

Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Programme Réponse rapide pour les interventions en situation de crise (RRISC)

Juin 2023

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

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, Juin 2023.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	4
LEXIQUE	5
AVANT-PROPOS	6
INTRODUCTION	7
1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE ET CLIENTÈLE-CIBLE	8
2. BUT ET OBJECTIFS	14
2.1. Objectifs généraux	14
2.2. Objectifs spécifiques aux types de crise	14
3. THÉORIE	15
3.1. Modèles théoriques ou modèles conceptuels	15
3.1.1. Soins et services axés sur le rétablissement	15
3.1.2. Approche orientée vers les solutions	16
3.2. Moyens projetés pour atteindre les objectifs	18
4. RESSOURCES	19
4.1. Ressources humaines	19
4.1.1. Intervenant de garde	19
4.1.2. Soutien et encadrement clinique	19
4.2. Compétences requises	20
4.3.1. Ressources du centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP)	21
5. MÉCANISME DE RÉFÉRENCE	22
5.1. Référence (ou cheminement de la demande)	22
5.2. Critères d'inclusion	23
5.3. Critères d'exclusion	23
6. STRATÉGIES D'INTERVENTION	24
6.1. Description du processus d'intervention	24
6.2. Modalités d'intervention	31
6.2.1. Lieux d'intervention	31
7. CONCLUSION	32
8. ANNEXES	33
9. RÉFÉRENCES	34

Liste des abréviations et des acronymes

AOS	Approche orientée vers les solutions
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CRAIP	Centre de recherche appliqué en intervention psychosociale
DPSMD	Direction des programmes Santé mentale et Dépendance
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
RLS	Réseau local de services
RRISC	Réponse rapide pour les interventions en situation de crise

Lexique

Outreach (ou interventions de démarchage)	« ...intervention consiste à aller vers les personnes, de façon proactive, là où elles se trouvent, dans le but d'établir un lien de confiance, de réaliser des interventions et de les accompagner vers les différents services et ressources appropriés. »(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021, p. 9)
Postvention	Ensemble des interventions qui se déploient après un suicide dans le milieu où le suicide a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée. [La postvention] a pour objectifs de diminuer la souffrance individuelle, de renforcer la capacité des individus à faire face à l'adversité, de diminuer les risques d'effet d'entraînement (contagion), d'augmenter le sentiment de sécurité du milieu et de favoriser un retour au fonctionnement habituel pour le milieu touché (école, travail, milieu de vie, communauté, etc.) (Séguin et al., 2020).
Suivi étroit	« Mesure visant à s'assurer que la personne qui est ou qui a été en danger grave de passage à l'acte [cotes orange et rouge] et qui quitte l'organisation ayant effectué la gestion de sa crise suicidaire (ex. : hôpital, centre de crise) puisse avoir accès à un suivi rapidement et de façon intensive. »(Lane et al., 2010, p. 75) Ce suivi est initié dans les 24 à 48 heures suivant le congé selon une intensité adaptée aux besoins de la personne (Bazinet et al., 2011).

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 600 personnes, dont 550¹ médecins, répartis dans 128 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux, consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

¹ Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif stipule que

« L'intervention de crise permet d'offrir une intervention immédiate, brève et directive à une personne qui traverse une situation de crise afin de stabiliser son état et d'assurer sa sécurité. Ce service peut être offert par les établissements du RSSS ou par des partenaires de ceux-ci dans le cadre d'ententes. Les principaux partenaires pour ce service sont les centres de crise communautaires. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022, p. 28)

Conséquemment, deux équipes de réponse rapide pour les interventions en situation de crise (RRISC) ont été créées au CISSS de la Montérégie-Ouest, en collaboration et complémentarité avec l'offre de services des centres de crise La Maison Sous les Arbres et le Tournant (voir Annexe B : Départage des interventions avec les centres de crise). Sous la Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD), une équipe offre des services de crise pour la population du réseau local de services (RLS) de Jardins-Roussillon et l'autre dessert la population des RLS de Vaudreuil-Soulanges, du Haut-St-Laurent et du Suroît en plus de la clientèle de la municipalité de Beauharnois. Ces équipes s'inscrivent dans l'offre de services des services spécifiques (1^{ère} ligne) de la DPSMD.

Le mandat des équipes RRISC est d'intervenir de façon rapide et brève auprès de la clientèle en situation de crise afin de répondre adéquatement à leurs besoins et ainsi prévenir des visites non essentielles à l'urgence.

Les équipes RRISC sont composées, entre autres, de travailleurs sociaux, d'agents de relations humaines et d'infirmières. Ces intervenants offrent aux personnes majeures vivant une situation de crise les mettant à risque de passage à l'urgence hospitalière des interventions dans le milieu selon une intensité répondant à leurs besoins.

Les intervenants des équipes RRISC interviennent auprès de ces personnes de façon individuelle (dyade intervenant-usager) et parfois, selon le cas, de façon conjointe avec d'autres intervenants RRISC ou des partenaires (services policiers, centres de crise, etc.) (voir section Modalités d'interventions). Pour faire une demande de services à l'équipe RRISC, les référents internes et externes ciblés (voir section Mécanisme de référence) sont invités à contacter directement l'intervenant de garde RRISC correspondant à leur RLS durant les heures de couverture de l'équipe.

Le présent document de programme a pour objectif de :

- Définir le mandat, la portée et les interventions effectuées par les équipes RRISC ;
- Outiller les référents afin qu'ils orientent adéquatement les personnes vivant une situation de crise vers le service répondant le mieux à leurs besoins ;
- Détailler les ressources d'intervention basées sur les meilleures pratiques étant à la disposition des intervenants.

1. Définition de la problématique et clientèle-cible

1.1. Contexte du problème de santé

Gérald Caplan, considéré comme un des pionniers de la théorie de l'intervention de crise, publie en 1964 *Principles of Preventive Psychiatry* où il définit la crise comme:

« [un] état qui se produit quand une personne fait face à un obstacle, à des buts importants de sa vie qui, pour un certain temps, est insurmontable par l'utilisation de méthodes habituelles de résolution de problème. Une période de désorganisation s'ensuit ; période d'inconfort durant laquelle différentes tentatives de solution sont utilisées en vain. Éventuellement, une certaine forme d'adaptation se produit, qui peut être ou non dans le meilleur intérêt de la personne et ses proches » (Caplan, 1964 dans Séguin & LeBlanc, 2021, p. 5).

1.2. Typologie de la crise

Séguin, Brunet et LeBlanc (Séguin et al., 2006, 2012) proposent une définition des typologies de la crise reconnue au Québec et à l'étranger. Ce modèle conceptuel est donc retenu comme modèle à privilégier et un résumé est présenté au tableau I.

	Crise psychosociale		Crise psychotraumatique		Crise psychopathologique	
Étiologie	Événement indépendant	L'individu n'a pas d'influence sur son occurrence (ex : perte d'emploi, deuil)	Événement indépendant	De nature subite, violente et d'une sévérité sans précédent.	Événement dépendant	La vulnérabilité souvent persistante de la personne ou son état de santé mentale s'ajoute aux difficultés déjà présentes.
	Événement dépendant	Le comportement de l'individu, qu'il le souhaite ou non, a une influence sur son occurrence (ex : perte d'emploi en raison d'un trouble lié à l'usage de substances)				
Caractéristiques	- Secondaire à un ou des événements prévisibles ou imprévisibles, mais dont la nature se trouve aux frontières de la normalité - Événements qui précipitent rarement les individus en état de crise - Crise se produit généralement en l'absence de problèmes de santé mentale		Selon l'Association américaine de psychologie (American Psychiatric Association, 2013), deux caractéristiques le définissent : 1. La menace à l'intégrité (par exemple un viol, une mutilation lors d'un accident de travail ou une confrontation soudaine et inattendue avec la mort par exemple une prise d'otage). 2. L'événement doit susciter une réaction de peur, d'impuissance ou d'horreur - Les stratégies d'adaptation habituellement efficaces échouent.		Il existe deux sous-groupes pour les crises psychopathologiques : 1. les personnes ayant des troubles mentaux accompagnés ou non de troubles de la personnalité ; 2. les personnes ayant des troubles mentaux graves, de type psychotique. - L'éventail de stratégies d'adaptation est souvent restreint et inefficace. - L'épuisement, le découragement et le sentiment d'impuissance génèrent une vision négative de la situation.	
Progression	Progression graduelle et lente vers l'état de crise, débutant à l'état d'équilibre		Progression directe et subite de l'état d'équilibre vers l'état de crise		Progression de l'état de vulnérabilité vers l'état de crise, généralement rapidement, avec allers-retours.	

