA et du CHUL du CHUQ ont tenu le rôle de *référénts*, pour la durée de l'expérimentation de ce nouveau service. La *DSPQ*, enfin, a été sollicitée à titre de collaborateur pour le soutien à l'implantation du service de Suivi communautaire intensif et l'évaluation de celle-ci.

2.2.3 La population étudiée

Les critères d'inclusion et d'exclusion des sujets étudiés ont été définis au cours de la phase préparatoire pour répondre aux exigences du contexte expérimental, aux contraintes avec lesquelles doit composer l'organisme mandataire (ex. : ressources disponibles) et aux exigences reliées à la nature même du service offert (ex. : délai de réponse rapide).

Ainsi, pour être admissible au service de Suivi communautaire intensif, une personne doit avoir fait une tentative de suicide⁵ et s'être présentée pour cet événement à l'une des urgences générales ou psychiatriques reconnues comme milieu référent, être âgée entre 18 et 74 ans et habiter sur le territoire du Québec-métro⁶. Elle doit également être légalement apte à exercer un choix éclairé. De plus, la personne ne doit pas être en état d'intoxication aiguë au moment de la référence, ce qui n'exclut pas les personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. Sont exclues les personnes présentant des troubles de personnalité graves et qui sont déjà connues du réseau, notamment des services d'urgence des centres hospitaliers, de même que toute personne connue du CPSQ qui a fait l'objet de recommandations particulières dans le but de ne pas multiplier indûment les intervenants et les interventions à son endroit. Enfin, la personne ne doit pas présenter de danger pour les intervenants.

5. Tentative de suicide : « Situation dans laquelle une personne a manifesté un comportement qui met sa vie en danger, avec l'intention réelle ou simulée de causer sa mort ou de faire croire que telle est son intention, mais dont l'acte n'aboutit pas à la mort. » (RRSSS-03, 2000)

6. Québec-métro : constitué de la région administrative de Québec (03), de laquelle on soustrait les territoires de Portneuf et de Charlevoix.

2.2.4 Les sources d'information et les instruments de collecte de données

Les sources d'information utilisées sont :

- les formulaires de collecte de données remplis par les intervenants des milieux référents et du CPSQ ;
- les entrevues réalisées par l'agent de recherche avec les principaux partenaires (intervenants et gestionnaires) et certains usagers, peu de temps après qu'ils aient reçu le service ;
- les informations recueillies par l'agente de liaison auprès de certains usagers six mois après la fin de l'intervention du CPSQ (relance téléphonique) ;
- un échantillon de dossiers d'usagers qui ont complété le suivi ;
- les comptes rendus du comité opérationnel et du comité-conseil ;

Les instruments de collecte de données des intervenants du CPSQ ont été conçus à partir de formulaires déjà utilisés ou ont été créés de toutes pièces pour répondre aux finalités du projet. Quant aux schémas d'entrevue, ils ont été élaborés à partir des thèmes pour lesquels des informations précises devaient être recueillies auprès des usagers, des intervenants et des gestionnaires (voir l'annexe 2).

Les entrevues ont été réalisées auprès des principaux partenaires associés au projet (n = 16), soit douze intervenants et quatre gestionnaires, de même qu'auprès d'usagers ayant reçu le service de Suivi communautaire intensif (n = 10)⁷. Les rencontres avec les partenaires se sont déroulées dans leur milieu de travail et ont duré entre une heure et deux heures et demie. Les entrevues avec les usagers se sont déroulées dans leur milieu de vie, pour une durée moyenne d'une heure. L'analyse de douze dossiers remplis par les agentes de liaison complète les sources d'information.

2.2.5 Le traitement et l'analyse des données

Les types de traitement et d'analyse des données de l'étude reposent sur la nature même des données recueillies. Ainsi, les données *quantitatives* sont présentées sous la forme de distributions de fréquences (pourcentage), de moyennes et de médianes. Elles sont surtout utilisées pour décrire la clientèle et certains aspects de l'intervention. Les données *qualitatives*

7. Dix-neuf personnes avaient accepté que l'agente de liaison transmette leurs coordonnées à l'agent de recherche de la DSPQ afin que celui-ci les rencontre. Sept d'entre elles n'ont pu être jointes (numéro de téléphone hors d'usage = 1 ; aucun retour d'appel = 4 ; incapacité de parler à la personne = 2) et 2 ont finalement refusé d'être rencontrées. Ce nombre (n = 10) représente le quart des personnes (22,7 %) ayant reçu le service de Suivi communautaire intensif.

(perceptuelles) recueillies auprès des usagers et des partenaires par observation directe, entrevues semi-dirigées ou analyse de dossiers sont traitées selon une approche inductive. Elles visent la description et la compréhension les plus exhaustives possible de l'intervention et de son contexte d'implantation (Patton, 1996).

2.2.6 L'approche participative

Vu le caractère novateur du projet, qui tient à sa nature et au partenariat qu'il nécessite entre le milieu clinique médical et le CPSQ, une approche participative a été privilégiée pour l'implantation de ce nouveau service. Elle vise à engager les gestionnaires et les intervenants à toutes les étapes de l'implantation, de façon à aplanir les difficultés appréhendées ou effectives et à optimiser la contribution de chacun. Cette approche s'est concrétisée par la mise sur pied de deux comités : un comité-conseil et un comité opérationnel. Le *comité-conseil* est une structure où sont représentés tous les partenaires associés au projet. Son mandat consiste principalement à assurer la réalisation du projet, le respect des orientations prises et la compréhension commune du projet, de même qu'à rendre disponibles les ressources nécessaires aux opérations et à en diffuser les résultats. Ce comité s'est réuni à cinq reprises. Le *comité opérationnel*, essentiellement composé des représentants du CPSQ et de la DSPQ, est une structure de soutien pour le CPSQ et le comité-conseil. Son mandat consiste principalement à s'assurer que tous les éléments constituant le projet ont été discutés, que l'ensemble des outils permettant la prestation et l'évaluation du service ont été élaborés, et que les ententes et mécanismes de collaboration avec les partenaires ont été définis. Ce comité s'est réuni chaque mois au cours de la phase préparatoire (neuf rencontres), et au besoin au cours de la phase d'implantation.

2.2.7 Les aspects éthiques

Les comités d'éthique de chacun des milieux référents ont donné leur accord quant à la réalisation du projet. Un formulaire de consentement, autorisant le milieu référent à transmettre les coordonnées de l'utilisateur au CPSQ, a été élaboré afin que l'organisme puisse ainsi établir un premier contact avec lui (voir l'annexe 3). Ce formulaire devait être présenté à l'utilisateur à l'occasion de sa visite à l'urgence. Le consentement signé était acheminé au CPSQ, avec la demande de service, par le personnel des services d'urgences psychiatriques. Des ententes administratives ont été prises afin de transmettre les renseignements nominatifs nécessaires à la référence au CPSQ. Quant aux entrevues menées auprès des utilisateurs du service, le premier contact était effectué par l'agente de liaison, et c'est seulement avec l'accord de l'utilisateur que ses coordonnées (nom et numéro de téléphone) étaient transmises à l'agent de recherche de la DSPQ. Enfin, toutes les informations recueillies pour l'évaluation ont été dénominalisées, et l'ensemble des informations ont été agrégées aux fins de l'analyse.

CHAPITRE 3

PHASE PRÉPARATOIRE

La phase préparatoire s'est déroulée sur une période de sept mois, plus précisément de février à septembre 2001. L'analyse des informations recueillies à cette étape fait ressortir des éléments présentant un certain niveau de difficulté appréhendé, et qui ont fait l'objet d'échanges et de solutions concertées. Ce sont les objectifs de l'évaluation, les critères d'admissibilité, le type de service à offrir et l'approche clinique à privilégier ainsi que les modalités organisationnelles. Les principaux éléments de processus mis en place pour soutenir cette phase préparatoire sont également présentés et commentés. Une description sommaire du service de Suivi communautaire intensif, tel qu'il a été défini à l'issue de la phase préparatoire et tel qu'il a été expérimenté, termine ce chapitre.

3.1 LES ÉLÉMENTS CLÉS ABORDÉS AU COURS DE LA PHASE PRÉPARATOIRE

Outre les objectifs reliés à l'intervention elle-même auprès d'un usager (voir la section 1.4), la phase préparatoire a été l'occasion de remettre en jeu des **objectifs de l'évaluation**, notamment ceux ayant trait aux effets populationnels ou organisationnels de la mise en place du nouveau service, effets évoqués dans des documents préliminaires (ex. : diminution du taux de mortalité par suicide, du taux de tentative de suicide, du taux d'hospitalisations des personnes ayant fait une tentative de suicide, de l'engorgement des services d'urgence, etc.). Le comité-conseil a rapidement convenu que le devis de l'évaluation de l'implantation viserait d'abord à vérifier la faisabilité de la mise en place du service, et à recueillir de l'information sur son utilité perçue par les partenaires associés et les usagers, de même que sur leur niveau de satisfaction. En aucun cas, ce devis ne devait servir à vérifier la portée populationnelle d'une telle mesure ni à juger de son effet sur le taux de suicide dans la région, pas même pour les personnes qui ont reçu le service. Les effets du service sur la problématique du suicide auraient pu être estimés avec un autre devis, de type quasi expérimental, qui aurait par exemple permis de comparer un groupe ayant bénéficié du service à un groupe ayant bénéficié d'un autre type d'intervention dans les mêmes circonstances. Par contre, pour pouvoir déceler une différence significative qui ne serait pas due au hasard, une telle étude nécessite un nombre élevé de sujets et implique une longue période d'observation.

La définition des **critères d'admissibilité** des sujets à l'étude a également fait l'objet d'ajustements. L'exercice a permis d'aborder un certain nombre de préoccupations légitimes des partenaires. Ainsi, les éléments suivants ont prévalu à la définition des critères d'admissibilité :

- la capacité d'accueil et d'intervention du CPSQ ;
- la possibilité d'avoir une qualité de communication propice à la relation d'aide ;
- l'importance d'éviter la multiplication des intervenants et des interventions dans le cas de certains usagers déjà connus pour avoir utilisé, sinon épuisé, une panoplie de ressources ;
- la sécurité des intervenants de crise du CPSQ.

Le **type de service** offert devait être très bien circonscrit. Le souci de ne pas se substituer à d'autres ressources et le désir d'agir en complémentarité ont animé plusieurs discussions dès le début du projet. Les CLSC et d'autres organismes communautaires, comme le CCQ, ont été définis comme ressources susceptibles de faire double emploi avec le CPSQ ou de s'y substituer. Par ailleurs, le CPSQ ne souhaitait pas se substituer aux proches ou à la famille de l'utilisateur pour la résolution de ses problèmes ou le retour à ses activités quotidiennes. Selon les membres du comité-conseil, les éléments qui donneraient au service offert un rôle distinctif et complémentaire sont : le délai de réponse rapide ; l'accès 24/7 à un service de crise suicidaire ; son caractère communautaire (interventions pour soutenir l'utilisateur dans la réorganisation de sa vie quotidienne et sa reprise de contrôle des événements) et son caractère intensif (entre huit et dix rencontres en deux mois). L'origine diverse des partenaires de même que le vocabulaire et l'approche utilisés pouvant influencer la compréhension du service offert, plusieurs rencontres ont été nécessaires afin d'en arriver à une compréhension commune.

L'approche clinique proposée par le CPSQ, et acceptée par le comité-conseil, s'inspire à la fois de l'approche orientée vers les solutions et de l'intervention de crise suicidaire. La première est dérivée de la thérapie brève et vise à aider la personne à agir en faisant des activités différentes, en changeant son comportement ou son interprétation de ce comportement ou de la situation. Les solutions sont vues comme des changements comportementaux ou perceptuels que la personne et l'intervenant construisent, sur le mode de la collaboration, pour altérer la difficulté ou la façon inefficace de la surmonter (De Shazer, 2000). Elle met l'accent sur les solutions existantes, sur les habiletés et compétences manifestées par l'utilisateur à l'intérieur même de sa situation problématique. L'approche orientée vers les solutions permet d'intervenir en cours de crise et permettrait à l'utilisateur d'amorcer un changement dès le premier contact, tout en tenant compte des risques inhérents à ces moments de vie intenses (Lamarre, 2001). Les techniques particulières à cette approche sont notamment la détermination des succès antérieurs et des changements précédant la rencontre, la définition des exceptions positives comme leviers de changement (c'est-à-dire qu'il existe des solutions et des exceptions à tout pattern problématique), la visualisation d'un avenir meilleur et la formulation d'objectifs simples qui visent à faire connaître à la personne une expérience de succès et à développer sa confiance.

L'intervention en cours de crise suicidaire vise à soulager les symptômes, à aider la personne à retrouver son niveau de fonctionnement antérieur, à comprendre les facteurs qui ont provoqué la crise et ceux qui contribueront à la résoudre. Elle vise à exclure le suicide comme moyen de

résolution, à repousser l'échéance du passage à l'acte, à soutenir la personne suicidaire pendant la phase aiguë de la crise et à l'amener à croire qu'avec de l'aide, elle pourra découvrir des solutions acceptables et satisfaisantes lui permettant de s'en sortir (Séguin, 1999). Les techniques utilisées sont l'écoute empathique, le recadrage, l'apprentissage de rôle par identification à un modèle, la clarification des facteurs de stress et la compréhension de leurs effets ainsi que la détermination des réponses appliquées auparavant par la personne à une situation similaire (Du Ranquet, 1991). Le pacte de non-suicide est également souvent utilisé par les intervenants du CPSQ dans ce contexte.

L'intervention se déroule dans le milieu de vie de la personne et est individualisée. De plus, les plans d'intervention sont élaborés sur la base de l'évaluation de toutes les sphères de la vie de la personne : la santé physique et mentale, les aptitudes au travail, les activités de la vie quotidienne, les relations sociales, les loisirs, les relations avec la famille. Ils sont mis à jour régulièrement, de façon à répondre aux besoins des usagers. Un premier contact rapide après la tentative de suicide est considéré comme une composante essentielle du service.

Parmi les **modalités organisationnelles** discutées, mentionnons les rôles et responsabilités des partenaires associés au projet. Ils ont été définis en fonction de leur contribution particulière aux différentes étapes du cheminement d'une demande de Suivi communautaire intensif. Les référents avaient le rôle d'informer les usagers de l'existence du service et de les diriger vers le CPSQ. Les référents pressentis au tout début du projet étaient nombreux (urgences générales et psychiatriques des centres hospitaliers, CLSC, organismes communautaires, médecins en cabinets privés et policiers). Après discussion ils ont été restreints, pour l'expérimentation, aux urgences générale et psychiatrique de deux centres hospitaliers (hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA et CHUL du CHUQ). Deux raisons expliquent cette décision. La première a trait au fait que dans le Québec-métro, l'une des voies d'accès au réseau de la santé pour les personnes faisant une tentative de suicide est très souvent l'urgence générale des centres hospitaliers et que, dans la très grande majorité des cas, celles-ci sont vues en psychiatrie (psychiatre de garde ou urgence psychiatrique). La seconde renvoie aux limites de la capacité d'accueil du CPSQ, qui bénéficiait d'un budget ne lui permettant d'embaucher qu'une seule personne-ressource pour ce projet.

Dans le cadre de ce projet, les intervenants de crise du CPSQ ont été désignés comme la porte d'entrée au CPSQ de toute référence effectuée par les urgences, et avaient pour rôle principal d'effectuer l'évaluation préliminaire des personnes quant à leur admissibilité pour le service de Suivi communautaire intensif. Quant à l'agente de liaison, poste créé spécialement pour ce projet, deux rôles lui incombait : un rôle clinique qui consistait à intervenir auprès de chacun des usagers admis et un rôle de gestion de la mise en place de ce projet. L'agente de liaison était soutenue par le coordonnateur clinique du CPSQ.

Parmi les autres organismes, établissements ou intervenants (CLSC, organismes communautaires, médecins en cabinets privés et policiers) qui auraient pu éventuellement faire référence au CPSQ pour une demande de service de Suivi communautaire intensif, certains

présentent un potentiel de chevauchement de services ou de substitution en raison de leur mission ou mandat. À cet égard, une attention particulière a été portée aux CLSC, au CCQ et aux organismes communautaires en santé mentale. Deux actions ont été menées afin de leur faire connaître l'existence du service et de discuter des problèmes appréhendés. C'est ainsi qu'une présentation du projet a été faite aux membres de la Table de concertation des coordonnateurs en santé mentale des CLSC de la région de Québec de même qu'au personnel du CCQ, et qu'une lettre présentant le service a été transmise aux principaux organismes communautaires en santé mentale de la région.

Plusieurs rencontres du comité opérationnel ont également été nécessaires pour préciser le cheminement de la demande, constitué de trois phases :

- une première où le référent avait pour rôles de sensibiliser l'utilisateur à l'existence du service de Suivi communautaire intensif et de donner suite si l'utilisateur décidait de s'en prévaloir ;
- une seconde, réalisée par les intervenants de crise du CPSQ, pour une évaluation préliminaire et une référence à l'agente de liaison ;
- une troisième où l'agente de liaison assurait l'intervention auprès de l'utilisateur.

Au-delà du cheminement de la demande, d'autres modalités organisationnelles ont dû être abordées, telles que le lieu de la première consultation, les mécanismes d'échange d'information, la possibilité pour le CPSQ de contacter à nouveau les référents au besoin, etc.

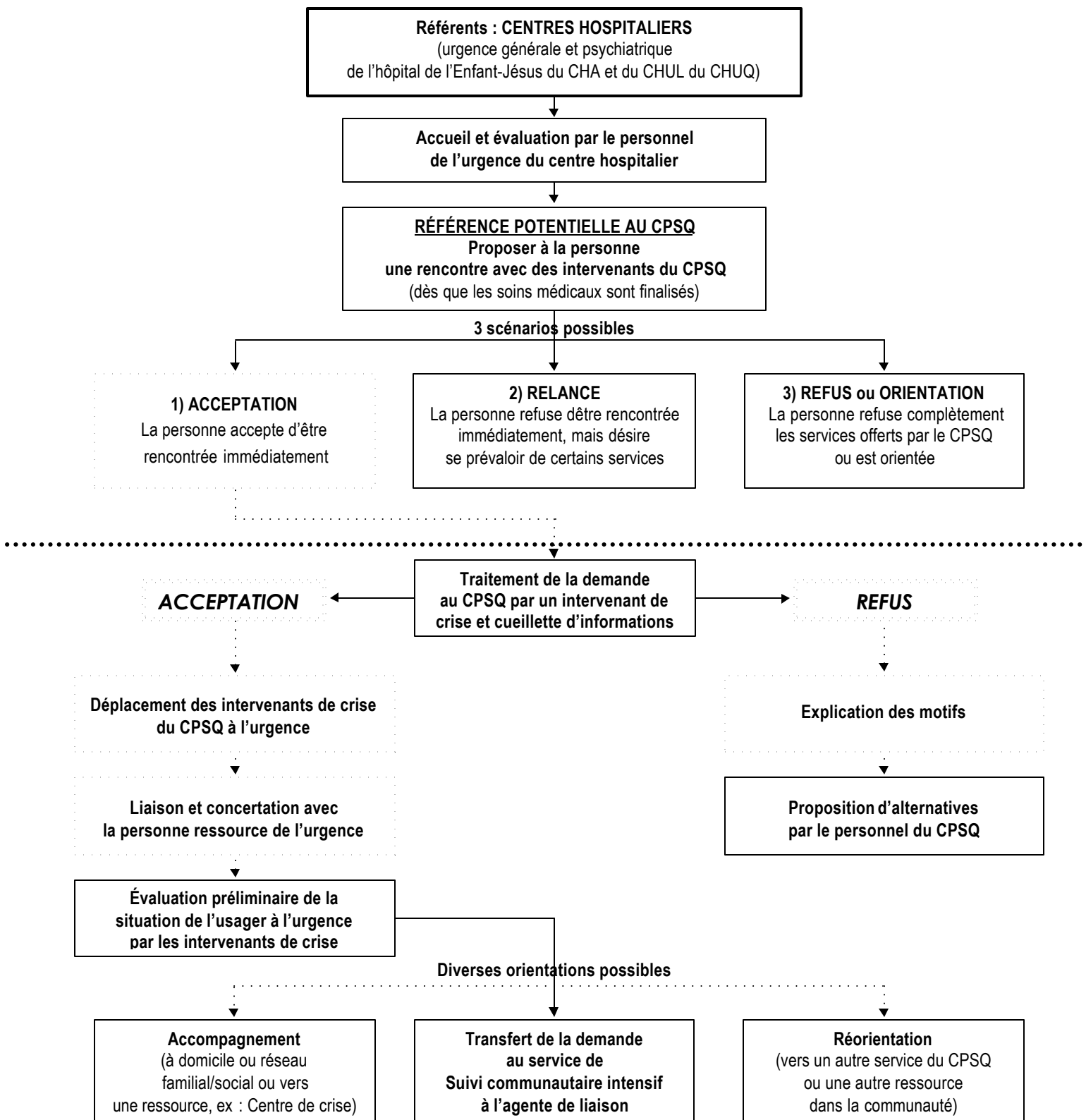
3.2 LES PRINCIPAUX PARAMÈTRES DU SERVICE DE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF : MODÈLE EXPÉRIMENTÉ

Voici la synthèse des principaux paramètres qui permettent de décrire le service de Suivi communautaire intensif tel qu'il a été défini pendant la phase préparatoire et tel qu'il a été expérimenté durant la phase d'implantation (voir les figures 2 et 3).

Figure 2
Principaux paramètres du service
de Suivi communautaire intensif : modèle expérimenté

Thème	Paramètres
Organisme mandataire	Centre de prévention du suicide de Québec
Référents	Urgences générale et psychiatrique : • de l'hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA ; • du CHUL du CHUQ.
Type d'intervention et approche clinique	Type d'intervention : • comportant 8 à 10 rencontres sur une période de 2 mois ; • réalisée à domicile ou dans un lieu déterminé par l'usager. Approche clinique : • soutien orientée sur les solutions inspirées de la thérapie brève et intervention de crise suicidaire.
Critères d'admissibilité	Critères d'inclusion : • toute personne qui a recours aux services de l'urgence générale et psychiatrique de l'hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA et du CHUL du CHUQ après une tentative de suicide, qu'il y ait ou non une consultation psychiatrique, et qui n'est pas hospitalisée ; • toute personne âgée de 18 à 74 ans ; • clientèle résidant sur le territoire du Québec-métro. Critères d'exclusion : • un état d'intoxication produit par l'alcool, les drogues ou d'autres psychotropes, et qui perturbe l'efficacité de la communication au moment de la référence ; • un trouble de la personnalité chez la personne suicidaire et le recours de celle-ci aux services de l'urgence d'un centre hospitalier plus d'une fois au cours des six derniers mois à la suite d'une tentative de suicide ; • toute situation pouvant menacer la sécurité des intervenants (ex. : comportement violent) ; • toute personne connue du CPSQ qui fait l'objet de recommandations particulières ; • toute personne légalement inapte à exercer un choix éclairé.
Cheminement de la demande	Voir la figure 3.

