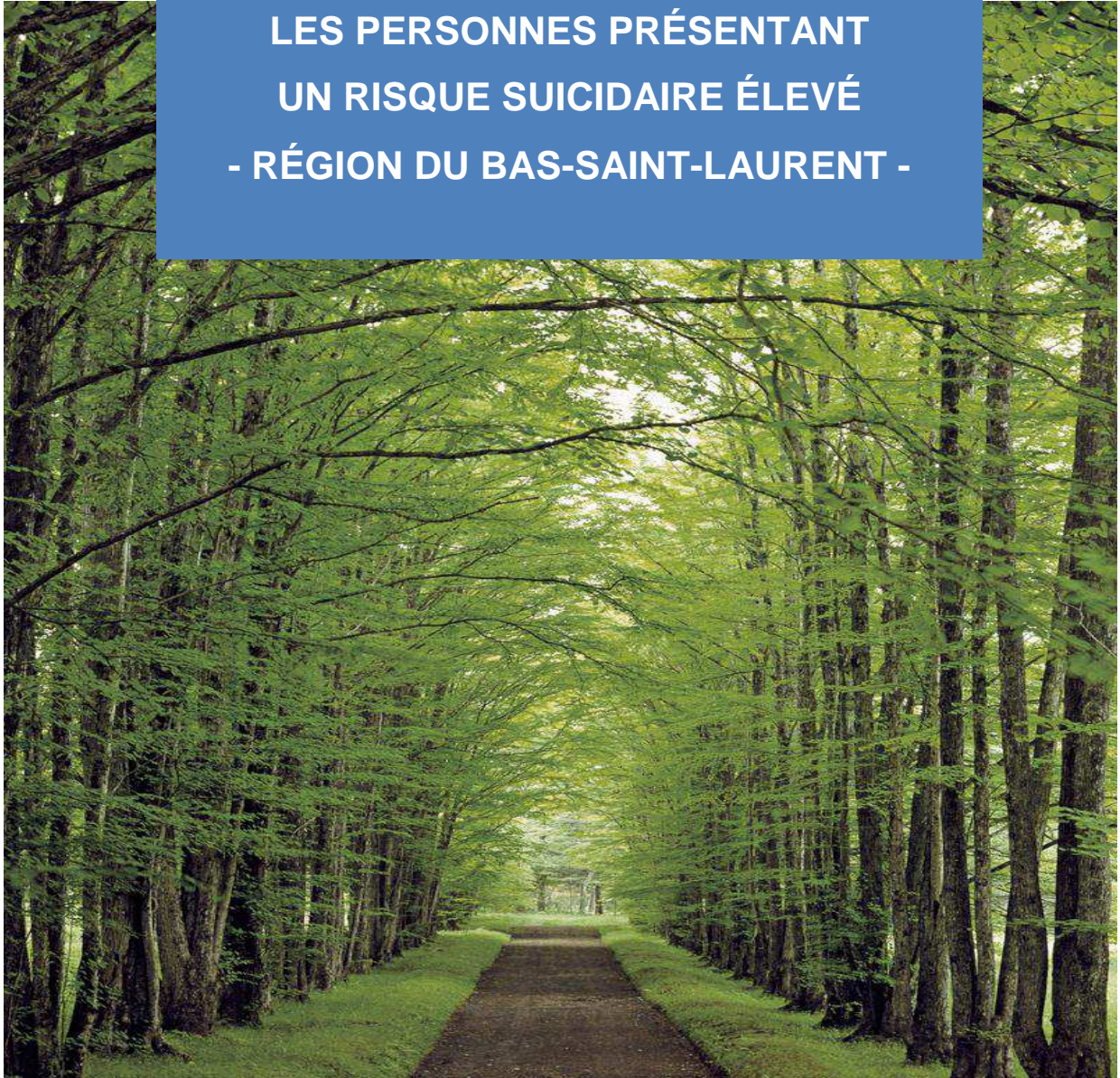


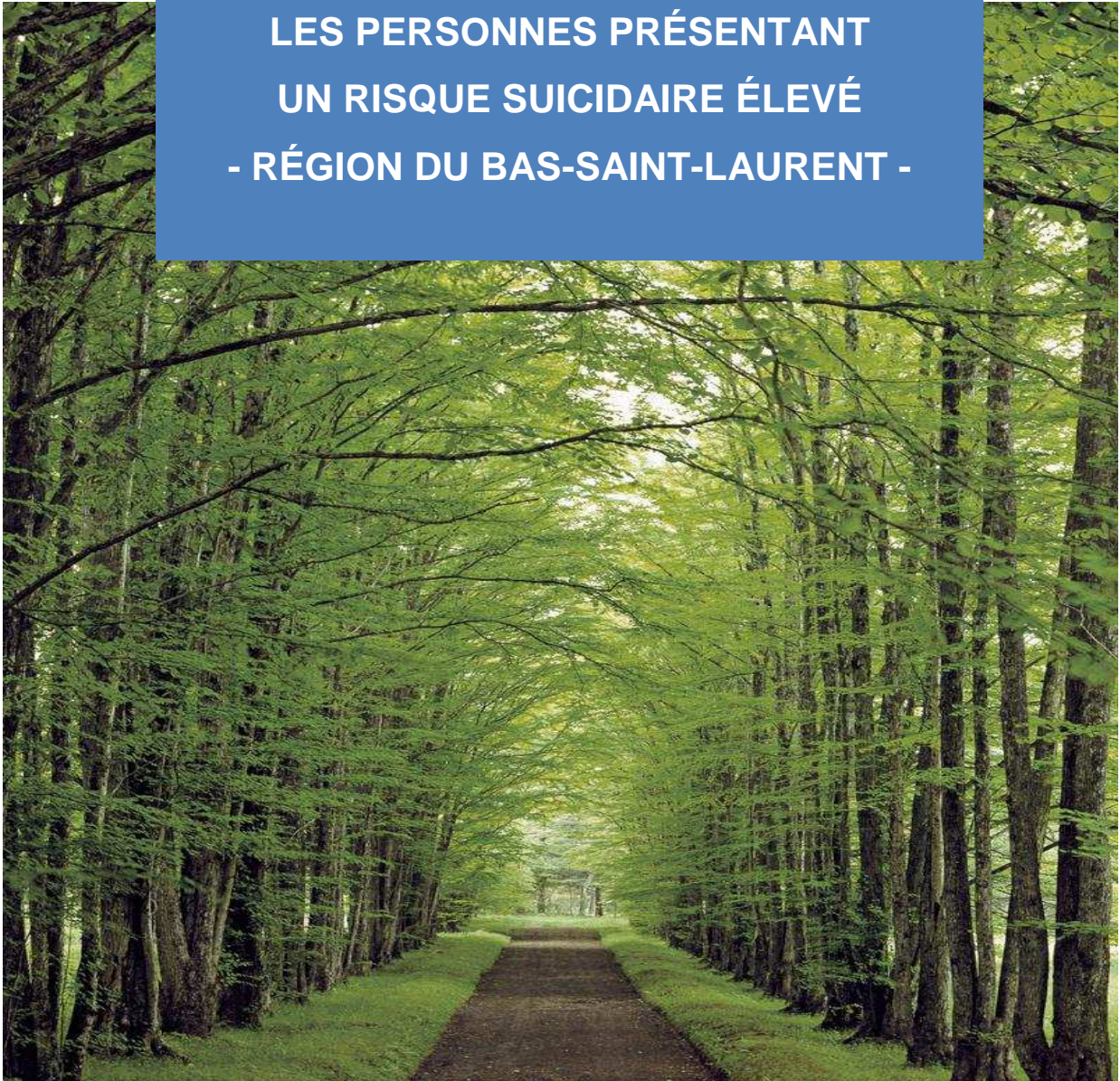
**RAPPORT D'ÉVALUATION  
DE L'IMPLANTATION ET  
DE LA MISE EN ŒUVRE D'UN SERVICE  
DE SUIVI ÉTROIT INTÉGRÉ  
DANS LA COMMUNAUTÉ POUR  
LES PERSONNES PRÉSENTANT  
UN RISQUE SUICIDAIRE ÉLEVÉ  
- RÉGION DU BAS-SAINT-LAURENT -**





---

**RAPPORT D'ÉVALUATION  
DE L'IMPLANTATION ET  
DE LA MISE EN ŒUVRE D'UN SERVICE  
DE SUIVI ÉTROIT INTÉGRÉ  
DANS LA COMMUNAUTÉ POUR  
LES PERSONNES PRÉSENTANT  
UN RISQUE SUICIDAIRE ÉLEVÉ  
- RÉGION DU BAS-SAINT-LAURENT -**



---

DÉCEMBRE 2012

Québec 

---

### Évaluateurs du projet

Rédaction (2010-2011) Gilles Lapointe, agent de planification, de programmation et de recherche  
Révision (2012) Nathalie Bérubé, agente de planification, de programmation et de recherche

### Soutien à l'évaluation et à la rédaction de la partie « Discussion et recommandations »

Jean-François Dorval Médecin-conseil en prévention du suicide  
Maria Fortin Coordinatrice régionale santé mentale, prévention du suicide et problèmes multiples  
Nathalie Gagnon Responsable des dossiers dépendances et services généraux psychosociaux

### Verbatim des entrevues

Andréanne Tardif Agente administrative

### Relecture du document

Frédéric Audibert CSSS de Kamouraska  
Louis-Marie Bédard CPSIC-BSL  
Carmen Bouffard ASSS du Bas-Saint-Laurent  
Isabelle Gagnon CSSS de Rivière-du-Loup  
Maryse Harrison CSSS de Matane  
Yves Michaud CSSS de Rivière-du-Loup  
Manon St-Laurent CPSIC-BSL  
Roger Turmel Psychiatre-conseil, ASSS du Bas-Saint-Laurent

### Consultation

Comité régional de la stratégie en prévention du suicide sur les meilleures pratiques

### Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

288, rue Pierre-Saindon, bureau 115, Rimouski (Québec) G5L 9A8  
Téléphone : 418 724-5231 Télécopieur : 418 723-1597  
www.agencesssbsl.gouv.qc.ca

### Production

Direction de santé publique

### Édition

© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Toute reproduction partielle ou totale de ce document est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

Citation suggérée : LAPOINTE, G. (2012). *Rapport d'évaluation de l'implantation et de la mise en œuvre d'un service de suivi étroit intégré dans la communauté pour les personnes présentant un risque suicidaire élevé – région du Bas-Saint-Laurent* -, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de santé publique, 74 pages.

### Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012  
ISBN : 978-2-923362-82-3 (version imprimée)  
ISBN : 978-2-923362-83-0 (version PDF)

*Dans cet ouvrage, la forme masculine est utilisée sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.*

---

## TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures et des tableaux.....	5
Liste des sigles et des acronymes .....	6
Territoire et CSSS du Bas-Saint-Laurent .....	7
1. <i>Contexte théorique</i> .....	9
1.1 La prévalence du suicide.....	9
1.2 L'organisation des services de crise incluant l'application de la loi P-38-001 .....	10
1.3 Le Suivi étroit intégré dans la communauté pour les personnes qui sont et qui ont été en danger grave de passage à l'acte suicidaire.....	11
1.4 L'évaluation de l'implantation et de la mise en œuvre du service.....	14
2. <i>Méthodologie</i> .....	16
2.1 Questions d'évaluation .....	16
2.2 Source d'information et méthode de collecte.....	17
2.3 Périodes de collecte de l'information.....	19
2.4 Analyse de l'information recueillie .....	19
3. <i>Résultats</i> .....	20
3.1 Historique de l'implantation (grille 1).....	20
3.1.1 Degré d'implantation du Suivi étroit.....	20
3.1.2 Date de mise en œuvre du Suivi étroit .....	20
3.1.3 Mode d'organisation du Suivi étroit.....	21
3.2 Facteurs favorisants et contraintes (grille 2).....	25
3.2.1 Facteurs favorables à l'implantation et à la mise en œuvre.....	25
3.2.2 Contraintes à l'implantation et à la mise en œuvre.....	26
3.3 Les références (grille 3).....	31
3.3.1 Sources de référence .....	31
3.3.2 Trajectoire de services .....	31
3.3.3 Mécanismes de traitement des références.....	32
3.4 Le suivi offert (grille 4) .....	38
3.4.1 Connaissance et respect des critères d'admissibilité .....	38
3.4.2 Premier contact et rencontre avec la personne référée.....	38
3.4.3 Continuité des services .....	39
3.5 La formation (grille 5).....	46

---

3.6	Croyances et perceptions (grille 6) .....	49
3.6.1	Les objectifs, la pertinence et l'utilité .....	49
3.6.2	Les ressources allouées et le mandat .....	49
3.6.3	L'apport du Suivi étroit dans la pratique des intervenants .....	50
3.7	Clarté des paramètres liés au Suivi étroit (grille 7).....	55
3.7.1	Clarté des rôles et des mandats .....	55
3.7.2	Clarté des scénarios .....	55
3.8	La collaboration (grille 8) .....	59
3.8.1	La collaboration à l'interne.....	59
3.8.2	La collaboration avec les milieux référents .....	59
3.8.3	La priorité donnée aux références du Suivi étroit .....	60
3.9	Perceptions des médecins .....	63
4.	<i>Discussion et recommandations</i> (grille 9) .....	64
	Annexe 1 – Un résumé du cadre de référence du suivi étroit intégré retenu régionalement .....	72

---

## Liste des figures et des tableaux

Carte 1 : Carte du Bas-Saint-Laurent et de ses huit territoires de RLS .....	7
Grille 1 : Historique de l'implantation .....	22
Grille 2 : Facteurs favorisants et contraintes .....	28
Grille 3 : Les références .....	34
Grille 4 : Suivi offert .....	41
Grille 5 : La formation .....	47
Grille 6 : Croyances et perceptions .....	51
Grille 7 : Clarté des paramètres liés au Suivi étroit .....	57
Grille 8 : La collaboration.....	61
Grille 9 : Éléments de discussion et recommandations .....	70

---

## Liste des sigles et des acronymes

ASSS-BSL	Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
CHRGP	Centre hospitalier régional du Grand-Portage
CHRR	Centre hospitalier régional de Rimouski
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CLSC	Centre local de services communautaires
COQ	Comment, Où et Quand (grille d'évaluation de l'urgence suicidaire)
COS	Comité d'organisation des services
CPS du KRTB	Centre de prévention du suicide du KRTB
CPSIC-BSL	Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques ou toxicomanes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
AEO	Accueil, évaluation, orientation
AEOR	Accueil, évaluation, orientation et référence
KRTB	MRC Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata, Les Basques
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisé
RLS	Réseau local de santé

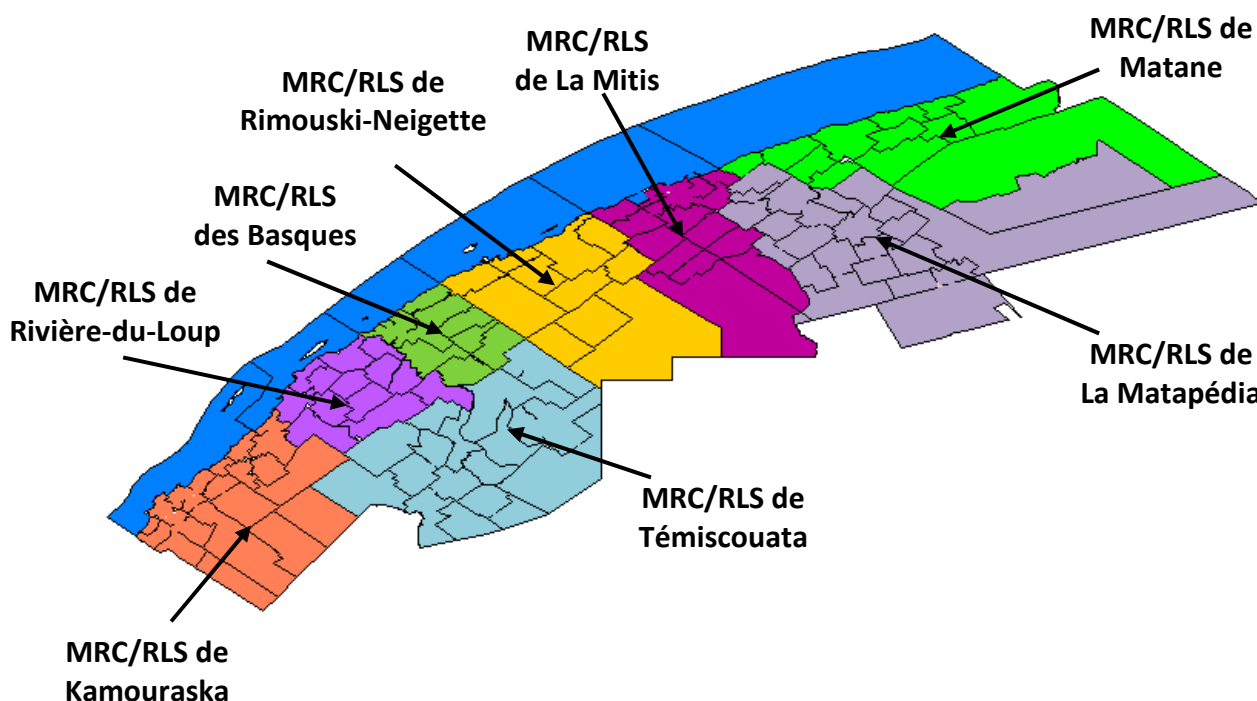


---

## Territoire et CSSS du Bas-Saint-Laurent

La région du Bas-Saint-Laurent longe la Rive-Sud du fleuve Saint-Laurent sur quelque 300 kilomètres, entre La Pocatière et Les Méchins. Elle est bordée au sud par les frontières du Nouveau-Brunswick et du Maine (États-Unis). Elle compte environ 201 300 habitants répartis sur le territoire de 8 MRC, correspondant aux 8 réseaux locaux de santé (RLS) que l'on retrouve sur le territoire (carte 1). La région comprend 114 municipalités ainsi que 16 territoires non organisés (TNO) et réserves indiennes.

Carte 1 : Carte du Bas-Saint-Laurent et de ses huit territoires de RLS



L'offre de service en santé mentale et en prévention du suicide dans le Bas-Saint-Laurent est organisée principalement autour des deux sous-secteurs :

1. Les MRC de Rimouski-Neigette, La Mitis, La Matapédia et Matane composent le secteur Est de la région. Quatre CSSS y offrent des services de première ligne en santé mentale et en prévention du suicide (mission CLSC) :
  - Le CSSS de Rimouski-Neigette offre des services en regard des missions CLSC, CHSGS et CHSLD. Il comprend le Centre hospitalier régional de Rimouski (CHRR), lequel a une vocation à la fois régionale, sous-régionale et locale. Celui-ci possède un département de psychiatrie et fournit les services de deuxième ligne en santé mentale pour l'ensemble du secteur Est.

- 
- Le CSSS de La Mitis se compose d'un CLSC et d'un CHSLD. Il gère le service régional Info-Santé. Il opère une urgence mineure entre 8 h et 20 h. Hors de cette période, les personnes doivent se rendre à l'urgence du CSSS de Rimouski-Neigette ( $\pm$  37km).
  - Les CSSS de Matane et de La Matapédia ont chacun les trois missions, soit CLSC, CHSGS et CHSLD. Leur CHSGS respectif est à vocation locale (RLS) et n'offre pas de services de deuxième ligne en santé mentale.
2. Le secteur Ouest (aussi appelé KRTB) regroupe les MRC de Kamouraska, de Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques. Comme dans le secteur Est, les quatre CSSS offrent les services de première ligne en santé mentale et en prévention du suicide (mission CLSC).
- Le CSSS de Rivière-du-Loup offre les services relatifs aux missions CLSC, CHSGS, CHSLD et CRPAT (mandat régional en matière de réadaptation pour les personnes alcooliques ou toxicomanes). Il comprend le Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRGP) à vocation surtout sous-régionale et locale. Il possède un département de psychiatrie et fournit les services de deuxième ligne en santé mentale pour l'ensemble du KRTB.
  - Les CSSS de Kamouraska et de Témiscouata offrent des services en rapport aux trois missions CLSC, CHSGS et CHSLD. Le centre hospitalier de chaque territoire a une vocation locale. Aucun des deux n'offre de services de deuxième ligne en santé mentale.
  - Le CSSS des Basques offre des services pour les missions CLSC et CHSLD. En l'absence de CHSGS, il opère une urgence 24/7 pourvue d'une unité de courte durée. Toute personne ayant besoin d'être hospitalisée est cependant transférée vers un centre hospitalier (surtout à celui de Rivière-du-Loup).

Parmi les acteurs qui jouent un rôle important dans la prévention du suicide, il importe de mentionner le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent (CPSIC-BSL). Ce dernier opère une ligne téléphonique d'intervention de crise 24/7 (mandat régional). Il offre également des services d'intervention et d'hébergement de crise (mandat sous-régional). À la suite d'une entente avec le CSSS de Rimouski-Neigette, il fournit à l'échelle du RLS le service de Suivi étroit dans la communauté pour les personnes à risque suicidaire élevé. De par sa ligne téléphonique d'intervention de crise, le CPSIC-BSL est en outre un milieu référent potentiel pour le service de Suivi étroit des sept autres CSSS de la région. Son expertise auprès des personnes à risque suicidaire est toujours disponible pour les intervenants de la région. Également, dans le secteur Ouest, le Centre de prévention du suicide du KRTB et la Bouffée d'Air du KRTB (hébergement de crise) répondent aux besoins du milieu de concert avec les CSSS.

---

# 1. Contexte théorique

## 1.1 La prévalence du suicide

Selon les membres du Comité de gestion en prévention du suicide<sup>1</sup>, le Québec détenait en 2005 le plus haut taux de suicide au Canada. À peu près à la même période (2005-2007), la région du Bas-Saint-Laurent affichait un taux ajusté de mortalité par suicide de 23,7 décès par 100 000 habitants, lequel était significativement supérieur sur le plan statistique à celui du Québec (15,6).

Depuis 2005, la mortalité par suicide semble à la baisse au Québec et dans le Bas-Saint-Laurent. Ceci dit, 4 personnes s'enlèvent néanmoins la vie chaque jour au Québec et 80 personnes de 15 ans et plus font une tentative de suicide (MSSS, 2009). Si l'on prend les 3 dernières années pour lesquelles les données régionales sont disponibles (2007-2009), on compte en moyenne 35 décès par année dans la région du Bas-Saint-Laurent, soit un suicide tous les 10 jours. Entre 1998 et 2009, 559 personnes se sont ainsi enlevé la vie, ce qui représente l'équivalent d'une municipalité comme Auclair (MRC de Témiscouata) ou La Rédemption (MRC de La Matapédia).

Les suicides représentent la troisième plus grande cause d'années potentielles de vie perdue (APVP). Il s'agit d'une mesure qui informe sur le nombre d'années d'espérance de vie qui est perdu du fait d'un décès prématuré (c'est-à-dire avant l'âge de 75 ans). Tout comme pour le taux de mortalité, le Bas-Saint-Laurent se démarque de façon significative avec un taux d'APVP de 788 pour 100 000 habitants contre 530 pour l'ensemble du Québec. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il meurt relativement plus de gens par suicide dans le Bas-Saint-Laurent que dans l'ensemble du Québec (toute proportion gardée), mais aussi que ces décès surviennent à un plus jeune âge. La mortalité par suicide touche surtout les hommes. Dans la région, ces derniers comptent pour 83 % des décès. En ce qui a trait aux groupes d'âge, elle afflige surtout les 40-59 ans (47 %) et les 20-39 ans (31 %).

Pour les années financières 2006-2007 à 2009-2010, les centres hospitaliers de la région rapportent par ailleurs un total de 533 hospitalisations à la suite d'une tentative de suicide, soit environ 133 par année. Ce nombre représenterait sans doute un minimum, puisque les hospitalisations comptabilisées se résument à celles dont le diagnostic principal indique qu'il s'agit d'une tentative de suicide. À l'inverse de la mortalité par suicide, 59 % de ces hospitalisations impliquent des femmes.