Tableau I : Typologie de la crise selon Séguin, Brunet et LeBlanc (Séguin & Chawky, 2015; Séguin & LeBlanc, 2021)

1.3. Prévalence, étiologie (ampleur du problème)

En cohérence avec la définition de Caplan et tel que démontré à la figure I, l'élément déclencheur d'une situation de crise est souvent la survenue d'un événement stressant. Chez la majorité des gens, les événements stressants du quotidien n'engendrent pas d'état de crise. Toutefois, le contexte de vie, entre autres l'accumulation d'événements stressants antérieurs, peut submerger les capacités adaptatives habituellement efficaces pour une personne donnée. À cet égard, la réaction face au stress est hautement subjective et variera grandement d'une personne à l'autre. La perception que ces difficultés sont insurmontables peut déclencher une perte de maîtrise qui culmine vers un état de crise (Séguin & LeBlanc, 2021).

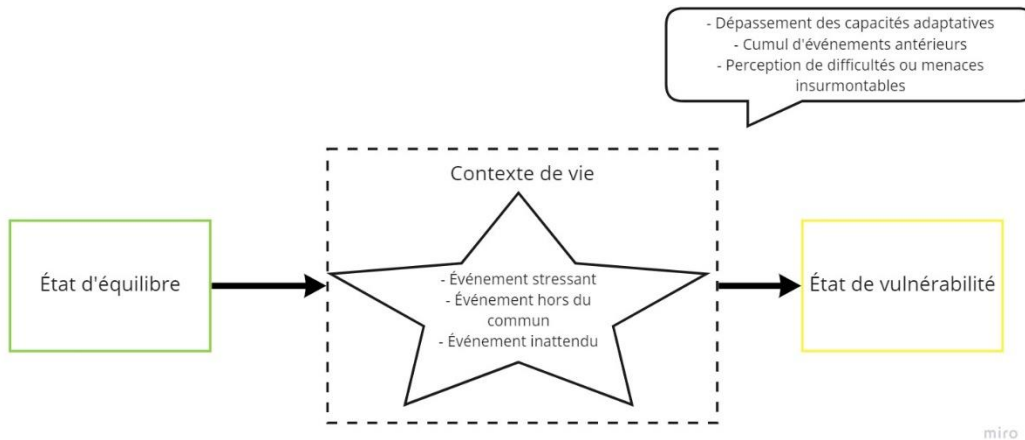


Figure I : Étiologie de la crise (Adapté de Lecomte & Lefebvre, 1986 et; Séguin & LeBlanc, 2021)

1.3.1. Phases de progression de l'état de crise

Tel que mentionné précédemment, l'état d'équilibre d'une personne peut être altéré et déstabilisé par une situation exceptionnelle. L'escalade vers l'état de vulnérabilité peut se solder par le développement d'un état de crise. La figure II montre l'évolution des différentes phases menant la crise.

Il importe de rappeler que tout événement ou situation n'est pas synonyme de crise. Le processus d'adaptation est complexe et unique à chaque personne et situation. Il dépend d'une multitude de variables incluant la situation elle-même, le degré de vulnérabilité et de fragilité, les mécanismes usuels d'adaptation et les ressources qui sont à la disponibilité de la personne. De ce fait, cette cascade d'étapes ne constitue pas une finalité pour tous. Certaines crises peuvent « descender », entre autres, par la mise en place d'interventions précoces lors de la phase aiguë par exemple. Ceci pourrait éviter un passage à l'acte et favoriser une issue positive à la crise.

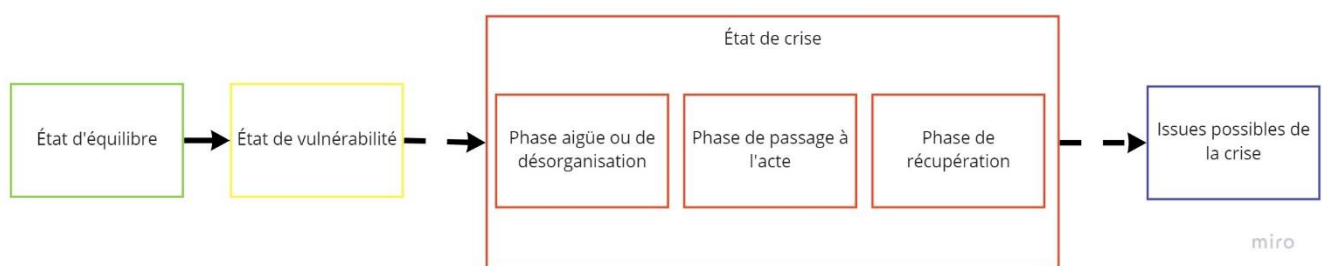


Figure II : Phases de progression de l'état de crise (Adapté de Lecomte & Lefebvre, 1986 et; Séguin & LeBlanc, 2021)

L'état de crise peut évoluer selon trois grandes phases, résumées au tableau II.

Phase aiguë ou de désorganisation	Période durant laquelle les stratégies d'adaptation usuelles de l'individu sont inefficaces et celui-ci est submergé par des pensées et émotions négatives La tension peut devenir intenable au point d'engendrer un passage à l'acte.
Phase de passage à l'acte	« (<i>acting out</i>) prend la forme d'un agir, d'une fuite, d'un comportement auto-agressif (tentative de suicide) ou hétéro-agressif (agressivité dirigée vers autrui) »
Phase de récupération	Période de relâchement de la tension qui n'est pas nécessairement synonyme de retour à l'état d'équilibre. Le risque d'un second passage à l'acte, surtout s'il y a absence de soutien professionnel, est important.

Tableau II : Phases de l'état de crise (Lecomte & Lefebvre, 1986; Séguin & LeBlanc, 2021, p. 9)

La situation peut se conclure de trois issues différentes (Lecomte & Lefebvre, 1986; Séguin & Chawky, 2015; Séguin & LeBlanc, 2021).

- Issue positive : La crise constitue une expérience grandissante chez la personne et mène à un équilibre de vie améliorée.
- Issue négative : L'équilibre de vie de la personne est fragilisé davantage comparativement à sa situation antérieure à la crise le rendant ainsi plus vulnérable à replonger dans un état de crise à l'avenir.
- Issue neutre : La personne retrouve un niveau d'équilibre similaire à antérieurement à la crise.

1.4. Description des impacts

Lorsqu'une personne est confrontée à une situation de crise, celle-ci peut manifester une multitude de symptômes pouvant d'ailleurs grandement différer d'une situation et d'une personne à l'autre. Néanmoins, certains impacts de la détresse chez les individus sont fréquents et communs aux différents types de crise, tel que démontré au tableau III.

Types de manifestation de la détresse	Exemples
Physiques	Fatigue, épuisement, perte d'énergie, insomnie ou hypersomnie, agitation ou retard moteur, nervosité, tensions musculaires, perte de sommeil, perte d'appétit, agitation, douleurs, etc.
Cognitifs	Difficultés de concentration, d'attention, perte de mémoire, incohérence et confusion dans le langage, difficultés à prendre des décisions, à s'organiser, rigidité de la pensée, des perceptions, négativisme ou pessimisme, pensées sur la mort ou le fait de mourir, méfiance, etc.
Émotifs	Désintérêt, perte de plaisir, apathie, irritabilité, anxiété, affects dépressifs, colère, humeurs changeantes, etc.
Comportementaux	Silence, recherche d'isolement, passivité, attitudes rigides, surconsommation (médicaments, café, drogues, alcool, etc.), crises de larmes, difficultés à se contenir, à rester en place, comportements autodestructeurs (automutilation, tentatives de suicide), etc.
Sociaux	Isolement affectif et social, absence de revenus, pauvreté, difficultés relationnelles, difficultés professionnelles, absence d'activité structurante ou d'activité sociale, etc.
Verbaux	Expression d'impuissance, d'incompréhension, de confusion, sentiment de perte de contrôle et d'espoir, verbalisations suicidaires ou d'agression, etc.

Tableau III : Manifestations de la détresse chez la personne en crise (Séguin & Chawky, 2015)

Programme Réponse rapide pour les interventions en situation de crise

1.5. Facteurs ou déterminants associés à la problématique

La figure III illustre un survol des facteurs associés à la vulnérabilité d'une personne face à une situation de crise. L'ensemble des différentes catégories, autant les facteurs de risque que de protection, doivent être pris en compte dans l'évaluation de la situation de crise vécue par une personne.

