

Département de psychologie

**ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE DU
PROGRAMME DE L'ACCALMIE**

RAPPORT D'ÉVALUATION

Réalisé par les doctorants en psychologie de l'UQTR
du cours *Planification et évaluation de programme*
à la session hiver 2009

Colligé par Isabelle Moreau, candidate Ph.D.
sous la supervision de Marc Daigle, Ph.D.



Accalmie

Accompagnement et hébergement
pour personnes suicidaires

Août 2009

Remerciements

L'équipe d'évaluateurs veut remercier ici les différentes personnes qui ont collaboré, d'une façon ou d'une autre, à ce projet d'évaluation : la direction et les employés de l'*Accalmie*, mais aussi les clients qui ont pu être présents lors de nos visites ou dont les dossiers dénomalisés ont alimenté leurs discussions.

Le présent document peut être cité ainsi :

Moreau, I., & Daigle, M. S. (2009). *Évaluation préliminaire du programme de l'Accalmie*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.

Résumé

Ce rapport évaluatif pose un premier regard sur le programme de l'*Accalmie*, maison d'accompagnement et d'hébergement pour personnes suicidaires. Le programme de l'*Accalmie* est novateur, de par son originalité ainsi que par la spécificité de l'hébergement de sa population cible. Comme pour bien des programmes qui introduisent quelque chose de nouveau dans un domaine particulier, les assises théoriques sont parfois peu soutenues, rendant ainsi les liens difficiles à faire avec les objectifs du programme. C'est en ce sens que, à l'occasion de cette évaluation préliminaire, un modèle théorique du programme est proposé aux gestionnaires de l'*Accalmie* par les évaluateurs.

Néanmoins, pour un organisme aussi jeune, la planification organisationnelle est fort bien structurée et assure un bon fonctionnement des opérations au sein du programme. Néanmoins, certains points sont soulevés, entre autres au niveau de la particularité de la clientèle et de leurs besoins, ainsi qu'au niveau de la couverture de la clientèle cible sur l'ensemble du territoire.

L'efficacité du programme n'a pu être évaluée dans le cadre de cette démarche pédagogique trop courte. Cependant, les évaluateurs ont émis un total de 22 recommandations dans le but de bonifier le modèle théorique du programme ainsi que le processus d'intervention lui-même.

Table des matières

RÉSUMÉ	3
INTRODUCTION.....	6
DESCRIPTION DU PROGRAMME	9
<i>Historique du programme</i>	10
<i>Mission et mandat de l'Accalmie</i>	11
<i>Analyse des besoins</i>	12
BUTS ET OBJECTIFS DU PROGRAMME	14
MODÈLE THÉORIQUE DU PROBLÈME.....	16
MODÈLE THÉORIQUE DU PROGRAMME	18
<i>Modèle théorique explicite</i>	20
<i>Modèle théorique implicite</i>	22
Types d'interventions.....	24
Effets proximaux.....	28
Effets distaux.....	29
Impacts	30
INTRANTS.....	33
<i>Ressources financières</i>	33
<i>Ressources matérielles</i>	34
<i>Ressources humaines</i>	36
<i>Ressources de gestion</i>	40
<i>Parties prenantes</i>	42

Agence de santé et des services sociaux	43
Gestionnaires de l'Accalmie.....	43
Autres organismes.....	44
Population	45
Clientèle	46
PRESTATION DE SERVICES	48
<i>Planification organisationnelle</i>	49
<i>Planification d'utilisation des services</i>	51
Prestation de services dès l'admission	51
Prestation de services une fois l'admission effectuée	54
Fin de séjour	55
<i>Évaluation du processus d'intervention</i>	56
COUVERTURE DE LA CLIENTÈLE	59
SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE, EFFICACITÉ ET EFFICIENCE.....	63
<i>Forces et faiblesses du programme</i>	66
<i>Limites de l'approche évaluative utilisée</i>	72
CONCLUSION.....	77
RÉFÉRENCES	79
APPENDICE.....	80
<i>Liste des recommandations</i>	80

« Une journée tranquille dans ma tête... C'est énorme pour moi »

Témoignage d'une résidente de l'*Accalmie*

Introduction

L'hébergement pour personnes suicidaires est très peu documenté dans la littérature, d'autant plus que très peu de ressources y sont spécifiquement consacrées. En effet, la création d'un programme appartenant en propre à l'hébergement, combiné à l'accompagnement des personnes suicidaires, est tout à fait novateur en son genre. Un tel programme, implanté à l'*Accalmie*, organisme oeuvrant dans l'hébergement et l'accompagnement de personnes suicidaires, a ensuite été évalué de façon préliminaire. Le présent document fait état de cette démarche d'évaluation.

Cette évaluation préliminaire a été réalisée dans le cadre du cours *Planification et évaluation de programme* dispensé à l'hiver 2009 aux étudiants du doctorat en psychologie de l'*Université du Québec à Trois-Rivières* (UQTR). Près de 25 étudiants, sous la supervision du professeur Marc Daigle, ont contribué à cette démarche exploratoire. Isabelle Moreau, candidate Ph.D., a colligé les contributions de chacun et a rédigé en majeure partie le présent rapport. Puisque ce travail se veut à priori exploratoire et pédagogique, tous les aspects d'une évaluation de programme sont couverts, sans qu'ils soient toutefois tous approfondis. Le présent rapport débute donc

par une description du programme et de ses buts et objectifs. Les différents modèles théoriques à la base du programme sont aussi décrits. Les intrants du programme sont présentés, de même que les éléments relatifs à la prestation des services, à la couverture de la clientèle, à la satisfaction, à l'efficacité et à l'efficience. Les principales forces et faiblesses du programme sont résumées à la fin du document.

On notera que, compte tenu des limites de temps imposées par la session universitaire, les aspects reliés à l'efficacité et l'efficience n'ont pas vraiment été mesurés ni validés par les évaluateurs. Toutefois, plusieurs forces et points d'amélioration furent discutés plus en profondeur. De plus, bon nombre de recommandations se retrouvent tout au long du présent rapport (dans des encadrés) et elles sont également regroupées à la toute fin, en Appendice. Par ailleurs, le fait que ces recommandations soient relativement nombreuses (22) ne présume pas de la qualité relative du programme évalué. Cette situation est probablement reliée à la nature pédagogique de l'exercice qui a fait qu'un grand nombre d'évaluateurs, dans ce cas-ci des étudiants en apprentissage, ont mis beaucoup d'énergie à analyser tous les éléments du programme. Ces étudiants ont ainsi voulu contribuer à leur façon à l'amélioration éventuelle du programme.

Dans un premier temps, cette évaluation, telle que rapportée ici, est d'abord et avant tout réalisée à des fins pédagogiques pour les doctorants du Département de psychologie de l'UQTR. Néanmoins, l'initiative de la demande d'évaluation du

programme d'intervention de l'*Accalmie* émergea au sein même de l'organisme. Les dirigeants désiraient bénéficier de l'expertise d'un groupe d'évaluateurs afin de mieux juger des effets de leur programme. Monsieur Patrice Larin, directeur général de l'*Accalmie* approcha donc monsieur Marc Daigle, professeur au Département de psychologie de l'UQTR et chercheur au *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie* ainsi qu'au *Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel*.

Quant à la démarche d'évaluation elle-même, notons que plusieurs sources d'informations ont été mises à la disposition des étudiants, telles que : le site Internet de l'*Accalmie*, un document portant sur le cadre clinique, le rapport annuel de 2007-2008, les données statistiques de 2007-2008, de même qu'un chapitre sur l'*Accalmie* paru dans le livre de Katia Gagnon et Hugo Meunier (*Au pays des rêves brisés*, 2008). De plus, l'organisme avait fourni aux étudiants un document vidéo présentant une réunion d'équipe hebdomadaire (réunion clinique présentant les études de cas) dirigée par le coordonnateur clinique, ainsi qu'une entrevue de fin de séjour d'une personne quittant la ressource. Cependant, aucun entretien direct avec la clientèle et les intervenants n'a été possible dans le cadre de cette courte évaluation. En fait, les sources d'information relevant d'un contact direct avec l'organisme se résument en une visite des locaux par les étudiants et à trois rencontres avec les représentants de l'*Accalmie*. Ainsi, une visite guidée des locaux de l'*Accalmie* a eu lieu le 27 janvier 2009, un premier groupe d'étudiants à partir de 8h30 et, le second, à partir de 9h. Cette visite a été assurée par monsieur Serge Rouette, coordonnateur clinique de l'organisme. Ce même jour, Serge

Rouette s'est ensuite rendu à l'UQTR durant 1h30 afin de répondre aux questions des doctorants. Le 24 février 2009, monsieur Rouette est venu une seconde fois à l'UQTR, accompagné cette fois du directeur de l'*Accalmie*, monsieur Patrice Larin, afin d'explicitier les services offerts et expliquer le fonctionnement de l'organisme. Enfin, monsieur Larin est revenu seul le 14 avril 2009 pour répondre aux questions qui subsistaient avant de compléter l'évaluation du programme. Rappelons que seule la durée de la session universitaire était allouée pour exécuter cette évaluation. Les différents commentaires, suggestions et recommandations des étudiants ont ensuite été colligés dans le présent rapport. Celui-ci sera remis par la suite au directeur général de l'*Accalmie*, monsieur Patrice Larin. Dans ce contexte très particulier, aucun frais n'est exigé de l'organisme et aucun évaluateur n'est rétribué.

Description du programme

Nous passons ici sommairement en revue le programme de l'*Accalmie*, son historique, sa mission ainsi que son mandat. Cette section présente également l'analyse des besoins des personnes suicidaires.

Au niveau de la conceptualisation, notons d'abord que, pour les fins de cette évaluation, nous considérons ici l'organisme l'*Accalmie* comme offrant un seul « programme », soit un programme d'accompagnement et d'hébergement pour personnes suicidaires. En pratique, cela n'est pas nécessairement le cas, puisque l'organisme pourrait offrir différents services autrement ou bien être en train de

développer différentes autres initiatives qui pourraient être qualifiées individuellement de « programmes ». Le fait de ne considérer qu'un seul programme global nous permet notamment, comme nous le verrons plus loin, de mieux comprendre les bases théoriques de ce type d'intervention, ce qui n'avait pas été fait jusqu'à maintenant. Le programme de l'*Accalmie* s'adresse donc aux personnes suicidaires âgées de 18 ans et plus. Le programme consiste en un hébergement de transition et en un accompagnement pour les personnes suicidaires et/ou en urgence sociale. L'hébergement s'échelonne sur une période pouvant aller jusqu'à 21 jours consécutifs. Lors de ce séjour, les usagers font des rencontres avec un intervenant en individuel et participent à des ateliers de groupe sur différents sujets, se regroupant sous quatre axes principaux. Ces quatre axes sont : la résolution de problèmes, l'estime de soi, le développement des intérêts et le développement du réseau social. Le caractère résidentiel de l'immeuble amène et invite les usagers à participer aux différentes tâches domestiques. La participation au programme est sur une base volontaire et une contribution financière de 12 dollars par jour est demandée à l'admission dans un but de responsabilisation des utilisateurs. Cependant, cette contribution financière n'est pas conditionnelle à l'admission de la personne, c'est-à-dire que si cette dernière est dans l'incapacité de payer les frais dus, une entente de paiement est signée avec elle. Les critères d'inclusion et d'exclusion de la clientèle seront discutés sous une rubrique ultérieure.

Historique du programme

La mise sur pied de l'*Accalmie* découle principalement d'une des cibles d'actions prioritaires 2003-2005 de l'*Agence de la santé et des services sociaux (ASSS)* de la

Mauricie et du Centre du Québec. En effet, d'importants besoins ont été identifiés dans le réseau des services de la santé et des services sociaux. Ces besoins étaient principalement un manque d'hébergement transitoire pour les personnes en urgence sociale ou souffrant d'un trouble de santé mentale, ainsi qu'un manque de services d'accompagnement pour les personnes suicidaires. À cet effet, un groupe de parents endeuillés par suicide s'est même rendu à une rencontre de l'*Agence de la santé et des services sociaux* (ASSS) en demandant des actions concrètes pour les personnes en urgence suicidaire. L'implantation d'un programme comme l'*Accalmie* est novatrice et unique puisqu'il s'agit d'une première dans le réseau et ce, à la grandeur du Québec. L'*Accalmie* puise donc son inspiration dans les besoins spécifiques de la population cible et ajuste ses interventions en conséquence, tout en respectant le mandat qui lui est confié par l'*Agence de la santé et des services sociaux* (ASSS).

Mission et mandat de l'Accalmie

L'organisme l'*Accalmie* s'est lui-même donné comme mission d'accompagner les personnes suicidaires dans un moment difficile de leur vie en leur offrant un hébergement transitoire. L'organisme a comme principal objectif de venir en aide aux personnes souffrantes, en leurs permettant de prendre du recul et de retrouver un certain bien-être. La ressource se donne comme rôle d'orienter les usagers dans une démarche de reprise de pouvoir sur leur vie. Par conséquent, la concertation ainsi que l'arrimage avec d'autres ressources, susceptibles de venir en aide aux résidents, sont prioritaires afin d'assurer la continuité des services. En parallèle à cette mission centrée

spécifiquement sur les personnes suicidaires, l'Accalmie accepte aussi un mandat de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS). Celle-ci mandate donc l'Accalmie, en lui octroyant un certain financement (voir plus loin la rubrique qui précise les intrants financiers de l'Accalmie), pour l'hébergement de transition des personnes en urgence suicidaire ou sociale (personnes souffrant de problématiques au niveau de la santé mentale, requérant un hébergement transitoire). En terme d'imputabilité, l'Accalmie est donc redevable à son Conseil d'administration pour ce qui relève de l'entièreté de sa mission, alors qu'elle est redevable à l'ASSS pour ce qui est de son mandat spécifique d'hébergement. La section suivante décrit les besoins de la population cible des personnes suicidaires.

Analyse des besoins

Comme mentionné précédemment, le programme de l'Accalmie vise un objectif de relation d'aide auprès des personnes suicidaires. Il importe donc de bien connaître et de bien comprendre les besoins particuliers de cette clientèle en souffrance. Plusieurs auteurs ont écrit sur le sujet et la majorité s'entend pour dire que les besoins des personnes suicidaires sont beaucoup trop vastes pour être traités simultanément dans leur globalité. Cependant, Berman, Jobes et Silverman (2006), qui ont étudié davantage l'intervention de crise, soutiennent que le premier besoin de la personne suicidaire est d'être maintenue physiquement en sécurité. En deuxième lieu, la personne suicidaire a un urgent besoin d'aide pour trouver des alternatives au suicide qui était jusqu'alors l'unique solution pour mettre un terme à la souffrance vécue. Bref, elle a besoin d'être soutenue et aidée sans jugement. Cette gestion de la crise peut s'échelonner sur une

période de 24 à 72 heures. Par la suite, de façon progressive, la personne ressent le besoin de reprendre le pouvoir sur sa vie. Le besoin de prise en charge temporaire des personnes suicidaires permet, en parallèle, de répondre à d'autres besoins sous-jacents tels que : les besoins de sécurité, d'expression de la souffrance, de soutien, d'accompagnement, de normalisation et de développement de nouvelles compétences, permettant ainsi de mener à la reprise de pouvoir sur leur vie. Cependant, il est à noter qu'une bonne proportion de la clientèle suicidaire de l'*Accalmie* souffre aussi de troubles mentaux. Selon les données disponibles dans le rapport annuel de 2007-2008, il s'agirait de près de 80% de la clientèle en combinant les diagnostics de l'axe I et de l'axe II, quoiqu'il ne s'agisse pas toujours ici de diagnostics confirmés par un médecin psychiatre. De plus, dans certains cas, il y a co-morbidité si l'on y ajoute la dépendance aux psychotropes, ceci menant d'ailleurs à une recommandation spécifique de la part des évaluateurs (voir la section portant sur les ressources humaines). Face à cette complexité, l'accompagnement et le suivi prennent tout leur sens si l'on veut éviter les bris de services après le passage à l'*Accalmie*. En effet, bien que l'objectif soit la reprise de pouvoir sur leur vie, les personnes qui souffrent de troubles mentaux nécessitent parfois un suivi plus rapproché pour justement s'assurer de la continuité des services (sans toutefois tomber dans la dépendance à l'organisme). Bien que ce type de suivi à l'externe (afin d'éviter les bris de services) ne fasse pas partie du mandat et de la mission de l'*Accalmie*, il n'en reste pas moins un besoin de la clientèle utilisatrice qui fut constaté au fil des années.