Les statistiques tirées du système d'information I-CLSC, pour les années financières 2006-2007 à 2009-2010, laissent entrevoir que les intervenants psychosociaux des huit CLSC de la région auraient posé quelque 5 500 interventions auprès de personnes ayant des idées ou des comportements suicidaires.

---

<sup>1</sup> LANE J., et J. ARCHAMBAULT. *Prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux : analyse des besoins* (2010). Comité de gestion en prévention du suicide, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 43 pages.

---

## 1.2 L'organisation des services de crise incluant l'application de la loi P-38.001

Dans un document produit par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent<sup>2</sup> (Agence du BSL), il est mentionné que le suicide constitue un phénomène complexe, souvent en lien avec un ou plusieurs diagnostics psychiatriques (dépression majeure, trouble bipolaire, trouble de personnalité), la consommation de médicaments, d'alcool ou de drogues, des problèmes concomitants et des antécédents suicidaires.

La région du Bas-Saint-Laurent a cherché dès le début des années 2000 à tisser un filet de sécurité autour de ces personnes à risque suicidaire. L'organisation régionale des services intégrés de crise repose sur les éléments suivants<sup>3</sup>:

- Une ligne régionale d'intervention téléphonique de crise 24/7 gérée par le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent (1-811-APPELLE);
- L'intervention face à face 24/7 sur les huit territoires de RLS dont la responsabilité incombe aux CSSS;
- L'hébergement de crise (0 – 14 jours) dont les mandataires sont La Bouffée d'Air du KRTB (9 lits à Rivière-du-Loup) pour le secteur Ouest et le CPSIC-BSL (9 lits à Rimouski) pour le secteur Est;
- Les services d'urgence présents sur les territoires de RLS et les services d'urgence psychiatriques fournis par les CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup.

Les modalités d'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., c. P-38.001<sup>4</sup>) sont venues compléter ultérieurement cette organisation de services.

Dernier-né dans ce filet de sécurité, un service de Suivi étroit intégré dans la communauté pour les personnes à risque suicidaire élevé dont l'implantation et la mise en œuvre viennent corriger certaines lacunes dans la coordination et la continuité des services offerts à cette clientèle vulnérable.

---

<sup>2</sup> FORTIN M. et al. *Balises régionales sur le service de Suivi étroit intégré dans la communauté pour personnes présentant un risque suicidaire - Projet à implanter dans les huit CSSS de la région du Bas-Saint-Laurent : service de Suivi étroit intégré dans la communauté pour personnes présentant un risque suicidaire*. Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de santé publique et des soins de santé primaires, 2007, 12 pages.

<sup>3</sup> PICHETTE P. et G. LAPOINTE. *Réseau de services intégrés en intervention de crise*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction des services de soutien au réseau, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 1999, 17 pages.

<sup>4</sup> PICHETTE P. et G. LAPOINTE. *Cadre de référence sur les modalités d'application de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001) au Bas-Saint-Laurent*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction des services de soutien au réseau, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 2001, 59 pages.

---

### 1.3 Le Suivi étroit intégré dans la communauté pour les personnes qui sont et qui ont été en danger grave de passage à l'acte suicidaire

#### Les attentes provinciales

Le Rapport du comité d'experts<sup>5</sup> sur l'organisation des soins en santé mentale - troubles suicidaires recommandait l'importance d'améliorer les services s'adressant aux personnes à potentiel suicidaire élevé. Il invoquait l'importance, entre autres, à la sortie de l'urgence ou de l'hospitalisation, d'identifier, d'évaluer, de prendre en charge et d'assurer le suivi auprès de ces personnes.

Une personne suicidaire qui est admise à l'hôpital est sujette à poser un geste suicidaire dans les jours suivant son admission et jusqu'à trois mois après l'obtention de son congé, particulièrement dans les premiers jours<sup>6</sup>. Cette vulnérabilité s'observe également lorsque la crise suicidaire est traitée dans un autre lieu qu'une urgence ou un centre hospitalier (centre de crise, GMF, organisme en santé mentale, etc.)<sup>7</sup>. Ces personnes présentent un risque vingt fois plus élevé de nouvelles tentatives ou de suicide complété. Il importe que ces personnes vulnérables et à potentiel suicidaire élevé aient accès à des services de suivi étroit rapides et adaptés à leurs besoins et conditions<sup>8</sup>.

Également, le *Plan d'action en santé mentale* du ministère de la Santé et des Services sociaux mentionne l'importance d'assurer un suivi étroit pour les personnes qui sont ou qui ont été en danger grave de passage à l'acte suicidaire en le ciblant parmi ses priorités. Cette priorité a été ciblée parmi les meilleures pratiques en prévention du suicide retenues dans les guides de soutien au rehaussement des services de prévention du suicide produits à la demande du MSSS<sup>9</sup>.

Selon la définition retenue dans le *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide*, le suivi étroit est une mesure qui vise à s'assurer qu'une personne, qui est ou qui a été en danger grave de passage à l'acte et qui quitte l'organisation ayant effectué la gestion de sa crise suicidaire, puisse avoir accès à un suivi rapidement et de façon intensive<sup>10</sup>.

En bref, l'objectif est d'éviter une rupture dans la continuité des services entre le moment où la personne à risque suicidaire élevé quitte un service et fait une demande d'aide pour un suivi psychosocial ou est référée par un tiers (médecin, intervenant intersectoriel, proche,

---

<sup>5</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport du Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale – troubles suicidaires, Urgences en santé mentale*, 2004, 23 pages.

<sup>6</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Prévention du suicide : Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*. Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2010, 64 pages.

<sup>7</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Plan d'action en santé mentale- La Force des liens*, Québec, 2005.

<sup>8</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport du Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale – troubles suicidaires, Urgences en santé mentale*, 2004, 23 pages.

<sup>9</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Plan d'action en santé mentale- La Force des liens*, Québec, 2005.

<sup>10</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Prévention du suicide : Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*. Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2010, 64 pages.

---

etc.). La première rencontre dans le cadre d'un suivi étroit devrait se faire dans les 24 et 48 heures qui suivent la référence. Si la personne présente un problème de santé mentale et qu'elle est en danger grave de passage à l'acte, la première rencontre de suivi devrait se tenir dans les 24 heures<sup>11</sup>.

Bien qu'il puisse s'échelonner sur une période plus longue, un Suivi étroit doit être modulé pour tenir compte des besoins de la personne suicidaire et du jugement clinique de l'intervenant. Nonobstant sa durée, il demeure centré sur la situation en cours et est axé sur la résolution des problèmes que vit la personne afin de réduire le risque de récurrence ou de passage à l'acte.

### Les attentes régionales

Dans le cadre de l'entente de gestion 2006-2008 convenue entre l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et les huit centres de santé et de services sociaux, ces derniers avaient la responsabilité de mettre en place un nouveau programme afin de s'assurer que les personnes à potentiel suicidaire élevé puissent avoir accès à un Suivi étroit aux plans médical et psychosocial dans la communauté et de durée suffisante.

Ils avaient également la responsabilité de prévoir des mécanismes de liaison et de transmission de l'information entre les différentes ressources et les services de leur milieu incluant les omnipraticiens et les services psychiatriques.

Cette mise en réseau visait à mobiliser les ressources de première ligne en vue d'éviter que les clientèles pouvant être concernées par le service aient inutilement recours aux services de l'urgence ou de la psychiatrie et que ces mêmes personnes se retrouvent sans suivi adéquat au plan biopsychosocial. Ce nouveau programme avait aussi pour finalité d'éviter le morcellement des services et vise à se doter d'une seule porte d'entrée. De plus, il permettait d'améliorer la coordination des services entre les différents dispensateurs de services et de réduire la mortalité par le suicide.

Par conséquent, cette mise en place du service de Suivi étroit et intégré pour la clientèle à potentiel suicidaire élevé commandait l'établissement d'une liaison et d'une collaboration serrée entre les CSSS et les différents dispensateurs de services des réseaux locaux de services. Ces dispensateurs identifiés étaient principalement les groupes de médecine familiale (GMF) et les cliniques médicales, les services d'urgence et en psychiatrie, les services pharmaceutiques, les centres de prévention du suicide et les autres organismes communautaires en santé mentale ou toxicomanie ou autres ressources.

---

<sup>11</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Prévention du suicide : Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*. Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2010, 64 pages.

---

Il importe de se rappeler qu'en 2004, le CSSS de La Matapédia expérimentait sur son territoire un projet de suivi intégré dans la communauté pour la dépression majeure avec la participation professionnelle du Dr Jean-François Dorval, médecin-conseil et de Gilles Lapointe, chargé de l'évaluation, à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Ce projet fut récipiendaire d'un prix d'Excellence du réseau de la santé et des services sociaux du MSSS, dans la catégorie « Intégration de services ». Ce modèle novateur et les outils développés ont servi de référence dans le développement du Suivi étroit et intégré pour la clientèle à potentiel suicidaire élevé dans la région.

Pour soutenir les huit CSSS dans l'actualisation de ce mandat, voici les principaux travaux régionaux qui furent menés de concert avec l'Agence :

- Production de deux cadres de référence pour s'assurer d'une compréhension commune du service de suivi court terme et de suivi étroit et intégré pour la clientèle à potentiel suicidaire élevé (voir définition du suivi étroit à l'annexe 1). Ces deux documents ont fait l'objet d'approbation par le Comité régional de la stratégie relative à la prévention du suicide.
- Confirmation d'un budget récurrent aux huit CSSS pour leur permettre de mettre en place ce service et de compter sur du temps intervenants désignés ayant pour principales tâches d'assurer la réception, l'évaluation et le suivi des personnes référées ou en demande d'aide. Dans le cadre de leurs tâches, ils devaient assurer les liaisons nécessaires avec les milieux référents (médecins, urgence, CPS), l'AEOR et les services de 1<sup>re</sup> ou de 2<sup>e</sup> ligne.
- Réservation d'un budget récurrent pour former et apporter du coaching aux intervenants désignés pour le Suivi étroit et intégré.
- Rencontre individuelle de chaque direction des CSSS par le Dr Jean-François Dorval, médecin-conseil, et Maria Fortin, responsable du dossier prévention du suicide à l'Agence, dans l'intention d'obtenir leur adhésion à la mise en place du service et de nommer un gestionnaire responsable de ce dernier. Ce gestionnaire a le mandat de déployer le service dans sa MRC.
- Tenue d'activités de formation s'adressant aux intervenants désignés (intervenir en situation de crise suicidaire, formation spécifique sur le Suivi étroit). Cette dernière formation est celle développée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
- Production et diffusion d'un outil<sup>12</sup> d'aide à la tâche pour soutenir les intervenants dans leur pratique; cet outil a été inspiré en grande partie par celui développé par le CSSS de La Matapédia dans le cadre de leur projet de suivi intégré dans la communauté pour la dépression majeure.

---

<sup>12</sup> FORTIN, M. et al. (2009). *Service de suivi étroit intégré dans la communauté pour les personnes présentant un potentiel suicidaire élevé – Région Bas-Saint-Laurent*, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 217 pages.

- 
- Dispensation de huit activités de formation en prévention du suicide s'adressant aux médecins par deux équipes de formateurs. Chaque équipe de formateurs était composée d'un psychiatre, d'un omnipraticien et d'un formateur accrédité sur l'intervention de crise suicidaire du centre de prévention du suicide. Cette formation de trois heures a été déployée dans chacune des MRC. Dans le cadre de cette tournée, les médecins ont été informés, entre autres, de l'existence du Suivi étroit et de la trajectoire pour avoir accès au service.
  - Présentation du modèle développé regionalement dans le cadre de différents événements (rencontres nationales, colloques, congrès, etc.).

S'ajoutaient à ces actions, celles de procéder à l'évaluation de l'implantation du service de la région et éventuellement, d'évaluer les effets du service auprès des personnes en ayant bénéficié.

#### **1.4 L'évaluation de l'implantation et de la mise en œuvre du service**

Dès la mise en place du service de Suivi étroit intégré, le Comité régional de la stratégie relative au suicide a jugé pertinent que son implantation et sa mise en œuvre soient accompagnées d'un processus d'évaluation. Pour ce faire, différentes démarches ont été effectuées.

Or, en 2008, le MSSS a jugé pertinent de soutenir financièrement les régions du Bas-Saint-Laurent et de Laval en leur versant une somme non récurrente de 10 000 \$ chacune en raison du niveau différent d'avancement du service et des différences entre ces deux régions. Ainsi, la région du Bas-Saint-Laurent se compose d'un milieu principalement rural ou forestier et comprend huit territoires distincts de RLS (CSSS), tandis que celle de Laval est un milieu essentiellement urbain et comporte un seul CSSS couvrant l'ensemble de la région.

Le protocole d'évaluation présenté au MSSS par l'Agence du Bas-Saint-Laurent<sup>13</sup> s'inspire largement de celui de Laval<sup>14</sup>. Il tient compte cependant d'une contrainte particulière liée à un état d'avancement des travaux, lequel peut varier selon les CSSS. Il y a peu de chance de rencontrer une homogénéité dans l'implantation et la mise en œuvre du service pour ces deux régions.

La présente évaluation ne questionne pas la pertinence ou l'efficacité du Suivi étroit intégré. Les discussions sur l'importance de la problématique du suicide, la nécessité d'améliorer les interventions auprès des personnes à risque suicidaire ainsi que l'intérêt de mettre en place un service de Suivi étroit intégré ont déjà eu lieu. Le tout a abouti à la rédaction des

---

<sup>13</sup> FORTIN M., DORVAL J.F., LAPOINTE G. et N. GAGNON. *Évaluation de l'implantation du Suivi étroit intégré pour la clientèle à risque suicidaire dans la région du Bas-Saint-Laurent*, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de santé publique et des soins de santé primaires, 2009, 13 pages.

<sup>14</sup> NGUYEN N. et A. ST-DENIS. *Projet évaluation implantation Suivi étroit version 25 juin 2008*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2008, 10 pages.



---

balises régionales quant au suivi de crise à court terme pour les personnes suicidaires<sup>15</sup>. Un court document a été produit décrivant le projet à implanter dans les huit CSSS de la région<sup>16</sup>. Les principales étapes prévues pour l'implantation du Suivi étroit intégré sont communes à tous les CSSS. Ce sont les conditions matérielles et historiques dans lesquelles le projet s'insère, qui varient d'un territoire à l'autre et peuvent influencer sur la vitesse d'implantation.

Au moment initialement prévu pour l'évaluation (2009), les CSSS du Bas-Saint-Laurent montraient des profils différents en regard du Suivi étroit intégré. Quatre CSSS avaient déjà implanté le service sur leur territoire (Kamouraska, Les Basques, Témiscouata et Rimouski-Neigette). Les CSSS de Matane et de La Matapédia avaient enclenché le processus d'implantation, le second ayant déjà un service de suivi intégré des personnes dépressives. Enfin, les CSSS de La Mitis et de Rivière-du-Loup en étaient encore pour leur part à l'étape de la réflexion et de la prise de décision.

Ce contexte particulier a amené des gestionnaires du Suivi étroit à demander un report de l'évaluation, afin de permettre à leur CSSS de compléter l'implantation du service. Les entrevues relatives à la collecte de l'information ont débuté près d'un an (printemps 2010) après le dépôt du cadre d'évaluation. Ce report a eu comme bénéfice de permettre à l'évaluation d'étudier non seulement l'implantation du service, mais aussi sa mise en œuvre pour l'ensemble des CSSS (et non seulement pour quelques-uns). À la description des conditions d'implantation et des modèles implantés dans les établissements, l'évaluation peut ainsi regarder comment les modèles mis en place fonctionnent (avec leurs forces et leurs faiblesses) et vérifier la satisfaction qu'en retirent les divers acteurs impliqués.

---

<sup>15</sup> FORTIN M. et al. *Balises régionales relatives au service de suivi à court terme pour les personnes adultes suicidaires ou toute autre situation de crise psychosociale*. Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de santé publique et des soins de santé primaires, 2005. 19 pages.

<sup>16</sup> FORTIN M. et al. *Projet à implanter dans les CSSS de la région du Bas-Saint-Laurent : Service de Suivi étroit intégré dans la communauté pour les personnes présentant un risque suicidaire*. Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de santé publique et des soins de santé primaires, 2007, 12 pages.

---

## 2. Méthodologie

Ce rapport d'évaluation trace un portrait de l'implantation et la mise en œuvre du service de Suivi étroit intégré, comme perçu par les principaux acteurs impliqués dans ce dernier. Une information standardisée est présentée pour chacun des huit territoires de RLS (CSSS), mais l'analyse qui en est tirée demeure essentiellement régionale.

Cette évaluation fait abstraction de la reddition de comptes. En ce sens, elle ne vise pas à savoir si le service étudié a été implanté comme prévu. Son but recherché est plutôt de regarder de quelle manière les huit CSSS de la région du Bas-Saint-Laurent ont su composer avec leur contexte organisationnel et financier respectif afin d'implanter et de mettre en œuvre le Suivi étroit intégré, en profitant des facteurs de réussite présents dans leur environnement et en tenant compte des contraintes rencontrées. Le portrait obtenu est en partie subjectif, car il repose essentiellement sur les réflexions des gestionnaires, des intervenants et de médecins impliqués dans le fonctionnement du service.

La présente évaluation se veut un outil de réflexion, d'échanges et de participation dont l'objectif premier demeure l'amélioration du service offert.

### 2.1 Questions d'évaluation

Comme il était mentionné au chapitre précédent, la présente évaluation ne questionne pas la pertinence ou l'efficacité du Suivi étroit intégré. Les questions auxquelles elle veut répondre touchent à l'implantation et à la mise en œuvre. Elles sont tirées en partie du protocole de Laval et des orientations propres au Bas-Saint-Laurent.

- Question 1 : Le contexte historique en prévention du suicide au niveau régional ou local a-t-il favorisé ou nui à l'implantation du projet? Si oui, cette influence se fait-elle sentir sur le fonctionnement du projet?
- Question 2 : Les différents acteurs impliqués dans le Suivi étroit ont-ils une compréhension commune du service?
- Question 3 : Les acteurs susceptibles de référer un patient vers le Suivi étroit le font-ils? Quelle en est leur appréciation?
- Question 4 : Dans quelle proportion les clientèles cibles du Suivi étroit sont-elles représentées parmi l'ensemble des personnes qui bénéficient du programme?
- Question 5 : Les acteurs impliqués dans le Suivi étroit perçoivent-ils une amélioration dans la continuité et la coordination des services offerts à la clientèle visée? Qu'en est-il des délais?

---

Question 6 : Les intervenants impliqués dans le suivi d'un patient sont-ils en lien les uns avec les autres? Sont-ils satisfaits du lien établi? Si non, quels éléments manquent?

- ↳ Les clients se heurtent-ils à des problèmes d'accès aux services?
- ↳ La coordination des acteurs rend-elle cet accès plus fluide?

Question 7 : Pour quelles raisons le suivi se termine-t-il?

- ↳ L'évaluation faite par l'intervenant à la fin du suivi conclut-elle à une diminution du potentiel suicidaire du patient?
- ↳ Le patient est-il pris en charge par un autre service?
- ↳ Y a-t-il d'autres raisons pour mettre fin au suivi?

Les réponses apportées à ces questions sont de nature qualitative. Elles sont basées sur les perceptions des personnes interviewées et visent à faire comprendre l'ensemble du processus d'implantation et de mise en œuvre du Suivi étroit intégré, comme il a été vécu dans chacun des huit CSSS de la région.

## **2.2 Sources d'information et méthode de collecte**

Les sources d'information identifiées dans le cadre d'évaluation du présent projet se composaient principalement des personnes impliquées dans l'implantation du programme, la dispensation des services, la gestion de la demande, l'application du protocole et la référence :

- les gestionnaires du Suivi étroit et les intervenants désignés dans les CSSS;
- les médecins référents;

L'analyse des documents produits par l'Agence du Bas-Saint-Laurent et ses partenaires en regard du Suivi étroit intégré venait compléter et alimenter le contexte théorique. Enfin, il était prévu que les données cumulées dans le système d'information I-CLSC soient utilisées afin de produire ce qu'on pourrait appeler un bilan de réalisation des huit services de Suivi étroit implantés.

---

### Les entrevues individuelles

Comme prévu, la première source d'information, et de loin la plus importante, s'est composée des gestionnaires du service dans les CSSS, des intervenants désignés et, dans une moindre mesure, des médecins référents. Dans tous les cas, les personnes rejointes étaient impliquées à différents niveaux dans la définition du service étudié, dans son implantation, la dispensation des services, la gestion de la demande ou la référence.

Aucun échantillonnage des ressources ne s'est révélé nécessaire pour le besoin des entrevues. Relativement peu de gestionnaires et d'intervenants travaillent au Suivi étroit intégré dans la majorité des CSSS de la région. Dans chaque établissement, le gestionnaire du service a été sélectionné d'office, de même que l'intervenant désigné. Là où plusieurs intervenants se séparaient la tâche, le gestionnaire identifiait la personne à rencontrer, en tenant compte de l'expérience et de la capacité à répondre aux questions d'entrevue. Il revenait également au gestionnaire d'identifier un médecin référent à rejoindre et de fournir ses coordonnées.

Trois grilles d'entrevue distinctes ont été utilisées. Celles-ci ne comportaient que des questions ouvertes. L'entrevue se faisait en face à face pour les gestionnaires et les intervenants désignés, et par téléphone pour les médecins afin de tenir compte de leur faible disponibilité. En ce qui regarde les gestionnaires et les intervenants identifiés, il est à noter que les questions de l'entrevue leur étaient envoyées au moins une semaine à l'avance afin de leur permettre de mieux se préparer.

Un total de huit gestionnaires et de huit intervenants a donc été rencontré en entrevue face à face. Celle-ci durait une heure en moyenne. Avec l'accord de la personne interviewée, l'entrevue était enregistrée afin de limiter la perte d'information. Une personne était par la suite chargée d'en écrire le verbatim afin de faciliter l'analyse du contenu.

Les entrevues téléphoniques prévues pour les médecins étaient plus courtes (10 à 15 minutes). Seuls trois gestionnaires ont transmis le nom et les coordonnées d'un médecin référent pour les besoins de l'évaluation. De ce nombre, deux ont pu être rejoints. Les entrevues téléphoniques n'ont pas été enregistrées, l'information étant saisie directement au moyen d'une grille d'entrevue.

Les entrevues ont été réalisées par le responsable de l'évaluation. Tout au long de celles-ci, l'intervieweur se réservait le droit d'ajouter des sous-questions afin de maximiser la pertinence de l'information recueillie sur l'implantation et la mise en œuvre du service.

### L'analyse documentaire

Cette analyse s'est faite à l'aide des documents régionaux portant sur le Suivi étroit, produits par l'Agence du Bas-Saint-Laurent et ses partenaires (CSSS et organismes communautaires). Le but recherché par la recherche documentaire est de mieux faire connaître l'environnement ainsi que la démarche régionale ayant conduit à l'implantation du

---

Suivi étroit intégré dans les huit CSSS du Bas-Saint-Laurent. Le seul critère de sélection pour ces documents était leur pertinence par rapport aux visées de l'évaluation.

Cette analyse permet de connaître ce qui avait été initialement prévu comme modèle à implanter et de faire ressortir le rôle joué par l'Agence du Bas-Saint-Laurent dans l'ensemble du processus.

### *Le suivi de gestion et le monitoring*

Le protocole prévoyait d'utiliser les données du système d'information I-CLSC pour produire ce qui pouvait s'apparenter à un bilan des interventions réalisées dans le cadre du Suivi étroit. Cette analyse des données d'I-CLSC n'a pu être réalisée du fait des difficultés rencontrées au niveau de la codification utilisée et de la validité de l'information recueillie. Ces difficultés ont été accentuées par l'absence du pilote régional susceptible de faciliter la démarche. Par ailleurs, le code 110 a été alloué au Suivi étroit dans le système d'information I-CLSC ce qui, dans la plupart des territoires, permet d'accéder à l'ensemble de l'information concernant la clientèle du programme et les services reçus.