Figure 3
Cheminement d'une demande de Suivi communautaire intensif d'une personne ayant fait une tentative de suicide



CHAPITRE 4

RÉSULTATS DE L'IMPLANTATION

L'étape d'implantation s'est déroulée sur une période de huit mois, d'octobre 2001 à juin 2002. Son but principal était de concrétiser l'ensemble des éléments discutés au cours de l'étape préparatoire. Les résultats de cette étape sont présentés à partir du cadre d'analyse, soit la clientèle rejointe, les modalités organisationnelles, l'intervention elle-même, l'utilité de ce service perçue par les partenaires concernés et les usagers, de même que leur satisfaction à l'égard du service (voir la figure 1). Quelques informations sur la relance téléphonique effectuée six mois après l'intervention, ainsi que les éléments de processus mis en place pour soutenir l'implantation, sont également présentés. Il est à noter que dans la présentation des résultats, le dénominateur varie selon le nombre de sujets pour lequel l'information est disponible.

4.1 LA CLIENTÈLE REJOINTE

La figure 4 présente la distribution des usagers selon la réponse à l'offre de service des milieux référents. Le service de Suivi communautaire intensif a été offert au total à 76 personnes⁸ correspondant aux critères d'admissibilité. Les deux tiers d'entre elles sont des femmes. La majorité des références provenaient de l'hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA (n = 70 sur 76). Les données montrent que 14 personnes (18,4 %) ont **refusé** le service et qu'après une révision du CPSQ, une personne ne correspondant pas aux critères d'inclusion y a été refusée après référence. Des 61 personnes acceptées par le CPSQ, 17 (27,9 %) se sont **désistées** avant la première rencontre avec l'agente de liaison et 44 (72,1 %) ont **reçu** le service.

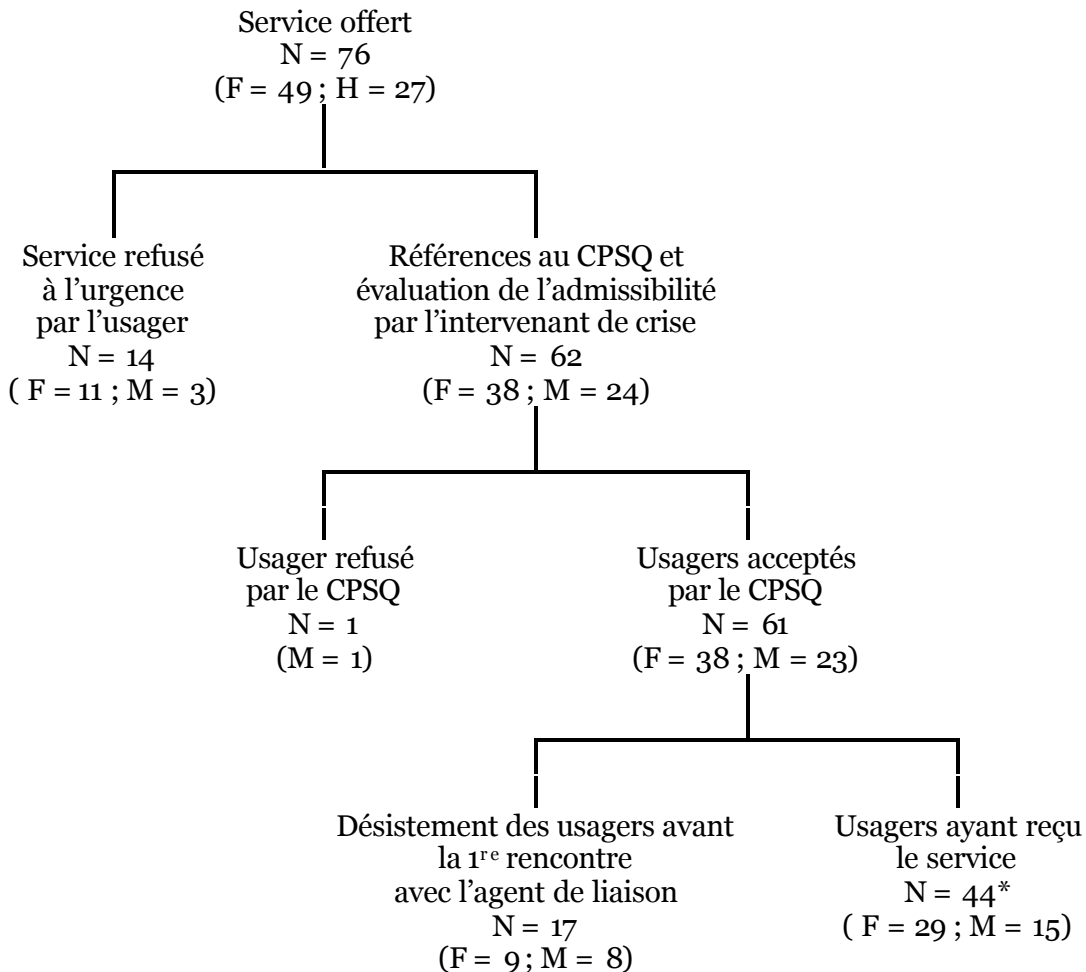
Les personnes qui ont refusé ou qui se sont désistées

Les principaux motifs de refus évoqués sont : aucun besoin de ce service (n = 5 sur 14), aucun intérêt (n = 4 sur 14) ou un réseau de soutien suffisant et satisfaisant (n = 3 sur 14). Les motifs liés au désistement sont, pour un usager sur trois, aucun besoin du service (n = 5 sur 17) ou besoin d'un autre type de service (n = 5 sur 17). Les deux catégories d'usagers ainsi formées (refus et désistement) ont été comparées sur la base de l'âge et du sexe. Le sexe féminin représente la majorité des usagers dans les deux groupes. Par contre, lorsqu'on compare ces usagers à l'ensemble des personnes à qui le service a été offert, soit deux femmes pour un homme, les femmes sont plus fortement représentées parmi les personnes qui ont refusé le service (n = 11 sur 14), alors qu'elle le sont moins parmi celles qui se sont désistées (n = 9 sur 17). La catégorie d'âge qui se démarque est celle des 40-49 ans (refus = 5 sur 14 ; désistement = 9 sur 17). La moyenne d'âge des usagers ayant refusé est de 41 ans,

8. Ce nombre exclut une référence venant d'un CLSC, référence qui n'a pas été retenue ni comptabilisée car les CLSC n'avaient pas le statut de « milieux référents » dans le cadre de l'expérimentation.

comparativement à 39,5 ans pour ceux qui se sont désistés (voir le tableau 1 et l'annexe 4). Lorsqu'on regroupe les refus et les désistements, les femmes et les hommes à qui fut offert le service ne s'en sont pas prévalus dans les mêmes proportions, soit environ 40 % (femmes = 20 refus ou désistements sur 49 ; hommes = 11 refus ou désistements sur 26) (voir la figure 4).

Figure 4
Distribution des usagers selon leur réponse
à l'offre du service de Suivi communautaire intensif⁹



* 10 de ces usagers ont été rencontrés en entrevue par l'agent de recherche

9. Pour plus de détails, voir l'annexe 4

Tableau 1
Distribution des usagers selon le refus
ou le désistement au service, le sexe et l'âge

Variables	Refus		Désistement		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Sexe :						
• Féminin	11	78,6	9	52,9	20	64,5
• Masculin	3	21,4	8	47,1	11	35,5
Total	14	100,0	17	100,0	31	100,0
Catégorie d'âge :						
• 15-19	1	7,1	--	--	1	3,2
• 20-29	1	7,1	4	23,5	5	16,1
• 30-39	3	21,4	3	17,6	6	19,4
• 40-49	5	35,7	9	52,9	14	45,2
• 50-59	4	38,6	--	--	4	12,9
• 60-69	--	--	1	5,9	1	3,2
Total	14	100,0	17	100,0	31	100,0

Les personnes qui ont reçu le service

Les variables utilisées pour décrire les usagers ayant reçu le service de Suivi communautaire intensif sont les suivantes : âge, sexe, lieu de résidence, statut marital, type de logement, source de revenu, scolarité, soutien social, histoire médicale, profil psychosocial et antécédents suicidaires (tirées du formulaire rempli par l'agente de liaison du CPSQ).

Les données touchant le **profil sociodémographique** des usagers ayant reçu le service montrent que ceux-ci ne se démarquent pas vraiment des deux autres catégories d'usagers (refus et désistement) en ce qui concerne l'âge et le sexe. De fait, ils sont en majorité de sexe féminin (n = 29 sur 44) et se retrouvent principalement dans la catégorie d'âge des 40-49 ans (n = 15 sur 44), puis dans celle des 30-39 ans (n = 10 sur 44). L'âge moyen est de 39,3 ans et l'âge médian est de 40 ans. Ils viennent principalement de deux secteurs géographiques, soit de la Basse-Ville de Québec (n = 16 sur 44) et de Beauport (n = 11 sur 44). Près de un usager sur deux est célibataire (n = 18 sur 44) et un sur trois est séparé ou divorcé (n = 16 sur 44). Le tiers des usagers vivent seuls (n = 17 sur 44) et une proportion presque aussi importante vit avec d'autres adultes (n = 14 sur 44). La majorité d'entre eux résident en logement privé (n = 41 sur 43). Quant aux sources de revenu, le tiers des usagers sont prestataires de l'aide sociale (n = 17 sur 44) et un peu plus du quart ont un emploi régulier (n = 13 sur 44). La moitié d'entre eux ont complété un diplôme d'études secondaires (n = 17 sur 33). Enfin, la presque totalité des usagers (n = 32 sur 33) évoquent l'existence d'un réseau social, et s'en disent satisfaits dans les deux tiers des cas (n = 23 sur 32) (voir l'annexe 5).

En ce qui a trait à l'**histoire médicale**, environ un usager sur quatre n'a aucun diagnostic psychiatrique (n = 11 sur 42), deux sur quatre ont un diagnostic psychiatrique (n = 19 sur 42) et un sur quatre a plus d'un diagnostic psychiatrique (n = 12 sur 42). Près de un usager sur deux (n = 14 sur 27) a un diagnostic psychiatrique connu depuis moins de deux ans et un sur trois

(n = 8 sur 27), entre deux et quatre ans. Près de trois usagers sur quatre consomment actuellement des médicaments psychotropes (n = 29 sur 40) et presque la totalité d'entre eux disent observer la médication prescrite (n = 27 sur 29). Deux usagers sur trois n'ont eu aucune hospitalisation au cours des deux dernières années (n = 23 sur 37), et un sur trois entre une et quatre hospitalisations (n = 14 sur 37). Quatre usagers sur dix ont un problème de santé physique (n = 16 sur 41). La majorité des usagers ne considèrent pas avoir de problèmes de consommation d'alcool ou de drogue. Cependant, quelques usagers disent prendre plus de douze consommations d'alcool par semaine et quelques autres consomment de la drogue (respectivement 6 et 2 sur 41). Des informations ont également été recueillies sur les services que les usagers reçoivent actuellement. Les médecins arrivent au premier rang des professionnels consultés, soit les omnipraticiens (n = 30 sur 40) et les psychiatres (n = 13 sur 33). Neuf des usagers consultent simultanément ces deux catégories de professionnels. Ceux offrant un suivi social (travailleur social ou intervenant social) arrivent en second (n = 11 sur 34) et ceux offrant un suivi psychologique en troisième (n = 7 sur 34). Enfin, un certain nombre d'usagers (n = 15 sur 34) ont eu recours à des intervenants ou à des professionnels rattachés à des organismes communautaires (Fraternité Saint-Alphonse, Complice, CCQ, AutonHommie, Maison Claude Thibodeau), et à diverses autres ressources (Direction de la protection de la jeunesse, infirmière, diététiste, neurochirurgien) (voir l'annexe 5).

Les données ayant trait au **profil psychosocial** démontrent que l'ensemble des usagers sont aux prises avec des problèmes psychosociaux (relations conflictuelles, problèmes financiers, consommation abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments, ruptures amoureuses, isolement, jeu chronique, etc.) et ont connu des histoires familiales et sociales perturbées (agressions sexuelles, violence, décès, consommation d'alcool et de drogue, etc.). L'ensemble des usagers ont également subi, au cours de l'année précédant la tentative de suicide, des pertes qu'ils estiment importantes : ruptures amoureuses, pertes financières, maladies physiques, décès, etc. (voir l'annexe 5). Enfin, une petite proportion d'usagers (n = 5 sur 44) ont des dossiers judiciaires, généralement en raison de délits mineurs (conduite avec facultés affaiblies, vol à l'étalage, etc.). Un usager a été accusé de voies de fait et de menaces de mort. (voir l'annexe 5)

En ce qui concerne les **antécédents suicidaires**, 8 usagers sur 10 ont fait, au cours de leur vie, entre 1 et 4 tentatives de suicide (n = 35 sur 43), et 9 usagers sur 10 ont eu 1 ou 2 tentatives au cours des 2 dernières années (n = 39 sur 43). Des 44 usagers ayant reçu le service, 17 en étaient à leur première tentative de suicide. La problématique du suicide a été présente dans l'entourage pour la moitié des usagers (n = 16 sur 33). Au cours de la dernière tentative de suicide (celle pour laquelle les personnes ont été orientées vers le service de Suivi communautaire intensif), l'entourage était présent dans le cas de la totalité des usagers (n = 34 sur 34), et les trois quarts d'entre eux se sont dit satisfaits du soutien apporté par leur entourage (n = 27 sur 34). Par ailleurs, après la dernière tentative de suicide, 1 usager sur 2 a fait une demande de service à d'autres organismes (n = 19 sur 38) : CCQ, Fraternité Saint-Alphonse, CRUV, CLSC, SOS Suicide (voir l'annexe 5).

Le tableau 2 présente une synthèse des principales caractéristiques des usagers ayant reçu le service.

Tableau 2
Synthèse des principales caractéristiques des usagers
ayant reçu le service de Suivi communautaire intensif

Caractéristiques sociodémographiques	Nb	%
Femmes	29	65,9
40-49 ans	15	34,1
Basse-Ville	16	36,4
Célibataire	18	40,9
Vit seul	17	38,6
Logement privé*	41	95,3
Aide sociale	17	38,6
Niveau d'études secondaires ‡‡	17	51,5
Présence d'un réseau social ‡‡	32	97,0
Profil de santé (histoire médicale)		
Au moins 1 diagnostic psychiatrique**	31	73,8
Prise actuelle de médicaments ††	29	72,5
12 consommations ou + d'alcool/semaine †	9	21,9
Consommation de drogue †	8	19,5
Profil psychosocial		
Problème psychosocial*	43	100,0
Histoire familiale et sociale lourde*	43	100,0
Perte au cours de la dernière année	41	93,2
Profil suicidaire		
1 à 4 tentatives de suicide* (nombre total)	35	81,4
1 à 2 tentatives au cours des 2 dernières années*	39	90,7
Autre demande de service en rapport avec la dernière crise suicidaire ‡	19	50,0

- * 1 valeur manquante
- ** 2 valeurs manquantes
- † 3 valeurs manquantes
- †† 4 valeurs manquantes
- ‡ 6 valeurs manquantes
- ‡‡ 11 valeurs manquantes

4.2 LES MODALITÉS ORGANISATIONNELLES

Des informations sur les modalités organisationnelles devaient être recueillies au cours des entrevues, par l'entremise des perceptions des usagers et des partenaires associés au projet. Les informations fournies par les usagers se sont avérées difficiles à utiliser compte tenu de leur caractère approximatif et très partiel. Ceux-ci ont eu de la difficulté à répondre aux questions

liées aux aspects plus « techniques », notamment en ce qui a trait aux étapes de la référence, pour un ensemble de raisons : état émotif et cognitif durant le séjour à l'urgence, nombre d'intervenants rencontrés, difficultés à déterminer ce qui relevait particulièrement du service de Suivi communautaire intensif, etc. Aussi, les informations touchant les modalités organisationnelles proviennent-elles exclusivement des milieux référents et du CPSQ. Elles portent sur quatre points : 1) les étapes de cheminement des demandes ; 2) les rôles des partenaires ; 3) la gestion du service ; 4) les instruments de collecte de données.

Cheminement des demandes

Le cheminement d'une demande de Suivi communautaire intensif, illustré à la figure 3, permet de visualiser les différentes étapes complétées par les intervenants, selon la réponse de l'utilisateur à l'offre de service. Dès que les soins médicaux étaient finalisés et que la personne admissible recevait son congé, le personnel de l'urgence lui proposait une rencontre avec des intervenants de crise du CPSQ. Trois scénarios s'offraient alors aux intervenants :

1. La personne admissible **accepte** de rencontrer les intervenants de crise du CPSQ (deux intervenants du CPSQ se présentent à l'urgence) avant de quitter l'urgence psychiatrique.
2. La personne admissible **refuse** de rencontrer des intervenants de crise du CPSQ à l'urgence, mais désire être *relancée* afin de mieux connaître les services offerts ou désire se prévaloir de certains services (ex. : rendez-vous le lendemain).
3. La personne admissible **refuse** complètement le service (être rencontrée ou être relancée par des intervenants de crise du CPSQ), ou la personne admissible est *orientée* vers une autre ressource de la communauté pour un besoin particulier (voir l'annexe 6).

Des 76 personnes ayant été sensibilisées au service de Suivi communautaire intensif, 14 l'ont refusé, ce qui a entraîné l'application du scénario 3 (voir la figure 3). En ce qui a trait aux personnes dirigées vers le CPSQ, les données révèlent que le scénario 2 a été appliqué pour la majorité (n = 61 sur 76). Bien que les membres du comité-conseil aient privilégié le scénario 1, celui-ci n'a été appliqué que pour 9 usagers.

Les intervenants de crise précisent que dans les cas où le scénario 1 a été appliqué, aucun problème n'est survenu, sauf dans un cas à la suite duquel les modalités d'accueil du personnel du CPSQ à l'urgence ont été ajustées. En ce qui concerne les autres cas, une personne avait été désignée pour les recevoir à l'urgence psychiatrique dès leur arrivée. L'utilisateur était présenté à l'intervenant du CPSQ, et un bureau était mis à leur disposition pour compléter l'évaluation.

L'analyse des données qui se rapportent au cheminement d'une demande montre également que la majorité des références proviennent des travailleurs sociaux des urgences (98,4 %). Par ailleurs, à la sortie de l'urgence du centre hospitalier, le degré d'urgence suicidaire de l'utilisateur, défini à l'aide d'une grille d'évaluation de l'urgence suicidaire utilisée par les intervenants du CPSQ (Séguin, 1999), était faible dans neuf cas sur dix (92,7 %).

Rôles des partenaires

Les résultats concernant l'application des rôles dévolus à chacun des partenaires sont présentés, selon l'ordre d'apparition de ces derniers, à la figure 3 intitulée « Cheminement d'une demande » :

1. les *intervenants des milieux référents*, dont le rôle était de sensibiliser l'utilisateur au service de Suivi communautaire intensif et, à la suite de son acceptation, de transmettre les informations qui le concernent au CPSQ ;
2. les *intervenants de crise du CPSQ*, dont le rôle était de traiter la demande (s'assurer que l'utilisateur corresponde aux critères), de faire une évaluation préliminaire de l'utilisateur sur place ou par téléphone, de lui présenter le service et de transmettre ses coordonnées à l'*agente de liaison* du CPSQ ;
3. l'*agente de liaison du CPSQ* qui assumait deux rôles : donner le service à l'utilisateur à partir d'un plan d'intervention et gérer le processus de mise en place de ce nouveau service.

L'ensemble des intervenants des milieux référents et les intervenants de crise du CPSQ estiment que la nature et l'application de leurs rôles ne leur ont pas causé de difficultés particulières. La clarté du projet (critères, service et cheminement de la demande) a été à la base d'une bonne compréhension des rôles assignés à chacun. Les attitudes de l'agente de liaison (ouverture d'esprit, disponibilité, écoute, rapidité de réponse aux questions soulevées, soutien, etc.) et les moyens variés qu'elle a utilisés pour faciliter le travail des référents (séances de formation et d'information, babillard, calendrier, etc.) ont été appréciés.

Parmi les deux rôles dévolus à l'agente de liaison, celui ayant trait au volet clinique n'a posé aucun problème important. Quant au volet de gestion de l'implantation du service, les agentes de liaison précisent qu'elles n'avaient pas, au début du projet, les compétences liées à l'exercice de cette fonction (ex : former et superviser une équipe) et qu'elles les ont développées en cours de processus avec le soutien du coordonnateur clinique du CPSQ et du comité opérationnel.

Gestion du service

La gestion du service couvrait deux volets : un volet de gestion interne (liens entre le CPSQ et son personnel) et un volet de gestion externe (liens entre le CPSQ et les référents). En ce qui a trait à la **gestion interne**, les intervenants de crise du CPSQ relèvent que le rôle de gestion de l'agente de liaison a été central et leur a permis d'intégrer rapidement les différents éléments reliés à ce nouveau service. De plus, l'injection par le CPSQ de sommes supplémentaires à la subvention de base, destinées à l'embauche d'une deuxième agente de liaison, a permis de gérer le volume de demandes. L'agente de liaison qui a mis en place le service souligne qu'il était difficile de rejoindre tous les intervenants de crise du CPSQ susceptibles de recevoir les demandes des milieux référents, car tous travaillent sur des horaires 24/7, donc de jour, de soir ou de nuit.

En ce qui concerne la **gestion externe**, la clarté des différentes étapes du cheminement d'une demande, ainsi que les mécanismes de communication mis en place, ont permis d'opérationnaliser ce nouveau service à la satisfaction de la majorité. Des rappels concernant l'existence et les modalités du service, de même que les contacts téléphoniques concernant des précisions au sujet de l'usager, étaient effectués auprès des milieux référents, par l'agente de liaison du CPSQ. Ces activités de suivi se sont avérées très importantes dans le cadre de ce projet. À cet égard, le rôle des infirmiers-chefs ou assistants-infirmiers-chefs des unités d'urgence a été central.

Les gestionnaires, tant ceux du CPSQ que ceux des milieux référents, estiment que les intervenants se sont engagés très rapidement, ce qui a été un facteur facilitant la réalisation du projet. Le service de Suivi communautaire intensif a été perçu par les milieux référents comme une ressource complémentaire à l'urgence, et par le CPSQ comme un moyen de réaliser son objectif de prévention. Dans l'un des milieux référents, le démarrage du projet a été plus difficile, notamment en raison d'un contexte de réorganisation des services.