Buts et objectifs du programme

Tel que mentionné précédemment, le but que l'organisme se donne est d'aider les personnes suicidaires à prendre du recul et à retrouver un certain bien-être. De ce but général découlent des objectifs spécifiques que l'on ne retrouve cependant que partiellement dans la description du cadre clinique de l'organisme. À partir de l'information recueillie, il est donc parfois difficile de bien cerner tous les objectifs spécifiques et de bien les distinguer des moyens utilisés pour les atteindre. Néanmoins, nous pouvons proposer la formulation suivante, laquelle précise trois objectifs spécifiques ainsi que divers moyens à utiliser :

1. Effectuer l'intervention de crise (premiers 48 heures)

- *Phase initiale de l'intervention* : référant à l'accueil et au premier contact avec le client.
- *Créer une relation et un lien de confiance* : référant à l'écoute empathique de l'intervenant.
- *Évaluer le degré d'urgence suicidaire* : référant à l'évaluation du COQ (Comment / Où / Quand)
- *Sécuriser physiquement la personne* : référant à l'hébergement ainsi qu'au contrôle de la médication.

2. Voir à l'accompagnement des usagers (une fois la tension émotionnelle diminuée)

- *Se centrer sur la tâche* : référant à l'ici et maintenant.
- *Organiser l'action* : référant au plan d'accompagnement personnalisé en y incluant les ateliers de groupes.
- *Diagnostiquer la situation de crise et tenter de cibler la phase dans laquelle la personne se trouve.*
- *Susciter l'engagement et la mise en action dans la résolution de problèmes.*
- *Déterminer des objectifs de travail réalistes.*
- *Identifier ensemble les ressources susceptibles de pouvoir supporter la personne dans ses démarches.*
- *Participation à des ateliers de groupe se référant à quatre grands axes : la résolution de problème, l'estime de soi, le développement des intérêts et le développement du réseau social.*

3. Développer des habitudes de vie saines

- *Respecter un horaire de lever, de coucher, de repas, de rendez-vous et d'atelier, etc.*
- *Participer aux tâches inhérentes à l'entretien d'un domicile, comme les tâches ménagères, épicerie, préparation des repas, etc.*
- *Apprendre à vivre en collectivité dans le respect, dans la participation, dans la discrétion et dans la mobilisation.*

Ces objectifs sont donc formulés en fonction de l'information recueillie des différentes sources mises à la disposition des évaluateurs. Cependant, il faut voir qu'il y a matière ici à développer et à raffiner ces objectifs d'intervention. Rappelons que, sans objectifs clairement énoncés pour un programme d'intervention, il est difficile de faire le pont entre les moyens utilisés et le changement escompté. Comme ici les objectifs spécifiques ne sont pas toujours clairement définis, la nuance est parfois difficile à faire entre les objectifs et les moyens, sans compter qu'il peut être difficile de les positionner par rapport à un modèle théorique comme celui qui sera développé plus loin. Ces commentaires mènent donc à la formulation d'une recommandation spécifique :

Recommandation 1:

Considérant que la formulation actuelle des objectifs est surtout basée sur la philosophie, les valeurs fondamentales et le cadre clinique de l'*Accalmie*, il est recommandé de les reformuler en distinguant bien aussi les objectifs des moyens utilisés et ceci en fonction du modèle théorique proposé.

Modèle théorique du problème

Le modèle théorique à la base de la création d'un programme doit tout d'abord être fondé sur une bonne conceptualisation du problème en cause, ce que nous présentons ici sous forme de « modèle théorique du problème ». Quoiqu'un tel modèle ne soit pas précisé clairement ni formalisé dans le cas de l'*Accalmie*, certaines informations disponibles au moment de l'évaluation permettent quand même de voir comment les concepteurs du programme envisagent le problème du suicide. Ainsi,

l'*Accalmie* définit la crise suicidaire comme étant un déséquilibre où les mécanismes d'adaptation de la personne ne fonctionnent plus. Cette théorisation partielle du problème, telle que rapportée ici, réfère à un état de stress important, à un tel point que la personne souffrante en arrive à envisager le suicide comme unique solution. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la crise suicidaire est en quelque sorte un moment de rupture dans l'existence d'un individu (Postel, 2006). Ceci est la conséquence d'une perturbation du système de régulation assurant la continuité et l'intégrité même de ces individus. Par conséquent, plusieurs sphères de la vie du sujet peuvent en être affectées simultanément (ex. : santé du corps, santé psychologique, vie sociale, etc.). Plusieurs chercheurs ont étudié le phénomène du suicide sous ces différents angles. Postel (2006) rapporte qu'une étude menée dans les pays d'Europe démontre que les facteurs les plus fortement corrélés, autant chez les hommes que chez les femmes, est la solitude et l'isolement social. Bien que le taux de suicide soit beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes, il semblerait que l'isolement social et la solitude sont des « facteurs contributants » communs chez les deux sexes.

Évidemment, il serait minimaliste de prétendre que ces facteurs sont, à eux seuls, responsables de l'état suicidaire. À cet effet, dans une théorisation globale du problème, il importe de considérer les différentes sphères écosystémiques d'influence. Ces différents marqueurs peuvent nous aider à mieux cibler les interventions nécessaires. Dans un premier temps, il y a des *facteurs prédisposants*, à savoir ceux sur lesquels on ne peut intervenir directement ou qu'on ne peut changer, par exemple : avoir été victime

d'abus durant l'enfance, être endeuillé par suicide (ce qui augmente grandement le risque), souffrir de troubles mentaux chroniques, etc. Les *facteurs contributants*, quant à eux, réfèrent davantage à des circonstances comme : l'abus de substances, un problème de santé mentale non traité, l'isolement social, la solitude, etc. En ce qui a trait aux *facteurs de protections*, ceux-ci permettent un meilleur pronostic s'ils sont développés davantage. Ainsi, si la personne a une bonne constitution psychique et psychologique, si la personne a un bon réseau social (famille, amis, travail), et si la personne a toujours eu un certain équilibre dans sa vie jusqu'alors, il est juste de croire que l'évolution du traitement sera favorable. Finalement, les *facteurs précipitants* sont ceux qui peuvent déclencher le déséquilibre pouvant mener à la crise suicidaire. Ces derniers facteurs réfèrent à des événements troublants, comme une rupture amoureuse, une perte d'emploi, une faillite personnelle ou d'entreprise, un deuil, ou tout événement relié à une perte. Certes, si la théorie du problème tente de décrire les causes ainsi que les facteurs inhérents au suicide, la théorie du programme quant à elle, porte sur l'identification des causes et des facteurs ciblés, et ce, en vue du programme d'intervention, menant ainsi vers les changements escomptés chez la clientèle.

Modèle théorique du programme

C'est donc à partir d'un certain modèle théorique du problème, tel celui décrit plus haut, qu'un programme d'intervention peut être conceptualisé puis implanté. Selon l'approche privilégiée par les concepteurs d'un programme, certains éléments du problème en cause pourront être plus particulièrement ciblés dans un « modèle théorique du programme » que l'on veut créer. Dans le cas des concepteurs du programme de

l'Accalmie, ils semblent avoir fait le choix de centrer leur action sur les facteurs précipitants, compte tenu qu'ils agissent tout d'abord au niveau de la situation d'urgence suicidaire. Ils cherchent ainsi à contrôler une crise possiblement létale (perte, deuil, abandon...) dans les premiers jours d'hébergement, ce qui leur laissera du temps ensuite pour agir à d'autres niveaux plus fondamentaux (facteurs contributifs ou de protection). Même à ces derniers niveaux, les choix d'intervention ne correspondront toutefois qu'à de l'« accompagnement », de l'« arrimage », de la sensibilisation, de l'information plutôt qu'à de la psychothérapie.

Ces choix de programmation mèneront donc plus précisément, à l'intérieur du modèle global, à une formulation plus ou moins explicite de ce que l'on veut faire en terme d'intervention (un « modèle théorique du processus ») et de ce qu'on espère changer (un « modèle théorique du changement »). Ces différents modèles, même s'ils ne sont qu'implicites et mal formulés, sont nécessaires à la planification du programme. Plus tard, ils seront encore plus nécessaires aux évaluateurs qui voudront comprendre les enjeux fondamentaux du programme. En fait, ce sont ces théories parallèles (processus vs changement attendu) qui permettent justement de croire que, effectivement, des changements pourront être envisagés chez la clientèle cible. Cette prémisse (explicite ou implicite) est la logique qui doit sous-tendre toute démarche d'intervention. En d'autres termes, cette théorisation du programme devrait permettre de préciser les moyens envisagés pour parvenir à ses fins, ces dernières s'explicitant en termes d'effets et d'impacts. Notons ici que, comme dans bien des programmes, les aspects théoriques du

programme de l'*Accalmie* sont plus ou moins explicites dans la documentation qui a pu être consultée. En fait, ils ne sont pas formalisés en terme de « modèle théorique du programme », incluant un modèle du processus d'intervention et un modèle du changement attendu chez la clientèle. Nous présentons donc ici ce que les évaluateurs ont pu relever de façon explicite dans la documentation actuelle du programme, avant de présenter ce qu'ils croient être le véritable modèle théorique implicite. Par ailleurs, ce modèle formalisé a été validé, en cours puis en fin de la démarche d'évaluation (hiver 2009), par les responsables de l'*Accalmie*. Il est à noter que, en évaluation de programme, cette façon de faire reflète les nouvelles approches méthodologiques qui sont enseignées, notamment dans le cours suivi par les étudiants évaluateurs.

Modèle théorique explicite

Le cadre clinique auquel référer dans ce cas-ci fut élaboré par l'*Accalmie* le 1^{er} décembre 2005, et par la suite modifié par le conseil d'administration le 23 février 2007. Ce document décrit sommairement plusieurs paramètres importants pour la ressource, tels que : la philosophie de l'organisme, les valeurs fondamentales, les critères d'admissibilité, le cadre de référence pour les interventions de crise, ainsi que les attitudes et comportements à adopter. Cependant il y a un manque dans cette documentation au niveau de la description de la marche à suivre dans les interventions du programme. En effet, la documentation est claire uniquement quant à l'intervention de crise, laquelle correspond essentiellement aux deux premiers jours du séjour d'un usager (accueil, évaluation du degré d'urgence suicidaire, etc.). Les interventions

décrites, ainsi que les différentes étapes, s'appuient alors sur les principes de l'intervention de crise. Sur ce point, il serait néanmoins pertinent d'en indiquer les fondements théoriques, afin de bien étoffer le bien-fondé du processus. Quant aux autres interventions relatives au reste du séjour, les étapes ne sont pas non plus bien définies sur un continuum et elles semblent s'appuyer sur un amalgame d'approches sans fondements précis. Dans le même ordre d'idée, il semblerait que la durée moyenne déterminée pour un séjour à l'*Accalmie* ne s'appuie sur aucun fondement théorique, ce qui relève évidemment du caractère novateur du programme. En somme, il semblerait donc que, de façon globale, les fondements scientifiques des interventions ne sont pas clairement établis, ce qui probablement ne rend pas justice à tout le travail qui est accompli. Certes, les évaluateurs constatent que les concepteurs du programme se sont basés sur des connaissances solides déjà acquises en suicidologie, qu'ils ont monté le programme en fonction des besoins observés chez les résidents (information verbale de Patrice Larin) et qu'ils ont lu des écrits sur les interventions psychothérapeutiques et la relation d'aide (Serge Rouette a cité notamment Gendlin). Néanmoins, les évaluateurs constatent aussi qu'il serait plus prudent pour un jeune programme novateur comme l'*Accalmie* de prendre assise sur des bases théoriques solides, permettant ainsi de mieux comprendre le bien-fondé des interventions.

Recommandation 2:

Considérant que le processus d'intervention ne s'appuie pas de façon continue sur des approches ou des théories précises, il est recommandé de mieux spécifier ces aspects lorsque la documentation scientifique ou clinique est disponible.

Recommandation 3:

Considérant le caractère novateur de ce programme, le manque de fondements théoriques dans certains domaines (ex. : le nombre de jours du séjour), mais aussi la disponibilité grandissante de données sur la clientèle de l'*Accalmie* et son traitement (statistiques, études de cas...), il est recommandé de réévaluer les différents paramètres qui ne peuvent pas être appuyés sur des fondements théoriques.

Modèle théorique implicite

Tel que rapporté dans la section précédente, les prémisses de base du modèle théorique du programme s'appuient principalement sur les connaissances déjà acquises en suicidologie par les concepteurs du programme. Selon les évaluateurs, cette expérience et ces connaissances sont, en soi, non-négligeables dans la conceptualisation d'un programme novateur comme l'*Accalmie*. Cependant, dans un tel contexte, la cohérence entre les différents éléments du programme n'est pas forcément bien démontrée à l'intérieur d'un modèle théorique global et intégratif du changement escompté chez les personnes suicidaires. Néanmoins, à partir de ces éléments plus ou moins explicites dont les évaluateurs avaient pris connaissance, mais aussi d'une recension minimale de la littérature et des nouveaux principes de l'évaluation de programme, ceux-ci ont pu dégager un « modèle théorique du programme » qui pourrait faire état de ce que fait l'*Accalmie* et, évidemment, de ce que la ressource espère changer chez ses usagers. Il s'agit donc d'un modèle qui nous semblait implicite (sous-jacent)

dans les différentes données disponibles (documentation, discours des responsables, observations...).

La Figure 1 rend donc maintenant ce modèle plus explicite. Tel que mentionné précédemment, ce modèle théorique du programme comprend un modèle du processus d'intervention (les types d'interventions) et un modèle du changement attendu (effets proximaux et distaux sur les usagers, voire les effets et les impacts d'une perspective élargie). Ces modèles demeurent évidemment exploratoires, même s'ils ont été préliminairement validés par les responsables de l'organisme. Ils devraient cependant être validés plus formellement par des observations systématique dans le milieu d'intervention. Dans une suite logique, ces modèles, une fois validés, sont les premiers pas qui servent à la découverte, notamment à la recherche scientifique. Dans le même sens, la confirmation de la valeur de ces modèles devrait éventuellement influencer la planification organisationnelle de l'*Accalmie*, ainsi que la formation des intervenants, afin de s'assurer de l'arrimage des différentes composantes. Une fois cette démarche bien enclenchée, l'évaluation de l'efficacité de l'*Accalmie* pourrait ensuite être envisagée.

Recommandation 4:

Considérant que les modèles théoriques d'un programme doivent être validés et confrontés à la réalité, il est recommandé que l'*Accalmie* valide les modèles proposées dans son milieu d'intervention.

Le modèle figurant à la Figure 1 est maintenant explicitée sous ses quatre grands aspects (les intrants étaient par ailleurs explicités dans une section suivante) : types d'intervention, effets proximaux, effets distaux puis impacts.