## **2.3 Périodes de collecte de l'information**

Les entrevues réalisées auprès des gestionnaires et des intervenants désignés se sont déroulées au cours du printemps et de l'été 2010. L'organisation des entrevues téléphoniques s'est heurtée à la difficulté d'obtenir les coordonnées de médecins référents et les entrevues se sont donc prolongées jusqu'à l'automne 2011.

## **2.4 Analyse de l'information recueillie**

Chaque entrevue a donné lieu à une analyse de contenu. L'information obtenue dans chaque CSSS a été répartie par thème à l'aide de grilles d'analyse. L'ensemble de ces grilles permet de connaître la situation du Suivi étroit intégré à l'échelle de chaque établissement. L'analyse descriptive qui en est faite demeure quant à elle principalement régionale.

---

## 3. Résultats

### 3.1 Historique de l'implantation (grille 1)

L'information présentée à l'intérieur de ce point porte sur le degré d'implantation du Suivi étroit intégré dans chacun des CSSS, sur les dates de mise en œuvre, ainsi que sur le mode d'organisation privilégié par chaque établissement.

#### 3.1.1 Degré d'implantation du Suivi étroit

À l'été 2010, c'est-à-dire au moment où certaines entrevues ont été réalisées, l'implantation du Suivi étroit pouvait être considérée comme terminée à l'échelle de la région, et ce, malgré que trois gestionnaires sur huit la perçoivent toujours comme étant en cours dans leur établissement. Ce constat repose sur le fait que le mode d'organisation du Suivi étroit intégré était déterminé dans l'ensemble des établissements et que les ressources désignées étaient identifiées et déjà en place. Plusieurs CSSS avaient en outre une entente de collaboration signée, soit avec le CPSIC-BSL, soit avec le CPS du KRTB.

Ce qui restait à faire pour finaliser l'implantation se rapportait au travail auprès des médecins susceptibles de référer au Suivi étroit intégré. Bien qu'une formation leur ait été offerte dans chacun des territoires de RLS, les gestionnaires et les intervenants interviewés s'entendaient pour dire que des actions demandaient encore à être posées au regard de la sensibilisation, du renforcement et de la mobilisation des médecins. Trois raisons expliquent qu'un suivi ou une relance à la formation s'avérait nécessaire sur la plupart des territoires : une formation donnée trop tôt et bien avant que le service ne soit prêt, la faible participation généralisée des médecins à la formation et le roulement de personnel (médecins itinérants).

De l'avis des répondants, les actions liées à la mobilisation des médecins, de même que les activités de formation demanderaient à être répétées épisodiquement afin de renforcer la mobilité des ressources.

#### 3.1.2 Date de mise en œuvre du Suivi étroit

Au moment des entrevues, tous les CSSS avaient commencé à offrir le Suivi étroit intégré depuis au moins un an et, dans certains cas, avant même que ne soit complétée l'implantation. La mise en place du service a été facilitée par le fait que la clientèle ciblée, composée des personnes à risque suicidaire élevé, était dans beaucoup de cas déjà connue des intervenants.

---

### 3.1.3 Mode d'organisation du Suivi étroit

Le mode d'organisation présenté dans ce point est celui qui prévalait au moment des entrevues. Il est à noter que l'organisation du Suivi étroit intégré est à géométrie variable; selon les gestionnaires du service, il représente une réponse adaptée à la situation vécue par chaque établissement.

Comme il est mentionné au point 1.3 de ce rapport, le MSSS considère que le Suivi étroit intégré relève de la responsabilité des CSSS, lesquels doivent le mettre en œuvre à même leur budget régulier de fonctionnement. Dans ce contexte, le montant alloué par l'Agence du Bas-Saint-Laurent se voulait une aide à la mise en place rapide du service. Modulé en fonction de la population par MRC, de la prévalence estimée des personnes présentant des idées suicidaires et de la cible à atteindre (nombre minimal de personnes à rejoindre), il visait à couvrir une partie des dépenses liées à l'ouverture d'un poste d'intervenant désigné. Chaque CSSS demeurait libre d'utiliser ce montant pour organiser à sa façon le service du Suivi étroit, pourvu qu'il respecte les grandes balises édictées régionalement. Il en résulte qu'il n'existe pas un mode d'organisation unique du Suivi étroit à l'échelle de la région.

Le CSSS de Rimouski-Neigette a choisi d'offrir le service par le biais d'une entente avec le CPSIC-BSL. Pour ce faire, il a transféré à cet organisme le montant reçu de l'Agence du Bas-Saint-Laurent. Une renégociation de l'entente a permis au CPSIC-BSL d'avoir une intervenante désignée à raison de cinq jours par semaine et attirée exclusivement au Suivi étroit intégré.

Les sept autres CSSS de la région ont choisi d'offrir eux-mêmes le service du Suivi étroit intégré. Le montant reçu de l'Agence du Bas-Saint-Laurent (en fonction des critères établis) correspondait à un poste d'intervenant désigné, à raison d'un demi à deux jours par semaine. Le mode d'organisation privilégié a donc consisté à intégrer le Suivi étroit aux tâches d'un ou plusieurs intervenants (dits désignés), travaillant le plus souvent au niveau des services généraux ou de la santé mentale (1<sup>re</sup> ligne). Cette décision a permis aux CSSS d'assurer une couverture du service qui s'étend sur cinq jours, soit du lundi au vendredi.

Le choix d'opter pour un ou plusieurs intervenants désignés découle en partie de l'organisation des services de première ligne à l'interne. Quatre CSSS ont choisi d'avoir plusieurs intervenants désignés. Les raisons données sont que la tâche est jugée trop lourde pour une seule personne ou qu'il apparaît ainsi plus facile de couvrir l'ensemble du territoire et des plages horaires. De plus, les intervenants désignés peuvent ainsi s'apporter un soutien mutuel. Dans les cas où un seul intervenant est identifié, le soutien vient principalement du conseiller clinique, du supérieur immédiat ou des membres de l'équipe à laquelle il appartient.

## GRILLE 1 : Historique de l'implantation

CSSS	Degré d'implantation du Suivi étroit	Date de mise en œuvre du Suivi étroit	Mode d'organisation du Suivi étroit
<b>CSSS de Matane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantation terminée :               <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Détermination du mode d'organisation et mise en place des ressources terminées.</li> <li>↳ Formation donnée aux intervenants et aux médecins. Nécessité de prévoir des suivis pour compenser la faible participation des médecins et le roulement de personnel.</li> <li>↳ Éléments à clarifier avec les médecins en ce qui a trait au guichet unique (AEO) pour les références.</li> <li>↳ Possibilité d'ententes de collaboration avec divers partenaires, dont la Sûreté du Québec.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CSSS de Matane actif depuis longtemps auprès de la clientèle à potentiel suicidaire élevé.</li> <li>• Services du Suivi étroit offerts depuis octobre 2009.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montant alloué par l'ASSS-BSL équivaut à 1 jour/semaine d'un poste d'intervenant désigné.</li> <li>• Choix fait de former tous les intervenants (21) en regard du Suivi étroit :               <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ service intégré à l'ensemble de leurs tâches.</li> </ul> </li> <li>• AEO est la porte d'entrée, peu importe la problématique :               <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Reçoit les références et demandes.</li> <li>↳ Nouveau client jugé à potentiel suicidaire élevé est attribué à un intervenant, selon le secteur d'activités (jeunes, adultes ou aînés) et à tour de rôle dans chacun des secteurs.</li> </ul> </li> </ul>
<b>CSSS de La Matapédia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantation jugée en cours :               <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Mode d'organisation réglé, mais pourrait être revu dans le cadre des changements prévus dans l'organisation des services de santé mentale.</li> <li>↳ Ressources identifiées et en place.</li> <li>↳ Formation donnée avant que le Suivi étroit soit offert :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– nécessité de redonner la formation aux médecins.</li> </ul> </li> <li>↳ Médecins susceptibles de référer et ensemble des partenaires connaissent peu le Suivi étroit.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Service du Suivi étroit offert depuis environ un an.</li> <li>• Services d'intervention auprès de la clientèle suicidaire déjà en place depuis plusieurs années (antérieur au Suivi étroit) : personnes à risque suicidaire rencontrées jusqu'à 8 fois par mois.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montant alloué par l'ASSS-BSL équivaut à 1 jour/semaine d'un poste d'intervenant désigné.</li> <li>• Pas d'intervenant(e) désigné(e) en tant que tel. Suivi étroit intégré actuellement dans les tâches des 4 intervenants(es) offrant des services généraux ou de santé mentale :               <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Offre de service en santé mentale à revoir : le mandat du Suivi étroit sera assumé par les deux intervenants sociaux attirés à la santé mentale.</li> </ul> </li> </ul>
<b>CSSS de La Mitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantation est terminée :               <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Étapes liées à la détermination du mode d'organisation et la mise en place des ressources complétées.</li> <li>↳ Entente de collaboration signée avec le CPSIC-BSL.</li> <li>↳ Formation donnée, mais relance jugée nécessaire pour les médecins.</li> <li>↳ Nécessité de rejoindre les médecins au moyen de dépliants ou d'affiches.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi étroit offert depuis mai 2009.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montant alloué par l'ASSS-BSL équivaut à 1 jour/semaine d'un poste d'intervenant désigné.</li> <li>• Deux intervenantes désignées à temps partiel :               <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ travailleuses sociales (santé mentale),</li> <li>↳ infirmières (santé physique, médication).</li> </ul> </li> </ul>



CSSS	Degré d'implantation du Suivi étroit	Date de mise en œuvre du Suivi étroit	Mode d'organisation du Suivi étroit
<b>CSSS de Rimouski-Neigette</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entente de service entre le CSSS et le CPSIC-BSL afin que ce dernier offre le Suivi étroit sur le territoire du RLS Rimouski-Neigette.</li> <li>• Implantation terminée : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Ressources désignées en place.</li> <li>↳ Entente de collaboration entre les deux parties négociée et signée : <ul style="list-style-type: none"> <li>– certains points à préciser au niveau du protocole clinique,</li> <li>– mécanismes de référence demandant à être précisés,</li> <li>– plan de communication à mettre en place afin de favoriser la mobilisation des médecins.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPSIC-BSL offre les services du Suivi étroit depuis juillet 2008.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montant alloué par l'ASSS-BSL équivaut à 4 jours/semaine d'un poste d'intervenant désigné.</li> <li>• Intervenante du CPSIC-BSL libérée à raison de 4 jours/semaine : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Besoin exprimé pour un service donné 5 jours/semaine.</li> <li>↳ Nouvelle entente avec le CSSS afin d'ajuster le budget alloué.</li> <li>↳ Outre les services donnés dans le cadre du suivi étroit, il revient à l'intervenante du CPSIC-BSL de créer et maintenir des liens de partenariat avec l'ensemble des partenaires (AEO, agente de liaison du CLSC, clinique externe de psychiatrie, etc.).</li> </ul> </li> </ul>
<b>CSSS des Basques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantation terminée : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Mode d'organisation déterminé.</li> <li>↳ Ressources identifiées et mises en place (AEOR, intervenante désignée).</li> <li>↳ Médecins informés et mobilisés (activité continue).</li> <li>↳ Formation donnée (intervenants et médecins).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services du Suivi étroit offerts depuis avril 2008.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montant alloué par l'ASSS-BSL équivaut à un demi-jour par semaine d'un poste d'intervenant désigné.</li> <li>• Une intervenante désignée : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ suivi étroit intégré à l'ensemble de ses tâches.</li> </ul> </li> </ul>
<b>CSSS de Rivière-du-Loup</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantation du service jugée en cours : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Mode d'organisation déterminé et ressources désignées en place.</li> <li>↳ Entente de collaboration prévue avec le Centre de prévention du suicide (CPS) du KRTB.</li> <li>↳ Formation et mobilisation des médecins restent à faire, peu de médecins participent aux formations.</li> <li>↳ En 2009, rencontre des médecins d'une clinique. Certains médecins n'ont démontré aucun intérêt et ne font aucune référence. D'autres cliniques sont à rencontrer.</li> <li>↳ Les médecins de l'urgence et les psychiatres collaborent à la référence.</li> <li>↳ Besoins de formation pas encore tous comblés.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services offerts depuis environ 1 an (mai 2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montant alloué par l'ASSS-BSL équivaut à 2 jours/semaine d'un poste d'intervenant désigné.</li> <li>• Intervenante désignée en retrait préventif au moment de l'évaluation.</li> <li>• Bureau de l'intervenante remplaçante est au centre hospitalier (psychiatrie du CHRGP) afin de favoriser les liens avec les psychiatres et le personnel de l'urgence : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ remplacement 2 jours/semaine pour le Suivi étroit,</li> <li>↳ poste de travailleuse sociale à l'urgence 3 jours/semaine (65 ans et plus avec profil gériatrique, urgence psychosociale, santé mentale).</li> </ul> </li> </ul>

CSSS	Degré d'implantation du Suivi étroit	Date de mise en œuvre du Suivi étroit	Mode d'organisation du Suivi étroit
<b>CSSS de Témiscouata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantation du service jugée en cours : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Changement d'intervenantes ayant freiné l'implantation et la nécessité des retours à la case départ.</li> <li>↳ Production d'un cadre de référence.</li> <li>↳ Formation donnée, mais il reste encore à clarifier les rôles et mandats de chacun.</li> <li>↳ Protocole d'entente écrit et signé avec le Centre de prévention du suicide (CPS) du KRTB.</li> <li>↳ Mobilisation des médecins et offre de formation vues comme des processus continus pour palier à l'arrivée des nouveaux intervenants ou médecins (médecins itinérants).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services offerts depuis environ deux ans (avril 2008). Interruption de services durant environ six mois à la suite d'un changement d'intervenante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montant alloué par l'ASSS-BSL équivaut à deux jours/semaine d'un poste d'intervenant désigné.</li> <li>• Une intervenante désignée occupant également d'autres fonctions ou tâches : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ temps alloué pour le Suivi étroit intégré à l'ensemble des tâches.</li> </ul> </li> </ul>
<b>CSSS de Kamouraska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Période d'implantation très courte et terminée : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Mode d'organisation clair.</li> <li>↳ Intervenantes désignées et attachées à l'AEOR.</li> <li>↳ Médecins rencontrés dès le début, mais renforcement annuel jugé nécessaire.</li> <li>↳ Formation donnée récemment (intervenants et médecins). Il reste à préciser les questions de coaching et de référence à l'interne.</li> </ul> </li> <li>• Travail à faire pour clarifier l'interface entre le Suivi étroit et les autres services (ex. : psychologie).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services offerts depuis avril 2008 dès le début de l'implantation absence de période tampon.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montant alloué par l'ASSS-BSL équivaut à deux jours/semaine d'un poste d'intervenant désigné.</li> <li>• Une seule intervenante désignée au début : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ charge jugée trop lourde pour une seule personne.</li> </ul> </li> <li>• Ajout d'une deuxième intervenante désignée : chacune ayant une journée et prenant les demandes en alternance.</li> <li>• Le fait de travailler en équipe est vu comme soutenant et fonctionnel.</li> </ul>

---

## 3.2. Facteurs favorisants et contraintes (grille 2)

Les entrevues réalisées auprès des gestionnaires et des intervenants désignés du Suivi étroit ont fait ressortir les facteurs favorables à l'implantation et à la mise en œuvre du service, de même que les contraintes avec lesquelles ils ont dû composer. Certains sont communs à l'ensemble (ou à une majorité) des CSSS; d'autres sont spécifiques à un établissement donné. Le fait qu'un facteur favorable ou une contrainte n'ait pas été mentionné par les répondants d'un établissement ne signifie toutefois pas qu'il est nécessairement absent. Il peut tout simplement avoir été omis.

### 3.2.1 Facteurs favorables à l'implantation et à la mise en œuvre

Plusieurs facteurs favorables à l'implantation et à la mise en œuvre du Suivi étroit ont été identifiés par les gestionnaires et les intervenants. Trois d'entre eux touchent la majorité des CSSS de la région. Ils ne sont pas mentionnés en tant que tel, mais leur présence peut être déduite de ce qui s'est dit au cours des entrevues.

Le premier de ces facteurs favorables tient au fait qu'il existe un consensus parmi les gestionnaires et les intervenants désignés quant à la compréhension du Suivi étroit. Cette vision commune semble reposer sur l'ensemble de la démarche adoptée pour doter la région du Bas-Saint-Laurent d'un service de Suivi étroit intégré : les rencontres entre l'Agence et ses partenaires pour s'entendre sur le service à implanter, l'implication de ces mêmes partenaires dans la production des balises à respecter ou du cadre de référence auquel tous adhèrent et enfin, la formation régionale offerte aux intervenants désignés et dont l'utilité fait presque l'unanimité.

Le second facteur tient au fait que les personnes interviewées croient en la pertinence et en l'efficacité du Suivi étroit (« *tout le monde y croit* », CSSS de Matane). Le discours est positif et reflète le fait que ce service permet d'intervenir rapidement et intensément auprès des personnes qui présentent un risque suicidaire élevé. Ils sont également d'avis que l'implantation du Suivi étroit a permis le développement d'une expertise dans chaque CSSS en regard de l'intervention auprès de cette clientèle vulnérable.

Intimement lié aux facteurs précédents, l'accompagnement de l'Agence tout au long du processus visant à doter la région d'un service de Suivi étroit peut être vu comme un troisième élément favorable à l'implantation du service dans la plupart des CSSS. C'est ainsi que les personnes rencontrées parlent des documents produits régionalement et auxquels ils ont parfois contribué, des guides et des formulaires reçus, de la formation dont ils ont bénéficié, du budget alloué (même minime) pour supporter le poste d'intervenant désigné, du soutien apporté par madame Maria Fortin (responsable de la prévention du suicide à l'Agence), etc. Le tout représente autant de facettes du travail d'accompagnement de l'Agence dans ce dossier.

Ces trois facteurs s'inscrivent dans un contexte historique, dont la source se trouve dans l'ensemble des démarches régionales entourant l'organisation des services en santé mentale et de façon plus spécifique, la prévention du suicide. L'implantation du

---

Suivi étroit fait suite à d'autres actions menées depuis plus de dix ans dans le Bas-Saint-Laurent et qui ont abouti à l'organisation des services intégrés d'intervention de crise, à la mise en place de nouveaux services comme la « Clinique sans mur » (états limites) ou le programme MÛ (hommes en état de vulnérabilité), de même qu'au développement de projets comme ceux visant la remise des armes à feu non utilisées ou la distribution de verrous de pontet. Tous ces dossiers et initiatives ont été menés à l'intérieur d'un partenariat incluant l'Agence, les huit CSSS, les deux CPS et l'ensemble des organismes communautaires concernés.

Les répondants de trois CSSS voient la présence d'une personne-clé comme un élément ayant favorisé l'implantation du Suivi étroit. Dans un cas, cette personne était une intervenante exerçant déjà un leadership auprès de ses collègues et qui a décidé de porter le dossier. Dans un second CSSS, l'implantation a été favorisée par la bonne connaissance que possédait la gestionnaire de la santé mentale, des services qui s'y rattachent, ainsi que des travaux régionaux sur le Suivi étroit. Enfin, leur chef de département de psychiatrie approuvait l'implantation du Suivi étroit et s'en est fait l'ambassadeur auprès des médecins.

Les autres facteurs mentionnés par les CSSS semblent propres à chacun. Les répondants sont d'avis qu'ils s'inscrivent dans un contexte historique, soit régional (ensemble des actions posées en prévention du suicide), soit local (collaboration établie entre le CSSS de Rimouski-Neigette et le CPSIC-BSL, expérience acquise au CSSS de La Matapédia avec le programme « Dépression », etc.).

### *3.2.2 Contraintes à l'implantation et à la mise en œuvre*

Les contraintes rencontrées par les établissements peuvent revêtir un caractère fortuit ou découler d'une situation déjà présente. Toutes ont contribué à retarder ou prolonger les processus d'implantation et de mise en œuvre. Dans un cas, on parle même d'arrêt momentané des services.

Quatre CSSS ont vécu des mouvements de personnel en lien avec le Suivi étroit. On parle d'un départ à la retraite avec la perte d'expertise qui en résulte, d'un congé de maternité et d'un changement d'intervenant qui ont nécessité un remplacement, de l'arrivée d'une nouvelle coordonnatrice dans le dossier et de l'embauche de deux intervenants. L'impact de l'arrivée de ces nouvelles personnes vient de la nécessité de les former et du temps qu'il leur faut pour s'approprier les éléments et les pratiques propres au Suivi étroit.

Le manque chronique de temps est une autre contrainte importante. Plusieurs répondants déplorent leur difficulté à se dégager du temps pour faire la promotion du service, principalement auprès des médecins. Ces derniers sont de leur côté très occupés et peu disponibles pour des rencontres ou de la formation. La présence de médecins itinérants ainsi que les mouvements de personnel à l'urgence ou dans les équipes viennent accentuer ce déficit, en ce sens que les efforts de promotion consentis demanderaient en outre à être répétés à une certaine fréquence.

---

D'autres contraintes ont une portée plus limitée en ce sens qu'elles ne sont évoquées que par les répondants d'un ou deux établissements à la fois. Il se peut toutefois qu'elles soient présentes dans d'autres CSSS sans pour autant avoir été mentionnées.

Comme mentionné précédemment, il est établi que les établissements (CSSS) doivent dégager à partir de leur budget de fonctionnement les sommes nécessaires au Suivi étroit. Les montants alloués par l'Agence sont perçus néanmoins par plusieurs gestionnaires comme insuffisants par rapport à l'ampleur du mandat et des impératifs liés à l'implantation. Le tout est vu comme une contrainte, bien que les modes d'organisation choisis aient permis d'en contourner les effets.

Deux CSSS rapportent avoir vécu un décalage entre la formation donnée aux médecins ou aux intervenants et l'implantation du service. Dans un cas, la formation a été donnée aux médecins environ un an avant la mise en place du service d'où la nécessité de la répéter. Les intervenants des deux CSSS ont, par ailleurs, reçu la formation qui leur était destinée bien après avoir commencé à offrir des services dans le cadre du Suivi étroit. Il a donc fallu faire des ajustements et revoir des éléments dans la façon d'intervenir auprès de la clientèle ciblée.

Deux CSSS du secteur Ouest de la région notent qu'il y a eu une confusion entre le rôle du Centre de prévention du suicide (CPS) du KRTB et le mandat du Suivi étroit. Des professionnels et des médecins comprenaient mal la distinction entre les deux et remettaient à la personne suicidaire un dépliant du CPS, plutôt que celui du Suivi étroit.