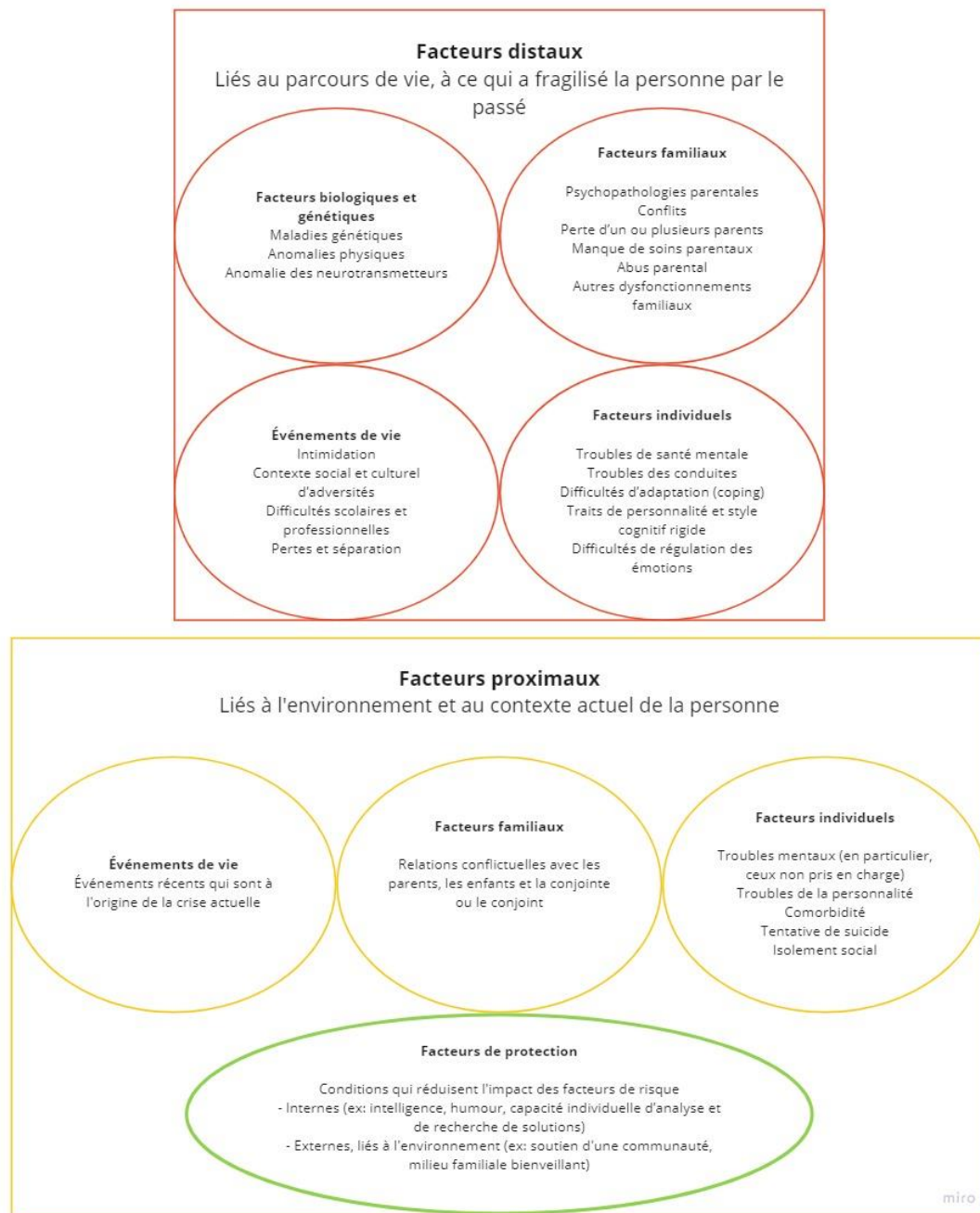


Figure III : Facteurs affectant la vulnérabilité d'une personne en situation de crise (Adapté de Séguin & LeBlanc, 2021, p. 25 et 29)

1.6. Données probantes en lien avec l'intervention

L'intervention de crise se distingue des autres types d'intervention puisqu'elle prend place dans un contexte d'urgence et inclut un niveau de danger plus ou moins immédiat selon le cas. Tel que décrit dans le document *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*,

« [L'intervention de crise] consiste en une intervention immédiate, brève et directive qui se module selon le type de crise, les caractéristiques de la personne et celles de son entourage. Elle vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement en lien avec la situation de crise. Ce type d'intervention peut impliquer l'exploration de la situation et l'estimation des conséquences possibles, par exemple, le potentiel de dangerosité, le risque suicidaire ou le risque de décompensation, le désamorçage, le soutien, l'enseignement de stratégies d'adaptation pour composer avec la situation vécue ainsi que l'orientation vers les services ou les soins les plus appropriés aux besoins » (Collège des médecins du Québec et al., 2018, p. 14).

Plus précisément, elle se caractérise par trois aspects :

1. Immédiate : Les personnes visées par l'intervention de crise sont enclines à adopter des comportements à risque pour soulager leur souffrance ou la tension vécue, tel que la consommation abusive de drogues ou d'alcool, l'agressivité ou encore le suicide. C'est pourquoi des interventions doivent être **effectuées rapidement**, pendant que la crise est toujours active. Ceci risque donc d'impacter les modalités et lieux où prennent place ces interventions, c'est-à-dire **hors d'un contexte formel habituel de consultation**. L'intervenant doit toujours s'assurer que **l'intervention s'effectue dans un cadre sécuritaire**.
2. Brève : Considérant le contexte d'urgence de la situation, les interventions doivent être **circonscrites dans le temps**. L'objectif de l'intervention de crise est avant tout d'aider la personne à mettre en place des moyens pour résorber la situation de crise actuelle et favoriser un retour au fonctionnement antérieur.
3. Directive : Face au potentiel de dangerosité de la situation, **la mise en place de mesures de protection pour assurer la sécurité de la personne** sera parfois prioritaire à l'établissement d'une co-construction de solutions. L'intervention se focalise, par la suite, sur les stressors à l'origine de la crise. L'intervenant doit tout de même garder en tête la place centrale qu'occupe l'alliance thérapeutique dans le succès de l'intervention.

En effet, peu importe le type de crise, **l'établissement d'un lien thérapeutique** est la pierre angulaire de l'intervention en situation de crise. En raison du contexte d'urgence, établir ce lien de confiance dans un court laps de temps peut comporter son lot de défis pour l'intervenant. Celui-ci doit mettre en application des habiletés professionnelles (ex : moyens de communication adaptés selon la situation) mais aussi des habiletés personnelles, tel que l'authenticité et la sensibilité aux émotions vécues. Au final, le développement d'une alliance thérapeutique a pour but de **favoriser son engagement dans le processus de rétablissement** de la situation et à jouer un rôle actif dans la recherche de solutions (Séguin & LeBlanc, 2021, Chapitre 3).

De façon globale, les impératifs de l'intervention de crise sont :

- Assurer une **solide évaluation de la situation de crise** malgré la tendance et la volonté d'agir rapidement. Ceci permettra à l'intervenant de définir plus efficacement les cibles d'intervention en fonction des caractéristiques de la crise et de la variabilité de réactions des personnes face aux événements (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 41-42);

- Mobiliser et mettre à contribution l'entourage de la personne en situation de crise afin de favoriser **l'établissement d'un filet de sécurité**;
- **Travailler en concertation** avec les différents partenaires communautaires et institutionnels. D'ailleurs, le *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif* réitère l'importance d'établir des **interventions mixtes psychosociales et policières** afin d'assurer la mise en place de solutions durables et répondant aux besoins des personnes en situation de crise (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022).

De façon plus spécifique, l'annexe C montre les caractéristiques de l'intervention en fonction du type de crise.

2. But et objectifs

2.1. Objectifs généraux

- Désamorcer et apaiser la crise en reconnaissant la souffrance vécue par la personne.
- Rétablir un équilibre fonctionnel antérieur à la crise.
- Favoriser la prestation du bon service, au bon moment, par le bon intervenant incluant le référencement vers d'autres services selon les besoins de la personne.
- Prévenir un passage non essentiel aux urgences hospitalières.

2.2. Objectifs spécifiques aux types de crise

Crise psychosociale :

- Encourager une saine régulation des émotions;
- Développer des stratégies de résolution de problème efficaces;
- Identifier des objectifs de vie à court terme (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 12).

Crise psychotraumatique

- Favoriser un sentiment d'apaisement et de sécurité;
- Accroître son sentiment de protection (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 14).

Crise psychopathologique

- « Descalader » le niveau de tension;
- Diminuer les risques de passage à l'acte (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 15).

3. Théorie

3.1. Modèles théoriques ou modèles conceptuels

La figure IV présente la hiérarchisation du cadre théorique des interventions préconisées par les équipes RRISC, allant des soins et services axés sur le rétablissement jusqu'aux modalités d'intervention.