La qualité de la collaboration entre les partenaires a été soulignée par ces derniers comme l'un des éléments clés du bon déroulement du projet. Selon leurs propres termes, la collaboration s'est effectuée dans un climat d'ouverture d'esprit et de respect des uns envers les autres. Les milieux référents font ressortir que la rapidité de la réponse ainsi que l'accessibilité en tout temps, c'est-à-dire 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, ont été des avantages importants pour eux et les usagers. Aux yeux des intervenants de crise et des agentes de liaison, la qualité de l'accueil, une bonne connaissance du service, la transmission complète par les milieux référents des informations requises, la disponibilité des professionnels en place, leur connaissance de la clientèle et le fait d'être considérés par eux comme des collaborateurs constituent les grands points positifs et atouts des milieux référents.

Instruments de collecte de données

Selon l'ensemble des partenaires, les documents utilisés comme instruments de collecte de données étaient justifiés, appropriés et faciles à remplir. Les agentes de liaison soulignent toutefois que certains d'entre eux pourraient être bonifiés afin d'en enrichir le contenu ; par exemple, une section ayant trait au diagnostic médical et une autre portant sur l'utilisation par l'usager d'autres services ou ressources pourraient être ajoutées au formulaire de « Demande de suivi ».

4.3 L'INTERVENTION ELLE-MÊME

L'intervention sera décrite sous l'angle des circonstances dans lesquelles elle s'est déroulée, de son type et de sa nature même. L'information sur ces aspects est fournie par l'ensemble des données provenant du formulaire rempli pour chacun des usagers par l'agente de liaison de

même que par l'analyse des notes évolutives de douze dossiers d'utilisateurs ayant complété le suivi, également remplis par l'agent de liaison.

Les circonstances

Les données recueillies par les agents de liaison montrent que la prestation du service s'est faite à domicile pour trois utilisateurs sur quatre (n = 31 sur 44). Les rencontres duraient approximativement une heure (n = 28 sur 42) ; en moyenne, 9,1 rencontres par utilisateur étaient prévues et 6,0 rencontres ont effectivement été réalisées. Sauf exception, les cinq premières rencontres avaient lieu chaque semaine et les cinq suivantes aux deux semaines. Le plan d'intervention a été complété pour les deux tiers des utilisateurs (n = 27 sur 44) ; les raisons évoquées pour ceux qui ne l'ont pas complété sont l'orientation de l'utilisateur vers un autre service du CPSQ (n = 6 sur 16) ou la cessation de l'intervention par l'utilisateur lui-même (n = 10 sur 16). La durée du suivi varie de 6 à 141 jours, pour une durée moyenne de 69,5 jours, et la médiane est de 64,0. Enfin, les objectifs poursuivis par le plan d'intervention ont été atteints pour presque la moitié des utilisateurs (n = 20 sur 44), partiellement atteints dans un tiers des cas (n = 15 sur 44) et non atteints pour les autres (n = 9 sur 44). Les principales raisons de l'atteinte partielle des objectifs se résument ainsi : aucune nouvelle de l'utilisateur, objectifs irréalistes ou à long terme, déménagement, changement de priorités en cours de route, manque de temps pour les rencontres, objectifs atteints par le recours à une autre ressource. Quant aux utilisateurs n'ayant pas atteint leurs objectifs, les raisons évoquées sont les suivantes : aucune détermination d'objectifs de la part de l'utilisateur, insatisfaction par rapport au service et à la durée, désistement, cessation du suivi par l'agent de liaison à cause du potentiel de dangerosité de l'utilisateur (voir l'annexe 5).

Les agents de liaison font ressortir que les utilisateurs sont très heureux que les interventions aient lieu dans leur environnement. Cependant, cette situation a parfois présenté des difficultés (ex. : l'arrivée imprévue du conjoint de l'utilisateur pendant une rencontre). L'agent de liaison doit donc pouvoir faire preuve de souplesse et être capable d'adapter l'intervention en fonction des circonstances.

Le type d'intervention

Deux types d'intervention ont été réalisés : une intervention téléphonique et des interventions « face à face ».

L'intervention téléphonique par l'intervenant de crise était réalisée dans les 48 heures suivant la référence et était l'occasion d'un premier contact avec l'utilisateur. Sauf exception, ce premier contact ne dépassait pas 30 minutes et permettait de rappeler la nature du service, de réévaluer le degré d'urgence suicidaire de l'utilisateur, de répondre à ses questions, de prendre un rendez-vous et de souligner qu'en tout temps, l'utilisateur pouvait communiquer avec le CPSQ. Le principal problème enregistré à cette étape a été la difficulté de joindre certaines personnes pour lesquelles les milieux référents avaient transmis un mauvais numéro de téléphone.

La première **intervention «face à face»** commençait par un retour sur le service et la présentation du déroulement des rencontres. Par la suite, l'agente de liaison recueillait des informations auprès de l'utilisateur : qui a provoqué la tentative de suicide, ce qu'il traverse actuellement, ses difficultés, ses besoins, les ressources ou services déjà utilisés et les objectifs qu'il aimerait atteindre au cours de l'intervention. Règle générale, à la fin de cette première rencontre, un plan d'intervention était établi à partir des besoins et des moyens déterminés par l'utilisateur, et des trucs ou des devoirs pouvaient lui être proposés afin de l'aider à traverser cette période difficile de sa vie. Un contrat de non-suicide pouvait être signé au cours de cette rencontre. Les rencontres subséquentes, dont la fréquence était déterminée conjointement, étaient en rapport avec le plan d'intervention et tenaient compte de la réalité du moment de chacun des usagers.

Lorsqu'elles le jugeaient pertinent, les agentes de liaison communiquaient avec d'autres ressources déjà engagées auprès de l'utilisateur. Elles le faisaient avec son consentement. Le contact a été facile à établir dans la plupart des cas. Les liens nécessaires avec les intervenants de CLSC et d'autres organismes communautaires se sont créés sans embûche particulière. L'accès aux médecins, omnipraticiens et psychiatres s'est avéré plus problématique. Par contre, une fois le contact établi, les échanges avec eux ont été jugés satisfaisants.

La nature de l'intervention

L'appréciation de l'intervention ne vise pas à porter un jugement sur la valeur ou l'efficacité des approches utilisées, elle vise plutôt à décrire l'intervention. Cette description repose sur l'analyse d'une douzaine de dossiers d'utilisateurs ayant complété le suivi.

Un premier constat concerne les prédispositions des utilisateurs à résoudre les problèmes auxquels ils font face immédiatement après leur tentative de suicide. Plusieurs d'entre eux manifestent une certaine incapacité à la résolution de problèmes qui s'illustre soit par une relative paralysie devant les événements, soit au contraire par une très grande agitation peu productive. Dans un cas comme dans l'autre, les personnes éprouvent de la difficulté à hiérarchiser les problèmes et à établir des priorités, et n'ont qu'une faible confiance en leurs moyens ou compétences pour affronter les problèmes. Par ailleurs, dans plusieurs cas, l'utilisateur considère *a posteriori* sa tentative de suicide comme un geste impulsif qu'il regrette.

Les dossiers rendent compte d'une intervention conforme aux approches décrites au chapitre 3. Les informations colligées dans les dossiers sont nombreuses et permettent de bien suivre l'évolution des utilisateurs du point de vue de l'agente de liaison. Ainsi, en cohérence avec l'approche axée sur les solutions et l'intervention de crise suicidaire, l'écoute, la reformulation, le recadrage, le renforcement des compétences (ex. : avoir été capable de refuser une situation inconfortable), la priorisation, la définition d'un objectif simple (ex. : prendre rendez-vous avec le médecin) et l'encouragement (ex. : féliciter d'avoir pris une décision) sont les termes qui décrivent le mieux les attitudes et les actions de l'agente de liaison vis-à-vis de l'utilisateur. Un

encouragement à l'observance de la médication et des rencontres avec les ressources du réseau de la santé sont d'autres exemples d'interventions. Il arrive également, quoique rarement, que l'utilisateur soit accompagné dans une démarche particulière. L'une des agentes de liaison proposait fréquemment à l'utilisateur l'utilisation d'une échelle numérique de 1 à 10 pour qu'il gradue son évolution en fonction du changement désiré, 10 représentant l'avenir le meilleur qu'il puisse imaginer. De façon générale, les utilisateurs sont invités à entreprendre des actions concrètes pour résoudre leurs problèmes, le plus souvent d'ordre relationnel (ex. : reprendre contact avec son enfant, confirmer une rupture avec un ex-conjoint), matériel (ex. : rembourser une dette, trouver un logement) ou fonctionnel (ex. : s'inscrire à l'école, contacter une ressource, faire une demande d'emploi). Dans certains cas, le soutien de l'intervenante a été déterminant pour la réalisation des objectifs fixés. Toutefois, l'intervenante considère que l'utilisateur a la responsabilité d'entreprendre des actions, et n'agit qu'exceptionnellement à sa place.

Par ailleurs, peu d'interventions sont faites directement auprès du réseau naturel, soit la famille ou les proches. Elles se font le plus souvent par l'intermédiaire de l'utilisateur lui-même et à sa demande. Ainsi, les dossiers consultés ne relatent aucune intervention auprès de la famille en ce qui concerne le geste suicidaire comme tel, et en mentionnent très peu en ce qui concerne d'autres problèmes.

Dans la majorité des cas, plusieurs ressources, le plus souvent médicales, sont déjà mobilisées par les utilisateurs. Par ailleurs, certains utilisateurs sont en attente d'un service, généralement du réseau médical ou du CLSC. Les principales ressources déjà mobilisées par l'utilisateur n'ont pas été contactées systématiquement par l'agente de liaison. Elles l'ont été lorsque cela s'avérait pertinent et à la demande de l'utilisateur. Par ailleurs, la difficulté à joindre certaines ressources, les délais d'attente pour certains services et la difficulté pour l'utilisateur d'avoir l'heure juste sur certaines dimensions des services (ex. : critères d'admissibilité) sont reflétés au dossier par des informations sur les démarches parfois ardues des utilisateurs. L'agente de liaison semble jouer un rôle important à cet égard en invitant l'utilisateur à persévérer.

En ce qui concerne l'horaire, l'agente de liaison fait preuve, à l'intérieur des jours et des heures ouvrables, d'une souplesse qui semble convenir aux utilisateurs. En de rares occasions, le service a été refusé ou interrompu parce qu'il n'était pas accessible le soir. Rappelons par ailleurs que le pacte de non-suicide est un outil fréquemment utilisé, notamment au cours des premières rencontres. On encourage l'utilisateur à honorer ce pacte, au cas où l'intention suicidaire se manifesterait à nouveau, en insistant sur la disponibilité du CPSQ et de son service d'intervention téléphonique 24/7.

4.4 L'UTILITÉ PERÇUE ET LA SATISFACTION À L'ÉGARD DU SERVICE

Ce point aborde l'utilité du service et la satisfaction, à partir des perceptions des utilisateurs, des milieux référents et du CPSQ.

Utilité du service perçue par les usagers, les milieux référents et le CPSQ

Les perceptions de l'utilité du service par les milieux référents et par le CPSQ touchent autant l'utilité perçue pour eux-mêmes que pour l'utilisateur. Les milieux référents et le CPSQ constatent que l'utilisateur retire un certain bien-être de ce service (soutien, bris de l'isolement, etc.). C'est un service qui permet de créer une passerelle entre l'épisode de soins physiques à l'urgence et les services psychosociaux dont l'utilisateur a besoin. L'utilisateur ressort de l'urgence avec ses stressés et demeure dans un état psychologique précaire. Aussi, les caractéristiques mêmes du service, plus particulièrement sa rapidité de réponse (moins de 48 heures), son accessibilité (24/7) et l'assurance d'un filet de sécurité au regard de la problématique du suicide, deviennent des éléments non négligeables dans le suivi de cette clientèle vulnérable.

Pour les milieux référents, ces caractéristiques du service permettent de libérer plus rapidement l'utilisateur de l'urgence et d'avoir un accès rapide au personnel du CPSQ. Cependant, tout en convenant d'une certaine utilité de ce service pour les usagers, des intervenants des milieux référents se demandent si la clientèle rejointe est prioritaire au regard de la problématique du suicide et si les critères d'admissibilité ne privent pas une clientèle plus à risque (tentatives plus graves, troubles mentaux plus sérieux nécessitant une hospitalisation, etc.) d'un accompagnement et d'un soutien dont elle aurait grandement besoin. Le CPSQ perçoit pour sa part que le service de Suivi communautaire intensif est un complément important à la gamme de services qu'il offre déjà. L'implantation de ce service a permis au CPSQ de faire connaître l'ensemble de ses services aux milieux référents, d'instaurer un nouveau partenariat avec ces derniers, d'être reconnu dans son champ d'expertise et d'augmenter sa crédibilité.

Les usagers rencontrés en entrevue (n = 10) affirment que les services reçus correspondaient à leurs besoins et qu'ils répondaient à leurs attentes. Ils ont particulièrement apprécié le fait d'être écouté, de ne pas se sentir jugé et d'être soutenu :

« Lorsqu'une personne essaie de se suicider et ne réussit pas, elle risque de reproduire ce geste, il est important de pouvoir en parler rapidement à quelqu'un. »

« Il est important d'avoir une personne à qui en parler, car on se sent très coupable. »

« Ce service est très utile, car il y a souvent risque de rechute. »

L'ensemble des usagers précisent que ce service leur a été utile pour régler leurs problèmes. Il leur permet, entre autres, d'exprimer leurs émotions, de s'affirmer davantage et de travailler sur l'estime de soi. Ils estiment se sentir mieux outillés car ils ont des noms d'organismes ou d'établissements, des numéros de téléphone. Ils savent que le CPSQ est en activité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et ils ont reçu des trucs qui les aideront à faire face au quotidien :

« L'agente de liaison a regardé avec moi mes points positifs et m'a fait comprendre l'importance de revenir sur ces points quand il y aura de nouveaux problèmes. »

« Je me sens plus fonceuse et je sais où me présenter si j'ai de nouveaux problèmes. »

« J'ai des trucs maintenant pour m'affirmer davantage. »

« J'ai des trucs à utiliser lorsque j'ai des "down" ou que je passe des nuits blanches. »

Parmi les usagers qui ont accepté d'être rencontrés en entrevue peu de temps après l'intervention, la majorité (n = 7 sur 10) n'ont pas eu d'idéations suicidaires depuis leur tentative de suicide, et chez ceux qui en ont eues, elles se sont avérées moins sévères.

Satisfaction des usagers, des milieux référents et du CPSQ

En ce qui a trait à la satisfaction à l'égard du service de Suivi communautaire intensif, l'ensemble des partenaires disent être satisfaits et apprécieraient que ce service soit maintenu. Les usagers rencontrés émettent des commentaires similaires. Ils affirment qu'ils accepteraient à nouveau ce service (n = 10 sur 10) et qu'ils se sentiraient très à l'aise de le recommander à d'autres personnes (n = 10 sur 10). Ils précisent également être très satisfaits des attitudes de l'agente de liaison, par exemple de son écoute, de son respect, de son absence de préjugés à leur égard, de sa gentillesse.

Utilisation du réseau naturel et d'autres ressources

La majorité des usagers ayant reçu le service de Suivi communautaire intensif estiment que leur entourage (*réseau naturel*) était suffisamment présent auprès d'eux (n = 34). Les trois quarts des usagers se déclarent satisfaits du soutien apporté par leurs proches dans le contexte de la crise actuelle (n = 27 sur 34). Au cours des entrevues, des usagers ont toutefois fait ressortir que même si leur réseau naturel était présent, il y avait certaines limites à y recourir. Les extraits d'entrevues qui suivent appuient bien cette observation :

« À un certain moment donné, ça prend l'intervention d'un professionnel, car la famille finit par dire d'arrêter de se plaindre et de bouger ou devient agressive envers la personne à l'origine du problème. »

« J'en ai parlé brièvement à un de mes frères, mais sans plus, car je ne sentais pas vraiment d'écoute et je me sentais coupable du geste impulsif accompli. J'en ai davantage parlé à un ami. Il est plus facile de parler de ça à des étrangers qu'à des gens que l'on connaît. »

Un usager sur deux a eu recours à d'autres ressources (CCQ, Fraternité Saint-Alphonse, CRUV, CLSC, SOS Suicide) dans le contexte de sa dernière tentative de suicide (n = 19 sur 38). Les usagers rencontrés en entrevue, et qui ont eu recours à d'autres ressources (n = 8 sur 10), révèlent que le service de Suivi communautaire intensif se distingue par les éléments suivants :

- le service du CPSQ est donné à domicile, ce qui réduit le risque de se faire étiqueter comme une personne ayant des problèmes ;

- il privilégie l'approche individuelle alors que la majorité des autres organismes utilisent le plus souvent l'approche de groupe Cette dernière ne permet pas, ou permet peu à l'utilisateur d'exprimer ce qu'il ressent ; de multiples problématiques peuvent y être discutées sans que l'utilisateur ne se sente concerné ;
- comme une seule personne du CPSQ assure le suivi, un lien de confiance peut se créer et permettre d'aller plus loin dans le processus de réflexion ;
- l'agente de liaison du CPSQ offre l'assurance de la discrétion sur l'information qui lui est confiée.

« J'étais très content que X vienne ici parce que lorsque je me suis présenté à l'urgence psychiatrique, je n'ai pas aimé être regardé et identifié comme une personne ayant des problèmes psychiatriques. »

« J'apprécie beaucoup que ce soit X qui se déplace, car de sortir de chez moi pour la rencontrer me demandait trop d'énergie. »

« Le service est différent, car celui où je vais est un service de groupe (20 personnes) et chacune des personnes a plus ou moins 15 minutes pour parler, ce qui me préoccupe beaucoup. »

« Les autres services sont souvent des services avec une approche de groupe et on parle de beaucoup de problématiques diverses. »

« Avec la psychologue scolaire, je parle de certains de mes problèmes, mais je n'ai jamais abordé la question de la tentative de suicide, par peur que l'information circule à l'intérieur de l'école. »

« J'ai pu créer un lien privilégié avec X. »

4.5 LA RELANCE TÉLÉPHONIQUE AUPRÈS DES USAGERS APRÈS SIX MOIS

Bien que l'évaluation du projet ne visait pas la vérification de l'efficacité du service pour prévenir la récurrence de comportements suicidaires, la relance téléphonique auprès de dix-sept usagers, six mois après la fin de l'intervention, a permis de recueillir de l'information sur l'état suicidaire de la personne et sur l'utilisation d'autres services depuis qu'elle ne reçoit plus le service de Suivi communautaire intensif (voir l'annexe 2). Compte tenu que le délai pour relancer les usagers après la fin du suivi a été fixé à six mois, et que certaines personnes n'ont pu être contactées, les agentes de liaison ont rejoint le tiers des usagers qui ont reçu le service (n = 17 sur 44).

Les informations recueillies révèlent que près de un usager sur deux (n = 8 sur 17) n'a pas eu de nouvelles pensées suicidaires depuis la fin de l'intervention et n'a eu recours à aucun service d'aide. Cinq de ces usagers (n = 5 sur 17) ont eu de nouvelles pensées suicidaires, jugées par l'utilisateur moins fréquentes et moins sévères. Quatre (n = 4 sur 17) ont fait une nouvelle tentative pendant cette période. Parmi ces neuf usagers, cinq ont eu recours au CPSQ et cinq à d'autres ressources (centre hospitalier, CLSC ou organisme communautaire). Au moment de la relance, douze usagers sur dix-sept bénéficient d'un suivi, sept d'entre eux par un intervenant du réseau

de la santé et des services sociaux, le plus souvent un omnipraticien, et les cinq autres, à la fois par un intervenant du réseau public et par un intervenant d'un organisme communautaire.

La majorité des usagers (n = 16 sur 17) ont jugé utile le service de Suivi communautaire intensif car ils y ont trouvé soutien, écoute, connaissance de nouvelles ressources, etc.

« Je ne me sentais plus seule sur la planète. »

« J'ai appris à dire non et à mettre mes limites. »

« Ça m'a ouvert des portes pour aller chercher de l'aide. »

La majorité des usagers relancés (n = 15 sur 16) ont respecté les ententes prises et les recommandations de l'agente de liaison (ex. : appeler au CPSQ en cas de besoin, respecter le contrat de non-suicide, continuer le suivi proposé, hiérarchiser les problèmes, etc.).

4.6 LES ÉLÉMENTS DE PROCESSUS POUR SOUTENIR L'IMPLANTATION DU SERVICE

Deux comités avaient été créés pour faciliter la définition et la gestion de la mise en place de ce nouveau service : le *comité-conseil* et le *comité opérationnel*. Leurs membres se sont exprimés en entrevue sur l'utilité de ces structures pour soutenir le projet.

Tous les membres du comité-conseil s'accordent sur le fait que ce comité a été très utile, car il a permis aux partenaires de se concerter, de clarifier les multiples éléments reliés à la mise en place du service, de s'ajuster au fur et à mesure et d'être informés de l'évolution du projet en temps réel. Le fait que la majorité des intervenants aient été les mêmes du début à la fin a permis une bonne appropriation des différentes composantes du service et de son évaluation¹⁰. Ainsi, les phases préparatoire et d'implantation comportaient leur lot de difficultés auxquelles du temps a dû être consacré et qui nécessitaient des solutions rapides. À cet égard, les rencontres régulières du comité-conseil, soutenu par le comité opérationnel, se sont avérées d'une grande utilité. Elles étaient préparées et animées par l'agente de liaison, en collaboration avec le comité opérationnel. Les solutions ont été trouvées à travers une meilleure connaissance et une meilleure compréhension des rôles et contraintes de chacun. L'ouverture d'esprit de l'ensemble des partenaires a permis d'exprimer toutes les questions suscitées par le projet et d'y trouver des réponses appropriées et satisfaisantes. La transmission adéquate de l'information malgré le roulement du personnel au CPSQ, le fait que plusieurs partenaires aient été les mêmes du début à la fin, l'ouverture d'esprit démontrée par chacun, la complicité développée, la fréquence et les moments des rencontres, adaptés aux impératifs des membres, apparaissent

10. Des personnes du CPSQ ont dû être remplacées. Cela n'a cependant entraîné aucun bris dans la séquence des étapes prévues, des mécanismes de transition ayant été établis afin de s'assurer de la transmission de l'information.

comme les principaux éléments ayant contribué au bon fonctionnement du comité-conseil. L'apport des personnes-ressources en évaluation a également été jugé très utile, de par leur regard extérieur et leur neutralité.