Types d'interventions

Dans cette section, nous passerons en revue les grands types d'interventions et verrons en quoi ils diffèrent individuellement et dans leur interaction de ce qui se fait dans les autres organismes. Pendant la période de crise, l'*Accalmie* sécurise physiquement le client, comme le ferait un hôpital par exemple. Mais l'*Accalmie* sécurise également émotionnellement le client. Ces interventions font éventuellement baisser le niveau d'urgence suicidaire chez le client nouvellement pris en charge.

Comme dans les hôpitaux et différents refuges, l'*Accalmie* nourrit et héberge ensuite ses résidents pendant environ 19 jours, mais elle le fait dans un contexte de participation active des clients. L'intervenant et le client mettent sur pied un plan d'intervention et ils revoient régulièrement son application. Ce suivi serré distingue également l'*Accalmie*. Pendant le reste du séjour, différentes interventions sont déployées afin d'aider l'individu à retrouver un équilibre de vie. Quatre grands types d'interventions sont dégagés, mais elles ne sont pas mutuellement exclusives. Dans un premier temps, par leur simple présence à l'*Accalmie*, les résidents participent à la vie communautaire : ils partagent les locaux de style résidentiel avec les intervenants et autres usagers, dorment et mangent à peu près aux mêmes heures que les autres et adoptent un mode de vie plus sain et régulier que pendant leur période de crise

antérieure. Dans un deuxième temps, des rencontres individuelles ont lieu avec l'intervenant-ressource. Elles se déroulent au rythme d'au moins deux fois semaine et sont faites de façon informelle. L'approche est principalement humaniste (selon les dires du coordonnateur clinique), soit basée sur des reformulations émotives et cognitives afin d'aider le client à prendre un recul face à sa situation; quelques stratégies cognitives-comportementales peuvent être utilisées au besoin. Dans un troisième temps, des activités de groupe sont proposées, tels des ateliers sur la résolution de problèmes, l'estime de soi, le développement des intérêts et le développement du réseau social, etc. L'approche est ici essentiellement psychoéducative (présentation de différentes façons de faire et d'être qui sont aidantes, ainsi que le rationnel derrière cela), avec une perspective humaniste toujours présente dans le style des intervenants (possibilité d'expression de soi, vécu partagé). Dans un quatrième temps, un bilan de fin de séjour a toujours lieu entre le résident et son intervenant-ressource. On évalue alors le cheminement, on consolide les acquis et on établit l'arrimage avec une autre ressource si ce n'est déjà fait. Dans des cas exceptionnels, des suivis à l'externe sont offerts pour ne pas laisser les clients sans service. Exceptionnellement également, des individus sont hébergés et nourris plus longtemps, dans une politique de réduction des méfaits, jusqu'à réception de leur prochain chèque, pour éviter qu'ils ne volent par exemple.

Par ailleurs, le service de suivi externe ne fait pas partie actuellement du mandat reçu de l'ASSS et il n'est donc pas offert systématiquement à tous les usagers lors du départ. Ce faisant, on présume que, avant la sortie de la ressource, l'arrimage aura été

bien été assuré avec d'autres services de la communauté. Néanmoins, dans le cas des clients souffrant de troubles mentaux et plus particulièrement de dépression, ce qui est très souvent le cas chez les personnes suicidaires (Isacsson, Lesage, Grunberg, Séguin, 2002), il n'est pas assuré qu'ils trouveront dans la communauté une approche aussi personnalisée que lors de leur séjour à l'*Accalmie*. D'où la recommandation suivante :

Recommandation 5:

Considérant que le mandat initial de l'*Accalmie* n'inclut pas les services de suivi externe (après séjour), considérant aussi que ce service peut être important pour une partie de la clientèle, il est recommandé de renégocier cet aspect avec l'ASSS en fonction de la cohérence entre ce mandat, la planification organisationnelle et les intrants financiers, humains ou matériels.

Plusieurs des interventions décrites plus haut ressemblent à ce qui est effectué dans d'autres milieux, mais l'*Accalmie* présente un concentré de ces interventions qui se veulent équilibrées entre elles et respectueuses du rythme du résident. Il est remarqué également que l'*Accalmie* tend vers les principes de l'empowerment, en mettant en place la responsabilisation dans ses six valeurs fondamentales. Les six valeurs fondamentales de l'*Accalmie* se résument par la responsabilisation comme mentionné précédemment, mais aussi par le respect de la personne, la considération de la souffrance des usagers, l'ouverture, l'engagement ainsi que le partenariat. L'encouragement à la responsabilisation varie selon le moment de l'intervention. Ainsi, l'intervenant est plus directif avec le client pendant la période de crise. Il travaille à établir un lien de

confiance et à évaluer sommairement l'état et la situation du client. Toutefois, quand le client prend entente avec l'*Accalmie*, il s'engage à respecter les règlements et devient responsable de son comportement à la ressource. S'il déroge à ces règlements ou les oublie, un intervenant les lui rappellera. Cette capacité à respecter les règles de l'organisme devient une attitude transférable chez les clients qui pourront alors mieux s'insérer dans un milieu de travail, un milieu scolaire ou un autre organisme communautaire. S'adapter aux règles explicites d'un milieu est en effet gage d'un fonctionnement plus harmonieux dans le milieu et ainsi d'un plus grand contrôle sur sa vie.

L'entente d'un paiement de 12 dollars par jour contribue également à responsabiliser les clients qui, soit pourront payer à la fin du séjour, soit devront trouver entente avec l'organisme pour les rembourser plus tard. Cet engagement financier rappelle qu'un effort doit être fourni même quand on cherche à se faire aider. Certes, les clients sont nourris et hébergés mais, contrairement à un milieu hospitalier par exemple, ils doivent entretenir leur chambre et sont encouragés à participer à la préparation des repas. Ils maintiennent ainsi leurs habitudes de vie et, pour certains clients, les développent. Par ce rythme quotidien, le résident s'occupe de lui-même (alimentation) et de son milieu de vie (ménage). Ces habiletés sont également transférables à l'extérieur de l'*Accalmie*. L'autre intervention où la capacité d'agir du client est fortement sollicitée est dans la mise au point d'un plan d'intervention, dans son application et dans la réévaluation du plan. Lors d'une rencontre individuelle, après avoir aidé le résident à avoir une vue d'ensemble de sa situation, l'intervenant interroge le résident sur ce qui

pourrait être travaillé. Il le pousse ainsi à réfléchir à des objectifs réalistes et concrets. Si le résident manque d'idées, des sujets peuvent être proposés au résident qui doit idéalement se les approprier. Ensuite, avec du support au besoin, le résident met en œuvre son plan d'intervention. Aux rencontres individuelles subséquentes, le client peut constater où il en est par rapport à ses objectifs, modifier ou ajouter des objectifs. Les principes de l'empowerment favorisent donc l'habilitation du résident, puisque ce dernier y acquière des compétences, transférables dans d'autres milieux, ce qui est tout à fait souhaitable dans les circonstances.

Effets proximaux

La mise en œuvre des différentes interventions décrites plus haut devrait amener différents changements dans la clientèle, dont certains de façon relativement proximale : pendant le séjour ou peu de temps après. Selon l'expérience de monsieur Larin, le simple fait d'entrer à l'*Accalmie* diminue d'ailleurs déjà l'urgence suicidaire, puisque l'utilisateur entrevoit alors une piste de solution possible, engendrant ainsi la réactivation du mécanisme d'adaptation à la situation, et ce, dès l'arrivée dans la ressource. De tels effets sont donc plus près («proximaux») du processus d'intervention, par opposition aux effets distaux qui sont souvent d'ailleurs plus difficiles à évaluer. La Figure 1 inventorie quelques-uns des effets proximaux souhaités. Ainsi, on s'attend, dans ce modèle, à ce que l'urgence suicidaire, l'anxiété, la souffrance et le stress aient diminué (↓) chez la personne suicidaire. Inversement, on s'attend, par exemple, à ce que l'autonomie, l'estime de soi, la connaissance de soi et le réseau social augmentent (↑). On présume donc ici que le programme d'intervention, fondé sur les objectifs personnels

prédéfinis avec l'aide de l'intervenant, aide à la résolution positive de plusieurs facteurs constitutifs du mieux-être. Néanmoins, il faut voir que les participants ne sont pas nécessairement bien conscients des progrès qu'ils sont en train de faire à ce moment, ce qui pourtant ne ferait que renforcer leur espoir et leur confiance en eux-mêmes, d'où la recommandation suivante qui suggère une technique d'auto-évaluation des progrès en cours.

Recommandation 6:

Considérant l'absence d'une évaluation individuelle continue et reflétée à l'utilisateur, il est recommandé que ce dernier tienne un journal de bord pour qu'il puisse voir le cheminement parcouru au cours du programme.

Effets distaux

La Figure 1 distingue d'abord quatre types d'effets distaux (positifs) sur la clientèle du programme : l'augmentation du mieux être des personnes, la diminution des facteurs de risque, l'augmentation des facteurs de protection et l'évolution psychologique. Ces quatre types de changements devraient entraîner une diminution des comportements suicidaires chez la clientèle (ou bien empêcher qu'ils n'apparaissent pour une première fois), ce qui est quand même l'objectif ultime du programme. Cet effet distal important n'est pas nécessairement visible ni mesurable dans l'immédiat, mais il demeure central à toutes les interventions qui sont réalisées à l'*Accalmie*. Certains effets négatifs (non souhaités) du programme doivent aussi être envisagés. Il y a en effet des avantages et des inconvénients associés à la participation à tout programme. Bien que, en théorie, les effets attendus du programme soient

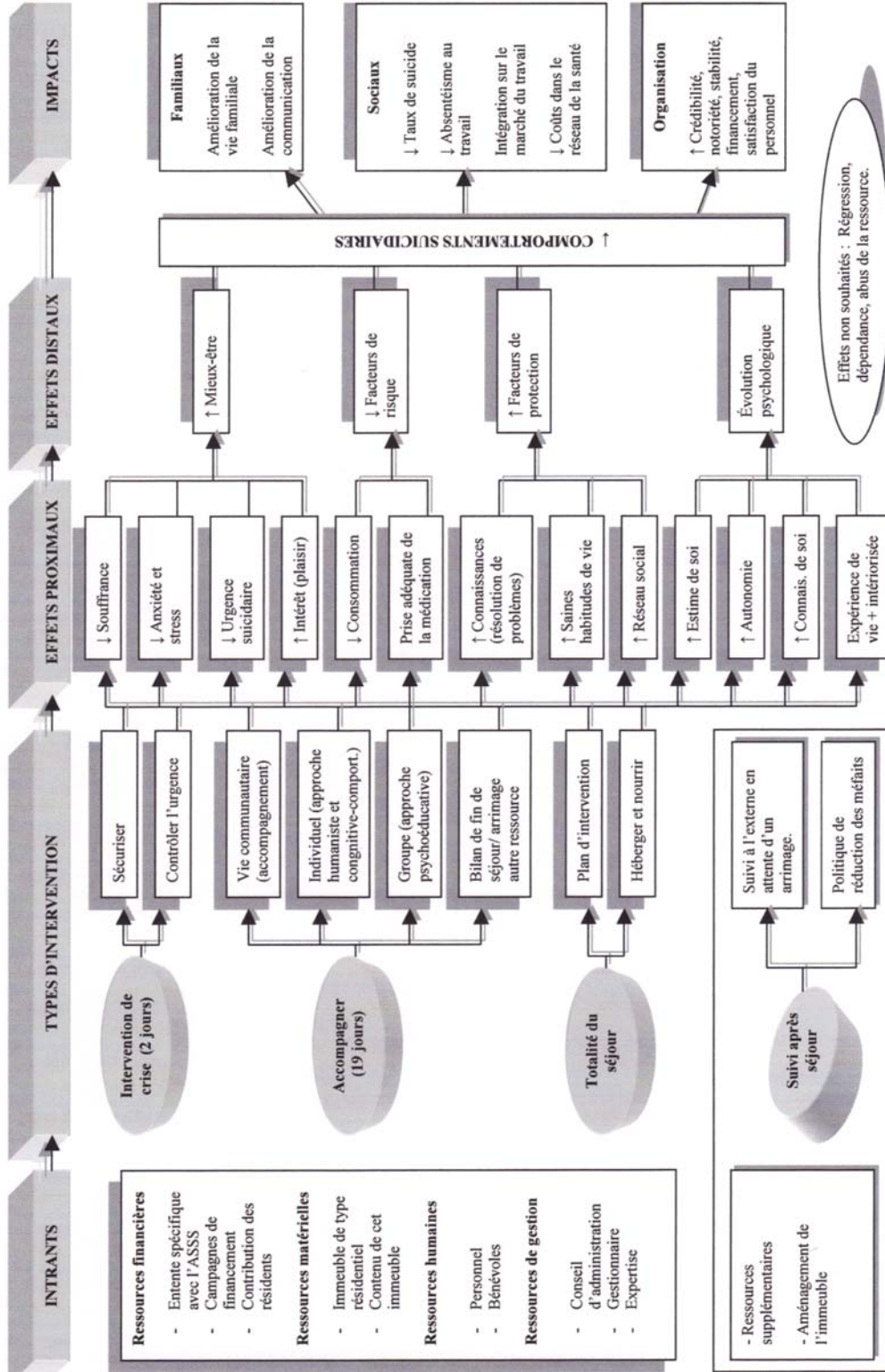
majoritairement positifs, il est possible qu'il s'ensuive des effets négatifs ou non souhaités chez certains usagers. En effet, la personne utilisant les services pourrait éventuellement développer une certaine dépendance face à la ressource et ressentir le besoin constant d'être conseillé, engendrant alors un abus des services de la ressource. Cette dépendance n'est évidemment pas souhaitable, ainsi que toute forme de régression de la part du client. Une utilisation récurrente des services n'aiderait pas nécessairement l'utilisateur et priverait possiblement d'autres usagers des services de l'*Accalmie*. Il importe donc d'être attentif à cette récurrence et d'y palier autrement (suivi externe), ceci permettant une meilleure gestion des lits et des services offerts à la population. Évidemment, cette avenue implique une réflexion considérant le mandat de l'*Accalmie*, la planification organisationnelle, les intrants financiers, humains et matériels de la structure actuelle (voir, plus haut, la recommandation #5).

Impacts

Par delà les effets proximaux et distaux sur la clientèle immédiate du programme, il appert qu'il y a aussi des impacts plus larges suite à l'application du programme de l'*Accalmie*. Ces impacts plus larges sont envisagés ici en fonction de trois groupes distincts, soit : la famille, la société et l'organisme lui-même (l'*Accalmie*). Ainsi, il est présumé que, suite à la participation au programme de l'*Accalmie*, la personne utilisera les compétences transférables acquises au service d'une communication plus aisée, notamment avec ses proches, ceci améliorant la vie familiale. D'autre part, au niveau social, on peut envisager qu'un programme comme l'*Accalmie* aura un impact au niveau des taux de suicide, du moins dans la région immédiate. En terme de planification de la

santé publique, c'est d'ailleurs là un objectif important, justifiant justement les investissements publics dans le domaine de la prévention du suicide. La participation au programme encourage aussi une réintégration au travail, ce qui devrait favoriser une meilleure stabilité en emploi pour la personne utilisatrice des services de l'*Accalmie*. Dans le même ordre d'idée, une diminution de l'absentéisme au travail, ainsi qu'une diminution des coûts pour le système de santé pourraient être envisageables. En effet, le participant développerait une certaine autonomie et nécessiterait donc moins l'utilisation des services publics et communautaires. Finalement, l'organisme lui-même qui administre le programme l'*Accalmie*, du fait des améliorations survenues dans sa clientèle, devrait obtenir plus de crédibilité, de notoriété, de stabilité, de financement externe et de satisfaction chez son personnel.