## GRILLE 2 : Facteurs favorisant et contraintes

CSSS	Facteurs favorisant à l'implantation et la mise en œuvre du Suivi étroit	Contraintes à l'implantation et la mise en œuvre du Suivi étroit	Contexte historique des facteurs et contraintes
<b>CSSS de Matane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout le monde croyait au dossier.</li> <li>• Présence d'une porteuse du dossier exerçant un leadership et ayant une bonne crédibilité auprès des intervenants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La concertation des agendas est une difficulté constante lorsqu'il est nécessaire de rencontrer tout le monde.</li> <li>• L'inéquation entre les enjeux cliniques liés à l'implantation du nouveau service et les ressources allouées (1 journée/semaine).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La porteuse du dossier était déjà préoccupée par la problématique du suicide et sa crédibilité était établie avant l'implantation du Suivi étroit.</li> </ul>
<b>CSSS de La Matapédia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence du programme « Dépression » auquel est venu se greffer le Suivi étroit : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ les médecins avaient déjà l'habitude de référer pour les problèmes de dépression.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'expertise due au départ à la retraite de l'infirmière responsable du programme « Dépression ».</li> <li>• La formation des médecins s'est faite avant que le service soit disponible, alors que celle des intervenants s'est faite trop tardivement après l'implantation.</li> <li>• Trop peu de promotion du Suivi étroit auprès des médecins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins du territoire avaient déjà une habitude de référer dans le cadre du programme « dépression ».</li> <li>• De plus, les intervenants sociaux qui interviennent dans le cadre du Suivi étroit sont les mêmes qui le faisaient pour le programme « Dépression ».</li> </ul>
<b>CSSS de La Mitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le travail et le soutien de madame Maria Fortin, responsable de la prévention du suicide à l'ASSS-BSL, au regard de la détermination des balises, du choix des outils et de l'organisation des formations propres au Suivi étroit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le manque de temps pour la promotion du service, principalement auprès des médecins qui demandent encore à être sensibilisés.</li> <li>• La difficulté de déterminer qui entre dans les critères du Suivi étroit, de discerner la clientèle visée parmi les personnes présentant des idées suicidaires.</li> <li>• L'arrivée d'une nouvelle coordonnatrice pour prendre en charge plusieurs dossiers, dont celui du Suivi étroit, à laquelle s'ajoute la décision d'embaucher et de former deux intervenantes, ont contribué à prolonger la période d'implantation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ensemble de ces facteurs et contraintes n'est pas nouveau, mais s'inscrit dans un contexte de réorganisation et d'implantation d'un nouveau service.</li> </ul>
<b>CSSS de Rimouski-Neigette</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les efforts communs du CSSS et du CPSIC-BSL afin de mettre en place une association gagnante pour les deux organisations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour une meilleure référence des clientèles à risque suicidaire, les collaborations gagneraient à être consolidées entre les intervenants du Suivi étroit et les professionnels de l'urgence (plan de communication et arrimage du personnel de soins avec les outils de référence).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historiquement, il y a toujours eu une bonne collaboration entre le CSSS et le CPS, et ce, bien avant l'implantation du Suivi étroit.</li> </ul>

CSSS	Facteurs favorisant à l'implantation et la mise en œuvre du Suivi étroit	Contraintes à l'implantation et la mise en œuvre du Suivi étroit	Contexte historique des facteurs et contraintes
<b>CSSS des Basques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ensemble des gestionnaires et intervenants croit au Suivi étroit.</li> <li>• La gestionnaire responsable d'implanter le Suivi étroit connaissait très bien la santé mentale et les services qui s'y rattachent.</li> <li>• Bonne collaboration des médecins à l'interne; le milieu étant petit, il est facile d'embrigader tout le monde.</li> <li>• L'ajout d'un budget, même petit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le service était implanté depuis un an lorsque la formation a été donnée à l'intervenante désignée. Elle a dû changer des éléments dans sa façon d'intervenir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Suivi étroit attire une clientèle suicidaire majoritairement masculine qui ne consulte pas dans les services courants.</li> </ul>
<b>CSSS de Rivière-du-Loup</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La proximité de l'intervenante par rapport à l'urgence permet au médecin d'avoir accès rapidement à elle pour les cas de Suivi étroit.</li> <li>• Son bureau au département de psychiatrie est également un avantage lorsqu'il est nécessaire de référer un client du Suivi étroit vers les services spécialisés.</li> <li>• L'appui positif donné par le chef du département de psychiatrie au projet de Suivi étroit. Comprenant bien la spécificité du suivi dans l'offre de service, ce psychiatre était un bon ambassadeur auprès des médecins.</li> <li>• La Bouffée d'air réfère la clientèle au service.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le budget alloué (14 heures) jugé insuffisant.</li> <li>• L'idée de confier le service au réseau communautaire a entraîné un conflit sérieux entre deux organismes désireux d'offrir ce service. Les tergiversations ont retardé de près d'un an l'implantation du service et le rejet de l'idée de confier le service à un de ces organismes.</li> <li>• L'intervenante désignée est partie en congé de maternité.</li> <li>• Dans le plan d'organisation du CSSS, l'intervenante remplaçante relève de deux réseaux de services différents avec des urgences et des demandes spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ À l'urgence, elle est là pour les personnes à potentiel suicidaire élevé (2 jours – réseau santé mentale) et pour identifier les besoins des personnes en perte d'autonomie (3 jours – réseau PPALV).</li> </ul> </li> <li>• Au moment de l'entrevue, une confusion persistait entre le rôle du Centre de prévention du suicide (CPS) du KRTB et le mandat du Suivi étroit. Les professionnels ont encore le réflexe de remettre à la personne suicidaire le dépliant du CPS plutôt que celui du Suivi.</li> <li>• Les gestionnaires manquent de temps pour faire la promotion du service, ce qui était particulièrement aigu lors de la dernière pandémie (H1N1).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si l'on exclut la pandémie et le congé de maternité de l'intervenante désignée, l'ensemble des facteurs et contraintes s'inscrit dans un contexte historique de la prévention du suicide sur le territoire du CSSS de RDL.</li> </ul>

CSSS	Facteurs favorisant à l'implantation et la mise en œuvre du Suivi étroit	Contraintes à l'implantation et la mise en œuvre du Suivi étroit	Contexte historique des facteurs et contraintes
<b>CSSS de Témiscouata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation d'un comité de suivi d'implantation qui permet de revenir sur les difficultés rencontrées avec le service et de trouver les ajustements nécessaires.</li> <li>• Les liens établis avec le département de psychiatrie de Rivière-du-Loup.</li> <li>• Le CSSS s'est vu allouer 14 heures pour le Suivi étroit. Une réorganisation des services a toutefois permis d'avoir une intervenante à temps plein qui assume le Suivi étroit en même temps que deux autres tâches. Cette organisation assure une meilleure couverture du service qui devient disponible 5 jours/semaine (au besoin) au lieu des 2 jours prévus.</li> <li>• Projet de faire une pochette d'accueil pour les nouveaux médecins (itinérants ou autres) dans laquelle seraient expliqués les services en santé mentale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le déploiement du Suivi étroit a été perçu comme menaçant pour les intervenantes de l'accueil ou en santé mentale adulte qui travaillaient déjà avec la clientèle suicidaire d'où un sentiment d'être tassées.</li> <li>• Plusieurs changements d'intervenantes pour diverses raisons (congé maternité, inconfort dans le service). Il y a eu interruption de services durant plus de trois mois et des éléments de l'implantation ont dû être repris.</li> <li>• Manque de supervision clinique. Un soutien est fourni par le gestionnaire du service.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les contraintes rencontrées étaient de nature contextuelle.</li> </ul>
<b>CSSS de Kamouraska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le fait de désigner deux intervenantes plutôt qu'une seule a permis un allègement du travail et favorisé le soutien. Lorsque c'est nécessaire, les intervenants des services sociaux offrent des services au niveau du Suivi étroit.</li> <li>• Le gestionnaire apporte un bon soutien au niveau de l'organisation et du service.</li> <li>• La sensibilisation faite par l'ASSS-BSL en ce qui a trait à la prévention du suicide, et ce, bien avant la mise en place du Suivi étroit.</li> <li>• La clarté des critères d'admissibilité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessité de refaire, à intervalles réguliers, une sensibilisation auprès des médecins et des autres partenaires.</li> <li>• Une certaine confusion règne encore en ce qui revient au Suivi étroit et le rôle joué par le Centre de prévention du suicide (CPS).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Suivi étroit s'inscrit dans un historique d'actions posées régionalement en prévention du suicide.</li> </ul>



---

### 3.3 Les références (grille 3)

Les propos émis par les répondants au cours des entrevues ne permettent pas de quantifier le nombre de références reçues par les CSSS en regard du Suivi étroit. Ce service semble cependant répondre à un besoin. Au cours des entrevues menées dans le cadre de cette évaluation, aucun des gestionnaires ou des intervenants rencontrés n'a en effet émis le moindre commentaire pouvant laisser entendre que la demande ne justifiait pas le maintien du Suivi étroit dans leur établissement, et ce, malgré les coûts et les impacts sur l'organisation des services.

#### 3.3.1 Sources de référence

Deux constats s'imposent en ce qui a trait aux références. Le premier tient au fait que les médecins constituent sans surprise la principale source de référence. La seule exception vient du territoire de Rimouski-Neigette où le CPSIC-BSL assume le service du Suivi étroit. Sa ligne d'intervention téléphonique de crise de même que son service d'hébergement de crise permettent de faire du repérage et, ainsi, d'alimenter l'intervenante désignée. Dans les autres RLS, les références proviennent surtout des médecins de l'urgence exerçant en cabinet privé ou à l'intérieur d'un GMF. Les répondants de quatre CSSS mentionnent aussi les psychiatres et les infirmières de liaison comme étant des référents importants.

L'action du CPSIC-BSL en tant que source de référence se fait surtout sentir dans le secteur Est de la région. Outre Rimouski-Neigette, les CSSS de La Mitis et de La Matapédia rapportent recevoir des références de ce dernier de façon assez régulière. À l'inverse, trois des CSSS du secteur Ouest ne reçoivent aucune référence des CPS de la région (CPSIC-BSL et CPS du KRTB). Seuls les répondants du Kamouraska mentionnent avoir eu quelques références du CPSIC-BSL.

Enfin, les autres sources de références mentionnées par au moins un répondant se résument à l'utilisateur et ses proches qui se présentent directement à l'AEOR (CSSS des Basques et de La Mitis), aux intervenants de première ligne (CSSS des Basques) et aux organismes communautaires (CSSS de Kamouraska).

#### 3.3.2 Trajectoire de services

Le modèle de trajectoire de services choisi par l'ensemble des établissements et des organismes du Bas-Saint-Laurent pour le Suivi étroit intégré repose sur la notion du guichet unique. Il prévoit que les références soient faites à l'AEOR pour être transférées ensuite à l'intervenant désigné, si l'évaluation montre qu'il s'agit d'un cas de Suivi étroit.

Au moment des entrevues, quatre CSSS (Matane, La Matapédia, La Mitis, Les Basques) disaient respecter ce scénario et présentaient l'AEOR comme la porte d'entrée unique pour l'accès aux services psychosociaux incluant le Suivi étroit. Le rôle de l'AEOR était renforcé par le fait que les références faites par les médecins demandent en général un suivi pour des idées suicidaires, sans mentionner

---

spécifiquement le Suivi étroit. Il revient donc à l'intervenant de l'AEOR d'évaluer l'urgence suicidaire, de référer la personne à son intervenant si elle est déjà suivie ou connue des services ou, s'il y a lieu, de transférer la demande à l'intervenant désigné du Suivi étroit. Les références à l'AEOR se font en général par écrit, à l'aide d'un formulaire prédéterminé ou propre au milieu référent. Il arrive aussi qu'un médecin utilise le téléphone pour une référence à l'intervenant de l'AEOR, faisant suivre une copie papier par télécopieur. Ceci dit, les répondants font remarquer que les médecins et les intervenants se connaissent souvent dans ces petits milieux. Ceci facilite les contacts et les références directs sans toujours passer par l'AEOR.

Dans les autres territoires, il faut plutôt parler des trajectoires possibles. L'AEOR tient toujours un rôle dans la réception des références, mais de façon moins exclusive. Des éléments d'ordre organisationnel ou situationnel viennent en effet favoriser la communication directe entre les référents et l'intervenant désigné.

Les intervenants désignés de deux CSSS ont ainsi leur bureau dans les locaux du centre hospitalier (2<sup>e</sup> ligne) plutôt que du CLSC (1<sup>re</sup> ligne). Dans un cas, l'intervenant est localisé près de l'urgence et dans l'autre, près des bureaux des psychiatres. Ces localisations éloignent les intervenants désignés de l'AEOR et des équipes de première ligne. Elles les rapprochent par contre des principaux référents que sont les médecins. Cette proximité favorise les références directes, de personne à personne. L'entente entre le CSSS de Rimouski-Neigette et le CPSIC-BSL entre aussi dans cette catégorie, puisque l'intervenante désignée est localisée au CPSIC-BSL et demeure en lien direct avec les intervenants de la ligne d'intervention téléphonique de crise (permettant le repérage des personnes à risque suicidaire élevé).

### *3.3.3 Mécanismes de traitement des références*

Chaque CSSS possède son propre mécanisme de traitement des références. Aucun d'entre eux n'est spécifique au Suivi étroit. Les mécanismes établis varient d'un établissement à l'autre en fonction des modes d'organisation et de fonctionnement des services psychosociaux de première ligne et deuxième ligne.

Nonobstant le mécanisme mis en place, les rôles à assumer en regard du Suivi étroit demeurent les mêmes sur les huit territoires : rencontrer la personne et communiquer avec le référent afin d'évaluer le risque suicidaire, orienter celle-ci vers le Suivi étroit après s'être assuré qu'elle répond aux critères d'admissibilité et qu'elle accepte le suivi. Ce qui diffère d'un endroit à l'autre, c'est la personne ou l'entité à qui incombe ces rôles ou une partie de ceux-ci, soit l'AEOR, l'intervenant désigné du Suivi étroit et même lorsque présents, le comité d'accès ou d'orientation, le conseiller clinique ou l'infirmière de liaison. Plusieurs de ces acteurs peuvent aussi travailler en étroite collaboration. Ce qui semble déterminant, c'est la trajectoire de services utilisée pour l'envoi de la demande.

Toute référence pour des idées suicidaires amène l'intervenant de l'AEOR ou l'intervenant désigné à avoir un contact avec la personne référée, soit au bureau de

---

l'AEOR, soit au centre hospitalier lorsqu'elle est hospitalisée ou qu'elle se trouve à l'urgence. Ce contact initial a pour but d'évaluer l'urgence suicidaire, de vérifier que cette personne répond aux critères d'admissibilité et d'obtenir son accord pour le suivi. Dans le cas où il est effectué par l'AEOR, la référence est envoyée à l'intervenant désigné. Ce dernier contacte ensuite la personne afin de convenir d'un premier rendez-vous.

Une personne connue des services est référée à son intervenant afin d'éviter la multiplication des intervenants autour d'elle. Une personne qui ne satisfait pas les critères d'admissibilité du Suivi étroit est orientée vers un service susceptible de répondre à ses besoins. Les répondants mentionnent l'importance que chaque référence soit analysée, évaluée et orientée vers le bon service.

### GRILLE 3 : Les références

CSSS	Références reçues pour le Suivi étroit	Trajectoires utilisées par les référents	Mécanismes de traitement des références
<b>CSSS de Matane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La plupart des références viennent des médecins, soit une personne va voir son médecin qui la réfère, soit elle se présente à l'urgence et est référée par un médecin de garde.</li> <li>• Les partenaires réfèrent un de leurs clients parce qu'il a des idées suicidaires. Il n'est pas référé spécifiquement au Suivi étroit. C'est la responsabilité du CSSS de décider vers quel service il est orienté.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'AEO constitue le guichet unique pour l'ensemble des références. Lorsqu'une personne est déjà suivie par un intervenant, il arrive que le médecin appelle directement ce dernier.</li> <li>• Si la personne est à l'urgence, un intervenant de l'AEO se déplace pour la rencontrer et obtenir son consentement au Suivi.</li> <li>• Les références médicales se font très souvent par le biais d'un appel téléphonique fait à un intervenant (AEO ou autre). Le formulaire de référence suit par télécopieur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les références à l'AEO sont évaluées à l'aide d'un outil d'orientation clinique (COQ). Dès qu'un cas de Suivi étroit est identifié, le conseiller clinique est averti. Si la personne n'est pas connue des services, il y a désignation à tour de rôle de l'intervenant devant prendre le cas en priorité. Si la personne est déjà suivie, elle est référée à son intervenant.</li> <li>• La responsabilité de vérifier si la personne correspond bien aux critères d'admissibilité du Suivi étroit revient à l'AEO et au conseiller clinique.</li> </ul>
<b>CSSS de La Matapédia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les références proviennent principalement de l'urgence, des médecins en cabinet privé et du Centre de prévention du suicide (CPSIC-BSL).</li> <li>• Les références sont pour des idées suicidaires et non de façon spécifique pour le Suivi étroit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les références arrivent à l'AEO (guichet unique) et sont traitées à l'intérieur du COS (comité d'organisation des services).</li> <li>• Si le client est déjà connu ou suivi par un intervenant, il est référé à celui-ci.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes référées le sont le plus souvent pour des idées suicidaires. Le COS étudie le dossier (référence) et décide de référer ou non au Suivi étroit. À la suite de la décision, l'AEO communique avec l'intervenant désigné (téléphone et formulaire).</li> <li>• Les critères d'éligibilité sont appliqués largement afin de ne prendre aucun risque.</li> </ul>
<b>CSSS de La Mitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les références proviennent de plusieurs sources : l'usager lui-même, la clinique externe de psychiatrie (infirmière de liaison ou psychiatre), le CPSIC-BSL, les médecins (GMF ou clinique privée), la clinique de santé du CSSS. Il n'y a aucune demande en provenance de l'urgence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'AEO constitue le guichet d'accès.</li> <li>• Les références arrivent autant par téléphone que par le biais d'un formulaire de référence. Les référents mentionnent toujours la raison de la référence (ex. : idées suicidaires), mais indiquent rarement qu'il s'agit d'un cas demandant un Suivi étroit. L'intervenant de l'AEO constate l'urgence suicidaire lors du premier contact.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est l'AEO qui fait le premier contact ou la relance selon que la personne accepte ou refuse de rencontrer une intervenante du Suivi étroit.</li> <li>• Toutes les références sont évaluées au niveau de l'AEO. Ces références avec l'orientation proposée sont ensuite discutées avec la coordonnatrice pour validation. C'est elle qui confirme si une personne référée demande un Suivi étroit, services généraux ou spécifiques.</li> <li>• La coordonnatrice étant également une des deux intervenantes désignées, elle répartit les cas de Suivi étroit entre elle et l'autre intervenante.</li> </ul>

CSSS	Références reçues pour le Suivi étroit	Trajectoires utilisées par les référents	Mécanismes de traitement des références
<b>CSSS de Rimouski-Neigette</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À la suite d'une entente avec le CSSS de Rimouski-Neigette, le CPSIC-BSL offre le service du Suivi étroit.</li> <li>• La majorité des références est générée par le CPSIC-BSL lui-même. Sa ligne téléphonique 24/7 et son hébergement de crise lui permettent en effet de faire du repérage.</li> <li>• Les autres sources importantes de référence sont les cliniques externes de psychiatrie, l'unité de médecine familiale du CLSC et les médecins des cliniques sans rendez-vous.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le contexte organisationnel particulier explique qu'il ne semble pas y avoir un guichet unique pour toutes les références au Suivi étroit.</li> <li>• Les références issues du repérage effectué par le CPSIC-BSL sont transmises directement à l'intervenante désignée.</li> <li>• Les psychiatres et les médecins réfèrent aussi à l'intervenante, bien que plusieurs références passent par l'AEOR ou l'agente de liaison du CLSC.</li> <li>• Les références se font par téléphone ou à l'aide d'un court formulaire de référence spécialement créé pour le besoin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque l'intervenante désignée du CPSIC-BSL reçoit une référence, elle valide que la personne satisfasse bien les critères d'admissibilité du Suivi étroit. Elle communique également avec l'agente de liaison afin de vérifier qu'elle ne fait pas déjà l'objet d'un suivi, auquel cas la référence est transmise à l'intervenant de cette personne.</li> <li>• L'AEO et l'agente de liaison déterminent s'il s'agit d'un cas pour le Suivi étroit avant de transmettre la référence à l'intervenante désignée.</li> <li>• L'intervenant fait le premier contact par téléphone (pour fixer une 1<sup>re</sup> rencontre) ou en se déplaçant à l'hôpital, si la personne est hospitalisée ou à l'urgence.</li> </ul>
<b>CSSS des Basques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les références et les demandes de l'urgence sont faites à l'AEO par les intervenants et les médecins. Des personnes ou leurs proches se présentent directement à l'AEO. C'est très local : aucune référence en provenance des deux CPS.</li> <li>• Les médecins réfèrent pour des idées suicidaires. Ils connaissent le Suivi étroit, mais ne font pas de références pour ce service. Dans tous les cas, c'est l'AEO qui détermine s'il s'agit d'un cas admissible au Suivi étroit.</li> <li>• De la même façon, les personnes qui se présentent à l'accueil (AEO) viennent consulter pour divers problèmes (relationnels ou autres). C'est l'entrevue faite par l'intervenante de l'accueil qui fait ressortir les idées suicidaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'AEO constitue le guichet unique pour toutes les références.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La référence est envoyée à l'AEO qui s'occupe de recevoir le consentement de la personne. Pour ce faire, l'intervenante de l'AEO peut se déplacer à l'urgence pour parler avec la personne et lui remettre un dépliant sur le Suivi.</li> <li>• L'AEO achemine la référence à l'intervenante désignée, laquelle évalue lors de la première rencontre le potentiel et l'urgence suicidaire. Cette dernière procède aussi à l'évaluation psychosociale de la personne.</li> <li>• Si la personne est déjà suivie par un intervenant, elle est référée à ce dernier afin d'éviter la duplication.</li> <li>• Les rencontres se font le plus souvent au bureau de l'intervenante ou à domicile (surtout s'il y a un accompagnement à faire).</li> </ul>

CSSS	Références reçues pour le Suivi étroit	Trajectoires utilisées par les référents	Mécanismes de traitement des références
<b>CSSS de Rivière-du-Loup</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervenante désignée a son bureau au centre hospitalier, même si elle fait partie de la première ligne. Les références qu'elle reçoit viennent des deux AEO (Rivière-du-Loup et le point de service de Saint-Épiphane), de la psychiatrie, des GMF et des deux infirmières de liaison (dont un des rôles est d'aider les médecins à orienter leurs cas vers les bons services).</li> <li>• À l'urgence, les références viennent surtout des psychiatres qui perçoivent le Suivi étroit comme une alternative à l'hospitalisation de la personne à risque suicidaire élevé.</li> <li>• L'infirmière de liaison joue un rôle important pour les références au Suivi étroit. Lorsqu'elle reçoit une demande d'un médecin pour qu'un client soit évalué et vu par un psychiatre, elle va le référer au Suivi étroit si le risque suicidaire est élevé afin de couvrir le temps d'attente pour voir un psychiatre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actuellement, il n'y a pas de guichet unique pour les références au Suivi étroit. Certaines passent par l'AEO (1<sup>re</sup> ligne), d'autres par l'infirmière de liaison (2<sup>e</sup> ligne), alors que plusieurs arrivent directement à l'intervenante désignée (principalement par les psychiatres ou l'urgence). Ce lien direct s'explique par le fait que l'intervenant a son bureau près de celui des psychiatres et qu'elle travaille trois jours/semaine comme intervenante sociale à l'urgence.</li> <li>• Lorsqu'elle travaille à l'urgence, l'intervenante est proactive. Si elle entend parler d'une personne avec des idées suicidaires, elle contacte le médecin concerné et demande à être impliquée dans le dossier.</li> <li>• L'intervenante désignée reçoit ses références par téléphone (suivi ou non d'un envoi par télécopieur des documents), du médecin directement (personne à personne) ou via le formulaire de référence interétablissement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les demandes reçues à l'AEO sont évaluées par un comité d'accès et de priorisation qui oriente ensuite la demande vers le bon service, dont le Suivi étroit si la personne donne son accord. Le mandat du comité devrait être étendu à l'ensemble des références que reçoit l'intervenante désignée du Suivi étroit.</li> <li>• Le comité se réunit chaque semaine. Il étudie les nouvelles demandes. Selon les dossiers présentés par l'intervenante désignée, il discute aussi des transferts du Suivi étroit vers les services de base en santé mentale ou de la poursuite possible du suivi au-delà des dix rencontres.</li> <li>• L'intervenante désignée contacte et évalue les personnes qui lui sont référées. Si une personne ne répond pas aux critères du Suivi étroit, l'intervenante communique avec l'AEO afin qu'elle soit référée vers un autre service.</li> </ul>
<b>CSSS de Témiscouata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le plus gros référent est l'hôpital, ce qui explique que le bureau de l'intervenante désignée soit dans ses locaux.</li> <li>• Les sources de référence sont l'urgence, les accueils sociaux du CLSC (points de service), les cliniques privées des médecins, les groupes de médecine familiale (GMF) et la psychiatrie (Rivière-du-Loup).</li> <li>• Les références faites à l'accueil social sont générales et ne demandent pas en particulier un Suivi étroit. Dans certains cas, c'est l'utilisateur lui-même qui se présente à l'accueil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a plusieurs trajectoires possibles pour les références.</li> <li>• Les intervenantes de l'accueil social utilisent un formulaire spécifique au Suivi étroit. Elles téléphonent si nécessaire à l'intervenante désignée afin de lui fournir un supplément d'information.</li> <li>• Les psychiatres de Rivière-du-Loup utilisent leur propre formulaire de référence. Il y a également échange téléphonique pour compléter l'information.</li> <li>• L'urgence a son formulaire. Le médecin concerné par le cas échange en personne avec l'intervenante si elle est sur place ou par téléphone.</li> <li>• Pour les médecins en pratique privée, les références se font surtout par téléphone.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dès que l'intervenante désignée reçoit une référence pour le Suivi étroit, elle communique avec le référent afin de discuter du dossier. Elle s'assure que la personne a donné son accord pour le suivi. Elle fait un premier contact rapide (téléphonique) pour fixer une première rencontre, à domicile ou dans son bureau, selon la préférence de la personne.</li> <li>• Si l'intervenante a un questionnaire sur le respect des critères d'admissibilité ou le risque suicidaire de la personne, le cas sera discuté avec le superviseur clinique et l'intervenante de l'accueil social.</li> </ul>