Quant au comité opérationnel, l'agente de liaison et le coordonnateur clinique du CPSQ soulignent qu'il a permis de donner au projet ses orientations et ensuite de les maintenir, de partager les tâches et d'échanger des idées, parfois divergentes. Le comité opérationnel a ainsi contribué de façon importante à un échange essentiel au déroulement du projet et à la préparation des rencontres du comité-conseil.

CHAPITRE 5

DISCUSSION SUR LES PRINCIPAUX CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

L'implantation du service de Suivi communautaire intensif a fait l'objet d'une évaluation qui vise à déterminer sa faisabilité de même que l'utilité perçue par les partenaires et les personnes qui ont reçu le service. Le présent chapitre traite des *forces* et des *limites* de l'étude, qui sont reliées à la méthodologie utilisée et aux contraintes qu'implique le contexte expérimental. Les principaux constats qui se dégagent des résultats de l'évaluation sont également discutés et donnent lieu à des recommandations quant à la pertinence de consolider ce projet dans la région ou de l'implanter dans d'autres territoires, et le cas échéant à des recommandations sur les conditions de mise en place.

5.1 LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Les forces de l'étude

Le caractère participatif de la démarche a conduit à l'établissement d'un climat de confiance entre les partenaires visés par la mise en place de ce nouveau service. Ce climat a facilité le déroulement de l'évaluation et l'appropriation du projet par les différents partenaires (Patton, 1996 ; Guba et Lincoln, 1989). Cette phase a également permis aux uns et aux autres de mieux se connaître et d'établir une crédibilité réciproque. Les principales parties en cause, le CPSQ et les milieux hospitaliers référents, ont manifesté une confiance mutuelle et de la souplesse pour faire les ajustements qu'un tel projet exige, notamment en phase d'implantation. Rappelons que le projet était l'occasion d'une première expérience commune formelle entre le CPSQ et le milieu hospitalier.

La variété des sources de données (questionnaires, entrevues, dossiers, comptes rendus des sessions de travail) a permis d'obtenir des informations de nature différente et, pour certaines variables, de vérifier la convergence des informations recueillies.

Les limites de l'étude

L'offre de service du Suivi communautaire intensif est liée à la capacité d'accueil de l'organisme mandataire. Celle-ci est limitée par les sommes non récurrentes octroyées au CPSQ pour la période expérimentale. Il a donc été jugé opportun, aux fins de l'évaluation, de limiter le nombre de référents pour contrôler le volume des demandes. Si la clientèle d'autres milieux référents avait accès au service, le CPSQ devrait gérer différemment la demande, notamment pour maintenir le délai de réponse attendu. Dans l'éventualité où le CPSQ continue d'offrir ce service au-delà de la période expérimentale, les hypothèses de conserver ou d'augmenter le nombre de

milieux référents devraient être évaluées en fonction de leurs répercussions sur le fonctionnement de l'organisme mandataire, sur certaines caractéristiques du service comme le délai de réponse, et sur la clientèle desservie.

La presque totalité des personnes qui se présentent à l'urgence générale des milieux référents pour une tentative de suicide sont dirigées vers l'urgence psychiatrique de l'établissement. Or, la totalité des sujets orientés vers le service de Suivi communautaire intensif viennent des services d'urgence à vocation psychiatrique. Ceux-ci sont dotés chacun d'une équipe multidisciplinaire qui procède à une évaluation psychosociale de tous les cas de tentative de suicide, ce qui n'est pas la pratique à l'urgence générale. Aussi, même si le service était disponible pour la clientèle de l'urgence générale des deux milieux référents, aucune demande n'en est issue. Cette trajectoire de service – urgence générale-CPSQ – n'a donc pu être évaluée. Cela limite grandement la formulation de recommandations qui porteraient sur l'implantation d'un partenariat entre une urgence générale et un organisme communautaire qui offre un tel service.

Les usagers libérés des services d'urgence après une tentative de suicide présentent à leur sortie un niveau d'urgence suicidaire faible ou modéré. Dans ce dernier cas, la sortie est autorisée par le médecin lorsque l'utilisateur bénéficie d'un bon soutien social et que des ressources sont déjà mobilisées autour de lui. Sauf exception, les personnes présentant un niveau d'urgence suicidaire élevé sont hospitalisées, et celles qui présentent un niveau d'urgence modéré le sont dans une bonne proportion des cas. Ainsi, étant donné les critères d'admissibilité retenus (exclusion des usagers hospitalisés), le Suivi communautaire intensif est vraisemblablement offert aux cas les moins lourds sur les plans psychopathologique ou suicidaire, de même qu'à des personnes bénéficiant d'un bon soutien social. Ceci constitue un biais de sélection.

La majorité des demandes adressées au CPSQ proviennent de l'un des deux milieux référents participant au projet. Cet écart peut sans doute s'expliquer par un ensemble de facteurs. Les critères d'admissibilité, notamment celui du lieu de résidence des usagers (offre limitée à la population résidant sur le territoire du Québec-métro et exclusion des territoires de Portneuf et Charlevoix), ont probablement influencé différemment le nombre d'utilisateurs admissibles au projet dans chacun des milieux référents. Un profil de clientèle différent entre les deux milieux référents peut également expliquer des volumes de demandes différents. Par ailleurs, dans un des milieux référents, la disponibilité d'autres services et ressources spécialisés dont peuvent bénéficier les usagers selon les problèmes sous-jacents à la problématique suicidaire, ou encore une utilisation déjà importante d'autres services et ressources par l'utilisateur, auraient été utilisées comme facteurs supplémentaires pour exclure une partie de la clientèle.

Il convient de rappeler que les informations recueillies par ce type d'étude ne permettent pas de dégager des conclusions solides quant aux effets d'un tel service sur les comportements suicidaires. En outre, de l'information sur leurs idéations et comportements suicidaires était recueillie auprès des usagers rencontrés en entrevue peu de temps après l'intervention ou

interrogés au cours de la relance téléphonique six mois après la fin de l'intervention. Cette procédure présente un biais de sélection du fait que seuls les usagers volontaires et ceux qui ont pu être rejoints ont participé à cette collecte de données. Il est plausible qu'ils se différencient des usagers ayant refusé de se prêter à l'entrevue ou à la relance, notamment sur le plan de l'évolution médicale ou psychologique et en ce qui concerne la satisfaction à l'égard du service.

5.2 LA PHASE PRÉPARATOIRE

Cette étape a permis de faire ressortir l'importance d'une bonne connaissance des milieux dans lesquels le projet se réalise, en l'occurrence les services d'urgence générale et psychiatrique des deux centres hospitaliers référents et le CPSQ. Une meilleure compréhension des missions de chacun et de leurs contraintes au quotidien est un préalable à la création de liens de confiance, déterminants dans ce type de projet. Ces liens reposent également sur la crédibilité des intervenants sur les plans des compétences et de l'organisation du travail (Popay *et al.*, 1998 ; Scott *et al.*, 1997). Un autre point important concerne la clarté du partage des rôles et responsabilités, les mécanismes de référence et de communication et le respect des ententes prises.

Recommandations :

- Prévoir une étape préparatoire à l'implantation de tout nouveau service, particulièrement lorsque l'implantation du service nécessite l'instauration d'un partenariat entre deux secteurs d'activité différents (ex. : réseau communautaire et milieu hospitalier).
- Mettre sur pied un comité-conseil regroupant les principaux partenaires concernés qui veille aux orientations du projet sous le leadership de l'organisme mandataire.
- Optimiser l'utilisation du temps de rencontre par du travail préparatoire entre les rencontres dans un sous-groupe de travail ou par l'organisme mandataire.

5.3 LES RÉSULTATS DU SUIVI DE L'IMPLANTATION

La clientèle rejointe

Selon les données recueillies, la clientèle rejointe correspond aux critères d'admissibilité établis par le comité-conseil. La clientèle qui s'est prévaluée du service présente un profil médical et psychosocial qui en fait certainement un groupe où les risques de détresse psychologique, d'idées suicidaires et de nouvelles tentatives de suicide sont élevés. La tentative de suicide est en soi un événement pouvant nécessiter une intervention rapide auprès de la personne qui a posé ce geste et de ses proches, que les antécédents suicidaires soient nombreux ou non. Toutefois, bien que certains usagers du service aient fait une nouvelle tentative de suicide au cours des six mois qui ont suivi l'intervention, la clientèle rejointe dans le contexte de ce projet

pilote n'est vraisemblablement pas celle qui présente le plus haut risque de suicide complété ou de récurrence de tentative, comparativement aux personnes qui ont été hospitalisées après leur geste suicidaire, par exemple. Cela pourrait s'expliquer surtout par une moins grande gravité des gestes suicidaires des personnes sélectionnées, par un état de santé mentale qui ne présente pas un haut degré de dangerosité pour la personne, par l'exclusion des personnes atteintes de troubles de personnalité sévères (un groupe où les risques de comportements suicidaires sont particulièrement élevés), de même que par la qualité du réseau de soutien social de la majorité des usagers ayant bénéficié du service. Il est possible également que les personnes répondant aux critères, mais qui ont refusé le service ou qui se sont désistées, en auraient bénéficié.

Les travaux du comité-conseil et les entrevues avec les partenaires ont suscité plusieurs discussions sur la pertinence d'offrir le service de Suivi communautaire intensif à d'autres personnes à risque, et donc d'élargir la clientèle potentielle par l'inclusion des personnes ayant des idéations suicidaires sévères, des personnes atteintes de troubles de la personnalité, des jeunes, de la population des territoires de Portneuf et de Charlevoix, des personnes qui ont été hospitalisées pour tentative de suicide, des personnes qui ont fait des tentatives graves (*near lethal suicide behavior*), des usagers d'autres organismes ou établissements, etc. Ces discussions étaient motivées par le souci de mieux rejoindre la clientèle présentant des risques de gestes suicidaires. D'autres échanges ont porté au contraire sur la pertinence de limiter davantage la clientèle selon, par exemple, le nombre de tentatives de suicide ou les ressources déjà mobilisées par l'utilisateur, considérant la capacité d'accueil limitée de l'organisme mandataire.

Un des critères d'exclusion, soit *la présence d'un trouble de la personnalité chez la personne suicidaire et qui a eu recours plus d'une fois aux services de l'urgence d'un centre hospitalier au cours des six derniers mois après une tentative de suicide*, a été appliqué de façon plus étroite par un des milieux référents, du moins au début de la phase d'implantation, pour exclure toute personne, indépendamment du type de problème dont elle est atteinte, qui bénéficie déjà de plusieurs ressources ou services. De plus, selon la période et selon les milieux, ce critère a été interprété de façon variable (tous les troubles de personnalité, troubles de la personnalité sévères, trouble de la personnalité limite, etc.). Les membres du comité-conseil recommandent qu'un critère d'exclusion ayant trait aux services déjà reçus par l'utilisateur soit utilisé comme facteur discriminant, sans égard au diagnostic ou au type de problème. Tous considèrent que l'offre de service devrait être bonifiée par l'optimisation du volume de demandes provenant des milieux référents actuels et par la modification des critères d'admissibilité comme recommandé ci-haut. La situation devrait être réévaluée régulièrement par le CPSQ qui demeure maître d'œuvre et responsable de la définition de son offre de service.

Recommandations :

- Utiliser les mêmes critères d'admissibilité que ceux expérimentés en rajoutant un critère qui permettrait d'exclure les personnes utilisant déjà plusieurs ressources, dont d'autres ressources communautaires et des services du réseau de la santé et des services sociaux,

indépendamment du type de problème de l'utilisateur, chaque demande étant évaluée au cas par cas sur la « plus-value » d'une ressource supplémentaire. Le critère d'exclusion concernant les troubles de personnalité serait éliminé ou à tout le moins précisé.

- Évaluer la pertinence de redéfinir les critères d'admissibilité pour rejoindre les personnes présentant les risques les plus élevés de gestes suicidaires versus toutes les clientèles à risque.
- Évaluer les répercussions de toute modification des critères d'admissibilité sur :
 - le volume potentiel de demandes et la capacité de répondre à la demande sans menacer trois des caractéristiques du service : le délai de réponse maximal de 48 heures, l'accessibilité 24/7 et le lieu de l'intervention ;
 - la capacité des ressources de l'organisme mandataire à gérer des cas plus lourds ;
 - la nécessité et la possibilité d'adapter l'intervention à d'autres clientèles, notamment aux jeunes ;
 - la capacité de l'organisme mandataire à assumer les déplacements nécessaires pour l'ensemble du territoire désigné et dans les délais requis.

Cheminement d'une demande

À l'origine du projet, le scénario privilégié (scénario 1) prévoyait un déplacement des intervenants de crise du CPSQ à l'urgence pour établir un premier contact avec l'utilisateur, ce premier contact constituant un atout majeur pour amorcer une alliance et une relation de confiance avec l'utilisateur. Ce scénario ne s'est réalisé que pour 9 des 61 références acceptées par le CPSQ. Cela s'explique en partie par une certaine confusion autour des trois scénarios proposés, les notions du scénario privilégié et des scénarios de rechange n'ayant pas été intégrées par les milieux référents. Dans certains cas, la réceptivité de l'utilisateur à une entrevue supplémentaire à l'urgence était faible, d'autant que l'évaluation psychosociale par le personnel hospitalier était déjà faite au moment où était offert le service. En outre, le contexte de travail dans les urgences ne se prête pas toujours à une intervention des ressources extérieures (espaces, politique de gestion des lits, accès à des services intermédiaires entre l'urgence et l'hospitalisation, etc.). Malgré ces difficultés, l'ensemble des partenaires considèrent que le service a été donné adéquatement, indépendamment du scénario réalisé. Cependant, tous soutiennent que le scénario 1 demeure le scénario à privilégier, bien qu'il comporte un inconvénient dans sa formule actuelle : l'intervenant de crise qui effectue le premier contact est une personne différente de l'agente de liaison responsable de l'intervention par la suite (donc nécessité, pour l'utilisateur, d'entrer en relation avec deux intervenants de l'organisme mandataire de façon consécutive).

Recommandations :

- Établir une trajectoire de service qui inclut un déplacement des intervenants de l'organisme mandataire à l'urgence, et ce, chaque fois que c'est possible.

-
- Prévoir un contact téléphonique entre l'utilisateur et l'intervenant de crise dans les situations où le déplacement de l'intervenant à l'urgence n'est pas indiqué ou est impossible.
 - Discuter des modalités d'accueil de l'intervenant de l'organisme mandataire par les milieux référents.
 - Prévoir des lieux propices à l'intervention de l'intervenant de crise au moment d'établir les ententes avec les milieux référents.
 - Prévoir plus d'un scénario, de manière à s'ajuster aux réalités organisationnelles de l'organisme mandataire et des milieux référents ou aux besoins de l'utilisateur.
 - Établir les trajectoires de services en instaurant les mécanismes de communication nécessaires.

Rôles des partenaires

Dans le cadre du service de Suivi communautaire intensif, le personnel infirmier et les équipes psychosociales multidisciplinaires des milieux référents ont joué un rôle majeur. Le rôle de l'infirmier-chef ou de l'assistant-infirmier-chef, qui a agi comme intermédiaire entre l'organisme mandataire et les milieux référents pour la transmission de l'information sur les aspects opérationnels du service et pour gérer les situations nécessitant des mises au point et des ajustements, apparaît en effet déterminant. Par ailleurs, la collaboration, sur le plan clinique, entre l'agente de liaison de l'organisme mandataire et les équipes psychosociales des milieux référents, pour l'acheminement des demandes et le suivi auprès des usagers, a été appréciée de part et d'autre. Les équipes psychosociales ont joué un rôle de liaison indispensable, autant en raison de leur apport à la réalisation de la demande de service que de leurs échanges, sur le plan professionnel, avec le personnel du CPSQ. La présence de ces ressources en milieu hospitalier permet d'y évaluer la situation de l'utilisateur et de juger de l'adéquation du service de Suivi communautaire intensif pour y répondre. Ce constat force à s'interroger sur la faisabilité de l'implantation du service de Suivi communautaire intensif dans les urgences générales ou dans les autres organismes et établissements qui ne disposent pas d'un tel personnel.

Recommandations :

- Maintenir les rôles tels qu'ils ont été définis initialement.
- S'assurer qu'une évaluation psychosociale puisse être faite par les milieux référents avant la demande de service de Suivi communautaire intensif.
- Évaluer la faisabilité de tout cheminement d'une demande qui inclurait une évaluation de la situation psychosociale de l'utilisateur par d'autres modalités (ex. : infirmière de liaison du milieu référent).
- Évaluer la faisabilité de tout autre cheminement d'une demande qui ne peut inclure une évaluation de la situation psychosociale de l'utilisateur par le milieu référent.

L'intervention elle-même

Les indications pour faire une demande de service se sont avérées pertinentes, et dans la majorité des cas, une intervention a été faite selon l'approche définie par l'organisme mandataire. Certains aspects pourraient par contre être améliorés, notamment le renforcement de la rétroaction entre l'organisme mandataire et les milieux référents pendant ou après l'intervention. À cet égard, les uns et les autres ont manifesté à plusieurs reprises, durant les travaux, une ouverture qui ne s'est cependant pas systématisée et qui s'est très peu concrétisée. La question des responsabilités légales au regard de l'utilisateur et de son évolution clinique a également été soulevée. Il a été rappelé que le service de Suivi communautaire intensif s'ajoute à la gamme de services offerts aux personnes suicidaires et ne peut se substituer à tout autre service médical qui serait jugé nécessaire. À ce titre, les milieux référents demeurent responsables de leurs décisions quant au diagnostic, au traitement et aux mesures prises pour assurer la sécurité des personnes malades. Les milieux référents qui ont participé à l'étude ne se sont jamais soustraits à ces responsabilités. De la même façon, l'organisme mandataire est responsable des services qu'il offre. À cet égard, certains ont mentionné l'importance du contrôle de la qualité des pratiques professionnelles, autant en établissement que dans un organisme communautaire. De plus, on questionne la validité du consentement donné par l'utilisateur à l'urgence, compte tenu de son état psychologique ou mental.

Les discussions entourant la nature clinique du service offert par le CPSQ ont conduit à d'inévitables interrogations sur le risque que le réseau communautaire se substitue aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux, notamment aux CLSC. Des partenaires ont évoqué la difficulté du réseau public à répondre à la demande dans des situations psychosociales exigeant de courts délais d'attente, et ce, en raison bien souvent d'une importante clientèle aux prises avec des problèmes multiples et graves. À vocation égale, les réalités et les contraintes des établissements sont variables, et devraient être évaluées selon les territoires.

Par ailleurs, les intervenantes de l'organisme mandataire ont souligné que les exigences du travail n'ont pas dépassé leurs compétences et qu'elles ont pu compter sur l'expertise de leur équipe au besoin. Elles souhaiteraient par contre que les antécédents judiciaires des usagers orientés soient mieux précisés avant la première rencontre en face à face.

Recommandations :

- Clarifier les éléments ayant trait à la responsabilité légale de l'organisme mandataire et des milieux référents au regard de l'utilisateur et de son évolution.
- Faire une réflexion sur la validité du consentement de l'utilisateur donné à l'urgence pour que soit transmises à l'organisme mandataire des informations le concernant.
- Prévoir des mécanismes de rétroaction, qui pourrait être faite pendant ou après l'intervention entre l'organisme mandataire et les milieux référents.

- Évaluer le risque de substitution du service de Suivi communautaire intensif aux services que doivent offrir les CLSC, notamment par leur service AEO, les services courants et les différentes mesures mises en place dans le cadre des programmes en santé mentale. Lorsqu'un service de Suivi communautaire intensif est implanté, les CLSC des territoires concernés devraient être engagés dans la définition de l'offre de service.
- Ne pas inclure la clientèle des moins de 18 ans, à moins que l'organisme mandataire puisse offrir une intervention auprès de la famille, indispensable pour ce groupe d'âge, et une intervention adaptée aux jeunes (attitudes, approches, techniques).
- Les agents et agentes de liaison doivent avoir une formation professionnelle en relation d'aide, en intervention en situation de crise et en intervention en situation de crise suicidaire. Il est par ailleurs souhaitable que pour tous les milieux concernés, les intervenants cliniques soient membres de leur ordre professionnel et que des mécanismes de contrôle des pratiques professionnelles soient effectifs.
- Prévoir une évaluation systématique des antécédents judiciaires des usagers au moment de l'évaluation par l'intervenant de crise ou par l'agente de liaison avant la première rencontre en face à face.

Les instruments de collecte de données

L'ensemble des instruments de collecte de données élaborés n'ont pas posé de difficultés importantes quant à leur utilisation et à leur utilité. Certains d'entre eux pourraient être améliorés par quelques modifications mineures (ex. : inclure des informations ayant trait aux problèmes de jeu de hasard et d'argent de l'utilisateur, à la médication prescrite, aux antécédents judiciaires, etc.).

Recommandation :

- Réviser l'ensemble des instruments de collecte de données et apporter les modifications jugées pertinentes.

Utilité perçue du service

Les usagers des urgences psychiatriques qui ont été dirigés vers le CPSQ ne sont probablement pas les personnes présentant le risque le plus élevé de suicide complété ou de récurrence de tentative de suicide. Ces dernières sont vraisemblablement hospitalisées dans une grande proportion, ou encore orientées vers d'autres services. Par contre, les usagers dirigés vers le CPSQ sont certainement plus à risque que la population en général, si on en juge par leurs antécédents psychiatriques, psychosociaux et suicidaires, assez lourds dans la majorité des cas. Quatre des dix-sept usagers relancés ont d'ailleurs récidivé au cours des six mois suivant la fin de l'intervention. Or, bien que l'effet de ce service sur le taux de mortalité par suicide chez cette clientèle soit difficilement définissable, il a été jugé utile pour améliorer la continuité des

services, pour soutenir des personnes qui éprouvent une grande détresse et pour, ultimement, diminuer le risque de récurrence ou du moins diminuer la fréquence ou la sévérité des crises suicidaires. Le soutien nécessaire aux proches varie sans doute selon leurs propres ressources et selon les antécédents médicaux, psychosociaux et suicidaires de l'utilisateur. Par contre, l'offre de soutien aux proches au regard de la problématique suicidaire devrait être plus systématique.

Le service de Suivi communautaire intensif s'inscrit en continuité avec un épisode de soins dans un service d'urgence. Il revêt un caractère temporaire de par sa nature même et a permis le relais vers d'autres ressources pour certains usagers en attente de services. La satisfaction des usagers à cet égard est importante. Ceux-ci ont jugé très positivement le service et les qualités des intervenantes du CPSQ. L'approche individuelle utilisée a été particulièrement appréciée.

Le service de Suivi communautaire intensif ne peut à lui seul contenir toutes les composantes d'un soutien optimal devant être offert aux personnes qui ont fait une tentative de suicide (voir la section 1.2), mais il peut toutefois y contribuer dans la perspective d'une meilleure complémentarité entre les services disponibles.