Figure 1
MODÈLE THÉORIQUE DU PROGRAMME DE L'ACCALMIE



Intrants

Cette partie identifie d'abord quatre types de ressources nécessaires à la mise en marche d'un programme comme celui de l'*Accalmie*, soit : financières, matérielles, humaines et de gestion. En parallèle, elle inventorie aussi les différentes autres parties prenantes au programme, soit les personnes ou les groupes qui y ont un intérêt particulier.

Ressources financières

L'*Accalmie* a trois sources de revenus. Dans un premier temps, une subvention annuelle provenant d'une entente spécifique avec l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) : environ 280 000\$ par an, selon les dires du directeur de l'*Accalmie*. De plus, des campagnes de financement permettent d'amasser environ 34 000\$ par an, provenant de dons corporatifs et de particuliers. Il faut aussi prendre en compte la contribution journalière des résidents (12 dollars par jour par résident, une somme qui est davantage symbolique). L'*Accalmie* est évidemment imputable à l'ASSS, du fait que la majeure partie de son financement en est issue. Entre autres, une des conditions de leur financement concerne la réserve de deux lits de dépannage pour des cas particuliers relevant de besoins d'hébergement régionaux en santé mentale. Notons que la gestion des ressources financières est sous la responsabilité du directeur général, monsieur Patrice Larin qui, à son tour, est redevable à son conseil d'administration, ce qui sera davantage discuté au point concernant la gestion du programme.

Ressources matérielles

Quant aux ressources matérielles nécessaires pour le programme, notons que l'organisme occupe un immeuble de deux étages de type résidentiel du centre-ville de Trois-Rivières. Une cour arrière est aménagée et mise à la disposition des résidents. Au rez-de-chaussée, on retrouve le bureau d'accueil et une chambre d'observation (à un lit) pour les cas nécessitant une surveillance plus accrue, en raison soit d'un potentiel de dangerosité pour sa propre personne, ou tout simplement en raison d'une mobilité réduite (les autres chambres se trouvant toutes à l'étage). Le salon, quant à lui, est aménagé pour les ateliers de groupe; la salle à manger et la cuisine en sont séparées par quelques marches (ce qui peut être un obstacle pour les personnes à mobilité réduite). Annexée à la cuisine, une verrière attenante à la cour arrière est mise à la disposition des résidents pour fumer en saison hivernale. Notons également qu'un second bureau est aménagé au rez-de-chaussée pour les rencontres individuelles. Une salle d'eau est également disponible au rez-de-chaussée.

À l'étage, on retrouve les bureaux de l'administration, un salon pour divertissement (téléviseur, lecteur DVD, ordinateur sans accès à Internet, etc.), les quatre chambres à deux lits et les salles de bain pour homme et pour femme avec douche seulement (pour contrer d'éventuelles noyades dans les baignoires). La capacité maximale d'hébergement à l'*Accalmie* est donc de neuf usagers simultanément, dont deux peuvent être en situation d'hébergement de dépannage, tel que mentionné précédemment. La décoration tout comme l'aménagement des lieux sont accueillants et

invitants pour les personnes qui y entrent. Des conditions sécurisantes d'hébergement sont créées par l'ambiance résidentielle et par l'accès immédiat à des ressources tant humaines que matérielles. On note, entre autres, qu'une chambre est assignée à chaque usager dès son arrivée, même s'il devra la partager avec un autre résident. Beaucoup de documentation écrite sur différents services d'aide est à la disposition des usagers. Dans l'ensemble, l'aménagement des lieux est donc des plus adéquats, si ce n'est que pour les personnes à mobilité réduite.

Recommandation 7:

Considérant que les personnes à mobilité réduite peuvent également être suicidaires et être éventuellement utilisatrices de l'*Accalmie*, il est recommandé de rendre plus accessibles les aires de repas et/ou de repos et d'aménager spécifiquement une salle de bain.

Les usagers sont invités à participer aux différentes tâches habituelles d'une maison comme l'entretien ménager, l'achat d'épicerie et la préparation des repas. La ressource fonctionne selon la formule du 24/7, soit 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Les services de l'*Accalmie* couvrent le territoire de la MRC des Chenaux, ainsi que les territoires des *Réseaux locaux de services* (RLS) de Trois-Rivières et de Maskinongé. Cependant, les ressources matérielles ainsi que les principaux partenariats avec les services existant dans le réseau de la santé et de services d'aide communautaire sont davantage situés à Trois-Rivières. Selon les dires du directeur général, plus de 80% de la clientèle provient du grand Trois-Rivières. Cependant, on peut penser que le 20%

qui provient des régions davantage rurales est plus propice à l'isolement, ce qui est évidemment à éviter pour les personnes à risque suicidaire. Une recommandation est donc faite pour développer davantage de partenariats dans tout le territoire :

Recommandation 8:

Considérant que l'*Accalmie* couvre un vaste territoire, soit de la MRC des Chenaux en passant par les territoires des *Réseaux locaux de services* (RLS) de Trois-Rivières et de Maskinongé, et considérant que les ressources matérielles ainsi que les principaux partenariats avec les services existants sont davantage situés à Trois-Rivières, il est recommandé de développer des partenariats avec les différentes instances de la santé et des services sociaux et des services d'aide communautaire sur tout le territoire desservi.

Ressources humaines

Quant aux ressources humaines, l'*Accalmie* est constituée de deux équipes : une équipe administrative et une équipe d'intervention. La première inclut le directeur général, une technicienne en administration et un agent de communication et de financement. L'équipe d'intervention est d'abord composée de sept ou huit intervenants (incohérence mineure entre le rapport annuel et les autres documents portant sur les ressources humaines). Les conditions d'embauche des intervenants sont : avoir un diplôme ou une formation en relation d'aide reconnue par le *Ministère de l'éducation* (niveau collégial ou universitaire) dans des disciplines telles que : travail social, éducation spécialisée, psychoéducation ou psychologie. Les intervenants ne doivent ni avoir vécu d'épisode suicidaire, ni être endeuillés par suicide. L'équipe d'intervention

est aussi constituée d'un coordonnateur clinique, à l'emploi de l'*Accalmie* depuis son ouverture. Ce dernier est titulaire d'une maîtrise en psychoéducation. Son rôle est important au sein d'une équipe d'intervenants qui travaillent auprès d'une clientèle suicidaire. Les évaluateurs ont pu constater, notamment lors de l'observation d'une rencontre clinique, que le coordonnateur clinique a une vision globale de l'ensemble des différents facteurs qui entourent la réalité des résidents (ex. : avis médical, effets toxicologiques de certains médicaments ou drogues combinés ou non, symptômes psychopathologiques, etc.). Il dirige donc son équipe en recadrant parfois les interventions ou en pistant sur des investigations à faire. Son rôle est, entre autres, d'animer et de diriger les réunions cliniques hebdomadaires et de faire le suivi sur les différents cas, tout en respectant et en travaillant de concert avec le corps médical qui, souvent, a déjà pris en charge une partie de la clientèle avant son arrivée à l'*Accalmie*. Par conséquent, la formation et l'expertise du coordonnateur clinique se doivent d'être solides, ce qui semble tout à fait le cas présentement avec monsieur Serge Rouette. Néanmoins, dans l'éventualité de l'embauche d'un autre coordonnateur clinique, cela soulève un point important qui mène à une recommandation :

Recommandation 9:

Considérant que le rôle du coordonnateur clinique est en quelque sorte central à l'enlignement et à la mise en place des interventions du programme, il est recommandé de bien définir les exigences relatives au poste, au-delà de ce qui est inscrit présentement dans le document de « politique organisationnelle et condition de travail » afin de s'assurer de la continuité de la qualité de services.

De plus, au sein de l'équipe d'intervention, il y a aussi trois intervenants de soir, possédant tous un diplôme d'études collégiales en éducation spécialisée et ayant entre six et dix-huit mois d'expérience à l'*Accalmie*. L'intervenant de jour qui anime les ateliers de groupe possède un baccalauréat en psychologie et est à l'emploi de l'*Accalmie* depuis trois ans. Une psychoéducatrice est à l'emploi de l'organisme depuis deux ans et demi, et occupe le poste dit « transit » (poste permettant la transition entre les différents quarts de travail). Un intervenant de nuit est également à l'emploi de l'*Accalmie* depuis 6 mois, terminant sa scolarité (formation en cours). De plus, il est important de mentionner que l'équipe d'intervention est secondée par des stagiaires de différentes disciplines.

Par ailleurs, la consolidation de l'expertise des intervenants de première ligne nécessite une stabilité dans l'emploi si l'on veut assurer un service direct de qualité. Or, selon les dires du directeur général et du coordonnateur clinique, il y a un roulement important des ressources, principalement pour deux raisons. Dans un premier temps, on invoque la lourdeur de la problématique du suicide. Il semblerait, selon les dires du coordonnateur clinique, que certains intervenants ont même dû recevoir des soins psychiatriques. Face à cet état de fait, la direction a instauré des mesures de support psychologique pour les intervenants. Ainsi, une entente de soins fut conclue avec le *Centre universitaire de services psychologiques (CUSP) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)*. Cette entente, combinée au recadrement des critères d'embauche, devrait favoriser le maintien des ressources sur ce point. La deuxième

raison invoquées pour expliquer le taux de roulement des intervenants est liée aux conditions salariales des intervenants. En effet, le salaire moyen offert par l'organisme, selon les dires du coordonnateur clinique, est de 11,50\$ l'heure. Le salaire moyen dans les organismes communautaires de la région de Trois-Rivières oeuvrant dans le domaine de la relation d'aide, selon une estimation sommaire, serait de 13,00\$ l'heure pour des intervenants possédant un diplôme d'études collégiales mais sans expérience. Pour les intervenants détenteurs d'un baccalauréat, le salaire moyen est de 16,00\$ l'heure, sans expérience. De plus, la majorité de ces organismes offrent une augmentation salariale annuelle de 1000\$ par année pour les postes à temps plein, peu importe le niveau de la formation. Il est à noter que la recommandation qui en découle s'appuie uniquement sur les dires du coordonnateur clinique et du directeur général. Aucun contact ne fut établi entre les évaluateurs et les intervenants de l'*Accalmie*. Par conséquent, cet aspect devrait être plus approfondi lors d'une éventuelle évaluation subséquente.

Recommandation 10:

Considérant le haut taux de roulement des intervenant en raison des conditions salariales inférieures à la moyennes des organismes oeuvrant en relation d'aide, il est recommandé que le conseil d'administration révisé à la hausse la grille salariale de l'*Accalmie*.

Outre la formation de base exigée lors de l'embauche des intervenants, l'*Accalmie* se doit aussi de leur offrir ensuite une formation plus spécifique dans trois domaines d'importance qui n'ont pas nécessairement été approfondis dans les cursus

collégiaux ou universitaires: suicide, troubles mentaux et toxicomanie. Dans un premier temps, les intervenants doivent donc être formés en gestion de crise et en suicidologie, aspect très bien défini dans le document de référence du cadre clinique de l'*Accalmie*. Effectivement, chacun d'entre eux a suivi une formation de trois jours sur le suicide délivrée par l'*Association québécoise de prévention du suicide* (AQPS). Il appert également, en raison de la forte proportion de la clientèle souffrant de troubles mentaux, que les intervenants doivent avoir une formation spécifique sur le sujet, non pas dans le but de poser des psychodiagnostic, mais bien de connaître les modes opératoires des différents troubles afin de mieux composer avec eux. Dans un troisième temps, une base de connaissances en toxicomanie est également à envisager pour les mêmes raisons ci-haut mentionnées. Or, dans ces deux derniers domaines, troubles mentaux et toxicomanie, il semble que la formation continue des intervenants ne soit pas assurée systématiquement, d'où cette recommandation :

Recommandation 11:

Considérant qu'une certaine proportion de la clientèle est susceptible de souffrir de troubles mentaux ou de dépendance aux psychotropes, il est recommandé que tous les intervenants reçoivent de la formation en santé mentale ainsi qu'en toxicomanie.

Ressources de gestion

L'*Accalmie* est dirigée par son directeur général, monsieur Patrice Larin, éducateur spécialisé ayant travaillé en milieu psychiatrique. Comme nous l'avons vu plus haut, il est secondé par deux employés à temps plein : une technicienne en

administration et un agent de communication et de financement. Monsieur Larin est sous l'autorité d'un conseil d'administration qui, à son tour, est imputable à l'*Agence de santé et des services sociaux* (ASSS), mais uniquement pour ce qu'il en est du mandat accepté de cet organisme gouvernemental. Le conseil d'administration est constitué de représentant du RLS des différentes régions du territoire, facilitant ainsi les arrimages, et d'une personne touchée elle-même par la problématique du suicide (endeuillée), ce qui humanise le caractère essentiellement administratif du C.A.

L'organisme l'*Accalmie* semble bien reconnu par le milieu, ne serait-ce que par les ententes de partenariat qu'il a développé, que se soit avec les instances hospitalières ou le corps policier, ainsi que les affiliations ou les participations avec différents regroupements tels que : le *Regroupement des organismes de base en santé mentale* (ROBSM), l'*Association québécoise de prévention du suicide* (AQPS), le *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie* (CRISE), etc. De plus, le Dr Sylvain Landry, psychiatre au *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières* fut président d'honneur de la dernière campagne de financement, ce qui donne une certaine notoriété et crédibilité à l'organisme.

Pour un organisme aussi jeune, on note que la gestion de l'*Accalmie* est très bien structurée, ne serait-ce que du fait de la présence d'un cadre clinique bien défini, d'un code de déontologie, et de politiques organisationnelles, documents tous adoptés par le conseil d'administration. Cette gestion organisationnelle est rarement aussi bien

consolidée dans des organismes communautaires, même après plusieurs années d'opération. Néanmoins, des observateurs externes ne peuvent s'empêcher de soulever une question, justement en raison de cette structure organisationnelle aussi développée pour un budget d'opération qui est quand même assez minime. En fait, il est légitime de se questionner sur la nécessité d'un agent de développement du financement et des communications pour un organisme ayant un budget d'opération inférieur à 350 000\$ par année. D'autant plus qu'il est connu qu'il y a une fragilité au niveau du maintien des ressources d'intervention, lesquelles sont prioritaires à l'exercice de la mission de l'*Accalmie*. Certes, les évaluateurs n'ont pas nécessairement eu accès à toute l'information pouvant justifier un tel poste. Un des points majeurs est probablement le montant obtenu des campagnes de financement et la proportion de ce montant qui serait maintenue dans l'éventualité d'une modification de la structure de gestion. Quoiqu'il en soit, les évaluateurs manquent de données pour formaliser ici une recommandation. Néanmoins, le conseil d'administration pourrait se pencher sur cette question.

Parties prenantes

Plusieurs parties ont des intérêts particuliers à l'*Accalmie* et veulent même y faire entendre leurs voix. À l'intérieur même de l'organisme, plusieurs groupes d'intérêts peuvent entrer en ligne de compte, alors que, à l'externe, la clientèle ainsi que d'autres organismes sont des parties prenantes importantes au programme.

Agence de santé et des services sociaux

L'Agence de santé et des services sociaux (ASSS) est ici une partie prenante très importante. Lors de l'adoption des cibles d'actions prioritaires (2003-2005) par l'ASSS, l'*Accalmie* fut l'un des moyens envisagés pour combler une importante lacune du réseau des services de la santé et des services sociaux. Ces lacunes sont dans le domaine de l'*hébergement* pour les gens souffrant de problématiques relevant de la santé mentale, et dans le domaine de la prévention du *suicide*. De ces deux problématiques est née l'*Accalmie*, organisme offrant des services d'hébergement pour personnes suicidaires. L'ASSS en est le principal bailleur de fond, et, par la même occasion, celle-ci lui donne le mandat d'*hébergement*, mais en demandant aussi la réserve de deux lits de dépannage. De plus, le mandat de l'ASSS n'inclut pas les services d'accompagnement. Tel que mentionné plus haut, le mandat donné par l'ASSS et la mission de l'*Accalmie* ne concordent donc pas tout à fait.