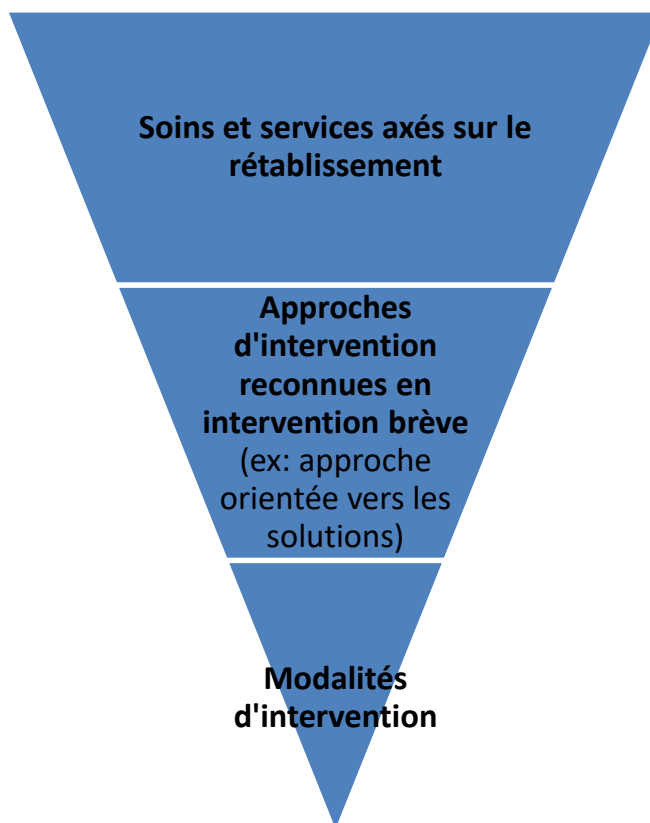


Figure IV : Cadre théorique des équipes RRISC

3.1.1. Soins et services axés sur le rétablissement

Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (PAISM) réitère sa recommandation d'organiser et de déployer les soins et services en prévention de la santé mentale dans une optique de rétablissement. Le PAISM définit le rétablissement comme un :

« ...processus non linéaire par lequel une personne reprend graduellement du pouvoir sur sa vie, et ce, qu'il y ait présence de symptômes associés à des troubles mentaux ou non. Il permet notamment la redécouverte de soi, de ses capacités, de ses rêves et de ses forces. »
(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022, p. 12)

Le rétablissement est un processus multidimensionnel pouvant se définir différemment d'une personne à l'autre (*Rétablissement: qu'est-ce que c'est?* - *Santé mentale de A-Z* - Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2013). Whitley et Drake détaille le rétablissement selon cinq dimensions, tel que démontré à la figure V.

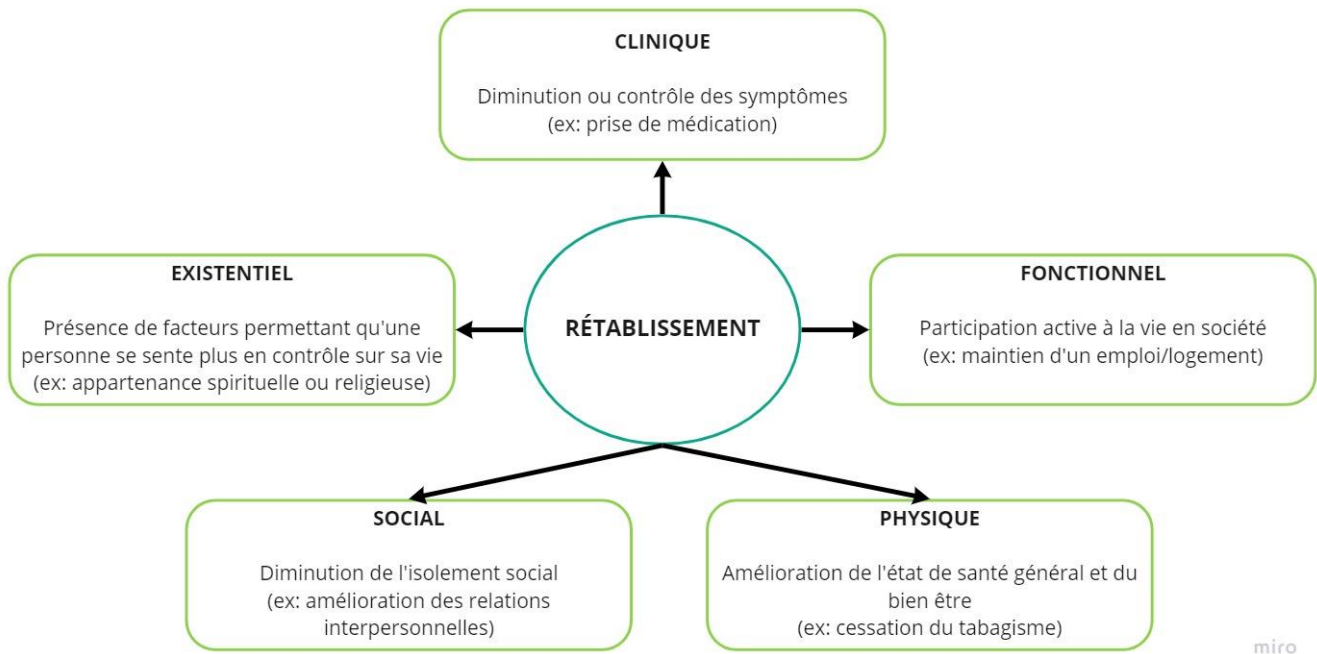


Figure V : Dimensions du rétablissement (Whitley & Drake, 2010)

Cette organisation des soins et services prône l'accompagnement des personnes selon leur propre parcours de rétablissement, en cohérence avec le modèle de soins par étapes du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM).

3.1.2. Approche orientée vers les solutions

Plusieurs approches peuvent être privilégiées pour intervenir en contexte de crise. Les approches proposées dans le présent document sont en cohérence avec les approches préconisées dans le *Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* (Lane et al., 2010) ainsi que dans le *Cadre de référence – La Pratique de santé mentale adulte en 1^{re} ligne orientée vers le rétablissement* (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, 2015).

L'approche orientée vers les solutions (AOS) s'inscrit dans les approches **brèves, systémiques, constructivistes** de la réalité (Simard & Turcotte, 1992). Elle peut tout autant s'appliquer lors de la première intervention (la crise) que pour le suivi post-crise.

Tel que défini dans le *Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, les prémisses de l'approche, selon O'Hanlon et Weiner-Davis, sont:

- « Toute personne dispose de ressources et de forces lui permettant de se libérer d'une préoccupation;
- L'intervenant a comme mandat de trouver l'élément à changer et d'amplifier le changement;
- Un petit changement peut être porteur d'autres changements;

Programme Réponse rapide pour les interventions en situation de crise

- Il n'est généralement pas nécessaire que l'intervenant en sache beaucoup sur la préoccupation elle-même pour aider la personne qui le consulte à s'en défaire;
- Il n'est pas indispensable que l'intervenant connaisse la cause d'une préoccupation pour aider la personne qui le consulte à s'en défaire;
- La personne fixe elle-même ses objectifs;
- Il est possible d'obtenir rapidement des changements et de se libérer rapidement d'une préoccupation;
- Il n'existe pas de perception unique et correcte des choses, seulement une pluralité de points de vue tout aussi justes les uns que les autres;
- L'intervention doit être axée sur ce qui est réalisable et peut être changé »(Lane et al., 2010, p. 24).

Bien que l'intervenant prenne connaissance de la situation problématique, des contraintes de la situation, qu'il identifie des hypothèses quant à la fonction du symptôme et les modes d'interaction en jeu pour réfléchir, adapter et construire des solutions, le « problème » n'est pas au centre de l'intervention. L'AOS se distingue par une position clinique centrée sur « les mécanismes que les personnes utilisent spontanément pour régler leurs problèmes et sur le fonctionnement de ces mécanismes »(Simard & Turcotte, 1992, p. 78).

Cette approche consiste à :

- Rechercher des solutions plutôt que surexpliciter la situation en profondeur;
- Amener la personne à entrevoir sa situation selon une perspective différente et favorable à l'élaboration de solutions;
- Diriger l'attention de la personne vers l'avenir. Créer chez elle un désir de changement et lui faire entrevoir que celui-ci est possible;
- Déconstruire les impossibilités (cristallisation) pour construire les possibilités en semant l'espoir;
- Découvrir ou redécouvrir les forces, aptitudes, compétences et ressources de la personne qui sont susceptibles de l'aider à se sortir de cette situation;
- Co-construire des objectifs réalistes, réalisables et basés sur les compétences qui permettront à la personne de rapidement mobiliser ses forces pour faire des changements positifs(Lane et al., 2010).

En somme, l'intervention vise à « provoquer quelque chose de différent dans la réponse habituelle de la personne »(Simard & Turcotte, 1992, p. 79). L'intervenant qui utilise cette approche aura recours à des stratégies servant à faire entrer rapidement la personne dans un processus de changement.

3.2. Moyens projetés pour atteindre les objectifs

Moyen 1 : Intervenir de façon rapide et brève auprès de la personne vivant une situation de crise

- Interventions rapides et efficaces dans un délai opportun selon le type et la progression de la crise (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 18), incluant la prise en charge, l'évaluation et le suivi.
- Application de stratégies respectueuses des besoins de la personne et de sa capacité à s'engager dans une démarche.
- Mise en place d'un filet de sécurité adapté à la situation vécue par la personne.

Moyen 2 : Développer une alliance thérapeutique

- Faire preuve autant de savoir-faire (habiletés professionnelles de l'intervenant) que de savoir-être (compréhension empathique de la détresse vécue, authenticité, bienveillance, sensibilité, etc.)(Séguin & LeBlanc, 2021, p. 52 et 54).
- Mobilisation du réseau social afin de pallier au sentiment d'isolement vécu par la personne en crise (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 59).

Moyen 3 : Réaliser une évaluation adéquate en tenant compte du contexte de la crise

- Évaluation des besoins de la personne tout en développant une alliance thérapeutique (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 49).
- Évaluation prenant en considération le type de crise, l'étiologie, la progression, les symptômes, les facteurs associés à la crise de même que le stade de changement de la personne.
- Évaluation du niveau de dangerosité d'un passage à l'acte (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 42).