Recommandations :

- Situer le service de Suivi communautaire intensif du CPSQ dans un modèle d'organisation de services pour le soutien des personnes ayant fait une tentative de suicide qui intègre l'ensemble des composantes souhaitées (voir la section 1.2) ; préciser la contribution particulière de ce service tel qu'il peut être donné par le CPSQ, et ce, dans une perspective de complémentarité avec les services qui existent déjà. Discuter également du rôle du CPSQ dans la fonction de liaison avec les autres ressources sollicitées par l'utilisateur ou celles qui le seront. Cet exercice devrait se faire à la faveur de la réorganisation des services en santé mentale qui a cours dans la région et de l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (L.R.Q., P-38.001).
- Modifier le nom du service de Suivi communautaire intensif pour éviter toute confusion avec les services offerts par les équipes en santé mentale des CLSC aux personnes souffrant de troubles sévères et persistants. Le nouveau nom devrait refléter ses principales caractéristiques et la clientèle visée.
- Évaluer continuellement la clientèle rejointe et desservie, le volume et l'intensité des services donnés, de même que les possibilités de substitution à d'autres services offerts dans la région par le réseau communautaire ou celui de la santé et des services sociaux.

La figure 5 présente une description des principaux paramètres du service de Suivi communautaire intensif, redéfinis à la faveur de l'évaluation de l'implantation du service dans le Québec-métro. Les différences entre ces paramètres et ceux du service tel qu'il a été expérimenté traduisent les principales recommandations qui découlent de l'étude.

Figure 5
Principaux paramètres du service
de Suivi communautaire intensif : modèle révisé

Thème	Paramètres
Organisme mandataire	Tout organisme qui puisse offrir : • un service dans un délai de moins de 48 heures ; • un suivi individualisé de la clientèle ; • un service d'intervention téléphonique ou en face à face 24/7 ; • une expertise reconnue en relation d'aide au cours d'une situation de crise et en situation de crise suicidaire.
Référents	Les urgences générales ou psychiatriques qui reçoivent des personnes ayant fait une tentative de suicide et qui procèdent systématiquement à une évaluation psychosociale de celles-ci. N.B. : Dans le cas où une telle évaluation est impossible, prévoir au minimum un mécanisme de liaison formel avec des ressources des milieux référents qui sont en mesure d'évaluer sommairement la situation de l'usager et d'échanger avec l'organisme mandataire à ce sujet (ex. : infirmière de liaison).
Type d'intervention et approche clinique	Une approche de soutien axée sur les solutions et inspirée de la thérapie brève et une intervention de crise suicidaire. Huit à dix rencontres sur une période de deux mois, à domicile ou dans un lieu choisi par l'usager. Un contact systématique entre l'organisme mandataire et les autres ressources mobilisées par l'usager au moment de l'intervention ou qui prendront le relais du Suivi communautaire intensif. Une offre systématique d'intervention auprès de la famille ou des proches concernant le geste suicidaire de l'usager, notamment dans le cas d'une première tentative de suicide, et ce, avec le consentement de l'usager.
Critères d'admissibilité	Critères d'inclusion : • toute personne qui a recours aux services d'une urgence générale ou psychiatrique à la suite d'une tentative de suicide, qu'il y ait ou non une consultation psychiatrique, et qui n'a pas été hospitalisée (une exception pourrait être faite pour des usagers admis dans une unité d'évaluation avec court séjour) ; • toute personne âgée de 18 à 74 ans ; • toute personne résidant sur le territoire desservi par l'organisme mandataire (évaluer la capacité de déplacement des intervenants de l'organisme communautaire sur le territoire et définir le territoire en conséquence). N.B. Une intervention auprès des jeunes de moins de 18 ans nécessite une mobilisation importante de la famille, de même qu'une adaptation des approches et techniques d'intervention. Dans le cas où ces conditions ne peuvent être remplies, cette clientèle doit être exclue. Critères d'exclusion : • un état d'intoxication produit par l'alcool, les drogues ou d'autres psychotropes, et qui perturbe l'efficacité de la communication au moment de la référence ; • une mobilisation importante, par la personne suicidaire, d'autres ressources du réseau de la santé et des services sociaux ou du réseau communautaire (définir des critères pour juger de l'importance de la mobilisation des autres ressources et procéder à une évaluation cas par cas) ; • toute situation pouvant menacer la sécurité des intervenants (ex. : comportement violent) et à cet égard, mieux préciser les antécédents judiciaires des usagers au moment de la référence ; • toute personne connue du CPSQ qui fait l'objet de recommandations particulières visant à ne plus lui offrir de service ; • toute personne légalement inapte à exercer un choix éclairé.
Cheminement de la demande	Voir la figure 3.

CONCLUSION

Cette étude porte sur la mise en place d'un service de Suivi communautaire intensif destiné à des personnes ayant fait une tentative de suicide et qui se présentent dans un service d'urgence d'un centre hospitalier. Les résultats tirés de l'expérimentation de l'implantation de ce service démontrent que le service de Suivi communautaire intensif a été implanté selon des paramètres établis par le comité-conseil où étaient représentés les principaux partenaires concernés, et ce, à l'issue d'une phase préparatoire qui s'est avérée cruciale. Les résultats ne montrent pas d'écarts majeurs entre la clientèle définie par les critères d'admissibilité et la clientèle rejointe, ni entre l'intervention prévue et celle qui a été dispensée. Par ailleurs, le scénario privilégié parmi les trois scénarios possibles, soit celui qui prévoyait un contact à l'urgence entre l'utilisateur et l'intervenant du CPSQ, a été peu utilisé. Les personnes qui ont bénéficié du service présentent un cumul de facteurs de risque les rendant plus à risque de comportements suicidaires que la population en général. Le service de Suivi communautaire intensif leur a été utile pour hiérarchiser les problèmes, identifier des solutions et se mettre en action pour atteindre certains objectifs visant l'amélioration de leur situation.

Même si le projet ne visait pas à mesurer l'efficacité de l'intervention à prévenir de nouveaux comportements suicidaires, des informations sur cet aspect n'en ont pas moins été obtenues pour une partie des usagers qui ont reçu le service. Près de la moitié n'ont pas eu de nouvelles idées ou autres comportements suicidaires. Certains ont eu de nouvelles idées suicidaires, jugées par ailleurs moins fréquentes et moins fortes que par le passé, et quelques usagers du service ont fait une nouvelle tentative de suicide.

Les résultats de l'évaluation de l'implantation du service de Suivi communautaire intensif démontrent l'utilité de son maintien dans la région de Québec ; cette recommandation étant par contre assortie d'un certain nombre de suggestions pour qu'il soit amélioré. Les différents partenaires associés au projet continuent ainsi de préconiser que le service soit complémentaire aux autres ressources disponibles et qu'il s'inscrive dans un modèle complet d'organisation des services pour le soutien aux personnes ayant fait une tentative de suicide. La faisabilité de l'implantation de ce service de Suivi communautaire intensif, basée sur la collaboration entre le milieu hospitalier et le réseau communautaire, a été démontrée. Les partenaires associés au projet ont jugé positivement son utilité, et ce, principalement en raison de la rapidité de la réponse (moins de 48 heures), de l'accès 24/7 à un intervenant de crise et de l'expertise en situation de crise suicidaire qui sont offerts. Le même constat de satisfaction a également été fait par la clientèle ayant bénéficié de ce service. Dans la mesure où d'autres milieux pourraient répondre aux conditions d'implantation retenues, le service de Suivi communautaire intensif pourrait être exporté dans d'autres territoires.

BIBLIOGRAPHIE

ALLARD, R., M. MARSHALL et M.C. PLANTE. « Intensive follow-up does decrease the risk of repeat suicide attempts », *Suicide and Life-Threatening behavior*, vol. 22, n° 3, automne 1992, p. 303-314.

ARENSMAN, E. *et al.* « Psychological and pharmacological treatment of patient following deliberate self-harm : the methodological issues involved in evaluating effectiveness », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 31, n° 2, 2001, p. 169-180.

AUBÉ, D. *et al.* *Les crises psychosociales dans Québec-Centre : dans quel contexte elles surviennent et comment on y répond*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1999, 124 p.

BEAUTRAIS, A.L., P.R. JOYCE et R.T. MULDER. « Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 35, n° 9, septembre 1996, p. 1174-1182.

BEAUTRAIS, A.L., P.R. JOYCE et R.T. MULDER. « Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts », *New Zealand Medicine Journal*, vol. 111, n° 1060, février 1998, p. 44-48.

BELLAVANCE, M. *Les politiques gouvernementales. Élaboration, gestion, évaluation*, Montréal, Agence d'Arc et ÉNAP, 1985, 265 p.

BOYER, R. *et al.* « Idées suicidaires et parasuicidaires », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 355-366.

BRENT, D.A. « Assessment and treatment of the youthful suicidal patient », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 932, avril 2001, p. 106-128.

BRENT, D.A. « Practitioner review : the aftercare of adolescents with deliberate self-harm », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 38, n° 3, mars 1997, p. 277-286.

BRENT, D.A. et M.S. LERNER. « Cognitive therapy with affectively ill, suicidal adolescents », in Wilkes T.C.R., G. Belsher et A.J. Rush, (sous la dir. de), *Cognitive therapy for depressed adolescents*, New York, Guilford Press, 1994.

CARDINAL, L. *et al.* *La problématique du suicide sur votre territoire de CLSC* » (sept documents présentant les données pour la région et chacun des territoires de CLSC de la région de Québec), Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1998.

COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE DE QUÉBEC. *Avis sur le rapport du groupe de travail du Collège des médecins du Québec sur l'accessibilité aux soins psychiatriques et aux services de santé mentale*, 1998, 15 p.

CONWELL, Y. « Suicide in later life : A review and recommendations for prevention », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 31, printemps 2001 (supplément), p. 32-47.

CULBERG, J., D. WASSERMAN et C.G. STEFANSSON. « Who commits suicide after a suicide attempt? A 8 to 10 year follow up of a suburban catchment area », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 77, n° 5, mai 1988, p. 598-603.

DE SHAZER, S. *et al.* « Thérapie brève : un développement centré sur la solution », *Stratégie brève*, Paris, Seuil, 2000, p. 170-196.

DE LEO, D. *et al.* « Attempted and completed suicide in older subjects : results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour », *International Journal Geriatric Psychiatry*, vol. 16, n° 3, mars 2001, p. 300-310.

DU RANQUET, M. *Intervention en situation de crise : Les approches en service social*, Québec, EDISEM VIGOT, chapitre 7, 1991, 222 p.

DULAC, G. *Intervenir auprès des clientèles masculines : Théories et pratiques québécoises*, A.I.D.R.A.H., 1999, 81 p.

GUBA, E.G. et Y.S. LINCOLN. *Fourth Generation Evaluation*, Newbury Park, Sage Publication, 1989, 286 p.

GUTHRIE, E. *et al.* « Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning », *British Medical Journal*, vol. 323, n° 7305, juillet 2001, p 1-5.

HAWTON, K. « Studying survivors of nearly lethal suicide attempts : an important strategy in suicide research », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol 32, n° 1, 2001 (supplément), p. 76-84.

HAWTON, K. *et al.* « Deliberate self-harm : systemic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in prementing repetition ». *British medical Journal*, vol. 317, août 1998, p. 441-447.

HAWTON, K. et J. FAGG. « Suicide and other causes of death, following attempted suicide », *British Journal of Psychiatry*, vol. 152, mars 1988, p 359-366.

HICKEY, L., K.J. HAWTON FAGG et H. WEITZEL. « Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment : a neglected population at risk of suicide », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 50, n° 2, février 2001, p. 87-93.

HOLLEY, H.L., G. FICK et E.J. LOVE. « Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt : a canadian follow-up study », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 33, n° 11, 1998, p. 543-551.

HURRY, J. et P. STOREY. « Assessing young people who deliberately harm themselves », *British Journal of Psychiatry*, vol. 176, no 495, février 2000, p. 126-131.

IKEDA, R.M. *et al.* « Medical conditions and nearly lethal suicide attempts », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 32, 2001 (supplément), p. 60-67.

KAWACHI, I. *et al.* « Social capital and self-rated health : a contextual analysis », *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 8, août 1999, p. 1187-1193.

KING, J.A., L.L. MORRIS et C.T. FITZ-GIBBONS. *How to Assess Program Implementation*. Newbury Park, Sage Publication, 1987, 143 p.

LABERGE, A. *et al.* *Étude sur les pratiques relatives au diagnostic, au traitement et au suivi des personnes atteintes des troubles de l'humeur*, Beauport, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique et Département de psychiatrie de l'Est, 1999, 99 p. et annexes.

LAMARRE, J. « La psychothérapie brève orientée vers les solutions et interventions auprès des individus suicidaires », *Vis-À-Vie*, vol. 11, n° 2, 2001, p. 32-33.

LINKS, P.S. *et al.* « Preventing recurrent suicidal behaviour », *Canadian Family Physician*, vol. 45, n° 2656, novembre 1999, p. 2656-2660.

MCLEAVEY, B.C. *et al.* « Interpersonal problem-solving skills in the treatment of self-poisoning patients », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 24, 1994, p. 382-394.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Données de mortalité par suicide de 1990 à 1999*, MSSS, MSSS, Direction générale de santé publique (fichier Excel), 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, MSSS, Direction générale de santé publique, 1998, 94 p.

MORGAN H.G., E.M. JONES et J.H. OWEN. « Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study », *British Journal of Psychiatry*, vol. 163, juillet 1993, p. 111-112.

NORDSTROM P., M. SAMUELSSON et M. ASBERG. « Survival analysis of suicide risk after attempted suicide », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 91, n° 5, mai 1995, p. 336-340.

PATTON, M.Q. *Utilization-Focus evaluation : The New Century Test*, 3^e édition, Newbury Park, Sage Publication, 1996, 430 p.

POMMEREAU, X. « Therapeutic approach to adolescent suicide », *La Revue du Praticien*, vol. 48, no 13, septembre 1998, p. 1435-1439.

POPAY, J. et G. WILLIAMS. « Partnership in health : Beyond the rhetoric », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 52, n^o 7, juillet 1998, p. 410-411.

POWELL, K.E. *et al.* « Alcohol consumption and nearly lethal suicide attempts », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 32, 2001 (supplément), p. 30-41.

PRONOVOST, J. et D. LECLERC. *Le dépistage des jeunes suicidaires en Centre jeunesse : Rapport final*, Université du Québec à Trois-Rivières avec la collaboration de l'Association des centres jeunesse du Québec, décembre 1998, 48 p. + annexes.

RAMSAY, R.F. et C. BAGLEY. « The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in a urban population », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 15, n^o 3, automne 1985, p. 151-167.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Plan d'action régional triennal 2000-2003 en matière de prévention du suicide*, RRSSS de Québec, Groupe de travail régional en prévention du suicide, 2000, 26 p.

ROY, A. « Consumers of mental health services », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 31, 2001 (supplément), p. 60-83.

SAFINOFSKY, I. *et al.* « Problem resolution and repetition of parasuicide : a prospective study », *British Journal of Psychiatry*, vol. 156, 1990, p. 395-399.

SAINT-LAURENT, D. et S. TENNINA. *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 1996*, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau du Coroner, 2000, 59 p.

SANTÉ CANADA. *Le suicide au Canada. Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Santé Canada, 1994, 31 p.

SCHMIDTKE, A. *et al.* « Attempted suicide in Europe : rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 93, n^o 5, mai 1996, p. 327-338.

SCOTT, C.M. et W.E. THURSTON. « A framework for the development of Community Health Agency partnerships », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 88, novembre-décembre 1997, p. 416-420.

SÉGUIN, M. et P. HUON. *Le suicide : comment prévenir, comment intervenir*, Québec, Éditions Logiques, 1999, 193 p.

SHAFFER, D. et K. BACON. « A critical review of preventive intervention efforts in suicide, with particular reference to youth suicide », in Feinleib, (sous la dir. de), *Report of the Secretary's Task Force on youth suicide*, vol. 3, Washington D.C., U.S. Government Printing Office, 1989, p. 31-61.

SPRITO, A. *et al.* « An intervention trial to improve adherence to community treatment by adolescents after suicide attempt », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 41, n° 4, avril 2002, p. 435-442.

SUOKAS, J. *et al.* « Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide : findings of a 14-year follow-up », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 104, n° 2, août 2001, p. 117-121.

SWAHN, M.H. et L.B. POTTER. « Factors associated with medical severity of suicide attempts in youths and young adults », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 32, 2001 (supplément), p. 21-29.

TEJEDOR, M.C. *et al.* « Attempted suicide : repetition and survival – findings of a follow-up study », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 100, n° 3, 1999, p. 205-211.

TRAUTMAN, P.D. « Specific treatment modalities for adolescent suicide attempters », in Feinleib (sous la dir. de), *Report of the Secretary's Task Force on youth suicide*, volume 3, Washington D.C., U.S. Government Printing Office, 1989, p. 253-263.

VAN DER SANDE, R. *et al.* « Psychosocial intervention following suicide attempt : a systematic review of treatment interventions », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 96, n° 1, juillet 1997, p. 43-50.

VAN DER SANDE, R. *et al.* « Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomised controlled intervention study », *British Journal of Psychiatry*, vol. 171, juillet 1997, p. 35-41.

VAN HEERINGEN, C. *et al.* « The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients : a controlled intervention study », *Psychological Medicine*, vol. 25, n° 5, septembre 1995, p. 963-970.

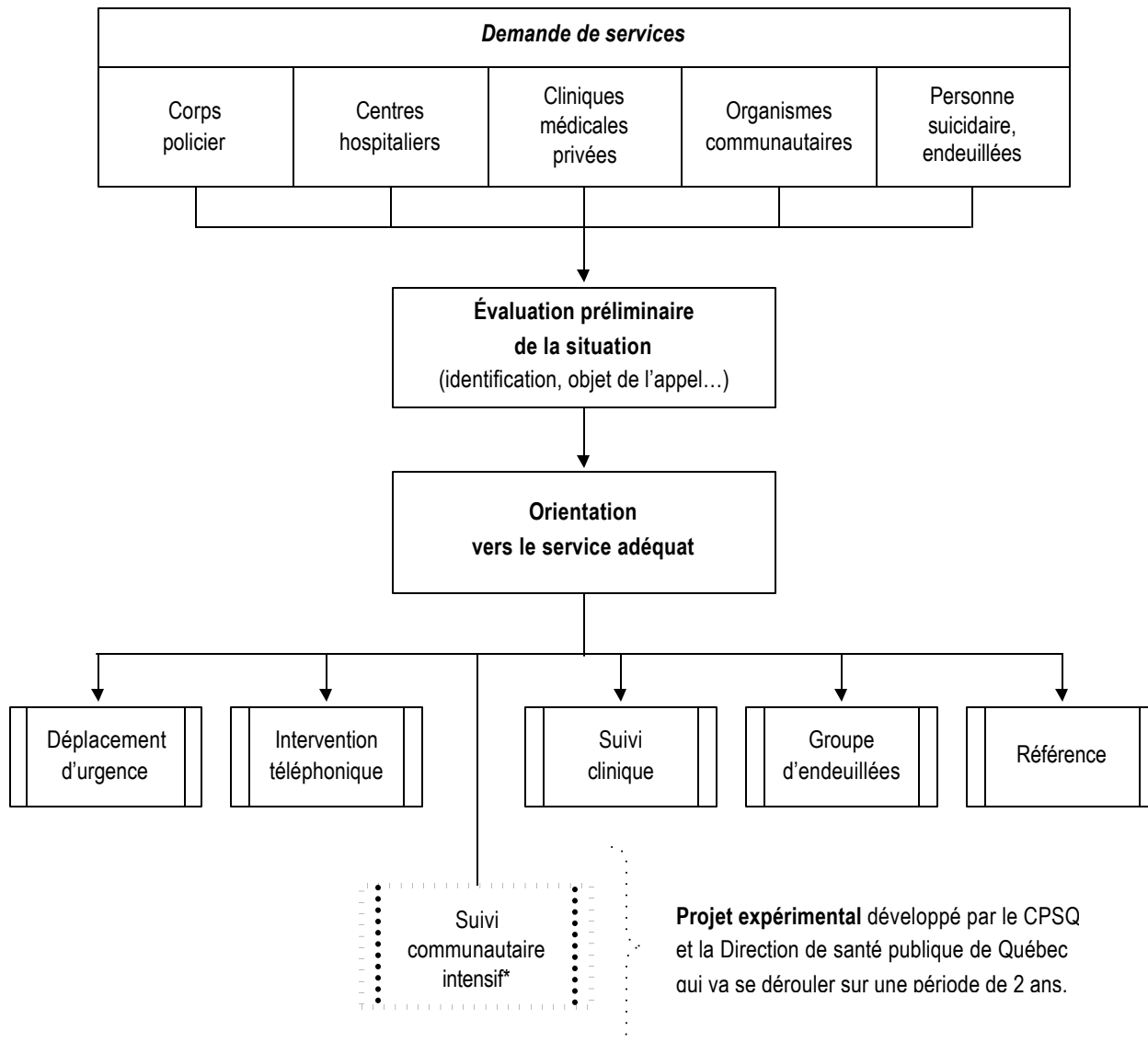
ANNEXES

ANNEXES

- Annexe 1 : Trajectoire générale des services du CPSQ
- Annexe 2 : Présentation des instruments de collecte de données et des schémas d'entrevue
- 2-A Caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant refusé les services offerts par le CPSQ ou orientées vers une autre ressource
 - 2-B Demande de Suivi communautaire intensif
 - 2-C Caractéristiques sociodémographiques des personnes acceptées pour le Suivi communautaire intensif mais ayant refusé le service avant que l'agente de liaison n'ait fait son évaluation
 - 2-D Outil d'intervention complété par l'agente de liaison du CPSQ pour chaque usager participant au projet
 - 2-E Contact téléphonique après six mois
 - 2-F Schéma d'entrevue – usager
 - 2-G Schéma d'entrevue – intervenant provenant des milieux référents
 - 2-H Schéma d'entrevue – intervenant de crise, agente de liaison et gestionnaire du CPSQ
 - 2-I Schéma d'entrevue – gestionnaire des milieux référents
- Annexe 3 : Formulaire de consentement
- Annexe 4 : Profil des usagers ayant ou non accepté le service de Suivi communautaire intensif
- Annexe 5 : Profil des usagers ayant reçu le service de Suivi communautaire intensif
- Annexe 6 : Scénarios possibles à la suite d'une proposition du personnel de l'urgence d'orienter un usager vers le service de Suivi communautaire intensif

ANNEXE 1

Trajectoire générale des services du CPSQ



* Les urgences des centres hospitaliers (**hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA, CHUL du CHUQ**) ont été privilégiées, à titre de référents uniques, parce qu'ils sont la porte d'entrée principale des personnes ayant fait une tentative de suicide.