CSSS	Références reçues pour le Suivi étroit	Trajectoires utilisées par les référents	Mécanismes de traitement des références
<b>CSSS de Kamouraska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les références proviennent surtout des médecins en cabinet privé (± 75 % des demandes) et des personnes elles-mêmes. Le CPSIC-BSL fournit également quelques références, de même que la deuxième ligne lorsqu'une personne encore fragile quitte le service de psychiatrie. Il arrive également que l'urgence appelle et s'arrime au Suivi étroit avant de décider s'ils doivent ou non garder (hospitaliser) la personne. Enfin, quelques références proviennent d'organismes comme l'Estran, le Carrefour Jeunesse-Emploi et Tandem.</li> <li>Aucune référence reçue du CPS du KRTB.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les différentes trajectoires de services sont bien connues.</li> <li>Toutes les demandes passent théoriquement par l'accueil social. Les médecins ne suivent cependant pas toujours la trajectoire officielle pour acheminer leurs références. Il s'agit d'un petit milieu où les médecins et les intervenants de l'accueil social ou du Suivi étroit se connaissent, facilitant ainsi les contacts et les références.</li> <li>Il n'y a pas de formulaires spécifiques aux médecins. Ces derniers téléphonent en général à l'accueil social et parfois à l'intervenant désigné. Le cas est expliqué verbalement, une référence écrite pouvant suivre par télécopieur.</li> <li>Depuis mars 2010, les références venant des médecins se font par écrit (formulaire de référence créé).</li> <li>La situation est similaire pour les références en provenance des organismes. Il semble que tous (médecins et organismes) mettent l'accent sur la rapidité d'intervention.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour toute référence, l'intervenant désigné prend le temps de s'assurer que la personne référée répond aux critères et que cette dernière donne son accord au Suivi étroit.</li> <li>La façon la plus fonctionnelle de procéder est quand les références passent par l'accueil social. Si une évaluation a déjà été faite par le médecin, l'intervenant de l'accueil ne voit ou ne contacte pas la personne référée afin de ne pas multiplier inutilement les intervenants. Il s'assure de ramasser toutes les informations et rencontre l'intervenant désigné. Ensemble, ils valident s'il s'agit d'un cas de Suivi étroit.</li> <li>Lorsque l'urgence appelle et que la personne donne son accord, l'intervenant désigné se déplace pour la rencontrer le plus tôt possible (parfois avant son départ).</li> <li>Lorsque la personne se présente d'elle-même à l'accueil social, l'intervenant garde le contact jusqu'à ce que l'intervenant désigné puisse la rencontrer en face à face.</li> <li>Lorsqu'une personne référée pour risque suicidaire ne répond pas aux critères du Suivi étroit, elle est référée aux services généraux. Si le risque suicidaire est élevé, la personne est priorisée et ne va pas sur la liste d'attente. Elle peut être vue dans la semaine. Lorsque le risque est peu élevé ou bien que la personne termine avec le Suivi étroit et est transférée vers les services généraux, une référence peut être faite à des organismes comme la Traversée, la Bouffée d'air du KRTB, l'Estran, Centre femmes ou Trajectoires Hommes.</li> </ul>

---

### 3.4 Le suivi offert (grille 4)

Ce point tente de cerner la façon dont le service de Suivi étroit est offert à l'échelle régionale : de l'acceptation de la personne, en vertu des critères d'admissibilité, à la continuité des services à son départ du Suivi étroit. Ici encore, l'étude de la grille 4 permet de connaître la situation prévalant dans chacun des huit CSSS. Il est important de noter que l'information peut différer d'un territoire à l'autre en fonction de ce qui s'est dit au cours des entrevues.

#### 3.4.1 Connaissance et respect des critères d'admissibilité

Gestionnaires et intervenants disent bien connaître les critères d'admissibilité pour le Suivi étroit. La plupart émettent cependant des réserves quant à leur application de façon stricte.

Le critère de l'âge (18 ans et plus) est vu comme trop restrictif. La plupart des établissements l'étendent aux 16-17 ans présentant un profil adulte. Plusieurs répondants déplorent d'ailleurs qu'il n'y ait pas d'équivalent pour les moins de 17 ans qui présentent des risques suicidaires élevés. Un CSSS (Matane) a pour sa part élargi le Suivi étroit à l'ensemble de sa population (0-100 ans).

L'évaluation du risque suicidaire suscite également des questionnements. La *Grille d'évaluation de l'urgence suicidaire* (COQ) est l'outil utilisé pour évaluer ce risque. Plusieurs répondants expriment cependant leur peur de laisser « échapper quelqu'un ». Ils préfèrent interpréter ce critère de façon plus large en considérant les individus dont le risque suicidaire (mesuré par le COQ) est moyen. Des commentaires selon lesquels l'évaluation du risque suicidaire doit tenir compte de la globalité de la situation à laquelle fait face la personne ainsi que de la présence des différents facteurs de risque.

Enfin, un répondant est d'avis qu'un critère demande à être ajouté. Selon lui, toute personne qui se retrouve à l'urgence à la suite d'une tentative de suicide devrait faire l'objet d'une référence automatique au Suivi étroit, même si ses propos laissent croire que la crise est passée et que le risque suicidaire est désormais faible. Il semble en effet qu'après une tentative, les idées suicidaires peuvent disparaître pour revenir une à deux semaines après le retour à la maison.

#### 3.4.2 Premier contact et rencontre avec la personne référée

Lorsque l'intervenant de l'AEOR reçoit une référence, il fait un premier contact le plus rapidement possible. Comme mentionné précédemment, ce contact a pour but d'évaluer l'urgence suicidaire et d'obtenir l'accord de la personne pour le suivi. La référence est transmise ensuite à l'intervenant désigné qui prend contact à son tour avec la personne afin de fixer une première rencontre. L'ensemble du processus peut d'ailleurs être assumé par l'intervenant désigné du Suivi étroit selon le mode d'organisation.



---

L'intervenant désigné contacte la personne le plus rapidement possible. Le délai prévu de 72 heures entre le moment où la personne donne son accord pour le suivi et celui où l'intervenant désigné la contacte pour prendre rendez-vous est presque toujours respecté quel que soit le territoire. Sur plusieurs territoires, ce délai tourne plutôt autour de 24 heures. Les rares exceptions sont dues le plus souvent à une difficulté à rejoindre la personne ou parce que la référence arrive un vendredi après-midi ou la veille d'un jour férié. Dans ce dernier cas, un des deux CPS couvre l'absence de l'intervenant désigné si nécessaire.

Lorsque la personne est hospitalisée ou se trouve à l'urgence, l'intervenant du Suivi étroit se déplace pour la rencontrer. Le contact peut aussi se faire par téléphone si celle-ci est retournée chez elle. Quant aux rencontres, elles ont lieu au domicile de la personne ou dans un local du CSSS (bureau de l'intervenant ou autre), suivant la préférence de la personne référée. Un seul CSSS rapporte que les rencontres se font de préférence au bureau de l'intervenant.

L'intervalle entre le contact initial et la première rencontre est court, surtout si l'urgence suicidaire est élevée. Selon un intervenant, parmi ses objectifs, cette première rencontre a permis d'établir un lien de confiance avec la personne, de réévaluer son risque suicidaire et de vérifier la présence d'un filet de sécurité autour d'elle.

### *3.4.3 Continuité des services*

Les modes d'organisation et de fonctionnement que se sont donnés les CSSS favorisent la continuité entre le Suivi étroit et les autres services de première ou deuxième ligne.

L'ensemble des répondants considère que le transfert d'information entre l'AEOR et l'intervenant désigné du Suivi étroit se fait facilement. Les intervenants se connaissent entre eux ce qui tend à faciliter les rapports. Dans certains CSSS, l'intervenant de l'AEOR (ou l'intervenant qui réfère) envoie directement la référence à l'intervenant désigné ou au conseiller clinique. Ailleurs, le tout passe par un comité d'accès ou d'orientation auquel participent l'intervenant désigné et celui de l'AEOR. Dans presque tous les cas, l'intervenant du Suivi étroit reçoit une référence personnalisée; la personne qui réfère lui transmet de façon écrite ou verbale l'ensemble des informations et des observations nécessaires au suivi.

La personne qui ne répond pas aux critères d'admissibilité du Suivi étroit est orientée vers un autre service pouvant répondre à ses besoins. Elle fait aussi l'objet d'une référence personnalisée. Cette personne ayant des pensées suicidaires, les répondants disent vouloir éviter qu'elle se retrouve sur une liste d'attente sans aucun service.

Bien que le Suivi étroit s'étende en théorie sur environ dix rencontres, sa durée réelle fluctue en fonction de la vulnérabilité de la personne, à son ouverture à changer d'intervenant et, dans certains cas, à la capacité des services courants à la prendre en

---

charge sans délai. Des intervenants disent prolonger parfois leur suivi afin d'éviter que leur client se retrouve sur une liste d'attente.

Dans plusieurs CSSS, le Suivi étroit est intégré aux tâches d'un ou de plusieurs intervenants. La continuité des services à la fin du Suivi étroit est alors assurée par le fait que l'intervenant désigné va simplement garder la personne parmi sa clientèle (services courants ou santé mentale). S'il y a changement d'intervenant, le passage se fait à l'aide d'une référence ou d'un transfert personnalisé, en ce sens que l'intervenant désigné rencontre ou communique avec le nouvel intervenant. Dans certains cas, il peut même y avoir accompagnement si la référence se fait vers un organisme communautaire.

## GRILLE 4 : Suivi offert

CSSS	Connaissance et respect des critères d'admissibilité	Premier contact et rencontre avec la personne référée	Continuité des services
<b>CSSS de Matane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le critère de l'âge (18 ans et +) a été élargi aux 0 – 100 ans.</li> <li>Le critère se rapportant au risque suicidaire a également été modifié. Au départ, tous les risques (même faibles) étaient acceptés. Seuls les risques suicidaires évalués de moyens à élevés sont maintenant référés au Suivi étroit, mais il y a toujours des cas frontières qui laissent une large part au jugement de l'intervenant (AEO ou autre).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dès qu'il y a référence ou que la personne se présente d'elle-même, l'intervenant de l'AEO prend contact avec la personne et évalue son risque suicidaire. S'il y a lieu, il demande son consentement pour bénéficier du Suivi étroit.</li> <li>Dès que l'intervenant du Suivi étroit reçoit la référence, il téléphone à la personne ou se présente directement si elle est à l'urgence, hospitalisée ou à l'AEO. Ce premier contact sert à fixer un rendez-vous au domicile de la personne.</li> <li>Le premier contact se fait presque immédiatement ou du moins presque toujours dans la même journée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un plan d'intervention (PI) est fait si le Suivi étroit dure plus d'un mois. Cela n'exclut pas que l'intervenant fasse une évaluation sociale de la personne à l'intérieur de son intervention. Quant au plan de services individualisé (PSI), il pourrait y en avoir un au besoin.</li> <li>Si l'évaluation faite par l'AEO montre que la personne ne présente pas un risque suicidaire suffisamment élevé pour un Suivi étroit, elle est néanmoins priorisée et contactée la journée même ou dans les jours qui suivent par un intervenant. Elle ne se retrouve pas sur une liste d'attente.</li> <li>À la fin du Suivi étroit, la personne ne change pas d'intervenant, mais uniquement de programme ou de sous-programme. L'intervention se poursuit avec des objectifs et de façon moins intensive. Si la personne est référée vers un autre service (ex. : psychiatrie), les documents nécessaires sont complétés et envoyés avec la référence afin d'assurer la continuité des services.</li> </ul>

CSSS	Connaissance et respect des critères d'admissibilité	Premier contact et rencontre avec la personne référée	Continuité des services
<b>CSSS de La Matapédia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute référence entrant à l'AEO est vue par le comité d'organisation des services (COS). La conseillère clinique est présente et vérifie si la personne référée satisfait les critères d'admissibilité du Suivi étroit. Dans ce cas, le COS attribue le dossier à l'un des deux intervenants désignés.</li> <li>• Les critères ne sont pas toujours appliqués de façon serrée. Si une personne a des idées suicidaires, elle peut être suivie pour les premières semaines. L'important est de ne laisser échapper personne.</li> <li>• Le critère 18 ans et plus est étendu aux 16-17 ans avec un profil adulte.</li> <li>• Selon qu'elle répond ou non aux critères d'admissibilité, une personne avec des idées suicidaires est orientée vers le Suivi étroit ou les services de santé mentale. Dans les deux cas, c'est le même intervenant qui reçoit la référence. L'intensité peut varier ou non et les statistiques s'appliquent à deux programmes différents.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'AEO fonctionne 7 jours sur 7. Ceci permet de respecter le délai de 72 heures dans la plupart des cas. Même si une personne se présente à l'urgence la fin de semaine, elle peut donc être vue rapidement.</li> <li>• Le premier contact se fait le plus souvent par téléphone ou en personne. Si l'intervenant ne peut rejoindre la personne, il peut se présenter au domicile ou communiquer avec un proche. Plus le risque suicidaire est élevé, plus le premier contact se fait rapidement.</li> <li>• La première rencontre se fait à domicile ou au CLSC selon la préférence exprimée par la personne, l'important étant de créer un lien de confiance.</li> <li>• La première entrevue permet de réévaluer la personne au niveau du risque suicidaire, de vérifier la présence d'un filet de sécurité et de mécanismes de protection, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'orientation est donnée, mais un travail reste à faire pour que toutes les personnes référées au Suivi étroit fassent l'objet d'un PI. Les plans de services individualisés (PSI) sont moins fréquents.</li> <li>• Le passage du Suivi étroit vers les services de santé mentale de base se fait de façon naturelle puisque c'est le même intervenant qui continue le suivi. Il peut aussi accompagner la personne s'il y a référence vers le communautaire.</li> <li>• La présence d'un médecin de famille facilite la continuité des services lorsqu'il y a un besoin de support médical.</li> </ul>
<b>CSSS de La Mitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les critères apparaissent pertinents.</li> <li>• La notion de risque suicidaire élevé a dû être clarifiée. Ce risque est évalué en regardant la globalité de la situation, le contexte et la présence des principaux facteurs de risque.</li> <li>• Le critère de l'âge demande à être étendu aux jeunes, surtout s'ils ont un profil adulte. Il y a également un lien à faire avec le soutien à domicile pour la clientèle des 65 ans et plus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervenant de l'AEO reçoit la référence ou la personne. Par téléphone ou en face à face, il fait l'accueil et procède à l'évaluation. S'il y a lieu, il oriente le cas vers le Suivi étroit. Sa décision est validée par la coordonnatrice clinique.</li> <li>• Dès qu'il reçoit la demande, l'intervenant désigné téléphone à la personne afin de fixer un premier rendez-vous. Plus l'urgence est élevée, plus la rencontre est rapprochée.</li> <li>• Les références/demandes pour risque suicidaire sont traitées en priorité, ce qui explique que le délai de 72 heures est toujours respecté.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un PI est fait pour chaque client du Suivi étroit, sauf pour les cas où le suivi est de courte durée. Le PSI n'est pas utilisé jusqu'à maintenant.</li> <li>• À la fin du Suivi étroit, la personne est référée vers les services réguliers. Il va y avoir discussion clinique à l'interne avec l'intervenant qui va prendre le dossier. Il y a cependant des listes d'attente qui peuvent retarder la prise en charge. C'est une situation qui amène l'intervenante désignée à garder parfois une personne encore vulnérable un peu plus longtemps dans le Suivi étroit.</li> <li>• Les références vers un organisme communautaire se font par téléphone. Au besoin, la personne peut être accompagnée.</li> <li>• La continuité des services est assurée à la fois par l'intervenant désigné et par la coordonnatrice clinique.</li> </ul>

CSSS	Connaissance et respect des critères d'admissibilité	Premier contact et rencontre avec la personne référée	Continuité des services
<b>CSSS de Rimouski-Neigette</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessité d'améliorer la notion de risque suicidaire. Il faut prendre en compte la présence des facteurs de risque et de l'accumulation des événements susceptibles d'avoir un effet négatif sur la personne, et ce, même si celle-ci minimise ses idées suicidaires. Il ne faut pas seulement évaluer le risque suicidaire, mais faire une analyse approfondie de la situation.</li> <li>Plusieurs jeunes auraient aussi besoin du Suivi étroit. Le critère de l'âge (18 ans et plus) doit être questionné.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dès que l'intervenant désigné du CPSIC-BSL reçoit la référence, un premier contact est fait par téléphone ou en face à face si la personne est hospitalisée ou à l'urgence.</li> <li>Le délai de 72 heures entre le moment où la personne donne son accord pour le suivi et celui où l'intervenante désignée fait le premier contact est toujours respecté (moyenne de 21 heures pour un premier contact). Ce qui retarde parfois, c'est que la personne ne répond pas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'entente entre le CSSS de Rimouski-Neigette et le CPSIC-BSL prévoit qu'un plan d'intervention (PI) soit fait pour les clients inscrits au Suivi étroit. L'habitude de faire un PI fait aussi partie de la culture du CPSIC-BSL.</li> <li>Le PSI est à développer, l'intervenante désignée du CPSIC-BSL ayant déjà beaucoup de contacts avec les intervenants et les psychiatres du CSSS.</li> <li>À la fin du Suivi et si la personne se sent à l'aise pour un changement d'intervenant, l'intervenante désignée va faire une référence vers les services réguliers du CSSS (CLSC). Des échanges entre l'intervenante et celle du CSSS assurent la continuité des services. Au besoin, l'intervenant pourra accompagner la personne (transfert personnalisé). Une référence peut aussi être faite vers un organisme communautaire.</li> <li>Si une personne ne répond pas aux critères du Suivi étroit, mais présente néanmoins des idées suicidaires, l'intervenante désignée la réfère vers un service pouvant répondre à ses besoins. Elle s'assure que la personne ne se retrouve pas devant rien ou sur une liste d'attente.</li> </ul>

CSSS	Connaissance et respect des critères d'admissibilité	Premier contact et rencontre avec la personne référée	Continuité des services
<b>CSSS des Basques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les critères d'admissibilité sont connus et respectés.</li> <li>Les 16–17 ans avec un profil adulte sont aussi considérés.</li> <li>Certaines situations demeurent ambiguës en ce sens que divers éléments vécus viennent aggraver le risque suicidaire (séparation, idées suicidaires antérieures, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Règle générale, tous les cas passent par l'AEO qui valide si la personne est admissible au Suivi étroit. Si c'est le cas et que la personne donne son consentement pour le Suivi, la référence est envoyée à l'intervenant désigné.</li> <li>Le premier contact se fait toujours par téléphone, suivi d'une entrevue au domicile de la personne ou dans le bureau de l'intervenant.</li> <li>Le délai de 72 heures entre le moment où la personne donne son accord pour le suivi et celui où l'intervenante désignée fait le premier contact est toujours respecté.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les usagers du Suivi étroit font l'objet d'un plan d'intervention pourvu que le suivi ne soit pas limité à une ou deux rencontres. Il pourrait y avoir un PSI au besoin.</li> <li>Comme l'équipe est petite, lorsque le suivi est terminé, l'intervenant parle avec les membres de son équipe pour garder, le cas échéant, la personne dans les services courants. L'intervenant peut demeurer le même, mais le programme change.</li> <li>Une personne référée qui ne répond pas aux critères d'admissibilité va être vue au sein de l'équipe (services courants), à moins qu'elle ne soit référée à une autre équipe (ex. : psychologie). Mais si un lien a déjà été créé avec l'intervenant désigné, celui-ci le garde dans sa clientèle (services courants). Dans tous les cas, la continuité est maintenue.</li> </ul>
<b>CSSS de Rivière-du-Loup</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les critères d'admissibilité sont connus et jugés pertinents. Le critère 18 ans et plus est étendu à un jeune qui a 17 ans et présente un profil adulte.</li> <li>Un critère serait à ajouter. Toute personne qui se retrouve à l'urgence à la suite d'une tentative de suicide devrait faire l'objet d'une référence automatique pour le Suivi étroit. Après une tentative, les idées suicidaires peuvent disparaître pour revenir une ou deux semaines plus tard après le retour à la maison.</li> <li>Toutes les demandes qui arrivent à l'AEO sont évaluées par le comité d'accès et de priorisation.</li> <li>Si une personne référée au Suivi étroit ne correspond pas aux critères d'admissibilité, elle est réorientée vers un autre service via le comité d'accès et de priorisation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lorsqu'elle reçoit une référence papier ou par téléphone de l'AEO, l'intervenante désignée téléphone à la personne afin de fixer une première rencontre. En général, cet appel se fait dans la même journée que la réception de la référence.</li> <li>Si la référence arrive alors que la personne est à l'urgence ou sur le département de psychiatrie, l'intervenante se déplace pour rencontrer la personne en face à face. Dans le cas où cette dernière est hospitalisée, l'intervenante peut faire jusqu'à trois rencontres avant qu'elle ne parte et retourne chez elle.</li> <li>Les rencontres se font au bureau de l'intervenante. Le budget alloué ne permet pas de se déplacer à domicile, sauf en de rares occasions.</li> <li>Le délai de 72 heures entre le moment où la personne donne son accord pour le suivi et celui où l'intervenante désignée fait le premier contact est respecté. L'AEOR peut tarder à transmettre la référence dans les cas où elle est déjà débordée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les usagers du Suivi étroit font tous l'objet d'un plan d'intervention (PI). Aucun plan de services individualisé (PSI) n'est produit.</li> <li>Au départ du suivi, la continuité des services est assurée par les références personnalisées que fait l'intervenante désignée. Elle vient présenter le dossier aux membres du comité d'accès et de priorisation. Si la personne est référée vers les services réguliers du CSSS, l'intervenante désignée va rencontrer le nouvel intervenant pour le transfert du dossier. S'il y a référence vers le communautaire, l'intervenante va accompagner la personne pour la présenter à la ressource.</li> <li>Les personnes transférées vers les services courants sont priorisées. Il y a toutefois un risque que la personne refuse le changement d'intervenant.</li> <li>Un à trois mois après avoir référé un cas, l'intervenante désignée fait une relance auprès de l'intervenant ou de la personne pour vérifier si tout va bien.</li> </ul>