Moyen 4 : Travailler en concertation avec les partenaires

- Référencement vers d'autres services intra-établissements afin de favoriser la prise en charge de la personne à la hauteur de ses besoins.
- Interventions conjointes avec les policiers lorsque pertinent (entente de collaboration en travail).
- Interventions en collaboration et complémentarité avec les centres de crise et autres organismes communautaires du territoire.

Moyen 5 : Développer les compétences professionnelles des intervenants en matière d'intervention de crise.

- Participation à des activités annuelles de développement des compétences.
- Accessibilité à du soutien clinique ainsi qu'à des ressources cliniques basées sur les meilleures pratiques (ex : guide du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP)).

4. Ressources

4.1. Ressources humaines

Tous les intervenants des équipes RRISC effectuent l'ensemble des actions requises dans le cadre du présent programme. Les équipes peuvent être composées entre autres de travailleurs sociaux, d'infirmières et d'agents de relations humaines. À cet égard, le guide explicatif de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* stipule que :

« L'évaluation d'une personne en situation de crise au regard des risques qu'elle représente pour elle-même ou pour autrui n'est pas réservée. Évaluer une situation de crise en vue de faire des recommandations visant à sa résorption n'est pas une activité réservée. L'évaluation d'une situation de crise est circonscrite dans le temps et elle n'implique pas que l'intervenant procède à une évaluation réservée par la Loi. Cette intervention n'a pas été réservée par les experts afin de conserver une souplesse de réalisation en situation d'urgence. » (Office des professions, 2021, p. 19)

Néanmoins, les intervenants travaillent en conformité avec leurs champs d'exercice dans le cadre de leur prestation de services auprès de la personne en situation de crise. Les champs d'exercice des intervenants oeuvrant au sein du programme sont définis à même le Code des professions (Gouvernement du Québec, 2021). Pour les intervenants membres du conseil multidisciplinaire, l'information est également disponible sur la page Intranet *Ma pratique professionnelle : conseil multidisciplinaire* (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2021)

Conséquemment, les activités dites réservées doivent être réalisées exclusivement par les professionnels habilités à le faire, dans leurs champs d'exercice respectifs, à l'égard du Code des professions et ses modifications ainsi que l'ensemble des autres lois et règlements traitant du système professionnel (Assemblée nationale, 2002; Éditeur officiel du Québec, 2009; Gouvernement du Québec, 2021).

4.1.1. Intervenant de garde

Pour chacune des équipes RRISC, selon un horaire pré-établi, tous les intervenants occupent la fonction d'intervenant de garde à tour de rôle. En plus de son rôle d'intervenant, celui-ci a la responsabilité d'être le point de contact de l'équipe pour les différents référents. Par une analyse sommaire de la demande, l'intervenant de garde s'assure de l'adéquation entre les besoins de l'utilisateur et la clientèle-cible de l'équipe RRISC. Selon le cas, l'intervenant de garde attribuera le dossier à un intervenant ou suggérera au référent une orientation alternative pour l'utilisateur si l'offre de services RRISC n'est pas indiquée pour l'utilisateur (voir section Stratégies d'intervention).

4.1.2. Soutien et encadrement clinique

Le soutien clinique aux intervenants des équipes RRISC, offert par une coordonnatrice clinique ou une infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat, peut prendre différentes formes et modalités selon les besoins des intervenants :

- Accompagne les intervenants dans l'analyse et la coordination des dossiers les plus complexes;
- Supporte l'implantation de nouvelles pratiques cliniques;
- Assure l'application des protocoles/cadres de référence et procédures cliniques;
- Identifie les besoins de développement de compétences des intervenants;
- Assure la liaison avec les différents partenaires internes et externes.

4.2. Compétences requises

Les **profils de compétences**^[1] précisent les compétences attendues pour l'ensemble des intervenants des équipes RRISC dans l'exercice de leurs fonctions.

Pour ce qui est des **compétences générales** requises pour l'ensemble des intervenants œuvrant au sein de la Direction des programmes Santé mentale et Dépendance, un processus clinique sera rédigé.

Pour ce qui est des **compétences requises liées au programme RRISC**, celles-ci s'adressent à tous les intervenants impliqués dans le programme afin de favoriser son application.

Compétences générales

- Adopter des comportements et attitudes adaptés à la situation dans le respect de la personne et du processus clinique.
- Évaluer la situation en tenant compte des caractéristiques personnelles et environnementales.
- Réaliser un plan d'intervention en partenariat avec la personne.
- Travailler en concertation avec les différents partenaires internes et externes.

Compétences requises liées au Programme RRISC

- Adapter les stratégies des guides d'intervention psychosociale ponctuelle du CRAIP aux caractéristiques et besoins de la personne et du contexte.
- Appliquer les approches d'intervention reconnues en intervention brève en tenant compte du besoin et des caractéristiques de la personne.
- Appliquer les stratégies adéquates afin de créer une alliance thérapeutique dans un contexte d'intervention en situation de crise.
- Appliquer les stratégies adéquates afin de désamorcer la crise et apaiser la personne.
- Assurer sa propre sécurité ainsi que son intégrité physique, psychologique et professionnelle dans un contexte d'intervention de crise.
- Cibler et utiliser l'outil d'évaluation adapté au type et à la phase de crise vécue par la personne (voir section Stratégies d'intervention).
- Évaluer la situation de crise en tenant compte des facteurs de risque et de protection distaux et proximaux.
- Évaluer et intervenir selon le niveau de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire et d'homicide.
- Évaluer la situation de la personne en prenant en considération le type de crise, l'étiologie, la progression, les symptômes, les facteurs associés à la crise de même que le stade de changement de la personne.
- Mobiliser l'entourage de la personne afin de favoriser l'établissement d'un filet de sécurité dans un contexte d'intervention de crise.
- Réaliser un dépistage des troubles de santé mentale et dépendance (alcool, drogue, jeu) en contexte d'intervention de crise (voir section Stratégies d'intervention).
- Utiliser l'outil d'aide à la décision pour le référencement vers les services des équipes RRISC (intervenant de garde)(voir annexe D : Outil d'aide à la décision pour le référencement vers les services des équipes RRISC).

Un cursus, contenant les activités de développement des compétences (incluant les formations) découlant de ces compétences sera disponible aux équipes. L'intervenant doit se référer à son gestionnaire pour avoir plus d'informations sur les activités de développement des compétences.

Des activités de développement des compétences pourront être déployées en lien avec les compétences attendues liées au **Programme RRISC**. Ces activités seront échelonnées dans le temps et selon les priorités et les besoins identifiés dans le plan de développement de compétences. Les contenus de ces activités seront également adaptés aux intervenants selon leurs rôles, leurs besoins et la disponibilité des ressources humaines et financières de l'établissement.

Selon les besoins identifiés, les activités de développement des compétences pourront être présentées en utilisant différentes modalités (capsule clinique, activité d'appropriation, formation, groupe de codéveloppement, communauté de pratique, etc.). Des rencontres régulières de soutien clinique sont à privilégier pour soutenir les intervenants dans les dossiers complexes, le développement des compétences ainsi que pour le transfert de connaissances, tel que les différents services offerts par les partenaires internes et externes.

^[4] Des profils de compétence ont été élaborés pour chacun des titres d'emploi de la catégorie 1 et 4 du CISSS de la Montérégie-Ouest, ils se trouvent sur l'intranet de l'organisation.

4.3. Ressources matérielles

4.3.1. Ressources du centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP)

Le CRAIP, rattaché à la direction des services multidisciplinaires du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, a originalement développé une multitude d'outils pour soutenir les intervenants effectuant de l'intervention ponctuelle dans le cadre des activités d'Info-Social. Toutefois, les meilleures pratiques détaillées dans ces ressources peuvent également être utilisées et adaptées pour soutenir les interventions de suivis à court terme effectuées par les intervenants des équipes RRISC.

À cet effet, 23 guides d'intervention basés sur les meilleurs pratiques, 8 aide-mémoires et 2 fiches techniques ciblant des clientèles spécifiques sont disponibles sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) de la Formation continue partagée (#3411) (CHU de Québec – Université Laval, 2020).

En plus de ceux disponibles sur l'ENA, l'annexe E montre l'entièreté des guides produits par le CRAIP pouvant être rendus à la disposition des intervenants au besoin. Pour plus d'informations sur l'utilisation des guides développés par le CRAIP, la formation #2911 *Utilisation des Guides d'intervention Info-Social (GIIS)* est également disponible (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019).

5. Mécanisme de référence

5.1. Référence (ou cheminement de la demande)

Les principaux référents internes des équipes RRISC sont :

- Les équipes oeuvrant en santé mentale aux urgences des hôpitaux Anna-Laberge et du Suroît (incluant les unités d'hébergement bref);
- Le service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence;
- Le Guichet d'accès en santé mentale adulte;
- Les services spécialisés (2^e ligne) de santé mentale (pour usagers sans suivi psychosocial actif).