ANNEXE 2

Présentation des instruments de collecte de données et des schémas d'entrevue

Nom des instruments		Qui les complète ?
Annexe 2-A	Caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant refusé les services offerts par le CPSQ ou orientées vers une autre ressource	Intervenants des urgences psychiatriques
Annexe 2-B	Demande de Suivi communautaire intensif	Intervenants de crise du CPSQ
Annexe 2-C	Caractéristiques sociodémographiques des personnes acceptées pour le Suivi communautaire intensif mais ayant refusé le service avant que l'agente de liaison n'ait fait son évaluation	Agente de liaison du CPSQ
Annexe 2-D	Outil d'intervention complété par l'agente de liaison du CPSQ pour chaque usager participant au projet	
Annexe 2-E	Contact téléphonique après six mois	
Schémas d'entrevue		
Identification des schémas d'entrevue		Qui les réalise ?
Annexe 2-F	Schéma d'entrevue – usager	Agent de recherche de la DSPQ
Annexe 2-G	Schéma d'entrevue – intervenant provenant des milieux référents	
Annexe 2-H	Schéma d'entrevue – intervenant de crise, agente de liaison et gestionnaire du CPSQ	
Annexe 2-I	Schéma d'entrevue – gestionnaire des milieux référents	

ANNEXE 2-A

**CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES
DES PERSONNES AYANT REFUSÉ LES SERVICES OFFERTS PAR LE CPSQ
OU ORIENTÉES VERS UNE AUTRE RESSOURCE**

**SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF
CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE QUÉBEC (CPSQ)**

**CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES
DES PERSONNES AYANT REFUSÉ LES SERVICES OFFERTS PAR LE CPSQ OU
ORIENTÉES VERS UNE AUTRE RESSOURCE
(Scénario 3)**

RÉPONDRE À CHACUNE DES QUESTIONS SUIVANTES :

1. La personne ayant fait une tentative de suicide s'est présentée :

Enfant-Jésus – CHA : urgence générale ☐ urgence psychiatrique ☐
CHUL – CHUQ : urgence générale ☐

2. Quel est le sexe de la personne ? Masculin ☐ Féminin ☐

3. Quelle est l'année de naissance de la personne ? -ÖÖÖ -
 année

4. Quel est le lieu de résidence de la personne ?

Beauport	☐	Québec (Basse-Ville)	☐
Cap-Rouge	☐	Sillery	☐
Charlesbourg	☐	Sainte-Anne-de-Beaupré	☐
Côte de Beaupré	☐	Saint-Augustin-de-Desmaures	☐
Île d'Orléans	☐	Sainte-Foy	☐
L'Ancienne-Lorette	☐	Saint-Émile	☐
Loretteville	☐	Val-Bélair	☐
Québec (Haute-Ville)	☐	Autre : _____	

RÉPONDRE À LA QUESTION APPROPRIÉE:

Cas de refus des services offerts	Cas d'une orientation
5. Quel-s est (sont) le-s motif-s pour lequel (lesquels) la personne a refusé les services offerts par le Centre de prévention du suicide de Québec proposés par le personnel de l'urgence ? Le réseau de soutien est suffisant et satisfaisant (social, familial). ☐ La personne estime suffisant et satisfaisant les services qu'elle reçoit déjà d'un organisme ou d'un établissement de la santé et des services sociaux. ☐ La personne ne ressent pas le besoin de bénéficier des services offerts. ☐ La personne n'est tout simplement pas intéressée. ☐ Autre-s : _____ ☐	7. Quel est le nom de l'organisme ou de l'établissement vers lequel la personne admissible a été orientée pour répondre à un besoin spécifique ? _____ _____ _____
6. Quelle est la date du refus de services ? jour / mois / année	8. Quelle est la date de l'orientation ? jour / mois / année

Faire parvenir par télécopieur (683-5956) au CPSQ.
Si vous avez des questions, commentaires ou autres,
vous pouvez contacter l'agente de liaison du CPSQ au 683-0933.
Le Centre de prévention du suicide de Québec et la Direction de santé publique de Québec
tiennent à vous remercier sincèrement de votre précieuse collaboration.

ANNEXE 2-B

DEMANDE DE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF

**SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF
CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE QUÉBEC (CPSQ)**

DEMANDE DE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF

Référence au CPSQ : Intervenant-e de crise		Date :
Identification		
Nom de la personne référée : _____		D/N : _____
Adresse : _____		App. : _____ Tél. : _____ - _____
Ville : _____		Régime de protection : _____ # Dossier : _____
Origine de la demande (spécifier)*		
➤ Urgence générale ☐ Urgence psychiatrique ☐ ➤ Clinique médicale : _____ ➤ CLSC : _____ ➤ Organisme communautaire : _____ ➤ Services policiers : _____ ➤ Autres : _____		Nom du référent : _____ Fonction : _____ Pers. ressource + fonction (si déplacement) : _____ Tél. : _____ - _____
*Toute demande provenant d'un partenaire autre que l'hôpital de l'Enfant-Jésus-CHA et le CHUL-CHUQ ➔ Transfert à l'agente de liaison.		Formulaire de consentement signé : Oui ☐ Non ☐
Description de la situation (bref résumé du rapport d'intervention (feuille bleue) Urgence suicidaire : ()		
Formulation de la demande (suite à l'offre faite par le personnel de l'urgence à la personne en besoin d'être rencontrée par des intervenants du CPSQ, deux possibilités s'offrent à elle : accepter d'être rencontrée ou d'être relancée ex., afin de connaître plus les services, prendre rendez-vous, etc.)		
☐ RENCONTRE ☐ RELANCE	Si la personne désire être relancée, spécifier et identifier son besoin auprès du référent :	
Évaluation préliminaire de la situation de l'utilisateur à l'urgence (voir « Procédures de déplacement »)		
➤ Identification des attentes :		
➤ Évaluation des besoins :		
Orientation de la demande (si relance ➔ transfert de la demande à l'agente de liaison)		
Accompagnement ☐	Transfert à l'agente de liaison pour évaluation ☐	Orientation ou référence ☐
Interventions réalisées + Recommandations (détailler)		

Signature de l'intervenant : _____ Date : _____

Signature de l'agente de liaison : _____ Date : _____

ANNEXE 2-C

**CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES
DES PERSONNES ACCEPTÉES
POUR LE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF
MAIS AYANT REFUSÉ LE SERVICE
AVANT QUE L'AGENTE DE LIAISON N'AIT FAIT SON ÉVALUATION**

**SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF
CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE QUÉBEC (CPSQ)**

**CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCEPTÉES
POUR LE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF MAIS AYANT REFUSÉ LE SERVICE
AVANT QUE L'AGENTE DE LIAISON N'AIT FAIT SON ÉVALUATION**

1. Date du désistement :
jour/mois/année

2. La personne ayant fait une tentative de suicide s'est présentée :

Enfant-Jésus – CHA : urgence générale ☐ urgence psychiatrique ☐
CHUL – CHUQ : urgence générale ☐

3. Quel est le sexe de la personne ? Masculin ☐ Féminin ☐

4. Quelle est l'année de naissance de la personne ? --
année

5. Quel est le lieu de résidence de la personne ?

Beauport	☐	Québec (Basse- Ville)	☐
Cap-Rouge	☐	Sillery	☐
Charlesbourg	☐	Sainte-Anne-de-Beaupré	☐
Côte de Beaupré	☐	Saint-Augustin-de-Desmaures	☐
Île d'Orléans	☐	Sainte-Foy	☐
L'Ancienne-Lorette	☐	Saint-Émile	☐
Loretteville	☐	Val-Bélair	☐
Québec (Haute-Ville)	☐	Autre : _____	

6. Quels sont les motifs pour lesquels la personne a refusé les services offerts par le Centre de prévention du suicide de Québec après une première acceptation ?

ANNEXE 2-D

**OUTIL D'INTERVENTION COMPLÉTÉ
PAR L'AGENTE DE LIAISON DU CPSQ
POUR CHAQUE USAGER PARTICIPANT AU PROJET**

**SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF
CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE QUÉBEC (CPSQ)**

**OUTIL D'INTERVENTION COMPLÉTÉ PAR L'AGENTE DE LIAISON DU CPSQ
POUR CHAQUE USAGER PARTICIPANT AU PROJET**

Réalisé par :

**Nathalie Bolduc, Agente de liaison au CPSQ
en collaboration avec
Pierre Racine de la Direction de santé publique de Québec**

Septembre 2001

Suivi communautaire intensif du CPSQ

PROFIL DE L'USAGER – INFORMATION GÉNÉRALE

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Numéro civique _____ Rue _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Nom et prénom du-de la conjoint-e (s'il y a lieu) :

Personne à aviser en cas d'urgence : Nom : _____

Lien : _____

Téléphone : _____

Médecin traitant :

Nom : _____ Lieu de pratique : _____

Téléphone : _____

Autre-s intervenant-s :

Nom : _____ Fonction et lieu de pratique : _____

Téléphone : _____

Nom : _____ Fonction et lieu de pratique : _____

Téléphone : _____

Nom : _____ Fonction et lieu de pratique : _____

Téléphone : _____

1. PROFIL DE L'USAGER – DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance

____/____/____
jour / mois / année

1.2 Sexe

Féminin ☐ Masculin ☐

1.3 État civil

Célibataire ☐ Marié-e/union de fait ☐ Séparé-e ou divorcé-e ☐
Veuf-ve ☐ Autre-s : _____ ☐

1.4 Milieu de vie

Vit seul-e ☐
Vit seul-e avec enfant-s ☐
Vit avec conjoint-e et enfant-s ☐
Vit avec conjoint-e et sans enfant ☐
Vit avec d'autre-s adulte-s ☐ Préciser : _____

1.5 Mode de résidence

Logement privé ☐ Sans logement fixe ☐ Autre-s : _____ ☐

1.6 Lieu de résidence

Beauport ☐	Québec (Basse-Ville) ☐
Cap-Rouge ☐	Sillery ☐
Charlesbourg ☐	Sainte-Anne-de-Beaupré ☐
Côte de Beaupré ☐	Saint-Augustin-de-Desmaures ☐
Île d'Orléans ☐	Sainte-Foy ☐
L'Ancienne-Lorette ☐	Saint-Émile ☐
Loretteville ☐	Val-Bélair ☐
Québec (Haute-Ville) ☐	Autre-s : _____ ☐

1.7 Source de revenu

Travail régulier (incluant ass.-salaire) ☐	Travail épisodique ☐
Aide sociale ☐	Assurance-chômage ☐
Pension-rentes ☐	Autre-s : _____ ☐

1.8 Scolarité

Aucune ☐	Collégiale ☐
Primaire ☐	Universitaire ☐
Secondaire ☐	Inconnue ☐
Dernière année complétée : _____	Autre-s : _____ ☐

1.9 Régime de protection

Oui ☐ Type : _____
Non ☐

1.10 Réseau social

Aucun réseau social ☐
Réseau social limité : Satisfaisant ☐ Non satisfaisant ☐
Réseau social étendu : Satisfaisant ☐ Non satisfaisant ☐

2. PROFIL DE SANTÉ – HISTOIRE MÉDICALE

2.1 Diagnostic-s + Traitement-s (santé mentale)

Observance à la médication : Oui ☐ Non ☐

2.2 Temps écoulé depuis le diagnostic principal

Moins de deux ans	☐	5-9 ans	☐
2-4 ans	☐	10 ans ou plus	☐

2.3 Hospitalisation-s antérieure-s en psychiatrie

Nombre total d'hospitalisation-s, allégué par l'utilisateur :

Aucune	☐	5-9	☐
1-4	☐	10 ou plus	☐

Nombre d'hospitalisation-s, au cours des deux dernières années, allégué par l'utilisateur :

Aucune	☐	5-9	☐
1-4	☐	10 ou plus	☐

2.4 Problème d'alcool

Aucune consommation ☐
 12 consommations ou moins / sem. ☐
 12 consommations ou plus / sem. ☐

Problème : Actuel ☐ et/ou Antérieur ☐

2.5 Problème de drogue

Oui ☐ Non ☐

Substance : _____	Problème : Actuel ☐	et/ou	Antérieur ☐	Fréquence : _____
Substance : _____	Problème : Actuel ☐	et/ou	Antérieur ☐	Fréquence : _____
Substance : _____	Problème : Actuel ☐	et/ou	Antérieur ☐	Fréquence : _____
Autre-s : _____	Problème : Actuel ☐	et/ou	Antérieur ☐	Fréquence : _____

Traitement de désintoxication

Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser (quand, organisme, progrès) :

2. PROFIL DE SANTÉ – HISTOIRE MÉDICALE – SUITE

2.6 Suivi médical / social / psychologique...

- | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|-------|-----------|--------------------------|-------------------|
| ➤ Médecin | ☐ | Actuel | ☐ | et/ou | Antérieur | ☐ | Fréquence : _____ |
| ➤ Psychologue | ☐ | Actuel | ☐ | et/ou | Antérieur | ☐ | Fréquence : _____ |
| ➤ Psychiatre | ☐ | Actuel | ☐ | et/ou | Antérieur | ☐ | Fréquence : _____ |
| ➤ Travailleur social | ☐ | Actuel | ☐ | et/ou | Antérieur | ☐ | Fréquence : _____ |
| ➤ Intervenant social (org. comm.) | ☐ | Actuel | ☐ | et/ou | Antérieur | ☐ | Fréquence : _____ |
| ➤ Autre-s : _____ | ☐ | Actuel | ☐ | et/ou | Antérieur | ☐ | Fréquence : _____ |

2.7 Problèmes de santé physique (qui perturbent le fonctionnement quotidien de l'utilisateur)

Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser :

3. PROFIL PSYCHOSOCIAL

3.1 Problèmes psychosociaux et/ou environnementaux actuels

3.2 Histoire familiale, sociale...

3.3 Perte-s au cours de la dernière année (si oui laquelle ou lesquelles)

Oui ☐ Non ☐

4. PROFIL SUICIDAIRE DE L'USAGER

4.1 Raison / motivation de consultation à l'urgence lors de la dernière crise suicidaire

4.2 Soutien de l'entourage lors de la dernière crise suicidaire

Satisfaisant ☐ Non satisfaisant ☐

Non satisfaisant ☐

4.3 Autre-s demande-s de services en lien avec la dernière crise suicidaire

Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser : _____

Si oui, préciser : _____

4.4 Tentatives de suicide

Nombre total de tentatives de suicide, allégué par l'utilisateur :

Aucune ☐ 5 -9 ☐

1-4 ☐ 10 ou plus ☐

Nombre de tentatives de suicide au cours de s deux dernières années, allégué par l'utilisateur :

Aucune ☐ 3-4 ☐

1-2 ☐ 5 ou plus ☐

1-2 ☐ 5 ou plus ☐

4.5 Épisodes suicidaires en ordre décroissant (COQ, événements précipitants, déclencheur, les soins reçus, impacts)

4.6	Suicide dans l'entourage :	Oui ☐	Non ☐
	Si oui, description (COQ, nature du lien) _____		

5. AUTRES

5.1 Attentes de l'utilisateur face aux services

5.2 Besoins identifiés par l'intervenant-e

5.3 Évaluation par l'intervenant-e (impressions diagnostiques, autres observations, commentaires, etc.)

6. TRAJECTOIRE DE SERVICES DE L'USAGER

6.1 Date de l'évaluation :
jour / mois / année

6.2 Suivi non accordé

a) Refus du suivi de la part de l'utilisateur pour les raisons suivantes :

- Réseau de soutien suffisant (social, familial) ☐
- Nature du suivi (intensité, approche...) ☐
- Suivi déjà par un professionnel ☐
- Absence d'intérêt de bénéficiaire du service ☐
- Ne sait pas ☐
- Autre-s : _____ ☐

b) Référence vers un autre service du CPSQ ou une autre ressource dans la communauté pour les raisons suivantes :

- Problématique majeure liée à un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou autres substances psychotropes ☐
- Non-indication d'un suivi intensif dans la communauté (présence d'un trouble sévère de la personnalité) ☐
- Autre-s : _____ ☐

6.3 Fermeture du dossier :
jour / mois / année

6. TRAJECTOIRE DE SERVICES DE L'USAGER - SUITE

6.4 Suivi accordé

Plan d'intervention complété Oui ☐ Non ☐

Si non complété, raison-s évoquée-s :

a) Référence vers un autre service du CPSQ ou autre ressource dans la communauté pour les raisons suivantes :

- Problèmes associés à la consommation de substances ☐
- Comportements agressifs ☐
- Détérioration de l'état physique de l'utilisateur ☐
- Détérioration de l'état psychique de l'utilisateur ☐
- Autre-s : _____ ☐

b) Arrêt du suivi par l'utilisateur :

- Nature du suivi (intensité, approche...) ☐
- Réseau de soutien suffisant (social, familial) ☐
- Amélioration de sa situation ☐
- Autre-s : _____ ☐

6.5 Fermeture du dossier :
 jour / mois / année

6.6 Recommandations avant la fermeture

6.7 Description sommaire de l'intervention

- ♦ Nombre de rencontres prévues _____ ♦ Nombre de rencontres réalisées _____
- ♦ Fréquence des rencontres : _____ ♦ Durée des rencontres : _____
- ♦ Lieu des rencontres : à domicile ☐ dans la communauté ☐ au CPSQ ☐
- ♦ Objectifs réalisés Oui ☐ Non ☐ Partiellement ☐

Commentaires :

6.8 Contact téléphonique après six mois (*formulaire « Contact téléphonique après six mois » à compléter*)

Date du contact téléphonique
 jour / mois / année

Signature de l'intervenant-e

ANNEXE 2-E

CONTACT TÉLÉPHONIQUE APRÈS SIX MOIS

**SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF
CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE QUÉBEC (CPSQ)**

**CONTACT TÉLÉPHONIQUE APRÈS SIX MOIS
(6 mois suivant la date de la fin d'un Suivi communautaire intensif
- fin du plan d'intervention)**

Identification de l'utilisateur

Nom :	Prénom :	N° tél. :	____ - _____
Date de la fin du suivi :	____ ____ ____ jour / mois / année	N° dossier :	_____
Date de la relance :	____ ____ ____ jour / mois / année		
Durée de l'appel téléphonique :	____ minutes		

**SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF
CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE QUÉBEC (CPSQ)**

CONTACT TÉLÉPHONIQUE APRÈS SIX MOIS

DEPUIS LA FIN DU SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF, JUSQU'À AUJOURD'HUI :

1. Avez-vous déjà pensé au suicide ? (Si non, passer à la question #5)

Oui ☐ Non ☐

2. Pensez-vous actuellement au suicide ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, évaluer le degré d'urgence suicidaire

Urgence faible ☐ Urgence moyenne ☐ Urgence élevée ☐

3. Avez-vous fait une tentative de suicide ?

Oui ☐ Non ☐

4. Avez-vous eu recours à des services d'aide, tels que :

a) service d'intervention téléphonique du CPSQ Oui ☐ Non ☐

b) autre-s ressource-s Oui ☐ Les identifier : _____
Non ☐

5. Est-ce que le Suivi communautaire intensif dont vous avez bénéficié vous a été utile ? Expliquer brièvement.

6. Êtes-vous présentement suivi par un professionnel :

a) du réseau de la santé et des services sociaux (ex. : médecin, agent de relation humaine, psychologue, etc.) ?

Oui ☐ Identifier les professions _____
Non ☐

b) du secteur privé (ex : psychologue) ?

Oui ☐ Identifier les professions _____
Non ☐

c) du milieu communautaire ?

Oui ☐ Identifier les professions _____
Non ☐

-
-
7. L'utilisateur a-t-il respecté les ententes prises et les recommandations indiquées à la fin du plan d'intervention ?

Oui ☐ Non ☐

Expliquer brièvement :

Signature de l'intervenant-e : _____ Date : _____

ANNEXE 2-F

SCHÉMA D'ENTREVUE – USAGER

**« SERVICE DE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF
AUPRÈS DES PERSONNES AYANT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE
SE PRÉSENTANT DANS UNE SALLE D'URGENCE »**

**SCHEMA D'ENTREVUE
(USAGER)**

SECTIONS

1. Offre du service par le personnel de l'urgence
2. Prise de contact par les intervenants de crise du CPSQ
3. Prise de contact par l'agente de liaison du CPSQ – relance téléphonique / services reçus
4. Utilité des services reçus
5. Autres commentaires
6. Données sociodémographiques

**PRISE DE CONTACT AVEC L'USAGER
(agent de recherche de la DSPQ)**

Bonjour,

Expérimentation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide...

Évaluation de l'implantation

mon nom est _____ de la DSPQ et votre nom m'a été donné par _____.
de qui vous avez reçu des services.

Il y a quelques semaines, _____ vous a demandé si vous acceptiez de me rencontrer afin de connaître votre appréciation des services reçus par le CPSQ. Ce service étant nouveau, il est important de savoir ce qui a bien ou moins bien fonctionné afin de pouvoir l'améliorer, s'il y a lieu.

Si vous acceptez de me rencontrer, sachez que toute l'information que vous me donnerez sera traitée de façon anonyme et confidentielle.

Acceptez-vous de me rencontrer ?

Si **oui** :

- où désirez vous que la rencontre ait lieu ?
- quand et à quelle heure ?

ACCEPTATION	
Nom de la personne à rencontrer : _____	
Lieu de la rencontre : _____ _____	
Date de la rencontre : _____	Heure de la rencontre : _____
Début de la rencontre : _____	Fin de la rencontre : _____

Si **non**, pouvez-vous me donner les raisons de votre refus.

REFUS
Raison-s : _____ _____ _____

MERCI BEAUCOUP DE VOTRE COLLABORATION

SECTION 1 OFFRE DU SERVICE PAR LE PERSONNEL DE L'URGENCE

Avant de parler des services que vous avez reçus du CPSQ, j'aimerais revenir un peu en arrière, au moment où vous vous êtes présenté à l'urgence du centre hospitalier. Après que le personnel de l'urgence vous ait évalué, on vous a proposé un nouveau service offert par le CPSQ.
--

POURRIEZ-VOUS ME PARLER DE CE QU'ILS VOUS ONT DIT À CE MOMENT-LÀ ?
--

OFFRE DU SERVICE

- 1.1 (**qui** vous a parlé de ce service, vous a-t-on dit **en quoi** ce service pouvait vous être utile, vous a-t-on parlé de vos **droits**, si vous vous rappelez de cette information, le temps octroyé pour le faire était-il suffisant, etc.)