Gestionnaires de l'Accalmie

Les gestionnaires de l'*Accalmie* eux-mêmes sont des fondateurs et des concepteurs du programme. Ils défendent leur propre opinion de ce que devrait être le cours des services qui y sont offerts. Après quelques années d'opération, les gestionnaires de l'*Accalmie* sont ainsi à même de constater qu'il y a des bris de services, notamment parfois au niveau de l'arrimage avec différentes ressources. Ceux-ci souhaiteraient poursuivre le suivi de la personne à l'externe, du moins jusqu'à ce que l'arrimage de cette dernière soit fait avec une autre ressource susceptible de poursuivre le plan d'action individualisé. Cependant, les budgets disponibles ne permettent pas cet

accompagnement externe, ce qui occasionne par ricochet des bris dans les services de santé psychologique chez certains clients. Les gestionnaires défendent bien le fait qu'un lien de confiance a déjà été créé entre le résident et la ressource, ce qui devrait être utilisé pour permettre, par le biais d'un service à l'externe, une meilleure transition progressive vers une autre ressource.

Autres organismes

Dans le cas des services d'hébergement pour personnes suicidaires de la région, ils sont offerts uniquement par l'*Accalmie*, si l'on excepte les rares cas où ils sont disponibles en milieu hospitalier. Par contre, il faut voir que les *Centres de prévention du suicide* ainsi que d'autres milieux communautaires ou hospitaliers offrent également des services à la population suicidaire. Dans ce contexte, le service d'accompagnement de l'*Accalmie* et, encore plus, celui de suivi à l'externe (après séjour) peuvent être vus ainsi en compétition ou, du moins, en comparaison avec d'autres programmes. On pense, par exemple, au service de relance téléphonique du *Centre de prévention du suicide*. Il est prévisible aussi que d'autres organismes communautaires réagissent à la venue éventuelle d'un service de suivi à l'externe au sein de l'*Accalmie*. Quoi qu'il en soit, les informations disponibles aux évaluateurs laissent croire qu'une bonne collaboration existe actuellement dans la région entre les différents partenaires de la prévention du suicide, même si elle peut parfois être à sens unique. Néanmoins, une éventuelle redistribution des budgets de services ou la création de nouveaux services démontre la nécessité de bien identifier les différents enjeux.

Population

Bien que les enjeux du suicide soient grandement discutés dans la société et que celle-ci ait développé une certaine conscience sociale sur le sujet, les intérêts de chacun des groupes ne sont pas toujours bien identifiés. Or, une saine planification devrait tenir compte de plusieurs points de vue. En effet, ce ne sont pas toutes les personnes suicidaires qui ont le besoin de vivre en groupe, même si la création de l'*Accalmie* répond à une demande spécifique de parents endeuillés qui y voyaient là une formule originale. Ces gens endeuillés demeurent d'ailleurs une partie prenante importante par rapport à l'*Accalmie*. Par contre, ce ne sont pas toutes les personnes suicidaires qui vivent les mêmes problématiques. Par exemple, certains peuvent souffrir de troubles mentaux, et d'autres pas. Certains préfèrent accomplir une démarche personnelle, alors que d'autres préfèrent utiliser une aide psychologique provenant d'autres services, autant communautaires (*Tel-écoute*, *Centre de prévention du suicide*, par exemple), publics (notamment les CSSS, ou les *Centres hospitaliers*) que privés (Programmes d'aide aux employés, suivis psychologiques offerts en clinique). Certes, pour les personnes qui vivent l'isolement, la vie de groupe offerte à l'*Accalmie* est tout à fait bénéfique, tandis que pour ceux dont le réseau social est bien développé et investi, le groupe ne correspond peut être pas à leurs besoins. Il appert donc de prendre conscience des réticences de certains afin de voir comment les desservir, puisque eux aussi sont en besoin.. Par ailleurs, la section suivante présente les différents niveaux de clientèle qu'il faut considérer, pas tant cette fois comme parties prenantes, mais plutôt comme usagères éventuelles du programme.

Clientèle

Afin de bien identifier la véritable clientèle cible du programme et de vérifier si c'est bien cette clientèle qui reçoit les services d'hébergement et d'accompagnement offerts par l'organisme, nous établissons d'abord la distinction entre population à risque, population cible, population en demande et population desservie par l'*Accalmie*.

Tout d'abord, la **population à risque** dans ce cas-ci comprend toutes les personnes ayant une probabilité de développer des idées suicidaires et habitant sur tout le territoire desservi. Ceci étant dit, il est difficile de quantifier ce grand bassin de clientèle à risque. Néanmoins, pour ce qui est de la grande région de la Mauricie et du Centre du Québec, on sait que c'est dans cette région, accablée par le chômage et les fermetures d'entreprises, qu'on retrouve un des taux de suicide les plus élevés du Québec. Ainsi, elle se situe au 2^e rang parmi les régions du Québec ayant les plus hauts taux de décès par suicide (2 suicides/semaines).

La **population cible** de l'*Accalmie*, celle que l'organisme veut rejoindre, comprend les gens qui, parmi tous ceux formant la population à risque, manifestent des idéations suicidaires sérieuses nécessitant un accompagnement et un hébergement. Plus précisément, les gens ciblés par l'*Accalmie* sont ceux qui répondent aux quatre critères d'inclusion dans le programme soit : (1) être âgé de 18 ans et plus; (2) résider sur le territoire desservi par l'organisme (MRC des Chenaux, ainsi que les territoires des Réseaux Locaux de Services de Trois-Rivières et de Maskinongé); (3) se présenter seul

ou être référé par la famille, les pairs et/ou par un organisme partenaire (CPS, police, CLSC, etc.); (4) être à risque suicidaire;

Parmi la population cible, les personnes qui acceptent sur une base volontaire de participer à l'*Accalmie*, de même que ceux qui satisfont les critères d'inclusion, forment la **population en demande**. Or, comme nous l'avons vu plus haut, ce ne sont pas tous les gens ciblés qui sont intéressés par les services offerts à l'*Accalmie*, sans compter que plusieurs n'en sont même pas informés.

Finalement, la **population desservie** par l'*Accalmie* (population participante) est celle qui satisfait aux critères d'inclusion, et qui (1) accepte sur une base volontaire les services offerts par l'*Accalmie*; (2) accepte de signer un « contrat de vie » à l'arrivée; (3) accepte de se conformer au code de vie de l'*Accalmie*; (4) accepte de rester sobre (alcool et drogues) durant le séjour; (5) accepte de s'impliquer dans un plan de cheminement personnalisé. Les critères d'exclusion sont: (1) la personne refuse de se conformer aux règlements de l'*Accalmie*; (2) la personne est en état d'intoxication l'empêchant de coopérer et de respecter les règlements de la ressource; (3) la personne présente une condition mentale trop détériorée, une symptomatologie non contrôlée (ex: désorganisation, hyperactivité, confusion psychotique élevée, agitation, risque d'acting out élevé, potentiel d'agressivité, etc.); (4) la personne présente des comportements antisociaux.

Prestation de services

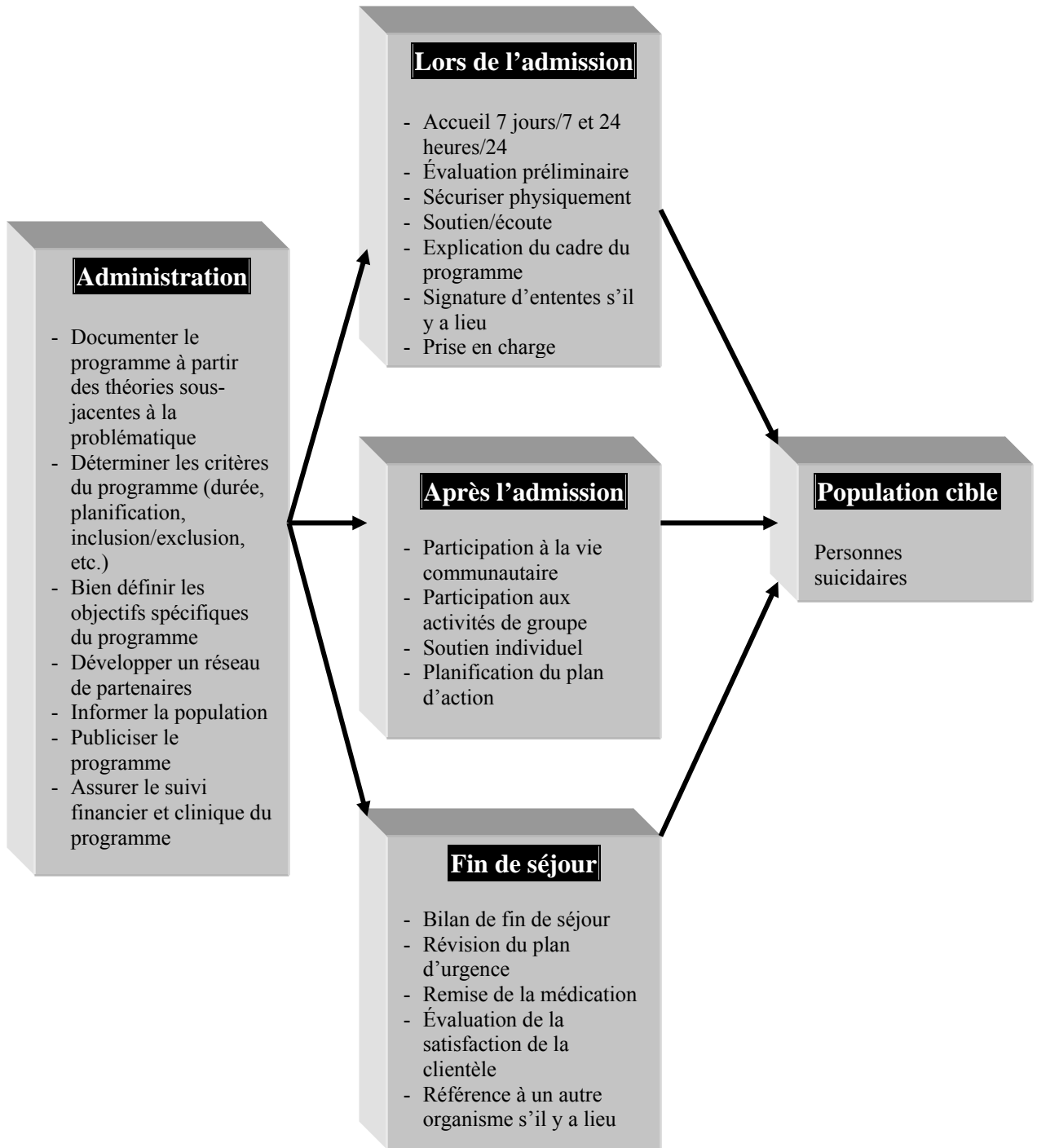
La prestation de services est basée sur le modèle théorique du programme déjà présenté plus haut. Ce modèle explicitait les types d'interventions à être réalisées à l'*Accalmie* si on veut espérer certains changements bénéfiques chez la clientèle. La présente section présente d'abord la planification organisationnelle qui est nécessaire dans un tel programme, puis la planification d'utilisation des services. Une partie traite plus spécifiquement de l'évaluation des interventions elles-mêmes, quoique cette démarche n'ait été qu'effleurée dans les délais très limités imposés par la session universitaire des évaluateurs. Cette partie est donc basée essentiellement sur les dires du gestionnaire et du coordonnateur clinique, sur le document décrivant le cadre clinique et sur des observations très indirectes. Finalement, une dernière partie s'intéresse à la couverture de la clientèle.

Il importe donc ici de rappeler le contexte de la présente évaluation de programme. En effet, celui-ci n'a pas permis d'explorer de manière aussi rigoureuse et approfondie que souhaitée les services offerts par l'*Accalmie*. La démarche d'évaluation a été réalisée dans le cadre d'un cours de doctorat intitulé *Planification et évaluation de programme* donné par le professeur Marc Daigle, Ph.D, à l'*Université du Québec à Trois-Rivières* (UQTR). Ce contexte un peu particulier n'a donc pas permis de procéder à une évaluation plus approfondie, avec des observations systématiques, laquelle aurait nécessité de s'étendre sur une plus longue période.

Planification organisationnelle

La Figure 2 illustre la planification organisationnelle des services offerts aux personnes suicidaires qui participent au programme de l'*Accalmie*. La planification organisationnelle réfère à la façon d'obtenir, de configurer et de déployer les ressources. En d'autres termes, cela correspond à l'organisation des activités du programme pour que le système de prestation des services soit développé et maintenu. Ce modèle de planification a été développé par les étudiants dans le cadre du cours. Il distingue quatre grands types de tâches qui doivent être réalisées pour rejoindre et traiter la personne suicidaire : administration, puis interventions à l'admission, après l'admission et en fin de séjour.

Figure 2
PLANIFICATION ORGANISATIONNELLE
 Schéma organisationnel du programme de l'*Accalmie*



Planification d'utilisation des services

La planification d'utilisation des services réfère justement à l'utilisation que les résidents vont faire des différents services mis en place à l'*Accalmie*. Selon le même schéma que précédemment, il s'intéresse aux trois temps du passage à l'*Accalmie* : à l'admission, après l'admission et en fin de séjour. Rappelons que, devant l'impossibilité d'assister à des entrevues d'accueil ou d'intervention, l'information qui suit provient essentiellement du document décrivant le cadre clinique et des entretiens réalisés avec le gestionnaire et le coordonnateur clinique.

Prestation de services dès l'admission

L'accueil du client à l'*Accalmie* est un moment très important dans la démarche de ce dernier, d'autant plus lorsqu'il est en état de crise. L'état de crise est, par définition, limité dans le temps. Néanmoins, la vulnérabilité comme telle des individus peut très bien perdurer au-delà du séjour. La rapidité de l'intervention est donc nécessaire afin que celle-ci ait lieu en accord avec le processus naturel dans lequel le client s'est ancré et pour que ce dernier puisse utiliser ses forces au moment où il perçoit une alternative au suicide.

Dès le départ, l'intervenant se doit de créer un lien de confiance avec la personne suicidaire, en étant empathique à ce que vit cette personne. L'intervenant écoute les réactions émotives suscitées par l'élément déclencheur, accompagne et facilite cette expression en reconnaissant ouvertement les droits de la personne à exprimer sa souffrance. Cette écoute empathique est soutenue par des techniques de reformulation

permettant ainsi au client de se sentir compris, accepté et, par ricochet, à l'intervenant de valider s'il se situe bien dans le cadre de référence du client.

Tout en manifestant son attention au client, l'intervenant fait une première évaluation du degré de tension, de la perception de la réalité, de la capacité de fixer son attention, de prendre des décisions, de commencer à les exécuter. L'intervenant évalue au même moment l'urgence de la crise suicidaire, les facteurs de risque (ex. : endeuillé par suicide) et les facteurs de protection (ex. : réseau social, famille) à l'aide de la fiche d'évaluation du potentiel suicidaire.