CSSS	Connaissance et respect des critères d'admissibilité	Premier contact et rencontre avec la personne référée	Continuité des services
<b>CSSS de Témiscouata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les critères apparaissent pertinents.</li> <li>• La grille de risque suicidaire permet d'évaluer le niveau de risque.</li> <li>• Il y a toutefois une confusion sur l'approche à adopter avec les troubles de personnalité limite lorsqu'ils présentent un risque élevé de suicide. Comme cette clientèle est souvent déjà connue des services, doit-on intervenir rapidement via le Suivi étroit ou laisser le suivi régulier suivre son cours? Il y a nécessité de clarifier la démarche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervenante désignée fait le premier contact. Il se fait en face à face lorsque la personne se présente à l'urgence. Si la personne est repartie ou qu'il s'agit d'une référence reçue (AEO, médecin), le premier contact se fait par téléphone le plus tôt possible (24-48 heures au maximum).</li> <li>• Ce premier contact sert surtout à fixer un rendez-vous, lequel peut se faire au domicile de la personne ou dans un local du CSSS (au choix de la personne).</li> <li>• Dans la plupart des cas, le délai de 72 heures est respecté. Si la référence ou l'appel arrive le vendredi après-midi ou soir, le délai peut être plus long puisque l'intervenante désignée ne travaille pas la fin de semaine. Le centre de crise (CPS du KRTB) couvre toutefois cette période de temps.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervenante désignée fait un PI de façon systématique pour chaque client du Suivi étroit (à la 3<sup>e</sup> ou la 4<sup>e</sup> rencontre).</li> <li>• Le PSI est fait s'il y a plusieurs acteurs impliqués dans le cas. Les objectifs doivent être à court terme et réalisables, tout comme pour le PI.</li> <li>• À la fin du Suivi étroit, l'intervenante désignée contacte l'accueil psychosocial et participe à la rencontre d'assignation de dossiers (aux 2 semaines). C'est elle qui vérifie si la prise en charge a bien eu lieu.</li> <li>• Des références faites en cours de suivi sont parfois refusées, les services courants préférant alors que le Suivi étroit soit terminé avant d'entreprendre une action auprès de la personne ou de ses proches (éviter de multiplier les intervenants autour de celle-ci).</li> <li>• Les références en externe vers les organismes communautaires sont faites par téléphone. L'intervenant désigné peut accompagner la personne.</li> </ul>
<b>CSSS de Kamouraska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les critères d'admissibilité sont connus et jugés pertinents. Les intervenants ont encore de la difficulté à évaluer correctement le risque suicidaire (élevé, modéré, faible), ce qui peut les amener à référer au Suivi étroit des personnes qui présentent un risque suicidaire moyen ou faible. Le fait que ce soit la même équipe qui assume le Suivi étroit et les services généraux entretient cette confusion.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le premier contact se fait par un appel téléphonique afin de prendre rendez-vous, et ce, dans presque tous les cas. Les rares exceptions viennent que si la personne se présente elle-même à l'accueil social, alors le premier contact se fait directement en face à face.</li> <li>• Le délai de 72 heures entre le consentement de la personne pour le Suivi et la rencontre d'évaluation et d'admissibilité est presque toujours respecté. Lorsqu'il ne l'est pas, c'est que la personne n'est pas disponible pour rencontrer l'intervenant aussi rapidement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les clients du Suivi étroit ne font pas l'objet d'un plan d'intervention (PI). La personne est en détresse, dans la souffrance, et peu disponible pour se fixer des objectifs de travail. Le PI est plutôt fait lorsque la personne transfère vers les services courants. Un plan de services individualisé (PSI) pourrait être fait si pertinent.</li> <li>• Règle générale, les personnes qui ne présentent pas un risque élevé sont référées aux services réguliers où elles sont priorisées puisqu'il y a néanmoins risque suicidaire.</li> <li>• À la fin du Suivi étroit, le transfert vers les services courants se fait naturellement puisque l'intervenant demeure le même, seule l'intensité change. Si la personne est référée vers un autre service ou organisme, l'intervenant s'assure de la continuité des services (demeure présent jusqu'à ce que la personne ait un rendez-vous de fixé).</li> </ul>

---

### 3.5 La formation (grille 5)

Il y a relativement peu à dire sur la formation offerte en regard du Suivi étroit, en ce sens qu'il y a un consensus parmi les gestionnaires et les intervenants désignés pour ce qui est de la pertinence et de l'intérêt de celle-ci. Cette satisfaction des répondants porte autant sur la formation de quatre jours sur le Suivi étroit que sur celle de trois jours offerte par le CPSIC-BSL et intitulée *Intervenir en situation de crise suicidaire*.

Aucun commentaire négatif n'est ressorti des entrevues en ce qui a trait aux deux formations offertes. Tout au plus, on peut mentionner que dans de rares cas, la formation est arrivée trop tard ou trop tôt pour certains intervenants et qu'en général, peu de médecins y ont participé (malgré l'invitation). Dans un CSSS, un répondant fait remarquer que la formation sur le Suivi étroit aurait dû être offerte également aux intervenants de l'AEOR.

Pour ce qu'on pourrait appeler les besoins non comblés jusqu'à maintenant, les intervenants rencontrés font valoir la nécessité de mettre en place une journée récurrente (par exemple, annuelle) de ressourcement qui viendrait compléter la formation reçue. Réservée aux intervenants désignés, cette journée serait axée sur l'échange d'information, les discussions de cas, le support et le partage du vécu.

Quelques intervenants rapportent également un besoin pour ce qui est de l'intervention auprès des hommes, des troubles de personnalité limite et des personnes présentant des problèmes de toxicomanie ou de comorbidité.



## GRILLE 5 : La formation

CSSS	Formation donnée en regard du Suivi étroit	Satisfaction par rapport à la formation reçue	Besoins non comblés en matière de formation
<b>CSSS de Matane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le conseiller clinique a participé à une journée et demie de la formation <i>Intervenir en situation de crise suicidaire</i>.</li> <li>L'ensemble des intervenants (± 21) a participé à une formation sur le Suivi étroit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formations jugées très intéressantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilité d'une mise à jour ou d'un suivi à la formation reçue autant pour rafraîchir les connaissances déjà acquises que pour former les nouveaux intervenants.</li> </ul>
<b>CSSS de La Matapédia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La formation de trois jours sur <i>Intervenir en situation de crise suicidaire</i> a été suivie il y a longtemps.</li> <li>La formation de quatre jours sur le Suivi étroit a été donnée aux intervenants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les intervenants étaient satisfaits à leur retour de formation. Ils trouvaient cette formation pertinente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La formation a suscité beaucoup de discussions entre les intervenants, surtout sur comment s'en approprier le contenu. Il faudrait prévoir une à deux rencontres annuelles afin de peaufiner, clarifier les rôles et responsabilités, discuter des interventions et des difficultés rencontrées.</li> <li>Il y aurait lieu également de préciser les approches en regard de certaines problématiques : dépression, troubles de personnalité, dépendance, comorbidité.</li> <li>Peut-être la formation de base devrait-elle se donner aux deux ans afin de tenir compte de la mobilité du personnel (changement d'intervenants)?</li> </ul>
<b>CSSS de La Mitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La formation de quatre jours sur le Suivi étroit a été donnée. Elle a touché les intervenants ainsi que des infirmières de la clinique de santé.</li> <li>Formation de trois jours <i>Intervenir en situation de crise suicidaire</i>.</li> <li>Seuls quelques médecins ont assisté à la formation d'où l'intérêt de prévoir une relance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La formation de quatre jours est très pertinente. Elle aurait dû être offerte également aux intervenants de l'AEO puisqu'ils sont parties prenantes du processus.</li> <li>La formation du CPSIC-BSL est jugée très importante et appropriée. Elle est vue comme un point de départ avant même de recevoir la formation spécifique au Suivi étroit (4 jours).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une journée de sensibilisation pour les gestionnaires qui servirait de rappel au niveau du programme et des outils utilisés.</li> <li>Une journée de rencontre pour les intervenants du Suivi étroit au cours de laquelle ils pourraient échanger et recevoir de l'information (partage d'outils et d'informations, « débriefing », stress de compassion, nécessité de se protéger).</li> <li>Une formation sur la loi P-38 serait intéressante.</li> </ul>
<b>CSSS de Rimouski-Neigette</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La formation de quatre jours sur le Suivi étroit.</li> <li>La formation de trois jours <i>Intervenir en situation de crise suicidaire</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La formation de quatre jours sur le Suivi étroit a permis de recevoir des suggestions d'outils de travail intéressants : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Elle ne va cependant pas assez loin compte tenu de l'expertise déjà acquise au sein du CPSIC-BSL.</li> <li>↳ Elle pourrait inclure des analyses de cas un peu plus cliniques.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les besoins de formation portent sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ les structures de personnalité plus difficile à gérer,</li> <li>↳ la comorbidité,</li> <li>↳ les approches orientées vers les solutions (travailler l'espoir).</li> </ul> </li> <li>Journée d'échange entre les gestionnaires du Suivi étroit.</li> </ul>

CSSS	Formation donnée en regard du Suivi étroit	Satisfaction par rapport à la formation reçue	Besoins non comblés en matière de formation
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Journée de partage et de ressourcement avec les autres intervenants faisant du Suivi étroit.</li> </ul>
<b>CSSS des Basques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La formation de quatre jours sur le Suivi étroit.</li> <li>• La formation de trois jours <i>Intervenir en situation de crise suicidaire</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La formation sur le Suivi étroit a été très appréciée, mais elle est arrivée très tard, près d'un an après l'implantation du service. Le CSSS des Basques a en effet été le premier à implanter ce service. L'intervenante désignée a dû attendre que les autres CSSS soient prêts à recevoir la formation.</li> <li>• Cette formation a permis de recevoir du matériel de travail (instruments de suivi ou de collecte d'information) et de rafraîchir les connaissances acquises en 2001-2002 sur l'intervention de crise.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Journée de rencontre et d'échange avec les autres intervenants faisant du Suivi étroit : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ suivis de formation,</li> <li>↳ discussions de cas,</li> <li>↳ support clinique,</li> <li>↳ partage du vécu.</li> </ul> </li> <li>• Petites formations pour les équipes médicales données au niveau local par des médecins.</li> </ul>
<b>CSSS de Rivière-du-Loup</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation de quatre jours sur le Suivi étroit : trois intervenantes ont reçu la formation.</li> <li>• La formation de trois jours <i>Intervenir en situation de crise suicidaire</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La formation de base est très satisfaisante. Elle permet de faire le plein d'outils et donne le goût d'essayer les approches enseignées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une formation est prévue sur les troubles de personnalité limite afin d'apprendre à composer avec cette clientèle connue pour ses idéations suicidaires et sa surutilisation des services.</li> <li>• Besoin de support clinique pour d'autres clientèles ou problématiques : hommes, toxicomanie, violence.</li> <li>• Les médecins participent peu aux formations sur le Suivi étroit.</li> </ul>
<b>CSSS de Témiscouata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au moment des entrevues, l'intervenante désignée n'avait pas reçu la formation de quatre jours sur le Suivi étroit. Une ressource de l'ASSS-BSL lui a toutefois fait un résumé du contenu de cette formation.</li> <li>• Une formation en intervention de crise (3 jours).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La rencontre a été profitable à l'intervenante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervenante désignée devrait s'inscrire à la prochaine session de quatre jours sur le Suivi étroit.</li> <li>• Besoin de développer des habiletés en regard de l'intervention auprès des troubles de personnalité limite, des toxicomanes et de la comorbidité (dépression).</li> </ul>
<b>CSSS de Kamouraska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation de trois jours <i>Intervenir en situation de crise suicidaire</i>.</li> <li>• Les deux intervenantes désignées ont reçu la formation de quatre jours sur le Suivi étroit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les deux formations sur l'intervention de crise et le Suivi étroit ont été très appréciées pour l'information donnée, les outils fournis et les mises en situation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoin exprimé d'une journée de ressourcement et d'échange entre les intervenants du Suivi étroit.</li> </ul>

---

### 3.6 Croyances et perceptions (grille 6)

La grille 6 présente une synthèse sur la façon dont les répondants perçoivent le Suivi étroit, à savoir sa pertinence et son utilité, les ressources allouées en fonction de l'importance perçue du mandat et pour finir, la plus-value apportée par le Suivi étroit dans la pratique quotidienne des intervenants.

#### 3.6.1 *Les objectifs, la pertinence et l'utilité*

Parmi les répondants, nul ne remet en doute les objectifs, la pertinence et l'utilité du Suivi étroit. De plus, les propos recueillis permettent de croire que cette unanimité s'étend aux médecins et à l'ensemble des intervenants à qui l'on a expliqué ce qu'est le Suivi étroit.

Ce service répond à un besoin d'intervenir de façon efficace auprès de la clientèle à risque suicidaire élevé. Les médecins qui réfèrent semblent apprécier la rapidité et l'intensité de la prise en charge. On note toutefois qu'il persiste une confusion parmi les médecins ou les intervenants susceptibles de référer entre les objectifs du Suivi étroit et les rôles et mandats de l'un ou l'autre des deux CPS. Les CSSS du secteur Ouest rapportent par ailleurs recevoir peu ou aucune référence de ces deux organismes. Il est noté cependant que des personnes qui se présentent par elles-mêmes à l'AEOR soient en fait envoyées par un CPS.

#### 3.6.2 *Les ressources allouées et le mandat*

Les gestionnaires rencontrés disent avoir dû composer avec le montant alloué par l'Agence. Celui-ci est souvent jugé insuffisant d'où l'obligation pour les établissements de compléter le financement du service à même leur budget, ce qui vient accroître le déficit de certains CSSS.

Les principales critiques mentionnées en rapport au financement reçu sont les suivantes :

- Le montant est déterminé en fonction d'un nombre attendu de cas et ne tient pas compte du développement futur du service et des réalités cliniques.
- Le montant alloué ne couvre pas les frais de déplacement pour les rencontres à domicile (étendue du territoire à couvrir).
- Chaque CSSS a dû adopter un mode d'organisation afin de rendre le Suivi étroit accessible du lundi au vendredi afin de pouvoir répondre rapidement aux demandes lorsqu'elles arrivent à l'AEOR.
- Dans plusieurs CSSS, le Suivi étroit est intégré aux tâches d'un ou plusieurs intervenants désignés. Lorsqu'une de ces personnes se déplace dans le cadre du Suivi étroit (formation, rencontre), elle le fait en partie au détriment des autres services dont elle relève également.

---

En conclusion, aucun gestionnaire ne remet en question l'estimation faite du nombre de cas attendu pour le Suivi étroit, mais ils considèrent que des aspects ou des contraintes viennent en augmenter les coûts.

### *3.6.3 L'apport du Suivi étroit dans la pratique des intervenants*

L'apport du Suivi étroit dans la pratique des intervenants découle en grande partie du mode d'organisation du service. Outre le développement de l'expertise par rapport à la clientèle suicidaire, les intervenants rencontrés disent apprécier l'intensité de l'intervention que permet le Suivi étroit.

Autre aspect positif, le Suivi étroit amène les intervenants désignés à travailler de façon étroite avec les autres intervenants qu'il s'agisse de ceux de l'AEOR, des services courants, de l'urgence, des psychiatres ou des médecins en pratique privée. Il ressort de leurs commentaires que le Suivi étroit ne peut se pratiquer en silo, ne serait-ce que pour assurer la continuité de services après le suivi. Ces liens tissés avec les autres services ainsi qu'avec les membres de leur équipe (le cas échéant) constituent en outre une source de soutien et d'écoute pour les intervenants désignés, ce qui demeure un facteur de protection contre l'intensité de la tâche.

Le Suivi étroit permet enfin de libérer les intervenants des services courants (ou de santé mentale) d'une partie des urgences suicidaires, ce qui dégage du temps pour les autres clientèles et contribue par le fait même à diminuer les listes d'attente.

Au cours des entrevues, les répondants n'ont pas rapporté d'aspects négatifs à la mise en œuvre du Suivi étroit, bien que son implantation ait pu susciter quelques insécurités au début. Lorsque ce service relève de la responsabilité d'un intervenant des services courants (ou de santé mentale), il peut tout au plus obliger ce dernier à prioriser rapidement d'autres clients pour s'occuper de l'urgence suicidaire. Dans la MRC des Basques, l'intervenante désignée informe d'ailleurs ses nouveaux clients du fait qu'elle assure le Suivi étroit et qu'elle peut donc être appelée n'importe quand pour une urgence.

## GRILLE 6 : Croyances et perceptions

CSSS	Croyance dans les objectifs, la pertinence et l'utilité du Suivi étroit	Adéquation entre les ressources allouées et le mandat	Le Suivi étroit dans la pratique quotidienne des intervenants
<b>CSSS de Matane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les intervenants et les médecins à qui le Suivi étroit est expliqué y croient. Le roulement de personnel, les difficultés de recrutement et de remplacement à l'urgence viennent interférer sur la connaissance du service.</li> <li>La connaissance des critères ne suffit pas. Il est évident que le personnel de l'urgence échappe des personnes susceptibles d'être référées au Suivi étroit. Convaincues de l'importance du service, les infirmières de l'urgence aimeraient avoir un travailleur social présent 24 h/24 pour s'occuper de ces cas.</li> <li>En réponse à cette demande, le CSSS prévoit rapprocher les services de l'AEO de l'urgence, ce qui pourrait permettre un meilleur support.</li> <li>Les médecins en pratique privée n'ont pas à connaître le Suivi étroit. Il revient au CSSS (AEO) d'orienter leurs références vers le bon service en fonction du risque suicidaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le montant alloué est vu comme insuffisant : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Il ne couvre qu'une journée par semaine, ce qui est peu pour un service aussi important.</li> <li>↳ Il ne tient pas compte des besoins futurs : plus le service va être connu, plus la demande va augmenter.</li> <li>↳ Il repose sur un nombre prévu de suivis par année qui ne tient pas compte des réalités cliniques.</li> <li>↳ Le manque à gagner est compensé par les CSSS, ce qui ajoute à leur déficit.</li> </ul> </li> <li>Cette situation n'est pas unique au Suivi étroit, mais s'applique aussi à d'autres programmes ou services.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'arrivée du Suivi étroit représente un plus dans la pratique quotidienne puisqu'il permet de systématiser une nouvelle approche avec plus d'intensité et peut-être plus de résultats positifs.</li> <li>Le côté négatif est que le Suivi étroit amène à tasser d'autres clientèles afin d'offrir une intensité dans l'intervention. Il contribue donc à augmenter les listes d'attente.</li> <li>Aucun intervenant ne travaille en silo. Des rencontres ont lieu surtout en santé mentale adulte tous les mercredis matin, afin de permettre un échange sur les dossiers en cours.</li> </ul>
<b>CSSS de La Matapédia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Suivi étroit était attendu des intervenants. Ils le percevaient comme venant faciliter leur travail pour le suivi de la clientèle à risque suicidaire élevé. Tous croyaient en sa pertinence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le CSSS a composé avec le financement reçu. Il était difficile de former un seul intervenant qui prendrait tous les cas de Suivi étroit, surtout que le territoire à couvrir est immense.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Suivi étroit a été intégré aux tâches de l'ensemble des intervenants en place (aucun ajout de personnel). Ce mode d'organisation représente une nécessité pour couvrir de façon efficace un territoire très étendu (rencontres à domicile).</li> <li>L'intervention rapide auprès des personnes à risque suicidaire faisait déjà partie des tâches des intervenants, bien avant le Suivi étroit. Ce que ce dernier apporte, c'est un cadre d'intervention avec des critères, des responsabilités et des rôles précis.</li> </ul>

CSSS	Croyance dans les objectifs, la pertinence et l'utilité du Suivi étroit	Adéquation entre les ressources allouées et le mandat	Le Suivi étroit dans la pratique quotidienne des intervenants
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Les rencontres d'équipes et la présence d'une conseillère clinique protègent contre le travail en silo, ce qui n'enlève pas l'utilité d'avoir une rencontre régionale par année afin de se recentrer sur les éléments du Suivi étroit.</li> </ul>
<b>CSSS de La Mitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il y avait une volonté générale de mettre en place ce service pour les personnes à risque suicidaire élevé. Les discussions portaient plus sur les mécanismes de référence, de prise en charge, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le financement d'une demi-journée/semaine est insuffisant. Il y a une sous-évaluation de la demande qui peut représenter dans des périodes de pointe d'un à dix jours de travail par semaine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les deux intervenantes désignées travaillent au sein de l'équipe santé mentale. Le Suivi étroit est intégré à leurs fonctions. Elles se répartissent les cas selon leur disponibilité et leur champ d'expertise : l'une est travailleuse sociale et l'autre infirmière.</li> <li>Les deux intervenantes s'entraident et participent aux discussions de cas (cliniques) avec les autres membres de l'équipe santé mentale. En cas de besoin, elles vont chercher l'expertise du CPSIC-BSL.</li> <li>Le peu de temps alloué pour le Suivi étroit oblige parfois un des deux intervenants à « tasser » un client qui consulte en santé mentale afin de prendre l'urgence.</li> </ul>
<b>CSSS de Rimouski-Neigette</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les partenaires du CSSS et du CPSIC-BSL semblent croire dans la pertinence et l'utilité du Suivi étroit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Du point de vue du CPSIC-BSL, l'entente renégociée avec le CSSS est satisfaisante en regard du mandat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'intervenante désignée du CPSIC-BSL ne fait que du Suivi étroit (5 jours/semaine). Elle considère que ce service est un plus pour la continuité des services. Il permet d'offrir une intensité dans l'intervention et de rencontrer les gens dans leur milieu.</li> <li>L'intervenante travaille en lien étroit avec l'accueil social, l'infirmière de liaison et la clinique externe de psychiatrie (CSSS).</li> </ul>
<b>CSSS des Basques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alors que le CPSIC-BSL et le CPS du KRTB devraient être des partenaires importants pour le Suivi étroit, le CSSS des Basques ne reçoit aucune référence provenant de ces deux organismes. Il se peut toutefois que des personnes qui appellent ou se présentent à l'accueil social ne mentionnent pas quel organisme leur a dit de le faire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le financement du service à raison d'une demi-journée par semaine semble adéquat compte tenu du nombre de cas potentiels.</li> <li>Le financement devrait considérer le temps pris pour l'implantation et la formation. Le travail d'implantation est en effet le même quelle que soit l'importance de l'équipe en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'intervenante désignée œuvre au sein de l'équipe adulte santé mentale, laquelle comprend également les services psychosociaux généraux. Par l'intensité de ses interventions, le Suivi étroit peut l'amener à « tasser » d'autres clients faute de temps. Lorsqu'elle prend un nouveau dossier régulier en santé</li> </ul>