SECTION 2
PRISE DE CONTACT PAR LES INTERVENANTS DE CRISE DU CPSQ

Lors de la transmission du nom de l'utilisateur, l'agente de liaison mentionnera également si ce dernier :

- a été rencontré par un intervenant de crise à l'urgence - la section 2 sera complétée ;
- a été relancé par l'agente de liaison - la section 3 sera complétée.

CONTACT AVEC LES INTERVENANTS DE CRISE

- 2.1 (qui vous a présenté aux intervenants de crise, le lieu où la rencontre s'est déroulée était-il adéquat ?, les **informations** transmises par le personnel de l'urgence correspondaient-elles à celles fournies par les intervenants de crise ?, etc.)

RÉFÉRENCE À L'AGENTE DE LIAISON

- 2.2 (la **référence** à un autre intervenant vous causait-il problème ?, son **rôle**, ses **services** vous ont-ils été clairement présentés ?, etc.)

PERCEPTION PAR RAPPORT AUX ATTITUDES

- 2.3 (perceptions **positives** et **négatives** – temps accordé, écoute, respect, confiance, etc.)

COTE GLOBALE

- 2.4 Globalement, diriez-vous que vous avez apprécié la façon dont la prise de contact a été effectuée par les intervenants du CPSQ ?

Accord/appréciation					
Pas du tout d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement d'accord	Sans réponse	Non applicable
1	2	3	4	9	0
Si 1 ou 2 : précisez pourquoi ? _____ _____					

SECTION 3
PRISE DE CONTACT PAR L'AGENTE DE LIAISON DU CPSQ
RELANCE TÉLÉPHONIQUE – SERVICES REÇUS

Après avoir quitté l'urgence, vous avez eu un contact téléphonique de la part de l'agente de liaison et par la suite vous avez reçu des services.

POURRIEZ-VOUS ME PARLER :
– DE CE PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE ?
– DES SERVICES REÇUS ?

1^{er} CONTACT TÉLÉPHONIQUE

3.1 (quelle **information** vous a été transmise lors de cet appel téléphonique, etc.)

SERVICES REÇUS DU CPSQ

3.2 Le LIEU de la rencontre :

CPSQ
Maison privée
Autre

3.3 Les SERVICES offerts (types, fréquence, durée, approche utilisée, etc.) :

3.4 Le LIEN entre les SERVICES offerts et les BESOINS de l'utilisateur :

3.5 Les ATTENTES de l'utilisateur face aux services offerts :

PERCEPTION

3.6 Par rapport aux SERVICES reçus

Perception positive et pourquoi ? (type, fréquence, durée, approche utilisée, liens besoins-services etc.)	Perception négative et pourquoi ? (type, fréquence, durée, approche utilisée, liens besoins-services, etc.)

3.7 Par rapport aux ATTITUDES

Perception positive et pourquoi ? (temps accordé, écoute, respect, confiance, etc.)	Perception négative et pourquoi ? (temps accordé, écoute, respect, confiance, etc.)

UTILISATION D'AUTRES RESSOURCES - DU RÉSEAU NATUREL

3.8 L'UTILISATION d'autres RESSOURCES (organismes communautaires, CLSC, etc.) :

3.9 Les SERVICES REÇUS versus les SERVICES du CPSQ (semblables ou différents, etc.) :

3.10 L'UTILISATION du RÉSEAU NATUREL de l'utilisateur (conjoint, amis, voisins, famille, etc.) :

3.11 Si la MÊME SITUATION se présentait, apprécieriez-vous recevoir, à nouveau, ce service du CPSQ :

OUI, pourquoi ?

NON, pourquoi ?

3.12 Si QUELQU'UN D'AUTRE vivait la même situation que vous, lui RECOMMANDERIEZ-VOUS ce service ?

OUI, pourquoi ?

NON, pourquoi ?

COTE GLOBALE

3.13 Globalement, diriez-vous que vous avez apprécié les services reçus par le CPSQ ?

Accord/appréciation					
Pas du tout d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement d'accord	Sans réponse	Non applicable
1	2	3	4	9	0
Si 1 ou 2 : précisez pourquoi ?					

SECTION 4 UTILITÉ DES SERVICES REÇUS

Ça fait plus ou moins deux semaines que vous ne recevez plus de services de Suivi communautaire intensif du CPSQ.
--

POURRIEZ-VOUS ME DIRE EN QUOI CE SERVICE VOUS A ÉTÉ UTILE ?

UTILITÉ DES SERVICES REÇUS

- 4.1 L'UTILITÉ des services par rapport à la RÉSOLUTION de problèmes, à votre BIEN-ÊTRE :
- 4.2 La NON-UTILITÉ des services par rapport à la RÉSOLUTION de problèmes, à votre BIEN-ÊTRE :
- 4.3 L'AIDE reçue par le service de Suivi communautaire intensif du CPSQ vous a-t-elle permis de vous sentir « mieux outillé » si une situation similaire devait se reproduire ?
- 4.4 La présence D'IDÉATIONS SUICIDAIRES depuis la fin des services :

SECTION 5 AUTRES COMMENTAIRES
--

SECTION 6
DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

6.1 Sexe de l'usager

Féminin ☐

Masculin ☐

6.2 Date de naissance

|_|_|_|_|_|_|_|

6.3 État civil

Célibataire ☐

Marié-e/union de fait ☐

Séparé-e/divorcé-e ☐

Veuf-ve ☐

Autre, précisez : _____

6.4 Milieu de vie

Vit seul-e ☐

Vit avec conjoint-e et sans enfant ☐

Vit seul-e et avec enfant ☐

Vit avec d'autres adultes ☐

Vit avec conjoint-e et enfants ☐

Autre _____

6.5 Mode de résidence

Pas de logement ☐

Logement privé ☐

Logement de groupe ☐

6.6 Principale source de revenu

Aucun revenu ☐

Travail ☐

Assurance-maladie ☐

Pensions/rentes ☐

Assurance-chômage ☐

Aide sociale ☐

Prêts et bourse ☐

Autre _____

6.7 Scolarité terminée

6.8 Occupation

ANNEXE 2-G

**SCHÉMA D'ENTREVUE – INTERVENANT
PROVENANT DES MILIEUX RÉFÉRENTS**

**« SERVICE DE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF
AUPRÈS DES PERSONNES AYANT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE
SE PRÉSENTANT DANS UNE SALLE D'URGENCE »**

**SCHÉMA D'ENTREVUE
(INTERVENANT PROVENANT DES MILIEUX RÉFÉRENTS)**

SECTIONS

1. Identification du répondant
2. Identification de l'utilisateur et offre de service
3. Scénarios
4. Intégration de ce service à la gamme de services à offrir
5. Utilité de ce service

**PRISE DE CONTACT AVEC L'INTERVENANT
(agent de recherche de la DSPQ)**

Bonjour,

mon nom est _____ de la DSPQ et je suis chargé de l'évaluation du projet intitulé Suivi communautaire intensif auquel vous participez depuis l'automne dernier. Dans le cadre de l'évaluation de ce dernier, on aimerait recueillir de l'information concernant différents volets tels que l'offre de service, les scénarios, l'intégration de ce service à la gamme de services à offrir et son utilité.

Si vous acceptez de me rencontrer, sachez que toute l'information que vous me donnerez sera traitée de façon confidentielle.

Acceptez-vous de me rencontrer ?

Si **oui** :

- où désirez vous que la rencontre ait lieu ?
- quand et à quelle heure ?

ACCEPTATION

Nom de la personne à rencontrer : _____

Lieu de la rencontre : _____

Date de la rencontre : _____ Heure de la rencontre : _____

Début de la rencontre : _____ Fin de la rencontre : _____

Si **non**, pouvez-vous me donner les raisons de votre refus.

REFUS

Raison-s :

MERCI BEAUCOUP DE VOTRE COLLABORATION

SECTION 1 IDENTIFICATION DU RÉPONDANT
--

1.1 MILIEU DE TRAVAIL :

1.1.1 Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA

▪ urgence générale ☐

▪ urgence psychiatrique ☐

1.1.2 CHUL du CHUQ ☐

1.2 PROFESSION :

1.2.1 Infirmier-ère ☐

1.2.2 Infirmier-ère de liaison ☐

1.2.3 Psychiatre ☐

1.2.4 Travailleur social ☐

1.2.5 Autre _____ ☐

1.3 RÔLE-S :

1.3.1 Intervenant ☐

1.3.2 Gestionnaire ☐

SECTION 2 IDENTIFICATION DE L'USAGER ET OFFRE DE SERVICE

Afin d'offrir le service de Suivi communautaire intensif, il était nécessaire de connaître :

- les critères d'inclusion et d'exclusion permettant de définir l'admissibilité des clients;
- le service de Suivi communautaire intensif.

POURRIEZ-VOUS ME PARLER DE CES DEUX SUJETS ?

IDENTIFICATION DE L'USAGER

- 2.1 La CONNAISSANCE des CRITÈRES D'INCLUSION :
- 2.2 La CONNAISSANCE des CRITÈRES D'EXCLUSION :
- 2.3 La FACILITÉ ou la DIFFICULTÉ de circonscrire la clientèle cible :
- 2.4 Les CRITÈRES pour l'avenir (suggestions) :

OFFRE DE SERVICE

- 2.5 L'APPROPRIATION de l'information concernant le Suivi communautaire intensif :

SECTION 3
SCÉNARIOS

Dépendamment de la réceptivité de l'usager à recevoir le service de Suivi communautaire intensif, trois scénarios avaient été prévus comportant chacun un certain nombre de tâches à accomplir et de « formulaires » à compléter.

POURRIEZ VOUS M'EN PARLER ?

SCÉNARIOS

3.1 Les SCÉNARIOS (étapes à exécuter pour chacun des scénarios, délais de réponse, rôles de chacun, suivi accordé, etc.) :

3.2 Les points FORTS et les points FAIBLES des SCÉNARIOS mis en place :

Points forts	Points faibles	Améliorations

3.3 Les FORMULAIRES ou INSTRUMENTS à utiliser ou à compléter pour chacun des scénarios (formulaires : de consentement, des caractéristiques des personnes ayant refusé le service, etc.) (pertinence, clarté, etc.) :

3.4 Les points FORTS et les points FAIBLES des INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES :

Points forts	Points faibles	Améliorations

PERCEPTION

3.5 En terme de COLLABORATION avec le CPSQ lui-même :

Perception positive et pourquoi ?	Perception négative et pourquoi ?

3.6 En terme de COLLABORATION avec les intervenants de crise du CPSQ :

Satisfait et pourquoi ?	Non satisfait et pourquoi ?

LIENS AVEC L'AGENTE DE LIAISON

3.7 Le CONTACT avec l'agente de liaison :

SECTION 4 INTÉGRATION DE CE SERVICE À LA GAMME DE SERVICES À OFFRIR
--

Ce service étant nouveau dans le réseau de la santé, vous avez dû l'intégrer à la gamme de services dont peut bénéficier votre clientèle.
--

POURRIEZ-VOUS ME PARLER DES « FACTEURS FACILITANTS » ET « CONTRAIGNANTS » RENCONTRÉS DANS L'OFFRE DE CE SERVICE ?

4.1 Les facteurs FACILITANTS :

4.2 Les facteurs CONTRAIGNANTS :

SECTION 5 UTILITÉ DE CE SERVICE
--

Depuis plus de six mois, vous avez offert le service Suivi communautaire intensif à des usagers ayant fait des tentatives de suicide.
--

POURRIEZ-VOUS ME PARLER DE L'UTILITÉ DE CE SERVICE - POUR L'USAGER - POUR L'URGENCE GÉNÉRALE OU PSYCHIATRIQUE ?

USAGER

5.1 L'UTILITÉ pour l'utilisateur :

URGENCE GÉNÉRALE OU PSYCHIATRIQUE

5.2 L'UTILITÉ pour l'urgence générale ou psychiatrique (complémentarité, continuité des services, connaissance des partenaires, etc.) :

MAINTIEN DU SERVICE

5.3 Le MAINTIEN de ce service :

5.3.1 Si OUI, pourquoi ? Tel quel ou avec modifications ?

5.3.2 Si NON, pourquoi ?

NOUVEAUX RÉFÉRENTS

5.4 Identification de nouveaux référents – priorisation (organismes communautaires, CLSC, autres urgences hospitalières, etc.) ?

COMITÉ AVISEUR

5.5 L'UTILITÉ du comité avisé

COTE GLOBALE

5.6 Globalement, diriez-vous que vous avez apprécié la façon dont ce projet s'est déroulé :

Accord/appréciation					
Quel est votre niveau d'accord avec l'énoncé 5.6					
Pas du tout d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement d'accord	Sans réponse	Non applicable
1	2	3	4	9	0
Si 1 ou 2 : précisez pourquoi ? _____ _____ _____					

ANNEXE 2-H

**SCHÉMA D'ENTREVUE – INTERVENANT DE CRISE,
AGENTE DE LIAISON ET GESTIONNAIRE DU CPSQ**

**« SERVICE DE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF
AUPRÈS DES PERSONNES AYANT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE
SE PRÉSENTANT DANS UNE SALLE D'URGENCE »**

SCHÉMA D'ENTREVUE

**CPSQ
(INTERVENANT DE CRISE, AGENTE DE LIAISON
ET GESTIONNAIRE DU CPSQ)**

SECTIONS

1. Identification du répondant
2. Traitement de la demande par les intervenants de crise
3. Prise en charge par l'agente de liaison
4. Intégration de ce service à votre pratique quotidienne
5. Utilité de ce service
6. Éléments de gestion

N.B. Les sections 1, 4 et 5 seront complétées pour l'ensemble des intervenants de crise et des agentes de liaison; la section 2 est spécifique aux intervenants de crise et la section 4 aux agentes de liaison, en raison de leurs rôles spécifiques.

La section 6 sera complétée uniquement pour l'agente de liaison et les gestionnaires.

**PRISE DE CONTACT
(agent de recherche de la DSPQ)**

Bonjour,

mon nom est _____ de la DPSQ et je suis chargé de l'évaluation du projet intitulé Suivi communautaire intensif auquel vous participez depuis l'automne dernier. Au cours des derniers mois, vous avez eu à collaborer à la mise en place de ce nouveau service. C'est à ce titre que vous êtes sollicité à participer à une entrevue permettant de recueillir de l'information concernant divers volets tels que l'offre de service, le traitement de la demande, l'intégration de ce service à votre pratique quotidienne et son utilité. Des éléments de gestion seront également documentés.

Si vous acceptez de me rencontrer, sachez que toute l'information que vous me donnerez sera traitée de façon anonyme et confidentielle.

Acceptez-vous de me rencontrer ?

Si **oui** :

- où désirez-vous que la rencontre ait lieu ?
- quand et à quelle heure ?

ACCEPTATION	
Nom de la personne à rencontrer : _____	
Lieu de la rencontre : _____ _____	
Date de la rencontre : _____	Heure de la rencontre : _____
Début de la rencontre : _____	Fin de la rencontre : _____

Si **non**, pouvez-vous me donner les raisons de votre refus.

REFUS
Raison-s : _____ _____ _____

MERCI BEAUCOUP DE VOTRE COLLABORATION

SECTION 1 IDENTIFICATION DU RÉPONDANT
--

1.1. PROFESSION :

- | | | |
|-------|------------------------|--------------------------|
| 1.1.1 | Agente de liaison | ☐ |
| 1.1.2 | Coordonnateur clinique | ☐ |
| 1.1.3 | Directrice | ☐ |
| 1.1.4 | Intervenant de crise | ☐ |
| 1.1.5 | Autre | ☐ |

1.2 RÔLE-S :

- | | | |
|-------|--------------|--------------------------|
| 1.2.1 | Intervenant | ☐ |
| 1.2.2 | Gestionnaire | ☐ |

SECTION 2
TRAITEMENT DE LA DEMANDE PAR LES INTERVENANTS DE CRISE

Afin de « valider » si l'utilisateur référé par les intervenants de l'urgence était admissible pour le Suivi communautaire intensif, vous deviez vérifier si ce dernier correspondait aux critères d'inclusion. De plus, vous deviez bien saisir la problématique de cet usager afin de vous assurer que ces besoins pouvaient être comblés par le type de service offert par le « suivi communautaire intensif ».

POURRIEZ-VOUS ME PARLER DU TRAITEMENT DE LA DEMANDE À PARTIR DE CES DEUX ÉLÉMENTS ?

LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE PEUT S'EFFECTUER DE DEUX FAÇONS :

- **PAR TÉLÉPHONE.**
- **LORS D'UN DÉPLACEMENT VERS L'URGENCE.**

ACCEPTION DE L'USAGER

2.1 La CONNAISSANCE des CRITÈRES D'INCLUSION :

2.2 La CONNAISSANCE des CRITÈRES D'EXCLUSION :

2.3 La FACILITÉ ou la DIFFICULTÉ de circonscrire la clientèle cible :

2.4 Les CRITÈRES pour l'avenir (suggestions) :

ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE DE L'USAGER

2.5 Réalisation de l'évaluation préliminaire – **CONTACT TÉLÉPHONIQUE** :

-
- 2.6 Réalisation de l'évaluation préliminaire - **DÉPLACEMENT VERS L'URGENCE** (contact avec la personne ressource de l'urgence, liaison et concertation avec la personne ressource, lieu de l'évaluation, etc.) :

OFFRE DE SERVICE

- 2.7 L'APPROPRIATION de l'information concernant le Suivi communautaire intensif :

- 2.8 L'ORIENTATION de l'utilisateur (services : accompagnement, Suivi communautaire intensif, orientation) :

FORMULAIRE

- 2.9 Formulaire – DEMANDE DE SUIVI (pertinence, clarté, etc.) :

- 2.10 Les points FORTS et les points FAIBLES du TRAITEMENT DE LA DEMANDE mis en place :

Points forts	Points faibles

PERCEPTION

2.11 En terme de COLLABORATION avec le PERSONNEL DES MILIEUX RÉFÉRENTS :

Perception positive et pourquoi ?	Perception négative et pourquoi ?

2.12 En terme de RELATION avec l'AGENTE DE LIAISON :

Perception positive et pourquoi ?	Perception négative et pourquoi ?

SECTION 3
PRISE EN CHARGE PAR L'AGENTE DE LIAISON

Lorsque l'utilisateur vous est référé par les intervenants de crise, un 1^{er} contact téléphonique est effectué, suivi, si l'utilisateur ne se désiste pas, d'une rencontre « face à face » afin d'élaborer un plan d'intervention.

POUVEZ-VOUS ME PARLER DU DÉROULEMENT DE CETTE PRISE EN CHARGE ?

RÉFÉRENCE PAR LES INTERVENANTS DE CRISE

3.1 La RÉFÉRENCE par les intervenants de crise :

Points forts	Points faibles

3.2 La CONNAISSANCE des CRITÈRES D'INCLUSION :

3.3 La CONNAISSANCE des CRITÈRES D'EXCLUSION :

3.4 La FACILITÉ ou la DIFFICULTÉ de circonscrire la clientèle cible :

3.5 Les CRITÈRES pour l'avenir (suggestions) :

1^{er} CONTACT – CONTACT TÉLÉPHONIQUE

3.6 1^{er} CONTACT TÉLÉPHONIQUE (prise de contact, offre de service, etc.) :

RENCONTRE « FACE À FACE »

3.7 RENCONTRE « FACE À FACE » (prise de contact, offre de service, etc.) :

3.8 L'élaboration du PI (comment cela se réalise) :

3.8.1 Liens avec l'USAGER :

3.8.2 Liens avec les PROCHES, la FAMILLE :

3.8.3 Liens avec les PARTENAIRES :

3.9 Le TYPE de SUIVI ACCORDÉ :

3.9.1 Auprès de l'USAGER :

3.9.2 Auprès des PROCHES, de la FAMILLE :

3.9.3 Auprès des PARTENAIRES :

FORMULAIRES

3.10 Les FORMULAIRES ou INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES à utiliser ou à compléter pour chacune des étapes (évaluation, etc.) (pertinence, clarté, etc.) :

SECTION 4 INTÉGRATION DE CE SERVICE À VOTRE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Ce service étant nouveau, vous avez dû l'intégrer à votre pratique quotidienne.
--

POURRIEZ-VOUS ME PARLER DES « FACTEURS FACILITANTS » ET « CONTRAIGNANTS » RENCONTRÉS ?

- 4.1 Les facteurs FACILITANTS (soutien des gestionnaires, définition de vos tâches, définition des clientèles, connaissance, habiletés professionnelles, etc.) :
- 4.2 Les facteurs CONTRAIGNANTS (soutien des gestionnaires, définition de vos tâches, définition des clientèles, complexité de la tâche, complexité des cas admissibles, etc.) :

SECTION 5 UTILITÉ DE CE SERVICE
--

Depuis plus de six mois, vous avez offert le service Suivi communautaire intensif à des usagers ayant fait des tentatives de suicide.
--

POURRIEZ-VOUS ME PARLER DE L'UTILITÉ DE CE SERVICE – POUR L'USAGER – POUR LE CPSQ

USAGER

5.1 L'UTILITÉ pour l'utilisateur :

CPSQ

5.2 L'UTILITÉ pour le CPSQ (complémentarité, continuité des services, connaissance des partenaires, etc.) :

MAINTIEN DU SERVICE

5.3 Le MAINTIEN de ce service :

5.3.1 Si OUI, pourquoi ? Tel quel ou avec modifications ?

5.3.2 Si NON, pourquoi ?

SECTION 6
ÉLÉMENTS DE GESTION

En tant que gestionnaire ou intervenant responsable de ce nouveau service, vous avez eu à implanter ce nouveau service à l'intérieur même des services offerts par le CPSQ.

POURRIEZ-VOUS ME PARLER DE LA GESTION D'UN TEL PROJET ?

6.1 Par rapport à l'IMPLICATION des intervenants de crise :

Points forts	Points faibles	Améliorations

6.2 Par rapport à votre RÔLE de « gestionnaire » dans le cadre de l'implantation de ce nouveau service aux clients :

Points forts	Points faibles	Améliorations

6.3 Par rapport aux CONDITIONS ayant facilité, par exemple l'accessibilité aux formulaires, etc. :

Points forts	Points faibles	Améliorations

6.4 CONDITIONS ORGANISATIONNELLES essentielles à la gestion de l'implantation d'un tel service pour votre organisme :

PROJET

6.5 Les points FORTS et les points FAIBLES de la DÉFINITION du service :

Points forts	Points faibles	Améliorations

6.6 Les points FORTS et les points FAIBLES des CRITÈRES DE SÉLECTION :

Points forts	Points faibles	Améliorations

6.7 Les points FORTS et les points FAIBLES des SCÉNARIOS mis en place :

Points forts	Points faibles	Améliorations

6.8 Les points FORTS et les points FAIBLES des INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES :

Points forts	Points faibles	Améliorations

6.9 Les points FORTS et les points FAIBLES des MILIEUX référents :

Points forts	Points faibles	Améliorations

PERCEPTION

6.10 En terme de COLLABORATION avec les intervenants de crise du CPSQ :

Perception positive et pourquoi ?	Perception négative et pourquoi ?