Les critères d'admissibilité (inclusion et exclusion) de l'*Accalmie* sont très clairs. Ils ont été présentés plus haut et ils figurent à la page 7 de leur document de cadre clinique. Plus particulièrement, les personnes qui se présentent à l'*Accalmie* sont acceptées si elles sont en urgence suicidaire d'un niveau 1 (faible) jusqu'au niveau 7 (élevé), ceci en fonction de la « grille d'urgence suicidaire » servant à orienter le jugement clinique de l'intervenant). Le niveau 7 correspond déjà à un niveau élevé d'urgence, c'est-à-dire que le COQ (Comment? Où ? Quand?) révèle que le plan du sujet est complété, que la menace de passer à l'acte est immédiate et que le moyen est accessible. Au niveau 8, elles sont alors immédiatement hospitalisées, en passant par l'urgence triage. Si, à ce niveau 8, il s'agit d'un appel téléphonique 8, alors l'intervenant appelle simultanément le 911 et, dans ce cas, ce sont les policiers qui accompagneront la personne à l'urgence.

L'admissibilité des personnes ne semble en aucun cas être liée à leurs ressources financières. Ainsi, les personnes sont normalement tenues de défrayer 12 dollars par jour d'hébergement, mais, si la personne n'a pas les moyens d'assumer ces coûts, une entente de paiement peut être signée, laquelle tient alors compte des capacités financières de la personne. Aux dires du coordinateur clinique, il semble que même les personnes ne disposant d'aucun revenu soient acceptées au sein de l'*Accalmie*, à titre gracieux. L'organisme ne souhaite visiblement pas que l'argent soit un frein à l'aide pouvant être apportée à une personne en difficulté.

Tel que nous l'avons vu, les critères d'exclusion sont également explicitement définis. Cependant, dans la réalité, il semblerait que l'équipe fasse son maximum afin de pouvoir accepter chaque personne se présentant à l'*Accalmie* car c'est toujours l'urgence suicidaire qui prime. Aux dires de Serge Rouette, lors d'une situation complexe, c'est à l'intervenant responsable du cas qu'appartient la décision finale d'accepter ou non la personne. S'il n'est vraiment pas possible de garder le résident, ce dernier est alors dirigé vers une autre ressource; en aucun cas il n'est laissé à lui-même.

La situation qui n'est pas abordée explicitement dans le cadre clinique, mais qui nous semble réclamer la plus haute vigilance, est le cas de figure où la personne qui se présente à l'*Accalmie* est un proche d'un intervenant, d'un ancien intervenant ou, du moins, d'une personne que connaît un intervenant. Néanmoins, d'après le document

vidéo remis aux étudiants, il semblerait que ce type de situations se soit déjà présenté et que l'équipe ait réussi à la gérer sans trop de difficulté.

Prestation de services une fois l'admission effectuée

À la suite de l'évaluation réalisée par l'intervenant, de l'acceptation des conditions de séjour par le client et de la signature des formulaires, le nouveau résident se voit assigné à sa chambre par l'intervenant de garde. Il y a deux lits par chambre et il y a des chambres assignées pour les hommes et d'autres pour les femmes. Idéalement, le nouvel arrivant partagera ainsi la chambre d'une personne qui termine sous peu son séjour; ceci afin d'éviter la contamination des idées suicidaires des premiers jours. C'est suite à cet entretien initial que l'intervenant proposera un séjour pouvant aller jusqu'à 48 heures, ce qui lui permettra d'identifier le degré réel d'urgence, la vulnérabilité du client, son aptitude à utiliser ses capacités et à identifier le soutien qu'il peut trouver dans son entourage.

La capacité maximale d'hébergement est de neuf lits, dont deux sont dits « de dépannage », réservés pour la clientèle du CSSS ou du milieu hospitalier s'ils sont vacants. L'*Accalmie* étant considérée comme une ressource d'hébergement transitoire, la durée d'hébergement de dépannage (pour la clientèle du CSSS ou du milieu hospitalier) varie entre 0 à 3 jours. Pour ce qui est de l'hébergement temporaire pour la clientèle cible de toute provenance sur l'ensemble du territoire, la durée varie entre 0 à 21 jours. D'après Serge Rouette, cette durée maximale d'hébergement de 21 jours semble convenir à la grande majorité des résidents. Cependant, si au bout de ces 21 jours il

s'avère que la situation demeure potentiellement critique et que la personne se trouve toujours à risque suicidaire (après évaluation de l'intervenant et discussion en équipe), il est tout à fait possible de prolonger l'hébergement. Ce cas de figure semble s'être présenté à plusieurs reprises au sein de l'*Accalmie*. C'est une chose qui semble plutôt positive car, s'il est clair qu'il faut qu'un cadre soit institué pour le bon fonctionnement de l'organisme, il est également important que ce cadre puisse être souple et permettre des aménagements. Au vu des chiffres d'occupation des lits pour la dernière année financière (195 personnes ont bénéficié du service d'hébergement), il apparaît que l'*Accalmie* réussit à assurer un certain roulement et qu'il y a donc maintien du cadre (21 jours).

Dès la première journée du séjour, la personne participe à la vie communautaire avec les autres résidents, doit respecter le code de vie instauré (heure du lever et du coucher, préparation des repas, heures de repas, tâches ménagère, etc.). De plus, pendant la semaine, le résident participe à des ateliers de groupe traitant de différents sujets (estime de soi, résolution de problème, etc.) à raison de 2 heures et demi par jour. La personne bénéficie également de rencontres avec son intervenant-ressource, en moyenne deux fois par semaine, afin d'établir conjointement un plan d'action personnalisé.

Fin de séjour

Systematiquement à la fin de chaque séjour, il y a un bilan de fin de séjour effectué lors d'une rencontre entre le résident et son intervenant. Il a été possible pour les évaluateurs de visionner une rencontre de fin de séjour. Lors de cette rencontre,

l'intervenant valide le plan d'urgence du résident avec ce dernier. L'intervenant évalue la satisfaction de la personne quant aux services offerts et conclut, s'il y a lieu, en remettant la médication à la personne. La validation du plan d'urgence est primordiale lors de la sortie du résident et renvoie au fait qu'il est possible qu'il y ait récurrence : cette démarche anticipe les difficultés éventuelles et permet de normaliser une crise éventuelle et d'outiller la personne lorsque celle-ci se produit. Toutefois, le contexte du document vidéo remis aux étudiants, lequel ne portait que sur une seule fin de séjour, a pu laisser croire que les techniques de réassurance de la cliente l'emportaient sur les techniques de prévention de la rechute. Certes, le caractère artificiel de ce document ne rend probablement pas justice au travail des intervenants. Néanmoins, il indique bien les pièges à éviter, alors que l'intervenant veut aussi conforter la personne qui quitte et qui semble avoir fait des progrès.

Évaluation du processus d'intervention

Tel que mentionné précédemment, les évaluateurs n'ont pu faire d'observation directe du processus d'intervention comme tel. De plus, ces cas présentés de façon indirecte n'ont pas été choisis de manière aléatoire et la perception des évaluateurs peut en être biaisée. Néanmoins, au vu de l'ensemble des éléments disponibles, il apparaît que l'*Accalmie* remplit de manière adéquate le mandat qui lui a été confié par l'*Agence de la santé et des services sociaux*, à savoir l'accompagnement et l'hébergement pour les personnes suicidaires.

Tout d'abord, le programme de l'*Accalmie* est novateur et ceci pour différentes raisons. Il appert que les concepteurs du programme ont bien compris certains principes importants dans la réhabilitation des personnes suicidaires. Notamment, ils se sont basés sur le principe qui veut que l'activation physiologique soit importante pour cheminer hors d'une dépression. Ainsi, l'individu qui entre à l'*Accalmie* doit s'activer de façon continue pour participer à la vie commune lors du séjour. Ceci, en plus d'être bienfaisant physiologiquement, permet à l'utilisateur de briser sa solitude, de développer de nouvelles habiletés et compétences sociales, en plus d'élargir son réseau social.

De plus, tel que mentionné précédemment, l'*Accalmie* définit sa mission, à l'intérieur de son cadre clinique, comme étant d'offrir un lieu d'hébergement transitoire, d'accompagnement et de soutien pour des personnes suicidaires qui traversent une période difficile. Notons au passage que les notions de soutien et d'accompagnement réfèrent ici à un ensemble d'actes plus généraux que ceux posés en psychothérapie. Le programme de l'*Accalmie* n'en est donc pas un de psychothérapie. En effet, la littérature en psychologie abonde d'informations permettant de comprendre l'acte de psychothérapie comme étant un acte complexe, requérant des conditions précises, et visant des changements importants. Bien que la conception de la thérapie puisse varier d'une approche clinique à l'autre, il n'en demeure pas moins qu'il existe un nombre de caractéristiques communes à la définition de la psychothérapie. À cet égard, rappelons également que différents mouvements au sein des professions en relation d'aide ont récemment été mis en branle afin de mieux circonscrire le nombre de professionnels pour lesquels l'acte de psychothérapie sera réservé. Sous cet

aspect également, les intervenants qui travaillent au sein de l'*Accalmie* ne pourraient être définis comme des « psychothérapeutes », considérant leur formation ou leurs diplômes.

Par ailleurs, à partir des informations recueillies, il semble que l'approche préconisée à l'*Accalmie* est davantage psychoéducative, bien que le directeur général ainsi que le coordonnateur clinique mentionnent avoir une approche éclectique. En effet, l'approche de l'*Accalmie*, telle que définie par le coordonnateur clinique, correspond en grande partie à l'explication que Boisvert (2008) donne d'une approche psychoéducative : une aide à l'acquisition d'habiletés et un support afin d'autogérer les problématiques, ceci permettant de poursuivre des objectifs fonctionnels. C'est donc plus une intervention de support social, tout en étant sensible à la situation de la personne ; c'est une approche basée sur la relation. Dans le cadre du mandat de l'*Accalmie*, soit d'offrir un hébergement transitoire de 21 jours afin de diminuer l'urgence suicidaire des usagers, l'approche psychoéducative est donc tout à fait appropriée. Notons d'ailleurs que Boisvert (2008) recommande cette approche, entre autres en matière de santé mentale et de consommation. Dans ce sens-là, l'*Accalmie* doit donc rester prudente en explorant l'éclectisme, alors que le cadre psychoéducatif est déjà suffisamment cohérent et approprié pour réaliser son mandat.

De plus, tel que mentionné au point « gestion du programme », l'*Accalmie* est très bien structuré pour un jeune organisme communautaire, ce qui est de très bon augure et aussi est un premier pas important vers l'atteinte de résultats. Cependant, les évaluateurs

mais aussi les gestionnaires de l'organisme perçoivent un certain manque dans la continuité des services. En effet, le coordonnateur clinique lui-même exprime le désir de l'organisme de développer un suivi à l'externe, ce qui leur apparaît nécessaire pour une meilleure consolidation des acquis de certaines personnes. Or, la subvention actuellement allouée par l'ASSS ne permet pas de développer ce type de service qui nécessiterait des modifications importantes au niveau des intrants (voir Figure 1), sans compter qu'il faudrait alors revoir le mandat de l'organisme et la planification organisationnelle (Voir Figure 2). Pour l'instant, il semble cependant important de ne pas commencer à développer ce service externe avant d'avoir reconsidéré les intrants conséquents, et ce, afin de ne pas nuire au fonctionnement actuel de l'*Accalmie* (voir recommandation #5).

Couverture de la clientèle

Cette section s'intéresse à la couverture de la clientèle, c'est-à-dire à la proportion de la clientèle cible qui est réellement desservie par l'*Accalmie*. L'analyse et l'évaluation des informations disponibles permet ici aux évaluateurs d'en arriver à la conclusion que ce n'est pas toujours exactement la clientèle ciblée par l'*Accalmie* qui y reçoit les services d'hébergement et d'accompagnement. Tout d'abord, il semble que ce soit principalement la clientèle de la région de Trois-Rivières qui bénéficie de la ressource, alors que l'*Accalmie* est censée dispenser des services à une population cible plus large. Par ailleurs, des partenariats avec certains organismes locaux semblent être mieux arrimés qu'avec d'autres (partenariat avec lesquels il existe ou non des protocoles d'entente). Ainsi, certaines clientèles bénéficieraient davantage d'information et d'aide que d'autres

par le biais du service de référence. Cette lacune a donc un effet sur la clientèle ciblée et celle qui reçoit des services. Au total, la population recevant des services ne semble donc pas correspondre entièrement à la population cible. En effet, la clientèle de Trois-Rivières semble sur-représentée par rapport à la clientèle des autres territoires desservis. Selon le directeur général de l'organisme, ceci s'explique en partie par les difficultés d'arrimage avec les différents partenaires des territoires autres que le Grand Trois-Rivières.

Ceci étant dit et malgré cette sous-représentation de certains territoires, le taux d'occupation maximal de la ressource est souvent atteint. Dans ce contexte, il importe donc de se questionner à savoir si le budget octroyé par l'ASSS est suffisant pour répondre aux besoins de la population cible pour tout le territoire. En 2008, le budget disponible a permis de desservir 195 personnes (majoritairement en provenance de Trois-Rivières) pour un hébergement transitoire, ce qui nous semble correspondre à un bon taux d'occupation (nombre de lits versus séjours moyens). Ceci étant dit, il faudrait aussi pouvoir estimer quantitativement l'ampleur de la population cible pour chacun des territoires afin de mieux estimer, par la suite, les possibilités réelles de couverture du programme. Ainsi, le ratio de la population cible versus la population desservie pourrait être établi avec plus de justesse.

Quant aux critères d'inclusion et d'exclusion, critères encadrant eux-mêmes la couverture du programme, ils sont très bien explicités à l'intérieur du document

décrivant le cadre clinique. Cependant, lors des rencontres avec le directeur général et le coordonnateur clinique, ces critères d'inclusion et d'exclusion ne semblaient pas être toujours aussi respectés qu'il le devrait. Par exemple, pour pouvoir entrer à l'*Accalmie*, la personne doit tout d'abord être âgée de 18 ans et plus. Là-dessus cependant, les représentants de l'*Accalmie* ont été transparents avec les évaluateurs en mentionnant qu'il était déjà arrivé d'inclure une personne mineure dans le programme, puisqu'il ne manquait que quelques semaines avant ses 18 ans. Ce faisant, l'organisme est de bonne foi, mais il se met dans une position précaire. En effet, puisque l'*Accalmie* est un milieu de vie communautaire impliquant une certaine promiscuité, que serait-il arrivé au niveau légal si un des usagers avait, par exemple, intimidé sexuellement la mineure? De plus, on sait que les législations touchant les mineurs sont particulières, notamment au niveau de l'autorisation parentale, de la responsabilité morale, etc. Cette situation, même rare, mérite donc d'être ré-analysée par l'organisme d'un point de vue légal.

Recommandation 12:

Considérant que l'*Accalmie* a déjà reçu une personne mineure, il est recommandé de documenter les raisons particulières de telles exceptions et de s'informer quant à la responsabilité légale de l'organisme dans de tels cas de figures.

Un autre des critères d'inclusion est, avec justesse, que la personne doit être à risque suicidaire et qu'elle accepte de respecter la politique de vie de l'*Accalmie*. La personne se verra ainsi refuser l'accès à l'*Accalmie* si elle refuse de se conformer aux règlements de l'organisme, si elle est en état d'intoxication l'empêchant de coopérer et

de respecter les règlements, si elle a une condition mentale trop détériorée ou encore si la personne présente des comportements antisociaux. Là-dessus aussi, les informations qui nous ont été transmises laissent entendre que l'*Accalmie* semble avoir une certaine marge de manœuvre quant à leurs propres balises. Dans ce contexte, l'organisme aurait quand même tout avantage à s'en tenir au cadre ou, dans le cas contraire, à mieux documenter les cas d'exceptions. Les évaluateurs reconnaissent certes qu'il peut y avoir des exceptions dans la réalité clinique, notamment en intervention de crise. Néanmoins, il est important de ne pas s'écarter des critères établis, puisqu'ils ont justement été déterminés en fonction du fait que les usagers forment un groupe, et que la dynamique du groupe peut influencer positivement ou négativement le processus d'intervention.