CSSS	Croyance dans les objectifs, la pertinence et l'utilité du Suivi étroit	Adéquation entre les ressources allouées et le mandat	Le Suivi étroit dans la pratique quotidienne des intervenants
	<ul style="list-style-type: none"> <li>La collaboration des médecins est acquise. Le fait que le milieu soit petit a facilité la mobilisation des différents acteurs. Il importait pour eux que le Suivi étroit ne vienne pas alourdir leur tâche au regard des références.</li> </ul>	<p>place. Si l'intervenante désignée part pour la formation de quatre jours, elle empiète obligatoirement sur ses heures dans les autres programmes, ce qui revient onéreux pour un petit CSSS.</p>	<p>mentale ou en services psychosociaux généraux, elle trouve donc important d'avertir la personne qu'elle assume aussi le suivi étroit et qu'elle peut être appelée n'importe quand pour une urgence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'intégration du Suivi étroit à l'ensemble de ses tâches protège l'intervenante désignée contre le travail en silo. Elle demeure en tout temps en contact avec les membres de son équipe et peut s'y référer.</li> </ul>
<b>CSSS de Rivière-du-Loup</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Au moment de l'implantation, les médecins faisaient déjà affaire avec le CPS du KRTB. Le Suivi étroit était donc perçu comme une duplication d'un service existant d'où un questionnement de la pertinence. Maintenant qu'ils connaissent mieux le Suivi étroit, ils apprécient l'intensité de l'intervention dont profitent leurs clients.</li> <li>Les perceptions étaient très positives parmi les intervenants en santé mentale.</li> <li>Le CPS du KRTB ne réfère pas au Suivi étroit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les ressources financières allouées sont insuffisantes pour aller à domicile. Il n'y a pas de budget de transport. À quelques exceptions près, les rencontres se font dans les locaux du CSSS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La prise en charge par le Suivi étroit des urgences suicidaires contribue à alléger les listes d'attente de première ligne et deuxième ligne.</li> <li>La localisation au CH de l'intervenante désignée favorise les liens avec les autres services (urgence, psychiatrie) et le support des gestionnaires. Elle l'isole par contre de son équipe santé mentale adulte (1<sup>re</sup> ligne) et du soutien que ses membres pourraient lui apporter.</li> <li>Le fait d'occuper un autre poste à l'urgence (3 jours/semaine) implique que l'intervenante désignée doit parfois s'occuper d'un cas urgent, même si elle est en entrevue avec une personne du Suivi étroit.</li> </ul>
<b>CSSS de Témiscouata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les intervenants qui faisaient déjà de l'intervention auprès de la clientèle suicidaire se sont sentis « tassés » par le Suivi étroit. Certains l'ont ressenti comme un jugement sur la qualité de leurs interventions. Après plusieurs rencontres et discussions, ces derniers sont maintenant convaincus de la pertinence du Suivi étroit.</li> <li>La formation, les rencontres d'équipes et les discussions de cas facilitent une même compréhension de la nature du service, de même que des rôles et responsabilités qui s'y rapportent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le financement alloué pour le Suivi étroit correspond à un poste deux jours/semaine. La nécessité d'assurer une plus grande disponibilité a entraîné une réorganisation des services afin d'ouvrir un poste de cinq jours/semaine. Il y a un remplacement lorsque l'intervenante désignée est absente.</li> <li>Besoin d'une supervision qui viendrait de l'extérieur et qui serait disponible pour supporter l'intervenante désignée lorsqu'une situation particulière arrive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sur ce territoire, il n'y a qu'une seule intervenante désignée pour le Suivi étroit. Le support que la gestionnaire peut lui apporter au quotidien demeure limité.</li> <li>La localisation de l'intervenante désignée au CH, plutôt qu'au CLSC, accroît le sentiment d'isolement : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ faible support au quotidien de son équipe santé mentale adulte,</li> <li>↳ seule intervenante psychosociale au CH.</li> </ul> </li> </ul>

CSSS	Croyance dans les objectifs, la pertinence et l'utilité du Suivi étroit	Adéquation entre les ressources allouées et le mandat	Le Suivi étroit dans la pratique quotidienne des intervenants
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins et autres partenaires se sont rapidement mobilisés en faveur du Suivi étroit, dont ils reconnaissent d'emblée qu'il répondait à un besoin.</li> <li>• Il y a un questionnement sur le fait que le CPS du KRTB ne réfère pas.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au début, les intervenants confondaient le Suivi étroit avec la problématique du suicide. Le cadre de référence a permis de préciser et faire connaître les balises propres au nouveau service.</li> <li>• Un intervenant qui se retrouve avec une P-38 ne réfère donc pas le cas au Suivi étroit. Il gère celui-ci comme prescrit, puis assure le suivi.</li> </ul>
<b>CSSS de Kamouraska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout le monde y croit. La rapidité de la prise en charge sécurise non seulement la personne, mais aussi l'intervenant et le médecin référent.</li> <li>• Les autres membres des équipes services psychosociaux courants et santé mentale adulte collaborent au Suivi étroit, en prenant une référence lorsque les deux intervenantes désignées sont débordées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le financement accordé pour le Suivi étroit correspond à un équivalent de deux jours, ce qui a demandé un ajustement au CSSS afin de couvrir l'ensemble de la semaine. Ce financement semble adéquat à l'heure actuelle compte tenu de la demande.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les deux intervenantes désignées ont intégré le Suivi étroit dans l'ensemble de leurs fonctions (services psychosociaux courants et santé mentale adulte). Le tout s'est fait sur une base volontaire et est vu comme une force au plan de la continuité des services.</li> <li>• À l'interne, les deux intervenantes se supportent et travaillent en collaboration avec les autres membres de l'équipe. Ce mode d'organisation est perçu comme une protection contre la lourdeur de la tâche et le travail en silo.</li> <li>• À l'externe, il est possible de se mettre en lien avec le médecin référent ou la deuxième ligne.</li> </ul>



---

### 3.7 Clarté des paramètres liés au Suivi étroit (grille 7)

La compréhension et le respect des facteurs d'admissibilité ayant déjà été traités à l'intérieur du point 3.4 (grille 4), il s'agit ici de vérifier en premier lieu s'il y a une incompréhension de ce qu'est le Suivi étroit par rapport aux rôles et aux mandats des autres acteurs travaillant auprès de la clientèle suicidaire. Le deuxième point porte sur la clarté des scénarios qui conduisent au Suivi étroit. Ces derniers sont-ils bien compris par tous et dans quelles mesures sont-ils respectés?

#### 3.7.1 Clarté des rôles et des mandats

Au moment des entrevues, il n'existait plus d'ambiguïtés à l'interne (CSSS) sur la nature du Suivi étroit ainsi que sur la place qu'il occupe dans l'offre de service aux personnes à risque suicidaire. L'information donnée par les gestionnaires avait permis de préciser les rôles et mandats de l'intervenant désigné et de l'AEOR.

Quelques éléments étaient toutefois mentionnés par les répondants comme demandant à être clarifiés :

- Dans le secteur Ouest de la région, une distinction s'avérait nécessaire entre les objectifs poursuivis par le Suivi étroit et les rôles ou les mandats du CPS du KRTB. Aux dires des répondants, des médecins réfèrent encore leurs clients suicidaires au CPS plutôt qu'à l'AEOR (porte d'entrée du Suivi étroit).
- Le travail de l'intervenant désigné demandait toujours à être précisé auprès des médecins.
- Un lien était à établir entre le Suivi étroit et les équipes jeunesse (< 18 ans) ou PALV (perte d'autonomie liée au vieillissement), lorsque celles-ci devaient intervenir auprès d'une personne à risque suicidaire élevé.
- Les rôles des différents intervenants demandaient à être précisés lorsqu'il y avait cointervention auprès d'une personne à risque suicidaire élevé, surtout lorsqu'un intervenant avait la même formation de base et approche que l'intervenant désigné (ex. : travailleur social).

#### 3.7.2 Clarté des scénarios

Les quatre scénarios conduisant au Suivi étroit sont connus de l'ensemble des répondants. La plupart d'entre eux les jugent clairs et satisfaisants.

Ces scénarios sont en général respectés. Ceci est vrai surtout pour les scénarios :

N° 1 : La personne accepte le suivi.

N° 2 : La personne refuse, mais accepte d'être relancée un peu plus tard.

N° 4 : Lequel correspond à l'application de la loi P-38.

---

Le scénario 3 est par contre moins respecté. Lorsque la personne refuse le suivi et ne désire pas être relancée, il arrive souvent que l'intervenant désigné tente néanmoins d'établir un contact téléphonique dans le but de vérifier la présence d'un filet de sécurité autour d'elle et si possible, d'infléchir sa décision de passer à l'acte. Ce non-respect du scénario 3 est dicté par la crainte de laisser « échapper quelqu'un » : le risque d'un refus leur apparaissant moins grave que celui d'un passage à l'acte sans avoir rien tenté au préalable.

## GRILLE 7 : Clarté des paramètres liés au Suivi étroit

CSSS	Clarté des rôles et mandats de chacun	Clarté des scénarios conduisant au Suivi étroit
<b>CSSS de Matane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'ensemble des intervenants ayant été formé, les rôles et les mandats de chacun sont assez clairs pour tous. Il faut cependant trouver des moments pour faire le point sur la façon dont le tout doit fonctionner.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scénarios jugés trop complexes offrant trop de possibilités. Nécessité d'aller au plus simple afin de composer avec le roulement de personnel, les employés sur appel et les médecins dépanneurs. Le CSSS a fini par développer son propre algorithme de décision, lequel s'inspire des quatre scénarios.</li> </ul>
<b>CSSS de La Matapédia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>À la suite de la formation sur le Suivi étroit, la compréhension des rôles et mandats de chacun est bonne. La conseillère clinique fait en sorte que cette compréhension soit commune à tous par le biais des rencontres d'équipes et des discussions de cas.</li> <li>Les rôles et les mandats de chacun sont connus, mais les liens de collaboration, surtout avec les médecins, demandent encore à être clarifiés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La formation sur le Suivi étroit a aidé à clarifier les quatre scénarios tant pour les intervenants désignés que pour la conseillère clinique.</li> <li>Les quatre scénarios sont connus et respectés. Dans le scénario 3, si la personne est connue de l'intervenant désigné, il va y avoir relance malgré son refus puisqu'il existe déjà un lien entre les deux.</li> </ul>
<b>CSSS de La Mitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les rôles et mandats sont clairs.</li> <li>Le Suivi étroit n'étant pas implanté pour la clientèle jeune (&lt; 18 ans) et PALV (perte d'autonomie liée au vieillissement), il reste des points à clarifier avec les équipes travaillant avec ces clientèles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les quatre scénarios sont clairs pour les intervenants qui ont reçu la formation de quatre jours sur le Suivi étroit.</li> <li>Dans le cas du scénario 3, le référent est informé du refus de la personne d'être rencontrée ou relancée. On lui fournit tout simplement les coordonnées de l'AEO et du CPSIC-BSL.</li> </ul>
<b>CSSS de Rimouski-Neigette</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'entente entre le CPSIC-BSL et le CSSS a demandé de clarifier les rôles et mandats de l'intervenante désignée, mais aussi ceux de l'AEOR et de l'agente de liaison. Il a fallu préciser également la notion de guichet unique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les scénarios sont clairs et respectés en général.</li> <li>Dans le cas du scénario 3, il demeure important d'évaluer le risque suicidaire et, s'il y a présence de facteurs de risque importants, de relancer la personne malgré son refus. La relance peut se limiter à expliquer ce qu'est le Suivi étroit, l'important étant d'établir un contact.</li> </ul>
<b>CSSS des Basques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les rôles et les mandats sont clairs à l'interne.</li> <li>L'intervenante désignée a reçu la formation de quatre jours sur le Suivi étroit plus d'un an après la mise en place du service, ce qui lui a permis de clarifier ses rôles et mandats.</li> <li>Dans un petit milieu comme les Basques, l'intervenante désignée peut connaître personnellement la personne référée ou intervenir déjà auprès d'un de ses proches (dans le cadre de ses autres mandats). Il reste à préciser qui parmi les membres de l'équipe assume alors le Suivi étroit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les scénarios sont connus et clairs.</li> <li>Lorsqu'une personne refuse d'être rencontrée ou relancée, tout en ne présentant pas un danger grave et immédiat pour elle-même ou autrui (scénario 3), on va au moins remettre un dépliant à la personne ou à un membre de sa famille. Il peut y avoir néanmoins une relance téléphonique, surtout s'il s'agit de jeunes hommes vivant une rupture amoureuse et dont le réseau social est déficient.</li> </ul>
<b>CSSS de Rivière-du-Loup</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Au moment des entrevues, il y avait un manque de clarté sur les rôles et mandats du CPS du KRTB. La promotion qu'il faisait de ses services venait interférer sur le Suivi étroit.</li> <li>Les rôles et les mandats de l'intervenante désignée demandent encore à être précisés auprès de certains médecins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les scénarios sont vus comme étant clairs et satisfaisants.</li> <li>Dans le scénario 3, il est important de s'assurer que la personne a un filet de sécurité autour d'elle avant de la laisser partir. Comme il n'y a pas de référence à l'intervenante désignée, il revient au médecin ou au psychiatre de faire cette vérification.</li> </ul>

CSSS	Clarté des rôles et mandats de chacun	Clarté des scénarios conduisant au Suivi étroit
<b>CSSS de Témiscouata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les discussions à l'interne permettent de clarifier les rôles et les mandats de chacun selon le besoin. Un questionnement survient parfois lorsqu'il y a cointervention impliquant l'intervenante désignée et l'équipe santé mentale. La première étant travailleuse sociale, il peut y avoir confusion des rôles avec les autres travailleuses sociales de l'équipe. Les mêmes interrogations reviennent cependant avec l'arrivée de nouveaux intervenants.</li> <li>• Au moment des entrevues, il y avait un questionnement sur les rôles du CPS du KRTB versus le Suivi étroit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impression qu'il n'y a pas toujours une compréhension commune des scénarios. Ainsi, l'intervenant ayant un cas de P-38 doit gérer la crise et orienter la personne vers l'urgence ou le meilleur service pour y faire face et non la référer au Suivi étroit.</li> <li>• Les quatre scénarios sont bien compris des intervenantes désignées. Le scénario 3 n'est pas toujours respecté à la lettre. Bien que la personne ait refusé toute rencontre ou relance, il arrive que l'intervenante désignée lui envoie ses coordonnées, ainsi que de l'information sur les services offerts (dont le Suivi étroit).</li> </ul>
<b>CSSS de Kamouraska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La clarté des critères d'accès au service a permis de clarifier les rôles et les mandats des intervenantes désignées. Plus les critères sont compris de tous, plus la distinction entre le Suivi étroit (centré sur le risque suicidaire) et l'intervention de crise est possible.</li> <li>• Il reste à préciser le rôle de l'intervenante désignée lorsqu'une personne à risque suicidaire élevée est déjà connue des services et prise en charge par son intervenant (rôle d'accompagnement, de support).</li> <li>• Confusion entre les rôles du CPS du KRTB et le service du Suivi étroit. Il se peut que des personnes à risque suicidaire élevé soient référées au CPS plutôt qu'au Suivi étroit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les scénarios sont connus et clairs. Il n'est pas sûr cependant qu'ils sont toujours suivis à la lettre. Il y a nécessité de s'adapter aux personnes référées ainsi qu'aux façons de faire des médecins.</li> </ul>

---

### 3.8 La collaboration (grille 8)

Dans cette partie, les trois grands aspects de la collaboration sont abordés, soit la collaboration et le soutien à l'interne dont bénéficie l'intervenant désigné, la collaboration avec les milieux référents et enfin, la priorité donnée par les différents services aux références provenant du Suivi étroit.

#### 3.8.1 *La collaboration à l'interne*

L'ensemble des intervenants désignés dit travailler en lien étroit avec les intervenants de l'AEOR, des services courants ou de santé mentale. Il y a peu de travail en silo. La collaboration s'y fait de façon naturelle surtout dans les milieux plus petits. Elle demeure bonne même pour les trois intervenants dont les bureaux sont situés à l'extérieur du CLSC (Rimouski-Neigette, Rivière-du-Loup et Témiscouata).

Le soutien à l'interne vient le plus souvent de collègues de travail, c'est-à-dire d'un autre intervenant désigné lorsqu'ils sont plusieurs dans un même CSSS ou des membres de l'équipe dont ils font partie (services courants, santé mentale). Une partie du soutien est aussi apporté par le supérieur immédiat, le conseiller clinique, un médecin ou l'infirmière de l'urgence.

#### 3.8.2 *La collaboration avec les milieux référents*

De façon générale, la collaboration est bonne entre les intervenants désignés et les milieux référents, lesquels se composent principalement des médecins (psychiatres, médecins de l'urgence ou en pratique privée) et des deux CPS.

Les intervenants ont peu à dire sur leurs rapports avec les CPS, malgré le peu de références reçues et l'ambiguïté des rôles entre le Suivi étroit et le CPS du KRTB. La collaboration est jugée tout simplement excellente.

La qualité de la collaboration varie plus en ce qui a trait aux médecins. Celle-ci semble très bonne avec les psychiatres et l'ensemble des intervenants de deuxième ligne en santé mentale (départements de psychiatrie et clinique externe de psychiatrie). Pour ce qui est des médecins de l'urgence ou en clinique privée, la situation fluctue en fonction des individus. Certains apparaissent plus disponibles et rappellent rapidement, alors que d'autres ne le font pas.

La collaboration avec les médecins s'améliore à mesure que le Suivi étroit est mieux connu. À quelques exceptions près (médecin de famille ou psychiatre assurant déjà le suivi de la personne), les médecins s'impliquent peu dans l'élaboration des PI ou des PSI. La majorité des intervenants désignés leur font néanmoins un suivi de la prise en charge et de l'atteinte du PI ou PSI.

---

### 3.8.3 *La priorité donnée aux références du Suivi étroit*

Les références faites à l'interne par l'intervenant désigné sont en général priorisées par les services courants ou de santé mentale. Dans les cas où il y a un risque que la personne se retrouve momentanément sur une liste d'attente, l'intervenant du Suivi étroit communique avec le nouvel intervenant afin d'accélérer la prise en charge. Lorsque le passage par la liste d'attente apparaît inévitable, l'intervenant désigné prolonge tout simplement le Suivi étroit. Quelques répondants mentionnent que l'alourdissement des problèmes de leur clientèle amène des intervenants à questionner la priorité à accorder aux références du Suivi étroit.

Dans les plus petits CSSS, ce questionnement sur la priorisation des références se pose peu puisque l'intervenant désigné assure lui-même le suivi de la personne à la fin du Suivi étroit, et ce, à l'intérieur de ses autres mandats (services courants ou santé mentale).

Finalement, les références faites aux CPS ou aux autres organismes communautaires sont toujours acceptées et priorisées.

## GRILLE 8 : La collaboration

CSSS	Collaboration et soutien à l'interne (CSSS)	Collaboration avec les milieux référents	Priorité donnée aux références provenant du Suivi étroit
<b>CSSS de Matane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les intervenants sont formés pour le Suivi étroit, celui-ci étant intégré à l'ensemble de leurs tâches. Ce mode d'organisation évite le travail en silo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une lettre est envoyée au médecin référent lui annonçant la prise en charge. Une copie de l'évaluation sociale et du PI est aussi envoyée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peu de références à l'interne puisque la personne demeure avec le même intervenant à la fin de son suivi.</li> <li>Les références faites aux organismes communautaires sont acceptées.</li> </ul>
<b>CSSS de La Matapédia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'intégration du Suivi étroit à l'ensemble des tâches des quatre intervenants désignés et à l'offre de service en santé mentale facilite la collaboration et le support à l'interne : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ rencontres d'équipes,</li> <li>↳ support de la conseillère clinique,</li> <li>↳ échanges avec les autres intervenants désignés.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour l'instant, le milieu référent est constitué des médecins. La collaboration avec ces derniers s'améliore, mais un travail de sensibilisation reste à faire.</li> <li>La collaboration du médecin référent dans l'élaboration et l'atteinte des PI ou PSI est possible s'il s'agit du médecin de famille ou du psychiatre qui suit déjà la personne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toutes les références faites à l'interne (infirmière de l'AEO) ou à un organisme communautaire sont acceptées.</li> <li>Une référence faite à l'interne et pour laquelle il y a urgence ou un risque suicidaire, est priorisée et ne se retrouve pas sur une liste d'attente.</li> </ul>
<b>CSSS de La Mitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le fait d'avoir deux intervenantes désignées favorise l'entraide et le soutien. Pour les situations plus complexes et une réponse rapide, les intervenantes se réfèrent au CPSIC-BSL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les médecins et le CPSIC-BSL sont les deux référents au Suivi étroit (si l'on exclut les personnes qui se présentent elles-mêmes). Dans les deux cas, la collaboration est bonne, même si celle des médecins est plus difficile à obtenir.</li> <li>La communication entre les intervenantes désignées et les médecins est variable. Certains médecins rappellent rapidement et d'autres ne le feront pas; cela dépend des individus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les références sont bien acceptées, mais une interrogation demeure sur leur priorisation. La simple référence ne suffit pas pour qu'elle soit priorisée. Il est nécessaire d'établir un contact et de parler de la nécessité d'intervenir de façon rapide.</li> </ul>
<b>CSSS de Rimouski-Neigette</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'intervenante désignée travaille de façon intégrée avec l'ensemble des ressources impliquées en santé mentale ou dans la prévention du suicide.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Très beau partenariat et coup de cœur pour la clinique externe de psychiatrie.</li> <li>Pour une meilleure référence de la clientèle à risque suicidaire élevé, les collaborations gagneraient à être consolidées entre les intervenants du Suivi étroit et les médecins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les références faites au CLSC ou à un organisme communautaire sont en général bien acceptées et priorisées.</li> <li>Bonne ouverture du CLSC pour éviter que les personnes référées par l'intervenante désignée se retrouvent sur une liste d'attente, surtout si celle-ci juge qu'elles doivent être vues rapidement.</li> </ul>
<b>CSSS des Basques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe étant petite, la collaboration et le support à l'interne se font de façon naturelle. Personne ne travaille en silo. L'intervenante désignée bénéficie du soutien des membres de son équipe et peut faire appel en tout temps aux autres programmes ou services du CSSS (santé mentale, suivi d'intensité variable, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La collaboration avec les médecins référents est facile du fait que l'unique GMF de la MRC est localisé dans les murs du CSSS.</li> <li>Les médecins ne participent pas à l'élaboration et à l'atteinte des PSI et PI. Ils sont par contre impliqués dans le suivi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les références faites à d'autres intervenants (services) ou à des organismes communautaires sont très bien reçues.</li> <li>À la fin ou en cours de suivi, l'intervenante désignée ne peut référer en psychiatrie. La personne doit passer par un médecin généraliste pour être</li> </ul>

CSSS	Collaboration et soutien à l'interne (CSSS)	Collaboration avec les milieux référents	Priorité donnée aux références provenant du Suivi étroit
<b>CSS de Rivière-du-Loup</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervenante désignée est connectée à tous les autres services. Son bureau étant au CH, elle a cependant peu de contacts avec ses collègues du CLSC (manque de soutien).</li> <li>• Support adéquat de la part des supérieurs immédiats et des intervenants de deuxième ligne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne collaboration au niveau du CSSS et des médecins. Les omnipraticiens collaborent, mais la réponse n'est pas rapide dans la mesure où ils sont très occupés.</li> <li>• Les rôles et responsabilités entre le CSSS et le CPS du KRTB doivent être clarifiés en vue d'établir une entente de collaboration.</li> </ul>	<p>référé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les références sont presque toujours bien acceptées et priorisées.</li> <li>• Le centre d'hébergement de crise (la Bouffée d'Air) demeure lié à la disponibilité de ses lits. Lorsqu'il héberge une personne référée par le Suivi étroit, un suivi téléphonique est fait à l'intervenante désignée.</li> </ul>
<b>CSSS de Témiscouata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le fait que l'intervenante désignée soit localisée au CH de Notre-Dame-du-Lac favorise l'impression de travailler parfois en silo : <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ seule intervenante psychosociale dans le CH,</li> <li>↳ absence d'intervenant en santé mentale au CH de Notre-Dame-du-Lac.</li> </ul> </li> <li>• Bon support du supérieur immédiat et appui du médecin et de l'infirmière de l'urgence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervenante désignée a son bureau au CH de Notre-Dame-du-Lac, et ce, afin de faciliter les contacts avec le personnel de l'urgence qui représente la principale source de référence.</li> <li>• Contacts positifs avec l'équipe de deuxième ligne de Rivière-du-Loup (psychiatres et psychologues).</li> <li>• Il arrive que des médecins collaborent à l'atteinte des PI (aucun PSI fait à ce jour).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les organismes communautaires priorisent en général les références venant du Suivi étroit.</li> <li>• Pour ce qui est des services courants, les personnes référées sont vues le plus tôt possible. Faute de disponibilité, elles peuvent se retrouver au début de la liste d'attente.</li> <li>• Certains intervenants ne veulent pas travailler en cointervention auprès de troubles de personnalité limite et demandent que le Suivi soit terminé avant de s'impliquer.</li> </ul>
<b>CSSS de Kamouraska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les deux intervenantes désignées essaient de travailler en lien avec le médecin référent ou avec la deuxième ligne.</li> <li>• Le fait qu'il y ait deux intervenantes désignées protège contre le travail en silo, surtout qu'elles travaillent avec l'accueil et sont appuyées au besoin par les membres de leur équipe (services psychosociaux généraux).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les communications avec la psychiatrie de Rivière-du-Loup sont très bonnes, tant avec les psychiatres qu'avec les psychologues. Dans les dossiers communs, les intervenantes désignées sont impliquées dans le plan de travail avec le client, lorsque ce dernier est hospitalisé et bénéficie d'une sortie.</li> <li>• La collaboration est également bonne avec la plupart des médecins référents. Dans la majorité des cas, la compétence des intervenantes désignées est reconnue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De façon générale, les références faites à l'interne (CSSS) sont priorisées.</li> <li>• Il arrive qu'une personne référée en psychologie se heurte à la longue liste d'attente. L'intervenante désignée continue alors d'assurer un suivi de maintien – surveillance jusqu'à ce que la personne soit vue en psychologie. Des situations particulières peuvent faire que la personne est priorisée et passe devant la liste d'attente.</li> <li>• Jusqu'à maintenant, les références dans les organismes communautaires ont toujours été priorisées; aucun refus pour le moment.</li> </ul>



---

### 3.9 Perceptions des médecins

L'information recueillie à propos des perceptions des médecins provient de deux répondants seulement. Celle-ci est donc présentée à titre indicatif.