Les principaux référents externes des équipes RRISC sont :

- Les centres de crise La Maison Sous Les Arbres et le Tournant;
- Les corps policiers incluant le Service de police de Châteauguay, le Service de police de Mercier, La Régie intermunicipale de police Roussillon ainsi que la Sûreté du Québec (Municipalité régionale de comté de Vaudreuil-Soulanges et de Beauharnois-Salaberry).

La figure VI montre le cheminement d'une demande de services à l'équipe RRISC.

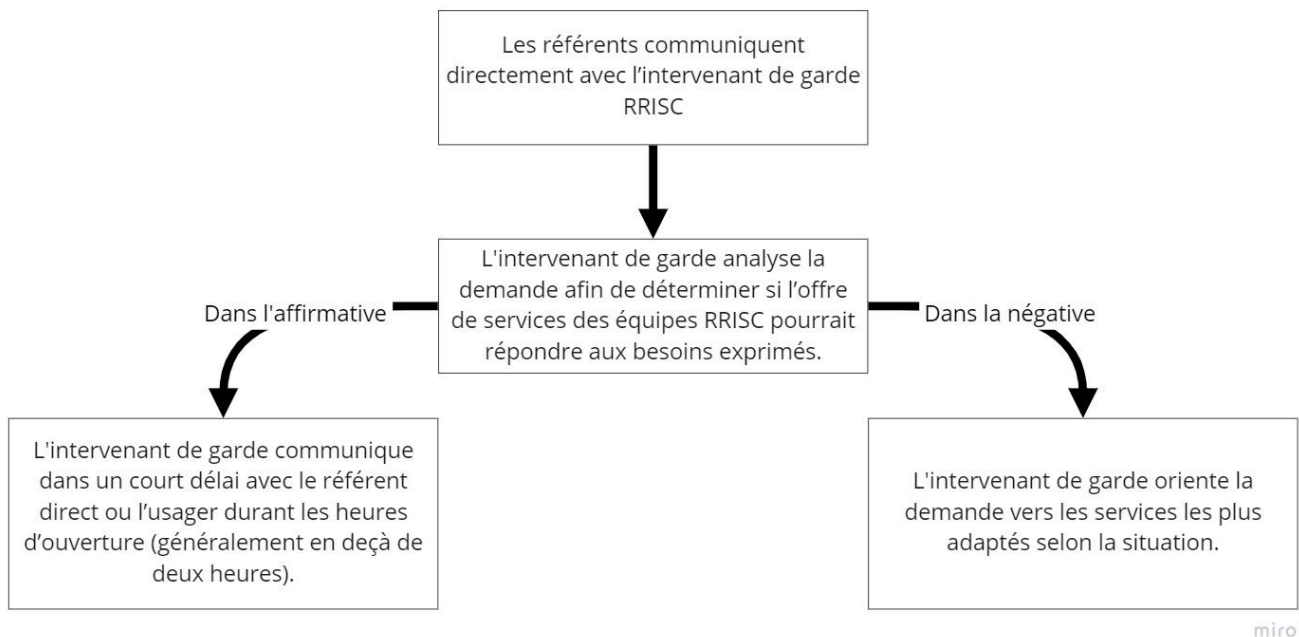


Figure VI : Cheminement d'une demande de services à l'équipe RRISC.

L'annexe D montre l'outil d'aide à la décision utilisée par les différents référents afin de faciliter le référencement.

5.2. Critères d'inclusion

Les services offerts par les équipes RRISC s'adressent à toutes personnes et leurs proches correspondant à l'ensemble des caractéristiques suivantes :

- A 18 ans et plus;
- Vit une situation de crise qui nécessite une intensité de services rapidement dans le milieu :
 - Crise psychosociale (perte d'hébergement, deuil, rupture, perte d'emploi, conflits interpersonnels, etc.);
 - Crise psychopathologique (crise secondaire à un trouble psychotique, de l'humeur, de personnalité, etc) ou;
 - Crise psychotraumatique (événement violent, viol, prise d'otage, etc.).
- Possède des facteurs de risque de passage imminent ou à court terme aux urgences hospitalières :
 - Atteinte à la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique;
 - Difficultés à exercer les rôles sociaux (travail, parent, conjoint) ;
 - Passage à l'urgence dans les derniers mois (nombre);
 - Interventions policières à répétition, problèmes judiciaires ;
 - Exacerbation des symptômes psychiatriques (dépressifs, anxieux, psychotiques, maniaques, etc.) ;
 - Comorbidités psychiatriques;
 - Problèmes de consommation;
 - Mauvaise observance ou non prise de médication;
 - Faible réseau de soutien informel (famille et proches) et formel (ressources communautaires et du réseau de la santé et des services sociaux) ;
 - Défavorisation matérielle et pauvreté;
 - Comportements autodestructeurs (automutilation, idées suicidaires ou d'homicide, etc.);
 - Agressivité verbale et physique;
 - Faible adhérence aux services (besoins de services à domicile, *outreach*, etc.).

Les usagers en attente de suivi ou en suivi actif, qui ont besoin d'une intervention de crise ou une intensification des services, peuvent être desservis par soit :

- L'équipe pour laquelle le patient est en attente ou en suivi (ex. santé mentale adulte 1ère ligne);
- L'équipe RRISC ou;
- Un autre partenaire jugé pertinent (ex. centre de crise).

Selon le cas, l'orientation de la demande de services sera effectuée en tenant compte des directives locales propres aux différentes équipes RRISC (voir Annexe B : Départage des interventions avec les centres de crise).

5.3. Critères d'exclusion

- A 18 ans et moins;
- Refuse de recevoir des services par les équipes RRISC;
- Est indisposé à recevoir des services ou n'est pas en mesure de donner son consentement aux services (ex : situation aiguë de crise (ex : application de la loi P-38) ou d'intoxication).

6. Stratégies d'intervention

6.1. Description du processus d'intervention

Tel que mentionné précédemment, l'intervention de crise se distingue par son caractère immédiat, bref et directif en raison du contexte d'urgence. Il est donc envisageable que le présent processus d'intervention se produise très rapidement et de façon non linéaire, surtout s'il y a présence d'imminence et de létalité d'un passage à l'acte. Il est donc possible qu'en cours d'intervention, des éléments nouveaux, venant bonifier l'évaluation initiale de la situation, fasse bifurquer les cibles d'intervention initialement identifiées (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 22 et 55). De plus, les outils proposés à chacune des étapes ne sont pas exclusifs à celles-ci : selon le cas, il est tout à fait possible d'utiliser ces outils à d'autres moments de l'intervention.

Quelques éléments sont à considérer et ce, à chacune des étapes du processus d'intervention :

- La sécurité des intervenants;
- Le repérage systématique du risque suicidaire et d'homicide (voir PRO-10237_Procédure prévention, gestion et intervention auprès des personnes à risque suicidaire);
- Le respect du consentement libre et éclairé de l'utilisateur.

1. Accueil et analyse sommaire de la demande			
Sous-étapes	Actions	Responsables	Outils proposés
Recevoir et valider la demande provenant du référent	- Valider l'adéquation entre les besoins de l'utilisateur ciblés par le référent et les critères d'inclusion au programme. - Au besoin, suggérer au référent d'orienter l'utilisateur vers un autre service.	Intervenant RRISC de garde	
Effectuer l'analyse sommaire de la demande	- Consulter le dossier de l'utilisateur s'il y a lieu. - Débuter l'analyse des besoins de services avec les informations fournies par le référent incluant la détection des indices de vulnérabilité au suicide/homicide. - Attribuer le dossier à un intervenant de l'équipe.	Intervenant RRISC de garde	
Effectuer un premier contact avec l'utilisateur et ses proches	- Recueillir les informations de l'utilisateur (double identification) ainsi que ses coordonnées. - Clarifier les besoins et attentes de l'utilisateur et de ses proches. Ces besoins peuvent changer en cours d'intervention. (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020). - Explorer la présence d'éléments de risque pour l'utilisateur et l'intervenant. - Au besoin, effectuer l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire/d'homicide (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020; Lane et al., 2010). - Prioriser et investir une attention particulière à l'établissement d'une alliance thérapeutique (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020) entre autres en adaptant sa façon de communiquer à la personne (Lane et al., 2010). - Susciter la motivation à s'engager dans un processus thérapeutique (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 51).	Intervenant RRISC	- CLI-60242 – Outil Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire - AH-619 DT9317 Rapport d'estimation et de gestion du risque d'homicide - Guide pour le personnel œuvrant à l'extérieur de l'établissement – Prévention de la violence au travail (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur « Administration provinciale », 2021) - Prévention des agressions lors d'interventions dans la communauté – Astuces de sécurité (Robitaille, 2002)
Envisager le mode de fonctionnement avec l'utilisateur et ses proches	- Expliquer l'offre de service RRISC (interventions intensives temporaires, références vers d'autres services si besoins à long terme, etc.). - Déterminer le lieu d'intervention et l'intensité des suivis (peut varier suite à l'évaluation)(voir section Modalités d'intervention). - Aborder le consentement à recevoir des services, incluant la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits (Agréement Canada, 2019, p. 73). S'assurer de le consigner au dossier de l'utilisateur. - Aborder le contenu du contrat thérapeutique. Selon le cas, demander une signature de l'utilisateur et consigner le contenu discuté au sein de la note au dossier. - Fixer un rendez-vous pour la première rencontre.	Intervenant RRISC	- Dépliant – Le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux, un recours indépendant et confidentiel (https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/le-regime-examen-des-plaintes/telechargement/) - Contrat thérapeutique (numérotation à venir)