Recommandation 13:

Considérant qu'il y a un bien fondé aux critères de sélection de la clientèle, il est recommandé de s'en tenir au cadre établi. Dans les cas contraires exceptionnels, il est recommandé d'en documenter les particularités ainsi que le caractère exclusif.

Par ailleurs, il faut voir qu'une bonne couverture de la clientèle cible est souvent dépendante d'une bonne promotion du programme. Là-dessus, il faut voir que l'*Accalmie* est très bien représentée dans la région de Trois-Rivières, autant au niveau des organismes communautaires et publics qu'auprès de la population. En effet, tel que mentionné au point « gestion du programme », l'*Accalmie* est reconnue par le milieu, ne serait-ce que par les ententes de partenariat qu'elle a développées, que se soit avec le milieu hospitalier ou le corps policier. De plus, l'*Accalmie* fait montre de nombreuses

affiliations et participations avec différents regroupements tels que : le *Regroupement des organismes de base en santé mentale (ROBSM)*, l'*Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)*, le *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)*, etc. L'*Accalmie* sait aussi s'entourer de personnes reconnues. Par exemple, le Dr Sylvain Landry, psychiatre au *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières* fut président d'honneur de la dernière campagne de financement, ce qui donne une certaine notoriété et crédibilité à l'organisme. Une revue de presse démontre très bien l'implication de l'organisme ainsi que son souci d'être présent dans la communauté. Également, un chapitre d'un livre récent (*Au Pays des rêves brisés* de Katia Gagnon et Hugo Meunier) traite très favorablement de l'*Accalmie*. Ce chapitre démontre bien la réalité des personnes suicidaires mais il est aussi une excellente façon de promouvoir un programme d'intervention comme l'*Accalmie*, et ce, auprès de différentes instances. Dans le même ordre d'idée, les outils promotionnels, tels que brochures et site Internet, sont tout aussi accessibles pour l'ensemble de la population que pour les différents partenaires.

Satisfaction de la clientèle, efficacité et efficience

Tel que mentionné précédemment, aucun contact avec la clientèle n'a été possible dans le cadre de cette évaluation. Cette rubrique réfère donc uniquement au visionnement d'une rencontre de bilan de fin de séjour pour une seule cliente qui, de plus, n'a pas été choisie de façon aléatoire. Néanmoins, il semble que cette dernière est satisfaite des gains réalisés lors de son passage à l'*Accalmie*. Selon ses dires,, l'hébergement lui a permis de prendre un temps d'arrêt dans sa vie afin de lui permettre

de vivre « des journées ordinaires » sans idéation suicidaire et d'être sécurisée physiquement. Les ateliers et les rencontres lui ont permis de s'outiller pour gérer les crises lorsqu'elles se présentent. Le format de ces rencontres semblait lui convenir. Il semble y avoir eu des liens de confiance et d'attachement qui se sont développés chez cette personne envers le personnel de l'organisme. Cette personne a fait la demande de poursuivre son travail sur elle-même avec les intervenants de l'organisme par le biais d'un suivi à l'externe.

L'observation de cet unique cas ne permet donc pas de tirer des conclusions et il est évident qu'une véritable évaluation de la satisfaction de la clientèle s'impose. Il serait important de valider la satisfaction de la clientèle auprès de résidents sur place, mais aussi d'anciens utilisateurs. De plus, il serait intéressant de valider, lors d'une éventuelle évaluation, les raisons de refus de participer aux programmes chez les personnes qui se sont présentées à l'*Accalmie* et qui n'ont pas accepté de bénéficier du service.

Recommandation 14:

Considérant que la satisfaction de la clientèle n'a pu être évaluée, il est recommandé d'effectuer une évaluation plus approfondie de la satisfaction des résidents actuels et d'anciens usagers.

Recommandation 15:

Considérant que certaines personnes qui se présentent à l'*Accalmie* refusent de participer au programme, il est recommandé d'en évaluer le ratio ainsi que les raisons qui motivent le refus.

Par ailleurs, en raison des contraintes importantes rencontrées lors de cette évaluation, les aspects liés à l'efficacité et à l'efficience ont été peu développés. Par delà la satisfaction exprimée par la clientèle ou la simple impression d'avoir été aidé, une réelle évaluation de l'efficacité aurait nécessité du temps et des ressources pour recueillir différentes données auprès des usagers du programme. Cette cueillette aurait documenté différentes variables déjà décrites dans le modèle théorique du changement (Figure 1) et ceci surtout au niveau des effets proximaux attendus chez la clientèle. Seule une telle démarche structurée permettrait de se prononcer sur l'efficacité réelle du programme. Ceci étant dit, il faut savoir que les interventions de l'*Accalmie* présentent déjà trois caractéristiques importantes en termes d'efficacité (référant ici aux critères de Blanchet et al., 1993). Premièrement, les interventions sont flexibles en fonction des besoins et de l'état des clients, même si les grandes lignes sont déjà pré-établies. Par exemple, la durée du séjour et les objectifs du plan sont personnalisés. Deuxièmement, les interventions, qu'elles soient individuelles ou de groupe, sont intenses, occupant ainsi de 20 à 25 heures dans la semaine du client. Troisièmement, elles sont généralisables à d'autres contextes. En effet, la majorité des interventions sont liées à la situation actuelle du client. Ce dernier voit donc immédiatement ce qui peut être modifié

et il peut le mettre en pratique sur-le-champ, permettant ainsi certains ajustements s'il y a lieu avec l'aide des intervenants sur place. Les intervenants peuvent également provoquer des situations afin de tester les apprentissages (information de Patrice Larin), favorisant ainsi leur consolidation ou l'ajustement des outils, des ressources et des attitudes tout en étant supervisé et encadré. Ceci permet aux usagers de bénéficier d'un support étroit dans l'exercice de nouvelles aptitudes en toute sécurité. Quant à l'efficacité réelle du programme, elle ne pourrait être estimée qu'une fois l'efficacité bien démontrée. En effet, l'efficacité correspond finalement à un calcul des coûts associés à l'atteinte d'une certaine efficacité. Là-dessus, les évaluateurs peuvent quand même déjà noter que cette efficacité serait atteinte à des coûts relativement bas. En effet, les intrants financiers du programme paraissent déjà minimes, comparativement aux sommes qu'aurait dû dépenser l'ASSS si tous les résidents avaient séjourné dans un centre hospitalier.

Forces et faiblesses du programme

Par delà certaines recommandations précises, l'ensemble de la démarche d'évaluation permet finalement de se prononcer sur les grandes forces et faiblesses du programme :

✓ **Forces du programme :**

- Il s'agit d'un service novateur qui s'intéresse à une problématique pour laquelle il n'y avait pas de service précis avant la venue du programme de l'*Accalmie*.

- Pour un organisme aussi jeune, la gestion de l'*Accalmie* est très bien structurée, ne serait-ce que du fait qu'elle incorpore un cadre clinique bien défini, un code de déontologie, et des politiques organisationnelles, documents tous adoptés par le conseil d'administration. Cette gestion organisationnelle est rarement aussi bien consolidée dans des organismes communautaires, même après plusieurs années d'opération.
- Le conseil d'administration est constitué de représentants du *Réseau local de la santé* (RLS) des différentes régions du territoire desservi (MRC des Chenaux, Maskinongé, Trois-Rivières), facilitant ainsi les arrimages de services sur tout le territoire. De plus, une personne touchée par la problématique du suicide (endeuillée par suicide) y siège, ce qui humanise le caractère administratif du conseil d'administration.
- L'*Accalmie* semble reconnue par le milieu, ne serait-ce que par les ententes de partenariat qu'elle a développé, que se soit avec le corps policier ou les instances hospitalières. De plus, les affiliations ainsi que les participations avec différents regroupements démontrent sa pro-action. Différents supporteurs assurent également une certaine notoriété et de la crédibilité à l'organisme.
- Les valeurs fondamentales sur lesquelles s'appuie l'*Accalmie* pour remplir adéquatement sa mission sont: le respect de la personne au

cœur des interventions, ce qui est le moteur de son propre cheminement dans son intégrité, sa sécurité, sa dignité, son autonomie et ses droits et libertés; la considération de sa souffrance, de ses limites, de ses aptitudes et de son potentiel; l'ouverture aux valeurs des usagers grâce à une écoute active, l'empathie, l'acceptation des différences, etc. Ces valeurs font en sorte d'établir une relation de confiance avec les usagers, ce qui permet de les sécuriser et de diminuer l'urgence suicidaire.

- Comme nous l'avons vu plus haut, les interventions de l'*Accalmie* présentent trois caractéristiques importantes en termes d'efficacité (critères de Blanchet et al., 1993).
- L'expertise de l'actuel coordonnateur clinique est une force pour l'organisme. Il possède de solides connaissances sur la psychopathologie, le mode d'action et effets secondaires des médicaments, les différentes approches en relation d'aide et les différentes techniques psychothérapeutiques, en plus de son expertise sur le suicide en tant que tel. Il partage cette expertise avec les intervenants et les recadre dans leurs interventions, ceci tout en respectant et en travaillant de concert avec le corps médical.
- L'accessibilité à la ressource est optimale. Il y a une liste d'attente à certains moments de l'année, mais sinon les clients sont reçus immédiatement, ce qui est un point essentiel dans un contexte de crise

suicidaire. Si le client est placé sur la liste d'attente, un service téléphonique et de visite à domicile lui est fourni. Physiquement, la ressource se situe au centre-ville de Trois-Rivières, ce qui est un point fort en terme d'accessibilité au niveau de la prestation des services. La clientèle plus défavorisée peut ainsi y avoir facilement accès et tous les services (dépanneur, pharmacie, épicerie, etc.) se trouvent à proximité. De plus, le montant de 12\$ exigé par jour d'hébergement peut sembler élevé pour les bénéficiaires de la sécurité du revenu, mais des ententes d'étalement de paiement ou de diminution du montant sont possibles. La ressource est donc financièrement accessible, même pour les plus démunis.

- La décoration, tout comme l'aménagement des lieux, est accueillante et invitante pour les personnes qui y entrent; des conditions sécurisantes d'hébergement sont créées par l'ambiance résidentielle et par l'accès à des ressources tant humaines que matérielles.
- La préparation à la fin du séjour, laquelle implique l'élaboration d'un plan d'urgence individuel, étape par étape, permet la transition et la remise de pouvoir aux mains des usagers qui peuvent quitter avec un ensemble d'outils (dont un agenda comprenant des techniques d'interventions) et de moyens à utiliser si une nouvelle crise suicidaire survient.

✓ **Faiblesses du programme :**

- Bien que la gestion de l'organisme soit très bien structurée, un questionnement est soulevé d'un point de vue extérieur, justement en raison de cette structure organisationnelle aussi développée pour un budget d'opération aussi minime. En fait, il est légitime de se questionner sur la nécessité d'employer un agent de développement du financement et des communications pour un organisme ayant un budget d'opération inférieur à 350 000\$ par année.
- Le manque de stabilité des intervenants dans la ressource est un gros point faible pour l'*Accalmie*, ceci fragilisant la qualité des interventions. En matière de ressources humaines, il prend environ six mois avant qu'une personne soit pleinement opérationnelle dans une organisation. À l'*Accalmie*, la moyenne du temps d'emploi des intervenants est d'environ six mois, et donc il faut donc en comprendre que les intervenants quittent lorsqu'ils deviennent opérationnels.
- Peu d'outils de suivi sont utilisés pour savoir si le programme est réellement efficace. Il est vrai que cela ne fait pas partie explicitement du mandat reçu, mais aucun suivi n'est fait. Aucune mesure n'est prise pour estimer l'efficacité des interventions et des ateliers (résolution de problème, habileté sociale, développement des intérêts, estime de soi), et pourtant, les usagers y participent près de 20 heures

par semaine. Il serait donc pertinent de valider justement si ce qui est supposé être travaillé, a réellement des effets sur la clientèle, du moins au niveau proximal.

- Même si apparemment valide, les fondements scientifiques des interventions ne sont pas clairement établis. Les évaluateurs comprennent que les concepteurs du programme se sont basés sur les connaissances déjà acquises en suicidologie, qu'ils ont monté le programme en fonction des besoins observés chez les résidents (information verbale de Patrice Larin) et qu'ils ont lu des écrits sur les interventions psychothérapeutiques et la relation d'aide (Serge Rouette a cité notamment Gendlin). Néanmoins, il appert de bâtir un programme sur des assises solides quant à des théories qui ont démontré leur efficacité.
- De plus, des relations professionnelles restent encore à développer avec les organismes en santé mentale des districts de Maskinongé, et de la MRC des Chenaux. Des alliances professionnelles avec ces organismes faciliteraient le processus d'arrimage avec les ressources de ces régions, puisque présentement la majorité des arrimages se font avec des services de Trois-Rivières qui sont déjà bien en demande.
- Aucune documentation n'est actuellement disponible pour appuyer les interventions précises dispensées par les intervenants de l'*Accalmie*. Un manuel clinique serait à développer pour s'assurer d'une

consistance des services offerts, pour faciliter la formation des nouveaux employés, pour rendre possible le partage des connaissances et pour pouvoir jeter un regard critique sur l'organisation des services.

Limites de l'approche évaluative utilisée

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette courte évaluation ne permet pas de soutenir scientifiquement tout ce qui vient d'être soulevé, surtout quant à une éventuelle efficacité du programme. Il ne s'agissait ici que d'une démarche exploratoire. Le plan quant à la méthodologie utilisée est inadéquat pour une véritable évaluation de l'efficacité, laquelle demeure à faire (voir recommandation). Comme mentionné précédemment, aucune observation directe du processus d'intervention n'a été possible, ni aucun entretien avec les clients. Par conséquent, aucune prise de mesure (niveau d'urgence suicidaire, niveau de dépression, niveau d'anxiété, etc.) n'a été effectuée, ni pré-test, ni post-test. Dans le même ordre d'idée, il apparaît évident que la validité ainsi que la fidélité des sources d'informations peuvent aussi être remises en cause. Dans un premier temps, l'enregistrement vidéo qui nous a été remis est un outil intéressant au niveau clinique et exploratoire ; cependant, il est peu valide scientifiquement. De plus, comme il n'a été possible de visionner qu'une seule entrevue, on ne peut parler d'un échantillon représentatif, sans oublier que cette personne n'a pas été choisie de façon aléatoire. Dans un deuxième temps, les seuls contacts qui ont été possibles le furent uniquement avec le directeur général et le coordonnateur clinique de l'*Accalmie*. Aucun contact n'a été fait avec les employés, ni avec les membres du conseil d'administration.

Dans un tel cas, il fut difficile d'avoir une vision ainsi qu'une perspective globale de l'ensemble des opérations. Dans un troisième temps, la documentation remise aux évaluateurs a permis d'en savoir davantage sur la philosophie, le cadre de référence, et le code de déontologie de l'organisme. Cependant, bien que le cadre clinique soit étoffé sur la gestion de la crise à l'arrivée de la personne suicidaire, il n'en est pas le cas du processus d'intervention tout au long du séjour. Ce n'est qu'au fil des rencontres qu'il a été possible d'établir un modèle théorique du processus d'intervention.