Les deux répondants connaissent le Suivi étroit surtout par le biais d'un communiqué ou de l'information reçue d'une autre personne. Ils connaissent les principaux critères liés à l'âge ou au risque de suicide. Ce dernier est établi en fonction de la présence d'idées ou d'intentions suicidaires et d'un plan de passage à l'acte.

En ce qui a trait aux références, ils procèdent à l'aide d'une référence écrite ou d'un appel téléphonique passé à l'intervenant. Le plus souvent, ils font les deux.

Ils s'impliquent peu dans l'élaboration des PI ou PSI. Ils participent par contre à certains suivis.

Ils se disent satisfaits du Suivi étroit. L'un d'entre eux déplore par contre qu'il n'y ait pas sur son territoire un médecin attiré à la santé mentale et qui servirait de lien entre le médecin référent et les services psychosociaux.

---

#### 4. Discussion et recommandations

Sans reprendre l'ensemble des résultats, plusieurs constats peuvent être faits à partir de la présente évaluation. La grille 9 fournit d'ailleurs des exemples d'éléments de discussions et de recommandations tels qu'ils ont été émis par les répondants.

Constat 1 : Le Suivi étroit se porte bien dans la région du Bas-Saint-Laurent. Il ressort des discussions avec les gestionnaires et les intervenants désignés que le service est de plus en plus utilisé et correspond aux besoins des clientèles vulnérables. Tous les acteurs concernés adhèrent à son objectif visant à apporter un suivi rapide aux personnes à risque suicidaire élevé afin d'éviter le passage à l'acte ou d'empêcher la récurrence. L'enthousiasme envers ce nouveau service est manifeste.

Constat 2 : Depuis l'implantation du service dans les huit réseaux locaux de services de la région, on note une diminution du suicide et une meilleure prise en charge de la clientèle vulnérable par les CSSS.

Constat 3 : Le climat favorable à l'implantation du Suivi étroit trouve son origine dans l'historique de collaboration qui existe au niveau de la prévention du suicide et de la santé mentale entre l'Agence et les établissements ou organismes de la région du Bas-Saint-Laurent. Ce partenariat existe depuis plusieurs années. Il explique que les documents produits régionalement en regard du Suivi étroit soient le fruit d'une concertation et d'une participation de plusieurs acteurs régionaux ou locaux d'où une adhésion des CSSS aux objectifs et aux principes qui y sont énoncés.

Constat 4 : Les gestionnaires des CSSS ont su trouver un mode d'organisation pour l'implantation du Suivi étroit, propre à leur établissement, qui leur permet de contourner les contraintes rencontrées et surtout, d'assurer l'accessibilité du service du lundi au vendredi (heures d'ouverture du CLSC). Un CSSS a choisi d'offrir le Suivi étroit par le biais d'une entente avec le CPSIC-BSL. D'autres ont opté de former un ou plusieurs intervenants des services courants, de santé mentale ou autre, de façon à ce qu'ils intègrent le nouveau service à l'intérieur de leurs tâches ou de leurs autres fonctions.

Constat 5 : La formation offerte par l'Agence de même que celle donnée par le CPSIC-BSL sont jugées comme ayant été très utiles aux intervenants et aux gestionnaires qui les ont suivies. Selon l'avis de plusieurs, elles demanderaient cependant à être répétées. Le roulement de personnel fait qu'il y a de nouveaux intervenants désignés qui n'ont pas bénéficié de l'une ou l'autre de ces formations. Peu de médecins ont par ailleurs participé à la formation qui leur était destinée.

---

Constat 6 : Manque de disponibilité des gestionnaires et des intervenants pour faire la promotion du service auprès des médecins.

Constat 7 : Les médecins sont les principaux référents. Il est rare qu'ils demandent expressément le Suivi étroit pour un patient suicidaire. Leurs références sont plus générales et recommandent un suivi psychosocial. Il revient à l'intervenant désigné ou de l'AEOR de déterminer si la personne référée répond aux critères d'admissibilité du Suivi étroit.

Constat 8 : Quel que soit le mécanisme de traitement des références mis en place par un CSSS, la réponse est rapide et demeure en deçà des délais prévus. Aucune personne présentant un risque suicidaire n'est laissée sans réponse. Si elle répond aux critères d'admissibilité, elle est orientée vers le Suivi étroit, sinon vers un autre service.

Constat 9 : Les critères d'admissibilité de même que les scénarios conduisant au Suivi étroit sont connus et respectés du moins en partie. Certains CSSS ont pris en effet une distance par rapport à certains d'entre eux. C'est ainsi que le critère relatif à l'âge est élargi à plusieurs endroits aux 16-17 ans avec un profil adulte et dans un cas, à toute la population. De la même façon, le critère portant sur le risque suicidaire est interprété en considérant l'ensemble des facteurs de risque. Des personnes dont le risque suicidaire est moyen (selon le COQ) peuvent donc se retrouver au Suivi étroit. Enfin, le scénario 3 n'est pas respecté en ce sens qu'un contact est tenté auprès de la personne qui refuse le Suivi étroit et ne désire pas être relancée. Tous ces écarts au modèle théorique sont cependant dictés par la volonté d'offrir le meilleur service et par la crainte de « laisser échapper quelqu'un ».

Constat 10 : Si l'on fait fi du manque de disponibilité des médecins, force est de constater que la collaboration au sein des CSSS et avec les milieux référents est bonne. La collaboration des psychiatres et des médecins de famille à l'élaboration du PI ou du PSI est possible, mais non fréquente. Ils peuvent par contre être impliqués dans le suivi.

Constat 11 : La présente évaluation ne visait pas à évaluer les effets du service auprès des utilisateurs de services, mais d'évaluer le niveau d'implantation de ce dernier dans les huit réseaux locaux de service dans l'objectif d'optimiser son fonctionnement en dégagant des pistes d'amélioration.

Cette évaluation de l'implantation et de la mise en œuvre du Suivi étroit dans la région du Bas-Saint-Laurent se veut en premier lieu un outil de discussion visant l'amélioration du service correspondant aux approches reconnues et issues des résultats de recherche en prévention du suicide.

---

Les principales recommandations indiquées dans ce bilan ressortent des entrevues avec les gestionnaires, les intervenants désignés, les membres du Comité régional de la stratégie relative au suicide animé par l'Agence ainsi que quelques autres acteurs régionaux. De plus, elles tiennent compte des pistes d'action identifiées dans le Guide de soutien au rehaussement des services en prévention du suicide.

Recommandation 1 : *Se donner une vision et une compréhension communes concernant le service de suivi à court terme et celui du Suivi étroit pour les personnes présentant un risque suicidaire élevé.*

Depuis la mise en place du service de suivi étroit pour la clientèle à potentiel suicidaire élevé, l'expérience démontre une certaine confusion dans la compréhension de ces deux types de services : suivi de courte durée pour des personnes suicidaires versus le suivi étroit pour les personnes qui sont ou qui ont été en danger grave de passage à l'acte.

On déplore également que des CSSS aient élargi leurs critères d'admissibilité ou n'aient pas respecté le troisième scénario conduisant au Suivi étroit. Les façons de procéder pour le premier contact et obtenir le consentement varient également.

Il est important de s'assurer d'une uniformité dans la dispensation de ce service pour accompagner adéquatement la personne suicidaire dont l'intervention doit s'appuyer sur les pratiques reconnues par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Recommandation 2 : *Préciser les composantes de l'offre de service de Suivi étroit devant correspondre aux réalités des clientèles spécifiques (jeunes, détenus, etc.) reposant sur une vision de prévention.*

On note chez une partie de ces trois clientèles, la présence de solitude et de détresse pouvant occasionner des suicides. Par conséquent, il importe de mener des actions de prévention auprès de ces clientèles. Ces actions doivent se faire de concert avec les principaux intervenants impliqués auprès de ces clientèles.

Recommandation 3 : *S'entendre régionalement sur une procédure de proaction à suivre afin d'assurer un filet de sécurité aux clientèles difficiles à rejoindre et à risque suicidaire.*

Dans la procédure retenue, il importe de porter une attention sur l'utilisation de nouveaux modes de communication afin de rejoindre les clientèles qui n'ont pas accès à des téléphones ou des logements fixes (ex. : message par l'utilisation de cellulaire, etc.).

---

Recommandation 4 : *Relancer le service de Suivi de courte durée pour la personne suicidaire et le Suivi étroit pour la personne qui est ou qui a été en danger grave de passage à l'acte clientèle auprès des principaux référents (médecins, pharmaciens, urgences, organismes communautaires, unités d'hospitalisation, départements de psychiatrie, etc.).*

Malgré les activités de promotion effectuées, presque tous les répondants sont d'avis qu'un travail reste à faire pour informer et sensibiliser, notamment les médecins, de l'existence de service pour la clientèle vulnérable. Une discussion doit être menée avec les gestionnaires du Suivi étroit et des représentants des médecins à ce sujet.

Recommandation 5 : *Prévoir annuellement un temps d'échange entre les intervenants désignés.*

D'une part, les intervenants désignés au service de suivi étroit sont unanimes à l'importance d'échanger entre eux dans le cadre d'une journée régionale annuelle portant sur le sujet. Ce temps de discussion leur permettrait de partager leurs réalités, leurs initiatives et de se mettre à niveau en présence de spécialistes identifiés à cette fin. Ces derniers désirent bénéficier d'un moment qui leur serait réservé pour davantage aborder l'aspect clinique, sans la présence des gestionnaires. À ce propos, certains préfèrent que l'activité annuelle se déroule au plan régional, alors que quelques-uns sont ouverts à des rencontres sous-régionales.

D'autre part, le Centre de prévention et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent se dit volontaire à planifier cette activité et à l'inscrire dans sa programmation d'activités annuelles. Dans la planification de cette rencontre annuelle, il s'attend à obtenir un soutien de l'Agence et d'autres partenaires.

Recommandation 6 : *S'assurer que les intervenants désignés puissent compter sur des activités de formation reposant sur les meilleures pratiques et du coaching sur une base continue.*

Le roulement du personnel dédié à ce service nécessite de porter une attention particulière aux nouveaux intervenants en mettant à leur disposition de la formation et des moyens cliniques afin de les soutenir dans cette responsabilité. De plus, ces mêmes activités sont attendues des intervenants en fonction.

Il serait pertinent d'offrir une formation non seulement aux intervenants désignés, mais également à ceux qui interviennent auprès d'une clientèle vulnérable et qui nécessiterait un suivi étroit (clientèle qui se retrouve dans leur charge de travail). Les médecins devraient être également ciblés.

Pour répondre aux besoins exprimés, des démarches seront effectuées auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'Association québécoise en prévention du suicide ou du Centre national d'excellence en santé mentale.

---

Recommandation 7 : *Clarifier les rôles et les responsabilités des situations de cointervention et favoriser l'élaboration de plans de service individualisés.*

Il semble y avoir ambiguïté lorsque des intervenants du Suivi étroit et d'autres services ou équipes sont impliqués auprès de la personne à risque suicidaire élevé; surtout si deux d'entre eux ont la même formation de base et donc la même approche. À titre d'exemple, qui gère le dossier s'il s'agit d'une personne âgée en perte d'autonomie (PALV) qui présente un risque suicidaire élevé? Comment détermine-t-on les champs d'intervention de chacun?

Recommandation 8 : *Établir des liens de collaboration entre le service de Suivi étroit et les autres programmes ou activités offerts par des organismes de la région qui travaillent particulièrement auprès d'une clientèle vulnérable (prévention du suicide, santé mentale, condition de vie des femmes et santé des hommes, etc.).*

*Divers programmes ou activités ont été développés par des organismes communautaires (Mû, Antidote, interventions de groupe, etc.). Des liens entre ces derniers et le Suivi étroit mériteraient d'être précisés dans une optique de complémentarité.*

Recommandation 9 : *La personne responsable du pilotage régional I-CLSC à l'Agence doit entreprendre des démarches avec les archivistes de chaque CSSS afin d'obtenir les données d'I-CLSC pour le Suivi étroit.*

Comme les codes utilisés ont été déterminés régionalement (ou localement), ces données sont exclues de la banque provinciale que reçoit l'Agence. Il faut donc préciser quels sont les codes utilisés par chacun des intervenants désignés et demander une requête statistique.

Recommandation 10 : *Augmenter le nombre d'effectifs pour assurer une offre de service adéquate correspondant aux besoins de la clientèle cible et maintenir le budget régional pour la tenue d'activités de formation et de coaching.*

Lors de l'implantation du service de Suivi étroit, une somme récurrente de 180 000 \$ a été répartie entre les huit CSSS pour développer le service au sein de leur établissement. À cette somme, un montant de 20 000 \$ est disponible régionalement pour la tenue d'activités de formation et de coaching.

---

Recommandation 11 : *Procéder à l'évaluation des dossiers médicaux des usagers référés aux services à partir des critères explicites.*

Un des meilleurs moyens pour évaluer la qualité des soins dans un centre de santé est d'utiliser l'évaluation par critères explicites. Cette méthode est reconnue dans le processus d'agrément pour assurer une évaluation objective d'un traitement ou d'une procédure diagnostique utilisée lors d'un épisode de soins.

Recommandation 12 : *S'assurer que les établissements concernés par le processus d'Agrément Canada tiennent compte des pratiques organisationnelles requises en matière de prévention du suicide.*

Agrément Canada définit une pratique organisationnelle requise (POR) comme étant une pratique essentielle qui doit être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des patients et pour minimiser les risques, la prévention du suicide étant un des secteurs visés. Les POR sont des pratiques fondées sur des données probantes qui réduisent les risques et contribuent à améliorer la qualité et la sécurité des services de santé. Ces pratiques portent sur les secteurs à priorité élevée qui ont été reconnus comme étant essentiels à la qualité et à la sécurité. Les établissements de la région doivent s'inscrire dans cette pratique<sup>17</sup>.

Recommandation 13 : *S'approprier les résultats de l'évaluation nationale de l'implantation des guides de bonnes pratiques menée par le MSSS et ses partenaires et les comparer avec la situation au Bas-Saint-Laurent.*

Dans le cadre de l'évaluation régionale du Suivi étroit, des suggestions ont été émises à l'effet de procéder à l'évaluation de l'implantation des guides de bonne pratique. Considérant les travaux nationaux, il est suggéré d'attendre ces résultats afin de les comparer avec la situation régionale et s'il y a lieu, y apporter les bonifications nécessaires.

---

<sup>17</sup> Agrément Canada, Pratiques organisationnelles requises 2012, 71 pages.

## GRILLE 9 : Éléments de discussion et recommandations

CSSS	Élément à considérer pour bien saisir la dynamique de l'implantation et de la mise en œuvre du Suivi étroit	Autres commentaires ou recommandations
<b>CSSS de Matane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le CSSS a choisi de former l'ensemble des intervenants en regard du Suivi étroit. Il semble y avoir une aisance de la part des intervenants à agir auprès de cette clientèle malgré la problématique.</li> <li>Clientèle surtout masculine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'arrivée du Suivi étroit amène le CSSS à questionner ses modes de pratiques. Les intervenants doivent repousser d'autres clientèles pour faire de la place à celle du Suivi étroit; ce qui a un impact négatif sur les listes d'attente. Il y a donc intérêt à privilégier les interventions brèves.</li> </ul>
<b>CSSS de La Matapédia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Suivi étroit est perçu comme un élément important de l'offre de service. Son intégration aux tâches des intervenants en santé mentale assure une continuité des services à la fin du suivi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La formation de base devrait se donner à intervalles réguliers afin de tenir compte des changements d'intervenants et du besoin de rafraîchir ses connaissances.</li> <li>Besoin d'au moins deux journées par année afin d'échanger entre intervenants du Suivi étroit et ainsi, faire le point sur ce qui se vit dans chacun des territoires, peaufiner l'intervention pour certaines problématiques (dépression, troubles anxieux, dépendance), avoir une vision commune et créer des liens.</li> </ul>
<b>CSSS de La Mitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une des deux intervenantes désignées assume le rôle de conseillère clinique, ce qui accélère la prise de décision d'intégrer quelqu'un au Suivi étroit.</li> <li>La clientèle du Suivi étroit est principalement masculine. Ce service répond aux besoins des hommes et permet de travailler en collaboration avec l'organisme communautaire C-TA-C responsable du programme MÜ (groupes d'entraide et de cheminement pour les hommes) dans le secteur Est de la région.</li> <li>La rapidité d'intervention est appréciée de la clientèle du Suivi étroit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Besoin d'une journée de rencontre entre intervenantes désignées (échange, débriefing, formation, etc.).</li> <li>Journée de sensibilisation pour les gestionnaires du Suivi étroit : échanger, parler de la gestion du service, expliquer les outils utilisés.</li> </ul>
<b>CSSS de Rimouski-Neigette</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>À la suite d'une entente avec le CSSS, c'est le CPSIC-BSL qui offre le service du Suivi étroit. Celui-ci n'est pas circonscrit aux personnes présentant un risque suicidaire élevé. Celles dont le risque est moins élevé, mais qui présentent plusieurs facteurs de risque sont acceptées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervision clinique offerte par le psychologue de la clinique sans mur de Rimouski (CSSS). Il donne des orientations cliniques par rapport aux troubles de personnalité clinique et de la comorbidité (travailler l'espoir, l'approche orientée vers les solutions).</li> <li>Besoins de formation sur le Suivi et de concertation au niveau des gestionnaires afin d'échanger sur le service.</li> <li>Besoin de partager avec les autres intervenantes de la région qui font du Suivi étroit (1 ou 2 journées par année).</li> </ul>
<b>CSSS des Basques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La nécessité de composer avec un très petit budget.</li> <li>La clientèle du Suivi étroit dans les Basques est presque exclusivement masculine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avoir des suivis à la formation reçue, lesquels pourraient prendre la forme de rencontres régionales réunissant les intervenantes désignées (formation, échanges, supervision clinique ou support).</li> <li>Refaire de petites formations sur le Suivi étroit pour les médecins (midi-conférence) où ils peuvent rencontrer l'intervenante désignée.</li> </ul>



CSSS	Élément à considérer pour bien saisir la dynamique de l'implantation et de la mise en œuvre du Suivi étroit	Autres commentaires ou recommandations
<b>CSSS de Rivière-du-Loup</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au moment de l'entrevue, il y avait une incompréhension des rôles et mandats du CPS du KRTB au regard des objectifs du Suivi étroit.</li> <li>• La clientèle du Suivi étroit dans Rivière-du-Loup se compose en majorité d'hommes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessité de donner à l'intervenante désignée de la formation sur les troubles de personnalité limite ainsi que sur l'intervention auprès des hommes.</li> <li>• Désir d'une rencontre par année réunissant l'ensemble des intervenantes désignées afin d'échanger sur les problématiques rencontrées et recevoir de la formation.</li> </ul>
<b>CSSS de Témiscouata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La réorganisation des services est rendue nécessaire par l'arrivée du Suivi étroit afin d'offrir un service sur cinq jours.</li> <li>• L'étendue du territoire constitue une contrainte dans la mise en œuvre du Suivi étroit : perte de temps importante pour les déplacements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le besoin d'une expertise clinique disponible au besoin et accessible par téléphone.</li> <li>• Éclaircir la façon d'intervenir à l'intérieur du Suivi étroit avec les troubles de personnalité limite.</li> </ul>
<b>CSSS de Kamouraska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La formation donnée aux intervenantes désignées permet de développer l'expertise locale en lien avec les médecins et la deuxième ligne.</li> <li>• L'expertise acquise par le CPSIC-BSL manque cependant. Les CSSS du secteur Est de la région semblent y avoir plus facilement recours que celui du Kamouraska situé à l'extrême Ouest.</li> <li>• La clientèle du Suivi étroit dans Kamouraska se compose en majorité d'hommes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une journée par année de ressourcement pour les intervenants désignés.</li> <li>• De par sa nature (objectifs, principes directeurs, etc.) le Suivi étroit répond bien aux besoins des hommes en matière de consultation. La réponse à une référence est rapide et l'intervention reste axée sur l'action (le changement).</li> </ul>

## **Un résumé du cadre de référence du Suivi étroit intégré retenu régionalement**

Les balises régionales confirmaient la responsabilité des CSSS d'assurer à même leurs mandats et leur budget l'accessibilité à des services d'intervention face-à-face 24/7 et de Suivi étroit pour les personnes à risque suicidaire élevé. Ils devaient tenir compte des ressources disponibles et établir les liens nécessaires avec les autres ressources du milieu (RLS).

Le Suivi étroit intégré dans la communauté est de nature thérapeutique à court terme, bien que le nombre de rencontres puisse varier en fonction des besoins de la personne. Ce service vise plusieurs objectifs, entre autres :

- Établir rapidement un premier contact;
- Évaluer le risque suicidaire;
- Soutenir la personne par un suivi rapide et intensif;
- Élaborer un plan d'intervention (PI) et dans certains cas complexes, un plan de services intégrés (PSI);
- Améliorer la coordination des services entre les médecins traitants, les services de l'urgence et de la psychiatrie, les services de première ligne, les centres de prévention du suicide (CPS), etc.

Le service s'adresse à toute personne qui présente un risque suicidaire élevé, qui montre un potentiel de dangerosité, qui a posé un geste suicidaire, soit en situation de vulnérabilité, soit aux prises avec des troubles mentaux ou une comorbidité (ex. : dépression et dépendance) ou qui est affectée par un événement tragique (deuil, maladie, etc.). Le délai d'attente pour une rencontre d'évaluation et d'admissibilité est de moins de 72 heures. Les critères d'admissibilité sont les suivants :

- Être âgé de 18 ans et plus;
- Avoir vécu des événements stressants (fragilité, vulnérabilité);
- Être à risque suicidaire élevé;
- Être consentant à participer au Suivi étroit;
- Ne pas être déjà suivi par les services réguliers afin d'éviter les dédoublements dans les interventions.

---

Il est utile de rappeler que les balises régionales précisent que l'implantation et la mise en œuvre du service de Suivi étroit intégré relèvent des mandats des CSSS et se financent à même les budgets réguliers. Dans ce contexte, les crédits budgétaires alloués par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent à chacun des huit CSSS du Bas-Saint-Laurent visent à soutenir une partie des coûts rattachés au maintien d'un poste d'intervenant désigné. Ces crédits sont exprimés en nombre de jours/semaine subventionnés et varient selon les CSSS en fonction de l'importance de la clientèle potentielle du Suivi étroit.

CSSS de Matane	1 journée/semaine
CSSS de La Matapédia	1 journée/semaine
CSSS de La Mitis	1 journée/semaine
CSSS de Rimouski-Neigette	4 journées/semaine
CSSS des Basques	½ journée/semaine
CSSS de Rivière-du-Loup	2 journées/semaine
CSSS de Témiscouata	2 journées/semaine
CSSS de Kamouraska	2 journées/semaine

À l'intérieur des attentes exprimées par l'Agence, les CSSS demeurent libres d'opter pour un mode d'organisation du Suivi étroit intégré qui tient compte de leur organisation des services et des ressources disponibles.





*Agence de la santé  
et des services sociaux  
du Bas-Saint-Laurent*

**Québec** 