2. Évaluation			
Sous-étapes	Actions	Responsables	Outils proposés
Valider le consentement	- Rechercher le consentement de la personne à recevoir de l'aide et le consigner au dossier (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020)	Intervenant RRISC	- Formulaire de consentement (numérotation à venir)
Réaliser la collecte de données auprès de l'utilisateur et de ses proches	- Concentrer la collecte de données sur la crise actuelle et non les besoins de la personne à plus long terme. - Si tel est le cas, demander le consentement de l'utilisateur et le consigner au dossier afin de procéder à une demande d'informations au sujet de l'utilisateur provenant d'un partenaire interne ou externe.	Intervenant RRISC	- Aide-mémoire pour la collecte de données (voir annexe F) - Guides d'intervention Info-Social (CHU de Québec – Université Laval, 2020) - CLI-60264 – Demande intra-CISSS de transmission d'information contenue au dossier de l'utilisateur
Identifier et utiliser les outils d'évaluation et les modalités pertinentes	- Cibler l'outil d'évaluation adapté au type de crise vécue par l'utilisateur (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 32)	Intervenant RRISC	- Dépistage/évaluation du besoin d'aide – Alcool (DÉBA-Alcool)(Tremblay et al., 2016a) - Dépistage/évaluation du besoin d'aide – Drogues (DÉBA-Drogues)(Tremblay et al., 2016b) - Dépistage/évaluation du besoin d'aide – Internet (DÉBA-Internet)(Dufour et al., 2019) - Détection et besoin d'aide en regard du jeu excessif (DÉBA-Jeu-8)(Tremblay et al., 2017) - CLI-60242 Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire - AH-619 DT9317 Rapport d'estimation et de gestion du risque d'homicide - CLI-60437 – Mon plan d'action sécuritaire - Outils PQPTM (numérotation à venir): - o Questionnaire d'appréciation de l'adaptation relative aux activités sociales et au travail (WSAS); - o Questionnaire d'appréciation des symptômes dépressifs (PHQ-9); - o Questionnaire d'appréciation des symptômes du trouble panique (PDSS); - o Questionnaire d'appréciation des symptômes de stress post-traumatique (PCL-5); - o Questionnaire d'appréciation des symptômes obsessionnels et compulsifs (OCI-R);

			○ Questionnaire d'appréciation des symptômes de l'agoraphobie (MIA); ○ Questionnaire d'appréciation des symptômes d'anxiété (GAD-7).
Analyser les facteurs en cause	- Concentrer l'analyse sur la crise actuelle en priorisant la réponse aux besoins de base de la personne et les difficultés vécues (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020) - Effectuer l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire/d'homicide (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020; Lane et al., 2010)	Intervenant RRISC	- CLI-60242 Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire - AH-619 DT9317 Rapport d'estimation et de gestion du risque d'homicide - Guides d'intervention Info-Social (CHU de Québec – Université Laval, 2020)
Partager et discuter de l'analyse/opinion professionnelle avec l'utilisateur et ses proches	- Reconnaître et souligner les forces de la personne. - Considérer que l'acceptation à recevoir de l'aide constitue en soi une amorce de changement (Lane et al., 2010, p. 65) - Partager les faits confirmant ou infirmant la situation de danger (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020) - Favoriser une compréhension commune avec l'utilisateur et ses proches de l'évaluation de la situation de crise. - Évaluer la mobilisation de l'utilisateur et ses proches à s'engager dans une démarche thérapeutique.	Intervenant RRISC	

3. Élaboration du plan d'intervention

Sous-étapes	Actions	Responsables	Outils proposés
Co-construire le plan avec l'utilisateur et ses proches.	- En fonction du type de crise et du niveau de mobilisation de l'utilisateur, cibler les objectifs selon une approche orientée vers les solutions et en s'inspirant du format SMART : Spécifique, Mesurable, Accessible, Réaliste et Temporellement défini (Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale & Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal du CIUSSS EMTL, 2022). - En cohérence avec les objectifs convenus au plan, déterminer avec la participation active de l'utilisateur et ses proches : - o Les modalités d'intervention; - o Les moyens à mettre en place pour atteindre les objectifs; - o Le suivi requis.	Intervenant RRISC	- Plan d'intervention disciplinaire (CLI-60529) - Plan thérapeutique infirmier (<i>Plan thérapeutique infirmier</i>, 2022) - Guides d'intervention Info-Social (CHU de Québec – Université Laval, 2020) - Aide-mémoire – Qu'est-ce qu'un plan d'intervention axé rétablissement ? (Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale & Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal du CIUSSS EMTL, 2022)

4. Mise en application du plan d'intervention

Sous-étapes	Actions	Responsables	Outils proposés
Mettre en œuvre les interventions, en collaboration avec l'utilisateur et les partenaires impliqués	- Favoriser la compréhension et l'adhésion de l'utilisateur au plan d'action convenu (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020) - Au besoin, effectuer l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire/d'homicide (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020; Lane et al., 2010) - S'assurer de la mise en place d'un filet de sécurité au besoin (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020)	Intervenant RRISC	- CLI-60242 Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire - AH-619 DT9317 Rapport d'estimation et de gestion du risque d'homicide - CLI-60437 – Mon plan d'action sécuritaire

5. Révision du plan d'intervention			
Sous-étapes	Actions	Responsables	Outils proposés
Apprécier et discuter de l'évolution de la situation avec l'utilisateur et ses proches, suite à la mise en œuvre des interventions découlant du plan	- Inciter l'utilisateur à prendre conscience de ses forces et du cheminement parcouru (Lane et al., 2010). - Dresser un bilan de l'intervention incluant le niveau de satisfaction de l'utilisateur et l'opinion professionnelle au sujet de son cheminement (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020) - Au besoin, effectuer l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire/d'homicide (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020; Lane et al., 2010)	Intervenant RRISC	- CLI-60242 Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire - AH-619 DT9317 Rapport d'estimation et de gestion du risque d'homicide - CLI-60437 – Mon plan d'action sécuritaire
Convenir avec l'utilisateur et ses proches de la poursuite, modification ou fin du plan	- Évaluer le risque de récurrence de la crise.	Intervenant RRISC	
Référer vers d'autres ressources, lorsque requis	- Porter une attention particulière à la transition entre les services, période particulièrement critique pour certains utilisateurs vulnérables (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 48-49). - Déterminer le type de suivi qui sera requis (ex : suivi étroit) et identifier la ressource pouvant répondre aux besoins de l'utilisateur. - Assurer la transition vers la ressource visée selon les besoins de l'utilisateur et l'urgence de sa situation. Pour certains, cette transition nécessite de contacter directement la ressource et va au-delà de la complétion d'un formulaire de référence ou d'un message sur une boîte vocale. - Avec le consentement de l'utilisateur, transférer les informations nécessaires à la ressource ciblée selon le modèle IDEA : Identification, Diagnostic, Évaluation, Action. S'assurer que les informations transmises ont été consignées au dossier de l'utilisateur.	Intervenant RRISC	- CLI-60367 – Demande de service – Jeunesse et adulte – Référence vers CRD - CLI-60188 Demande de service jeunesse - Formulaire de référence au Guichet d'accès Santé mentale adulte (numérotation à venir) - Formulaire de référence au suivi étroit (Le Tournant) - CLI-60149 – Référence pour un suivi d'intensité variable (SIV) - Politique Transfert de l'information aux points de transition des soins et des services (POL-10346) - Procédure Transfert de l'information aux points de transition des soins et des services (PRO-10347)

6. Fin de l'épisode de services			
Sous-étapes	Actions	Responsables	Outils proposés
Reprendre les éléments identifiés à l'étape précédente, avec l'utilisateur et ses proches	L'épisode de services peut prendre fin à tout moment, lorsque l'une des conditions énumérées ci-dessous est présente : - L'atteinte des objectifs du plan; - Un élément nouveau fait en sorte que l'utilisateur n'a plus la capacité ou la disponibilité à participer à l'atteinte des objectifs indiqués au plan d'intervention; - Le constat que les besoins de l'utilisateur relèvent de l'expertise d'un autre service; - Le manque de participation, mobilisation ou d'assiduité de la part de l'utilisateur ne permettent pas (ou ne permettent plus) d'actualiser les interventions; - L'utilisateur signifie, de manière libre et éclairée, son intention de mettre fin aux services; - L'utilisateur quitte la région ou décède.	Intervenant RRISC	
Conclure l'épisode de services en sécurité	- Procéder à l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire/d'homicide (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020; Lane et al., 2010) - Rappeler à l'utilisateur ses compétences personnelles, son réseau social et ses filets de sécurité présents (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020) - Informer l'utilisateur et ses proches des modalités d'accès aux services, en cas de besoin	Intervenant RRISC	- CLI-60242 Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire - AH-619 DT9317 Rapport d'estimation et de gestion du risque d'homicide