Par delà de toutes ces contraintes lors de l'évaluation préliminaire, les évaluateurs ont néanmoins identifié une certaine efficacité, ne serait-ce que du fait que la personne suicidaire est sécurisée physiquement par l'hébergement. Selon les informations obtenues, il appert ainsi qu'aucune des personnes ayant séjourné à l'*Accalmie* n'a complété un suicide, du moins lors de son passage. Ceci répond notamment au premier mandat de l'*Accalmie*, soit d'héberger et de sécuriser physiquement les personnes suicidaires. Mais il n'en demeure pas moins qu'il faut aller au-delà de ces simples observations et réaliser une véritable évaluation du programme. Diverses recommandations sont avancées ici afin d'optimiser cette éventuelle reprise de l'évaluation :

Recommandation 16:

Considérant l'importance d'évaluer l'efficacité du programme, notamment pour qu'il établisse sa crédibilité, il est recommandé de faire une évaluation exhaustive de son efficacité.

Recommandation 17:

Considérant que la présente évaluation a été réalisée à partir de rencontres avec deux dirigeants du programme, que la demande provenait du milieu, que les informations fournies provenaient de documents appartenant et produits par l'organisme, que la description du processus et du changement (Figure 1) provient des dires des dirigeants, il est recommandé d'effectuer une nouvelle évaluation au cours de laquelle seraient rencontrés des clients, l'ensemble des intervenants actuels, certains anciens intervenants, les parties prenantes, et l'accès à davantage de documents (par exemple des dossiers de clients) et ce afin d'ajouter plus d'objectivité à la nature de l'évaluation.

Recommandation 18:

Considérant les retombées importantes que peut avoir l'évaluation de l'*Accalmie*, il est recommandé de mettre sur pied un comité de pilotage de l'évaluation dont un des buts serait de s'assurer que le devis d'évaluation respecte à la fois les besoins des résidents, ceux de l'organisme lui-même, ainsi que ceux des évaluateurs.

Recommandation 19:

Considérant qu'il importe d'utiliser une méthodologie rigoureuse lors d'une évaluation de programme, il est recommandé de suivre les étapes suivantes :

Étape 1 : Constitution d'un comité de pilotage

Étape 2 : Enrichissement théorique du programme

Étape 3 : Révision des objectifs généraux et spécifiques

Étape 4 : Validation ou modification par le comité de pilotage du modèle théorique du changement

Étape 5 : Modification du cadre clinique et de référence suite aux changements apportés

Étape 6 : Élaboration du devis de recherche

Étape 7 : Mise en place de l'évaluation et cueillette des données

Étape 8 : Entrée et analyse des données

Étape 9 : Production du rapport et énoncé des recommandations

Étape 10 : Réponse aux recommandations

Recommandation 20:

Considérant l'ensemble des éléments énoncés précédemment, il est recommandé de prévoir, dans le futur devis de recherche, une mesure systématique de l'urgence suicidaire au moment de l'événement déclencheur (pré-test), à l'admission de la personne, au moment où elle quitte l'*Accalmie* (post-test), puis à différents intervalles par la suite.

Recommandation 21:

Considérant que l'*Accalmie* semble être un programme d'hébergement unique et qu'il est difficile de le comparer avec d'autres, il est recommandé qu'une évaluation future le compare quand même avec des programmes n'offrant pas d'hébergement. Ces comparaisons pourraient se faire sur des éléments qui auraient pu être modifiés par l'intervention tels que les facteurs de protection, les facteurs de risque, l'estime de soi ou même l'autonomie.

Recommandation 22 :

Considérant que l'*Accalmie* se doit de couvrir les territoires de trois centres de santé et de services sociaux (MRC des Chenaux, Territoire des réseaux locaux de services de Trois-Rivières et de Maskinongé), considérant que seule la ville de Trois-Rivières est réellement desservie, considérant cependant qu'il n'y a pas de véritable estimation des clientèles cibles et desservies, il est recommandé qu'une future évaluation englobe cette évaluation quantitative des clientèles : clientèles cibles, clientèles qui refusent le service, celles qui sont desservies et celles qui quittent avant la fin des interventions. Cette même évaluation permettrait de mieux cibler la population en besoin, de mettre en place des moyens pour faciliter l'accès à la ressource pour une telle population et de faciliter les prises de décision lors de l'admission.

Conclusion

Le programme de l'*Accalmie* s'est très bien structuré en peu de temps et il semble avoir une bonne efficacité clinique auprès des usagers. Toutefois, quelques éléments semblent poser problème à la réalisation des objectifs de l'organisme ainsi que dans le suivi après séjour quant à la continuité des services. En effet, une bonne proportion de la clientèle souffre de troubles mentaux, voir même pour certains de comorbidité en y ajoutant la toxicomanie. Cet état de fait, combiné au roulement important du personnel, augmente les facteurs de complexité dans le processus menant aux résultats à atteindre.

Un autre élément dégagé dans la présente évaluation préliminaire réfère au territoire desservi. En effet, il est noté que le territoire du Grand Trois Rivières est sur-représenté, (clientèle et partenariats avec le réseau) comparativement aux territoires de la MRC Des Chenaux et du RLS de Maskinongé. Il apparaît opportun que ces éléments fassent l'objet d'une évaluation plus approfondie.

Il importe de mentionner que la validité de la méthodologie utilisée ici peut être mise en doute, notamment en ce qui a trait au fait qu'aucune observation directe du processus d'intervention ainsi qu'aucune évaluation de l'efficacité n'ont pu être faites. Cet état de fait, par conséquent, constitue une importante lacune dans la présente évaluation. De plus, bien que la documentation sur laquelle l'évaluation se base soit adoptée par le conseil d'administration de l'organisme, il reste néanmoins que les seules

sources d'informations proviennent toutes de la même partie prenante, ce qui représente une autre limite quant à la perspective des données disponibles.

La présente évaluation étant préliminaire, plusieurs recommandations sont émises, tout d'abord dans le but d'améliorer le programme autant au niveau des intrants qu'au niveau du processus. Dans un deuxième temps, d'autres recommandations sont également faites dans le but de donner certains enlèvements quant à une évaluation ultérieure. Il ne reste qu'aux instances décisionnelles de l'*Accalmie* à se positionner quant aux cibles prioritaires et quant aux actions à entreprendre en fonction justement des objectifs prioritaires.

Il va de soi que l'accueil réservé aux présentes recommandations et les décisions prises à cet égard, influenceront grandement la faisabilité d'une évaluation ultérieure. Les évaluateurs émettent donc un total de 22 recommandations à caractère constructif, dans une optique d'optimisation du potentiel de l'organisme. Ceci semble cadrer très bien avec la demande initiale des gestionnaires de l'*Accalmie* qui avaient le souhait de développer le plein potentiel de leur programme. Cela étant, nous pouvons croire que, dans une démarche ultérieure, il serait possible de démontrer l'efficacité de l'*Accalmie*.

Références

- Berman, A. L., Jobes, D. A., & Silverman, M. M. (2006, 2^e ed). *Adolescent suicide : Assessment and intervention*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Briggs, S., Webb, L., Buhagiar, J., & Braun, G. (2007). Maytree: A respite center for the suicidal. An evaluation. *Crisis*, 28 (3), 140-147.
- Chagnon, F., & Mishara, B. (2004). *Évaluation de programmes en prévention du suicide*. Québec (Canada): Presses de l'Université du Québec et Paris (France) : EDK (Éditions médicales et scientifiques).
- Gagnon, K., & Meunier, H. (2008). *Au pays des rêves brisés*. Montréal : Les Éditions La Presse.
- Isacsson, G., Lesage, A., Grunberg, F., & Séguin, M. (2002) Données récentes d'études scandinaves. Traiter la dépression: une stratégie de prévention du suicide? *Santé mentale au Québec*, 27(2), 235-259.
- Millaud, F. (2009, 2^e éd). *Le passage à l'acte*. Les Éditions Elsevier Masson : (Collection Médecine et psychothérapie).
- Nadeau, M.-A. (1988, 2e d.). *L'évaluation de programme : théorie et pratique*. Ste-Foy: Presses de l'Université Laval.
- Patton, M. Q. (2002, 3e éd.). *Qualitative research and evaluation methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Postel, J. (2006). *Dictionnaire de psychiatrie et de la psychopathologie clinique*. Paris : Les Éditions Larousse.
- Rossi, P.H., Lipsey, M.W., & Freeman, H.E. (2004). *Evaluation. A systematic approach. 7th ed*. Thousand Oaks, CA: Sage

Appendice

Liste des recommandations

Recommandation 1:

Considérant que la formulation actuelle des objectifs est surtout basée sur la philosophie, les valeurs fondamentales et le cadre clinique de l'*Accalmie*, il est recommandé de les reformuler en distinguant bien aussi les objectifs des moyens utilisés et ceci en fonction du modèle théorique proposé.

Recommandation 2:

Considérant que le processus d'intervention ne s'appuie pas de façon continue sur des approches ou des théories précises, il est recommandé de mieux spécifier ces aspects lorsque la documentation scientifique ou clinique est disponible.

Recommandation 3:

Considérant le caractère novateur de ce programme, le manque de fondements théoriques dans certains domaines (ex. : le nombre de jours du séjour), mais aussi la disponibilité grandissante de données sur la clientèle de l'*Accalmie* et son traitement (statistiques, études de cas...), il est recommandé de réévaluer les différents paramètres qui ne peuvent pas être appuyés sur des fondements théoriques.

Recommandation 4:

Considérant que les modèles théoriques d'un programme doivent être validés et confrontés à la réalité, il est recommandé que l'*Accalmie* valide les modèles proposées dans son milieu d'intervention.

Recommandation 5:

Considérant que le mandat initial de l'*Accalmie* n'inclut pas les services de suivi externe (après séjour), considérant aussi que ce service peut être important pour une partie de la clientèle, il est recommandé de renégocier cet aspect avec l'ASSS en fonction de la

cohérence entre ce mandat, la planification organisationnelle et les intrants financiers, humains ou matériels.

Recommandation 6:

Considérant l'absence d'une évaluation individuelle continue et reflétée à l'utilisateur, il est recommandé que ce dernier tienne un journal de bord pour qu'il puisse voir le cheminement parcouru au cours du programme.

Recommandation 7:

Considérant que les personnes à mobilité réduite peuvent également être suicidaires et être éventuellement utilisatrices de l'*Accalmie*, il est recommandé de rendre plus accessibles les aires de repas et/ou de repos et d'aménager spécifiquement une salle de bain.

Recommandation 8:

Considérant que l'*Accalmie* couvre un vaste territoire, soit de la MRC des Chenaux en passant par les territoires des *Réseaux locaux de services* (RLS) de Trois-Rivières et de Maskinongé, et considérant que les ressources matérielles ainsi que les principaux partenariats avec les services existants sont davantage situés à Trois-Rivières, il est recommandé de développer des partenariats avec les différentes instances de la santé et des services sociaux et des services d'aide communautaire sur tout le territoire desservi.

Recommandation 9:

Considérant que le rôle du coordonnateur clinique est en quelque sorte central à l'enlignement et à la mise en place des interventions du programme, il est recommandé de bien définir les exigences relatives au poste, au-delà de ce qui est inscrit présentement dans le document de « politique organisationnelle et condition de travail » afin de s'assurer de la continuité de la qualité de services.

Recommandation 10:

Considérant le haut taux de roulement des intervenant en raison des conditions salariales inférieures à la moyennes des organismes oeuvrant en relation d'aide, il est recommandé que le conseil d'administration révisé à la hausse la grille salariale de l'*Accalmie*.

Recommandation 11:

Considérant qu'une certaine proportion de la clientèle est susceptible de souffrir de troubles mentaux ou de dépendance aux psychotropes, il est recommandé que tous les intervenants reçoivent de la formation en santé mentale ainsi qu'en toxicomanie.

Recommandation 12:

Considérant que l'*Accalmie* a déjà reçu une personne mineure, il est recommandé de documenter les raisons particulières de telles exceptions et de s'informer quant à la responsabilité légale de l'organisme dans de tels cas de figures.

Recommandation 13:

Considérant qu'il y a un bien fondé aux critères de sélection de la clientèle, il est recommandé de s'en tenir au cadre établi. Dans les cas contraires exceptionnels, il est recommandé d'en documenter les particularités ainsi que le caractère exclusif.

Recommandation 14:

Considérant que la satisfaction de la clientèle n'a pu être évaluée, il est recommandé d'effectuer une évaluation plus approfondie de la satisfaction des résidents actuels et d'anciens usagers.

Recommandation 15:

Considérant que certaines personnes qui se présentent à l'*Accalmie* refusent de participer au programme, il est recommandé d'en évaluer le ratio ainsi que les raisons qui motivent le refus.

Recommandation 16:

Considérant l'importance d'évaluer l'efficacité du programme, notamment pour qu'il établisse sa crédibilité, il est recommandé de faire une évaluation exhaustive de son efficacité.

Recommandation 17:

Considérant que la présente évaluation a été réalisée à partir de rencontres avec deux dirigeants du programme, que la demande provenait du milieu, que les informations fournies provenaient de documents appartenant et produits par l'organisme, que la description du processus et du changement (Figure 1) provient des dires des dirigeants, il est recommandé d'effectuer une nouvelle évaluation au cours de laquelle seraient rencontrés des clients, l'ensemble des intervenants actuels, certains anciens intervenants, les parties prenantes, et l'accès à davantage de documents (par exemple des dossiers de clients) et ce afin d'ajouter plus d'objectivité à la nature de l'évaluation.

Recommandation 18:

Considérant les retombées importantes que peut avoir l'évaluation de l'*Accalmie*, il est recommandé de mettre sur pied un comité de pilotage de l'évaluation dont un des buts serait de s'assurer que le devis d'évaluation respecte à la fois les besoins des résidents, ceux de l'organisme lui-même, ainsi que ceux des évaluateurs.

Recommandation 19:

Considérant qu'il importe d'utiliser une méthodologie rigoureuse lors d'une évaluation de programme, il est recommandé de suivre les étapes suivantes :

Étape 1 : Constitution d'un comité de pilotage

Étape 2 : Enrichissement théorique du programme

Étape 3 : Révision des objectifs généraux et spécifiques

Étape 4 : Validation ou modification par le comité de pilotage du modèle théorique du changement

Étape 5 : Modification du cadre clinique et de référence suite aux changements apportés

Étape 6 : Élaboration du devis de recherche

Étape 7 : Mise en place de l'évaluation et cueillette des données

Étape 8 : Entrée et analyse des données

Étape 9 : Production du rapport et énoncé des recommandations

Étape 10 : Réponse aux recommandations

Recommandation 20:

Considérant l'ensemble des éléments énoncés précédemment, il est recommandé de prévoir, dans le futur devis de recherche, une mesure systématique de l'urgence suicidaire au moment de l'événement déclencheur (pré-test), à l'admission de la personne, au moment où elle quitte l'*Accalmie* (post-test), puis à différents intervalles par la suite.

Recommandation 21:

Considérant que l'*Accalmie* semble être un programme d'hébergement unique et qu'il est difficile de le comparer avec d'autres, il est recommandé qu'une évaluation future le compare quand même avec des programmes n'offrant pas d'hébergement. Ces comparaisons pourraient se faire sur des éléments qui auraient pu être modifiés par l'intervention tels que les facteurs de protection, les facteurs de risque, l'estime de soi ou même l'autonomie.

Recommandation 22 :

Considérant que l'*Accalmie* se doit de couvrir les territoires de trois centres de santé et de services sociaux (MRC des Chenaux, Territoire des réseaux locaux de services de Trois-Rivières et de Maskinongé), considérant que seule la ville de Trois-Rivières est réellement desservie, considérant cependant qu'il n'y a pas de véritable estimation des

clientèles cibles et desservies, il est recommandé qu'une future évaluation englobe cette évaluation quantitative des clientèles : clientèles cibles, clientèles qui refusent le service, celles qui sont desservies et celles qui quittent avant la fin des interventions. Cette même évaluation permettrait de mieux cibler la population en besoin, de mettre en place des moyens pour faciliter l'accès à la ressource pour une telle population et de faciliter les prises de décision lors de l'admission.