6.11 En terme de COLLABORATION avec les MILIEUX RÉFÉRENTS :

Perception positive et pourquoi ?	Perception négative et pourquoi ?

6.12 Les CONDITIONS qui FAVORISENT votre collaboration avec les MILIEUX RÉFÉRENTS :

6.13 Les CONDITIONS qui NUISENT à votre collaboration avec les MILIEUX RÉFÉRENTS :

BÉNÉFICES D'UN TEL SERVICE

6.14 Les BÉNÉFICES d'un tel service par rapport :

6.14.1 À l'USAGER :

6.14.2 Au CPSQ :

6.14.3 À l'URGENCE GÉNÉRALE ou PSYCHIATRIQUE :

REPRODUCTIBILITÉ DE CE SERVICE

6.15 La REPRODUCTIBILITÉ de ce service à d'autres CPSQ :

NOUVEAUX RÉFÉRENTS

6.16 Identification de nouveaux référents – priorisation (organismes communautaires, CLSC, autres urgences hospitalières, etc.) ?

COMITÉ AVISEUR

6.17 L'UTILITÉ du comité aviseur :

COMITÉ OPÉRATIONNEL

6.18 L'UTILITÉ du comité opérationnel:

COTE GLOBALE

6.19 Globalement, diriez-vous que vous avez apprécié la façon dont ce projet s'est déroulé :

Accord/appréciation					
Pas du tout d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement d'accord	Sans réponse	Non applicable
1	2	3	4	9	0
Si 1 ou 2 : précisez pourquoi ?					

ANNEXE 2-I

SCHÉMA D'ENTREVUE – GESTIONNAIRE DES MILIEUX RÉFÉRENTS

**« SERVICE DE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF
AUPRÈS DES PERSONNES AYANT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE
SE PRÉSENTANT DANS UNE SALLE D'URGENCE »**

**SCHÉMA D'ENTREVUE
(GESTIONNAIRE DES MILIEUX RÉFÉRENTS)**

SECTIONS

1. Identification du répondant
2. Éléments de gestion et utilité

SECTION 1 IDENTIFICATION DU RÉPONDANT
--

1.1 MILIEU DE TRAVAIL :

1.1.1 Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA

▪ urgence générale ☐

▪ urgence psychiatrique ☐

1.1.2 CHUL du CHUQ ☐

1.2 PROFESSION :

1.2.1 Infirmier-ère de liaison ☐

1.2.2 Psychiatre ☐

SECTION 2
ÉLÉMENTS DE GESTION ET UTILITÉ

En tant que GESTIONNAIRE, vous avez eu à intégrer dans votre offre de services le Suivi communautaire intensif.

POURRIEZ-VOUS ME PARLER DE LA GESTION D'UN TEL PROJET ?

2.1 Par rapport à l'IMPLICATION du personnel face à l'offre de ce nouveau service aux clients :

Points forts	Points faibles	Améliorations

2.2 Par rapport à votre RÔLE de « gestionnaire » dans le cadre de l'offre de ce nouveau service aux clients :

Points forts	Points faibles	Améliorations

2.3 Par rapport aux CONDITIONS à prendre, par exemple l'accessibilité aux formulaires, etc.) :

Points forts	Points faibles	Améliorations

2.4 CONDITIONS ORGANISATIONNELLES essentielles à la gestion d'un tel service dans votre établissement :

PROJET

2.5 Les points FORTS et les points FAIBLES de la DÉFINITION du service :

Points forts	Points faibles	Améliorations

2.6 Les points FORTS et les points FAIBLES des CRITÈRES DE SÉLECTION :

Points forts	Points faibles	Améliorations

2.7 Les points FORTS et les points FAIBLES des SCÉNARIOS mis en place :

Points forts	Points faibles	Améliorations

2.8 Les points FORTS et les points FAIBLES des INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES :

Points forts	Points faibles	Améliorations

PERCEPTION

2.9 En terme de COLLABORATION avec les intervenants de crise du CPSQ :

Perception positive et pourquoi ?	Perception négative et pourquoi ?

2.10 Les CONDITIONS qui favorisent votre collaboration avec les intervenants de crise du CPSQ :

2.11 Les CONDITIONS qui nuisent à votre collaboration avec les intervenants de crise du CPSQ :

BÉNÉFICES D'UN TEL SERVICE

2.12 Les BÉNÉFICES d'un tel service par rapport :

2.12.1 À l'USAGER :

2.12.2 À l'URGENCE GÉNÉRALE ou PSYCHIATRIQUE :

2.12.3 Au CPSQ

NOUVEAUX RÉFÉRENTS

2.13 Identification de nouveaux référents – priorisation (organismes communautaires, CLSC, autres urgences hospitalières, etc.) ?

COMITÉ AVISEUR

2.14 L'UTILITÉ du comité aviseur :

RECOMMANDATIONS :

COTE GLOBALE

2.15 Globalement, diriez-vous que vous avez apprécié la façon dont ce projet s'est déroulé :

Accord/appréciation					
Quel est votre niveau d'accord avec l'énoncé 2.15					
Pas du tout d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement d'accord	Sans réponse	Non applicable
1	2	3	4	9	0
Si 1 ou 2 : précisez pourquoi ? _____ _____ _____ _____					

ANNEXE 3

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PROJET : « Suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide »

Je soussigné _____

Nom et adresse _____

en ma qualité _____

Usager ou personne autorisée _____

autorise l'établissement _____

à transmettre des informations au **Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ)** et à **faire parvenir** tous les documents* pertinents me concernant (**spécifier**) : _____

Cette autorisation est valable pour une période de **90 jours** à compter de la date de la signature de ce document.

Je comprends que la signature du présent document ne m'oblige pas à participer au dit projet.

En cas de refus de ma part de participer à ce projet, tous les documents mentionnés seront acheminés au Service des archives du _____

Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du _____

Ce projet est sous la direction du Centre de prévention du suicide, à qui toute demande d'information ou toute plainte pourra être adressée.

J'accepte que les informations soient transmises pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- être RENCONTRÉ(E) par des intervenants de crise du CPSQ, pour un Suivi communautaire intensif ☐
- être RELANCÉ(E) par l'agente de liaison du CPSQ pour services ultérieurs ☐

Nom de l'utilisateur _____
(lettres moulées)

Signature de l'utilisateur _____

Nom du témoin _____
(lettres moulées)

Signature du témoin _____

Lu et signé le _____

IMPORTANT DE LIRE LE TEXTE RÉFÉRANT À LA DESCRIPTION DU PROJET ET AU CONSENTEMENT

* Ceci pourrait inclure les renseignements suivants : les notes d'évolution, les rapports médicaux, psychiatriques et psychosociaux, par écrit ou verbalement me concernant.

DESCRIPTION DU PROJET

Le Suivi communautaire intensif est un service qui s'adresse principalement aux personnes qui ont fait une tentative de suicide et qui ont recours aux services de l'urgence d'un centre hospitalier. Ce nouveau service est offert par le Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ).

Le Suivi communautaire intensif est un service d'évaluation, d'accompagnement, de soutien et d'orientation. Les interventions se font majoritairement dans le milieu naturel des personnes ayant fait une tentative de suicide avec des objectifs déterminés avec l'utilisateur par rapport aux problèmes présentés. Ce suivi est intensif et à court terme (durée approximative entre 1 et 2 mois, 8 à 10 rencontres). Il varie selon les besoins et dans le temps.

Le projet a pour but d'évaluer la pertinence d'offrir un tel service et d'en évaluer les conditions optimales de mise en œuvre.

La participation des usagers à ce projet prend la forme soit d'une première rencontre avec des intervenants de crise du CPSQ, soit d'une relance téléphonique effectuée par l'agente de liaison du CPSQ afin d'offrir ce nouveau service.

CONSENTEMENT

1. On m'a informé de la nature et des buts de ce projet ainsi que de son déroulement en français, une langue que je comprends et que je parle couramment.
2. Je comprends que ma participation à ce projet est volontaire et que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.
3. Je comprends que les données de ce projet seront traitées en toute confidentialité et qu'elles seront utilisées uniquement à des fins scientifiques.
4. J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
5. J'ai pris connaissance du présent formulaire et je consens volontairement à participer à ce projet.
6. Je comprends que ma décision de participer à ce projet ne libère en rien ni les investigateurs, ni le CH, ni le commanditaire de leurs obligations professionnelles et légales envers moi.
7. Je suis conscient qu'une demande d'autorisation permettant l'accès aux renseignements identifiés sur le formulaire de consentement soit transmise au CPSQ.
8. Je consens à être rencontré en entrevue par un professionnel de la DSPQ pour fins d'évaluation du service.
9. Je consens à répondre aux questions de l'agente de liaison du CPSQ lors d'un contact téléphonique six mois après la fin de mon plan d'intervention pour fins de suivi.
10. Un rapport global faisant état des résultats du projet sera diffusé à l'automne 2002. Sur demande, un résumé sera fourni aux usagers participants.
11. Un rapport global sera remis à l'organisme subventionnaire ainsi qu'au Centre de prévention du suicide de Québec.
12. Les résultats du projet pourront faire l'objet de publications dans des revues scientifiques.
13. Une copie de ce présent formulaire me sera remise.

Le Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ) est responsable d'offrir ce nouveau service et la Direction de santé publique de Québec est responsable de son évaluation.

REMETTRE UNE COPIE À L'USAGER ET CONSERVER UNE COPIE AU DOSSIER
--

Signature : _____

ANNEXE 4

PROFIL DES USAGERS AYANT OU NON ACCEPTÉ LE SERVICE DE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF

	Enfant-Jésus du CHA		CHUL du CHUQ		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Personnes <i>sensibilisées</i> au Suivi communautaire intensif	70	92,1	6	7,9	76	100,0
Personnes <i>ayant refusé</i> le Suivi communautaire intensif à l'urgence	14	100,0	--	--	14	100,0
Personnes <i>ayant été référées</i> au CPSQ	56	90,3	6	9,7	62	100,0
Personnes <i>ayant été refusées</i> au CPSQ en lien avec les critères d'inclusion	--	--	1	100,0	1	100,0
Personnes <i>s'étant désistées</i> avant la rencontre « face à face »	17	100,0	--	--	17	100,0
Personnes <i>ayant eu un</i> Suivi communautaire intensif	39	88,6	5	11,4	44	100,0

ANNEXE 5

PROFIL DES USAGERS AYANT REÇU LE SERVICE DE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES		
Variables	Nb	%
<i>Sexe :</i>		
• Féminin	29	65,9
• Masculin	15	34,1
Total	44	100,0
<i>Âge :</i>		
• 15-19	1	2,3
• 20-29	9	20,5
• 30-39	10	22,7
• 40-49	15	34,1
• 50-59	7	15,9
• 60-69	2	4,5
Total	44	100,0
<i>Lieu de résidence :</i>		
• Beauport	11	25,0
• Charlesbourg	3	6,8
• Québec (Basse-Ville)	16	36,4
• Québec (Haute-Ville)	4	9,1
• Sainte-Anne-de-Beaupré	1	2,3
• Saint-Augustin-de-Desmaures	1	2,3
• Sainte-Foy	2	4,5
• Val Bélair	2	4,5
• Autre	4	9,1
Total	44	100,0
<i>État civil :</i>		
• Célibataire	18	40,9
• Marié-e union de fait	9	20,5
• Séparé-e ou divorcé-e	16	36,4
• Veuf-ve	1	2,3
Total	44	100,0
<i>Milieu de vie :</i>		
• Vit seul-e	17	38,6
• Vit seul-e avec enfants-s	4	9,1
• Vit avec conjoint-e et enfant-s	6	13,6
• Vit avec conjoint-e et sans enfant	3	6,8
• Vit avec d'autre-s adulte-s	14	31,8
Total	44	100,0
DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES – suite		
Variables	Nb	%
<i>Mode de résidence :</i>		
• Logement privé	41	95,3
• Autre	2	4,7
Total	43	100,0
<i>Source de revenus :</i>		
• Travail régulier	13	25,0
• Travail épisodique	2	4,5
• Aide sociale	17	38,6

Expérimentation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide...

Évaluation de l'implantation

• Assurance-chômage • Pension-rentes • Aide sociale/assurance-chômage • Autre	4 3 1 4	9,1 6,8 2,3 9,1
Total	44	100,0
<i>Scolarité :</i>		
• Primaire • Secondaire • Collégial • Universitaire • Autre	4 17 7 1 4	12,1 51,5 21,2 3,0 12,1
Total	33	100,0
<i>Réseau social :</i>		
• Présence d'un réseau social – réseau social limité satisfaisant – réseau social limité non satisfaisant – réseau social étendu satisfaisant – réseau social étendu insatisfaisant • Non-présence d'un réseau social	32 15 8 8 1 1	97,0 3,0
Total	33	100,0

PROFIL DE SANTÉ – HISTOIRE MÉDICALE		
Variables	Nb	%
<i>Diagnostic psychiatrique :</i>		
• Aucun diagnostic	11	26,2
• 1 diagnostic :		45,2
– Maniaco-dépressif, trouble de personnalité dépendante, dépression majeure, phobie sociale sévère, trouble de personnalité limite, trouble d'adaptation léger, retard mental léger, bipolaire, trouble anxieux dépressif, schizophrénie, burn out	19	
• Plus d'un diagnostic	12	28,6
Total	42	100,0
<i>Prise de médication actuelle :</i>		
• Oui	29	72,5
• Non	11	27,5
Total	40	100,0
<i>Prise de médication antérieure :</i>		
• Oui	21	70,0
• Non	9	30,0
Total	30	100,0
<i>Observance à la médication :</i>		
• Oui	27	93,1
• Non	2	6,7
Total	29	100,0
<i>Temps écoulé depuis le dernier diagnostic :</i>		
• Moins de deux ans	14	51,8
• 2-4 ans	8	29,6
• 5-9 ans	2	7,4
• 10 ans et +	3	11,1
Total	27	100,0
<i>Nombre total d'hospitalisation-s allégué par l'utilisateur :</i>		
• Aucune	19	51,4
• 1-4	14	37,8
• 5-9	2	5,4
• 10 et +	2	5,4
Total	37	100,0
<i>Nombre d'hospitalisation-s au cours des deux dernières années, allégué par l'utilisateur :</i>		
• Aucune	23	62,2
• 1-4	14	37,8
Total	37	100,0
<i>Problème de santé physique :</i>		
• Oui	16	39,0
• Non	25	61,0
Total	41	100,0

PROFIL DE SANTÉ – HISTOIRE MÉDICALE – suite		
Variables	Nb	%
<i>Consommation d'alcool :</i>		
• Aucune consommation	27	65,8
• 12 consommations ou moins/semaine	5	12,2
• 12 consommations ou plus/semaine	9	21,9
Total	41	100,0
<i>Consommation d'alcool actuel ou antérieur :</i>		
• Actuel	6	33,3
• Antérieur	9	50,0

Expérimentation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide...

Évaluation de l'implantation

• Actuel et antérieur	3	16,7
Total	18	100,0
Consommation de drogue :		
• Oui	8	19,5
• Non	33	80,5
Total	41	100,0
Désintoxication antérieure :		
• Oui	6	25,0
• Non	18	75,0
Total	24	100,0
PRÉSENCE DE CERTAINS PROFESSIONNELS		
Médecins :		
• Oui	32	80,0
• Non	8	20,0
Total	40	100,0
Psychiatre :		
• Oui	15	45,5
• Non	18	54,5
Total	33	100,0
Psychologue :		
• Oui	12	35,3
• Non	22	64,7
Total	34	100,0
Travailleur social :		
• Oui	11	32,4
• Non	23	67,6
Total	34	100,0
Intervenant social :		
• Oui	6	17,6
• Non	28	82,4
Total	34	100,0
Autres ¹¹ :		
• Oui	15	44,1
• Non	19	55,9
Total	34	100,0

PROFIL PSYCHOSOCIAL		
Variables	Nb	%
Problèmes psychosociaux :		
• Oui	43	100,0
– relations conflictuelles, problèmes financiers, manque de soutien de l'entourage, isolement, consommation d'alcool-drogue-médicaments, maladies, ruptures amoureuses, problèmes de jeux chroniques		
Total	43	100,0
Histoire familiale et sociale lourde :		
• Oui	43	100,0
– milieu alcoolique, violence, abus sexuels, divorce, nombreux décès, isolement, relations conflictuelles		

11. Centre de traitement dans la communauté – éducateur à la DPJ – Fraternité Saint-Alphonse – intervenant en toxicologie – infirmière – criminologue (CRUV) – CCQ – neurochirurgien – Autonomie – Quatre Saisons – maison Claude Thibodeau

Expérimentation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide...

Évaluation de l'implantation

Total	43	100,0
<i>Pertes au cours de la dernière année :</i>		
• Oui – rupture amoureuse, perte de la garde des enfants, décès, maladie, pertes financières, pertes au niveau de la santé (diminution de la qualité de vie) • Non	41	93,2
	3	6,8
Total	44	100,0

Expérimentation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide...

Évaluation de l'implantation

PROFIL SUICIDAIRE DE L'USAGER		
Nombres de tentatives de suicide	Nb	%
<i>Nombre total</i>		
• 1-4	35	81,4
• 5-9	3	7,0
• 10 ou +	5	11,6
Total	43	100,0
<i>Au cours des deux dernières années :</i>		
• 1-2	39	90,7
• 3-4	2	4,7
• 5 ou +	2	4,7
Total	43	100,0
<i>Présence de suicide dans l'entourage :</i>		
• Oui	16	48,5
• Non	17	51,5
Total	33	100,0
<i>Soutien apporté par l'entourage lors de la dernière crise suicidaire :</i>		
• Oui	34	100,0
• Non	--	--
Total	34	100,0
<i>Satisfaction du soutien apporté par l'entourage :</i>		
• Satisfait	27	79,4
• Non satisfait	7	20,6
Total	34	100,0
<i>Autre-s demande-s de services en lien avec la dernière crise suicidaire :</i>		
• Oui	19	50,0
• Non	19	50,0
Total	38	100,0

Expérimentation d'un service de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide...

Évaluation de l'implantation

TRAJECTOIRE DE SERVICES DE L'USAGER		
Variables	Nb	%
<i>Plan d'intervention :</i>		
• Complété	27	61,4
• Non complété	17	38,6
Total	44	100,0
<i>Raisons évoquées pour plan d'intervention non complété :</i>		
• Référence vers un autre service du CPSQ ou une autre ressource dans la communauté	6	37,5
• Arrêt du suivi par l'utilisateur	10	62,5
Total	16	100,0
<i>Nombre de rencontres prévues :</i>		
• Entre 1 et 5	2	4,5
• Entre 6 et 10	38	86,4
• Plus de 10	4	9,1
Total	44	100,0
<i>Nombre de rencontres réalisées :</i>		
• Entre 1 et 5	18	40,9
• Entre 6 et 10	26	59,1
Total	44	100,0
<i>Durée des rencontres :</i>		
• Entre 45 et 59 minutes	28	65,1
• Entre 60 et 74 minutes	11	25,6
• Entre 75 et 89 minutes	4	9,3
Total	43	100,0
<i>Atteinte des objectifs du plan d'intervention :</i>		
• Oui	20	45,5
• Partiellement	15	34,1
• Non	9	20,5
Total	44	100,0
<i>Lieu des rencontres :</i>		
• À domicile	31	70,5
• Dans la communauté	3	6,8
• À domicile et dans la communauté	8	18,2
• À domicile et au CPSQ	2	4,5
Total	44	100,0

ANNEXE 6

SCÉNARIOS POSSIBLES À LA CONSÉQUENCE D'UNE PROPOSITION DU PERSONNEL DE L'URGENCE D'ORIENTER UN USAGER VERS LE SERVICE DE SUIVI COMMUNAUTAIRE INTENSIF

Scénario 1 – La personne admissible **ACCEPTE** de rencontrer des intervenants de crise du CPSQ avant de quitter le centre hospitalier.

Le personnel de l'urgence du centre hospitalier réalise les étapes suivantes :

1. Obtenir le **consentement écrit** de la personne admissible pour le transfert d'information la concernant.
2. Contacter le CPSQ (tél. : 683-4588) avant que la personne quitte le centre hospitalier* et demander à parler à l'intervenant de crise.
3. Remettre le **consentement écrit** de la personne admissible aux intervenants de crise à leur arrivée à l'urgence ou le faire parvenir par fax (683-5956) au CPSQ à l'attention de l'intervenant de crise **.

Scénario 2 – La personne admissible refuse de rencontrer pour l'instant des intervenants de crise du CPSQ, mais désire être **RELANCÉE** afin de connaître davantage les services offerts et/ou désire se prévaloir de certains services (ex: rendez-vous le lendemain etc.).

Le personnel de l'urgence du centre hospitalier réalise les étapes suivantes :

1. Remettre à la personne admissible et, s'il y a lieu, aux personnes qui l'accompagnent, un dépliant présentant les services du CPSQ et lui offrir la possibilité que l'agente de liaison (responsable du projet) la **relance**, au plus tard, dans les prochaines 48 heures.
2. S'il y a acceptation, obtenir le **consentement écrit** de la personne admissible pour le transfert d'information la concernant.
3. Faire parvenir par fax (683-5956) le **consentement écrit** de la personne admissible à l'attention de l'intervenant de crise**.

Scénario 3 – La personne admissible **REFUSE** complètement d'être rencontrée et d'être relancée par des intervenants de crise du CPSQ ou la personne admissible est **ORIENTÉE** vers une autre ressource dans la communauté pour un besoin spécifique.

Le personnel de l'urgence du centre hospitalier réalise les étapes suivantes :

1. Remettre à la personne admissible et, s'il y a lieu, aux personnes qui l'accompagnent, un **dépliant** présentant les services offerts par le CPSQ et l'encourage et/ou les encourage à contacter un intervenant.
2. Fournir des **informations sociodémographiques** sommaires jugées pertinentes *non nominatives* pour fin de compilation statistiques. Faire parvenir, par fax (683-5956), le formulaire complété et identifié à cette fin (voir annexe 3).

* Il est possible que l'intervenant de crise demande au référent de parler directement à la personne qui a fait une tentative de suicide au téléphone dans le cas où elle serait connue des services du CPSQ, afin de préciser ses attentes au regard des services offerts et de ses besoins.

** Toute apparition d'éléments nouveaux peut conduire à réévaluer la pertinence d'offrir ou de poursuivre un suivi (ex: menaces verbales soudainement proférées à l'endroit des intervenants).