6.2. Modalités d'intervention

Considérant le contexte de crise, la majorité des interventions effectuées par les intervenants des équipes RRISC sont de type unidisciplinaire, c'est-à-dire une pratique professionnelle reposant uniquement sur la dyade intervenant-usager, sans impliquer l'apport professionnel d'autres disciplines. Dans certains cas, des interventions multidisciplinaires seront requises. Autrement dit, l'intervenant RRISC peut faire appel à la complémentarité de l'expertise d'un autre professionnel (ex : autre intervenant RRISC, psychiatre, infirmière praticienne spécialisée en santé mentale, etc.) pour mieux répondre aux besoins des usagers et procéder à des interventions de type multidisciplinaire (Careau et al., 2014). Ceci peut, par exemple lorsque la situation de l'utilisateur le requiert, se traduire par des interventions conjointes, soit avec l'apport de deux intervenants RRISC. Dans un autre contexte où la situation de l'utilisateur comporte un certain niveau de risque pour sa sécurité ou celle d'autrui, l'intervenant RRISC pourra procéder à son intervention avec la contribution des services policiers.

Le tableau IV montre l'étendue des modalités d'intervention pouvant être utilisées par les intervenants RRISC. La modalité d'*outreach*, comme l'indique sa définition, consiste à aller vers les personnes, de façon proactive, là où elles se trouvent, sans qu'il y ait nécessairement eu de demandes de services au préalable (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021). Lorsqu'un référent identifie un besoin de services, l'intervenant RRISC entrera en contact avec la personne afin d'établir un lien de confiance et tentera d'obtenir son consentement afin de poursuivre une intervention. Cette modalité est d'autant plus pertinente dans les cas où la condition clinique de la personne la rend réfractaire à demander de l'aide (ex : épisodes psychotiques).

Interventions individuelles

- Intervention rapide auprès de l'utilisateur selon la gravité de la situation vécue (24 à 48 heures suite à la réception de la demande par le référent);
- Suivis intensifs post-épisode de crise dans le milieu (maximum 8 semaines)
- Interventions suite à un événement traumatique/incident critique (collaboration avec autres équipes pertinentes)
- *Outreach* auprès de personnes vulnérables.

Interventions conjointes avec les partenaires (voir Annexe B : Départage des interventions avec les centres de crise)

- Interventions psychosociales conjointes avec les policiers
- Suivi étroit au niveau du risque suicidaire (en complémentarité avec les centres de crise)
- Postvention (mandat partagé avec les centres de crise)

Tableau IV : Modalités d'interventions des équipes RRISC

6.2.1. Lieux d'intervention

Les lieux d'intervention peuvent grandement varier en fonction de la situation de crise et des besoins de l'utilisateur. Généralement, les interventions se font dans les milieux suivants :

- Dans le milieu de vie de l'utilisateur;
- À l'urgence des centres hospitaliers;
- Dans les locaux des équipes RRISC;
- Tout autre lieux pertinent pour la situation.

7. Conclusion

La mise sur pied de ce programme encourage le développement d'une expertise clinique dédiée aux personnes vivant une situation de crise, permettant ainsi de mieux desservir cette clientèle. Le programme intègre les bonnes pratiques issues des données probantes en matière d'intervention de crise, mais tient compte également des orientations ministérielles en ce qui a trait au continuum de services offerts en santé mentale ainsi que du savoir expérientiel des intervenants et gestionnaires œuvrant au programme.

Dans une optique d'amélioration continue des services, ce programme fera l'objet d'une évaluation de son implantation et de ses effets à une période ultérieure.

8. Annexes

Annexe A : Résumé du programme

Annexe B : Départage des interventions effectuées par RRISC par rapport à celles des centres de crise

Annexe C : Spécificités de l'intervention selon le type de crise

Annexe D : Outil d'aide à la décision pour le référencement vers les services des équipes RRISC

Annexe E : Liste de l'ensemble des Guides d'intervention Info-Social produits par le CRAIP

Annexe F : Aide-mémoire pour la collecte de données

9. Références

- Agrément Canada. (2019). *Manuel d'évaluation—Services généraux*.
- American Psychiatric Association (Éd.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Assemblée nationale. (2002). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur « Administration provinciale ». (2021). *Guide pour le personnel oeuvrant à l'extérieur de l'établissement—Prévention de la violence au travail*.
<https://apssap.qc.ca/wp-content/uploads/2021/02/APSSAP-Guide-PreventionViolence-finale.pdf>
- Bazinet, J., Roy, F., & Lavoie, B. (2011). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques : Cahier du participant* (2e édition).
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., & Museux, A.-C. (2014). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux—Guide explicatif. *Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI)*.
- Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale. (2020). Aide-mémoire : Processus d'intervention. *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean*.
https://fcp.rtss.qc.ca/pluginfile.php/1224217/mod_resource/content/2/Aide-m%C3%A9moire%20%28processus%20d'intervention%29%20%2806-04-2020%29.pdf
- Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale, & Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal du CIUSSS EMTL. (2022). *Plan d'intervention/Plan de rétablissement*. <https://cerrisweb.com/bibliotheque-virtuelle/dossiers-thematiques/plan-d'intervention-plan-de-retablissement/>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre. (2015). Cadre de référence—La pratique de santé mentale adulte en 1re ligne orientée vers le rétablissement. *Gouvernement du Québec*, 160.

- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (2021). *Ma pratique professionnelle : Conseil multidisciplinaire*. <https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/page/mon-espace-clinique/ma-pratique-professionnelle-conseil-multi-2021-08-27>
- CHU de Québec – Université Laval. (2020). *Outils en soutien à l'intervention psychosociale dans le contexte de pandémie*. Environnement numérique d'apprentissage - Formation continue partagée. <https://fcp.rtss.qc.ca/course/view.php?id=3411>
- Collège des médecins du Québec, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des criminologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, & Ordre professionnels des sexologues du Québec. (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*.
- Dufour, M., Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Goyette, M., Turcotte, S., Khazaal, Y., Brunelle, N., Gagnon, S. R., Tétrault-Beaudoin, C. S., Genois, R., & Légaré, A.-A. (2019). DÉBA-Internet : Détection/Évaluation du Besoin d'Aide—Internet. *Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches*. https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4242&owa_no_fiche=201&owa_bottin=
- Éditeur officiel du Québec. (2009). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. <https://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2009C28F.PDF>
- Gouvernement du Québec. (2021). Code des professions (C-26). *Publications Québec - Légis Québec*.
- Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M., & Camirand, R. (2010). Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. *Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux*, 99.
- Lecomte, Y., & Lefebvre, Y. (1986). L'intervention en situation de crise. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 122-142. <https://doi.org/10.7202/030352ar>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Utilisation des Guides d'intervention Info-Social (GIIS)*. Environnement numérique d'apprentissage - Formation continue partagée.
<https://fcp.rtss.qc.ca/course/view.php?id=2911#section-1>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026—S'unir pour un mieux-être collectif. *Gouvernement du Québec*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, G. (2021). Cadre de référence—Aire ouverte. *Gouvernement du Québec*, 21.
- Office des professions. (2021). *Guide explicatif—Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (Gouvernement du Québec).
- Plan thérapeutique infirmier : Définition*. (2022). OIIQ. <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/outils-cliniques/plan-therapeutique-infirmier/definition-du-pti>
- Rétablissement : Qu'est-ce que c'est ? - Santé mentale de A-Z - Institut universitaire en santé mentale Douglas*. (2013). <http://www.douglas.qc.ca/info/retablissement-sante-mentale>
- Robitaille, M. J. (2002). Prévention des agressions lors d'interventions dans la communauté – Astuces de sécurité. *Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales*.
http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Guides_Broch_Depl/B29agressions2014.pdf
- Séguin, M., Brunet, A., & LeBlanc, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (1^e édition). Chenelière Éducation.
- Séguin, M., Brunet, A., & LeBlanc, L. (2012). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (2^e édition). Chenelière Éducation.
- Séguin, M., & Chawky, N. (2015). Manuel du formateur : L'intervention auprès des personnes en Crise Suicidaire. *Ministère de la Santé, Tunisie*.
- Séguin, M., & LeBlanc, L. (2021). *Intervention en situation de crise* (3^e édition). Chenelière Éducation.
- Séguin, M., Roy, F., & Boilar, T. (2020). *Programme de postvention : Être prêt à agir à la suite d'un suicide*. Association québécoise de prévention du suicide.
- Simard, J., & Turcotte, D. (1992). La thérapie orientée vers la solution. Un modèle applicable à l'intervention en contexte d'autorité. *Service social*, 41(3), 77-93. <https://doi.org/10.7202/706585ar>

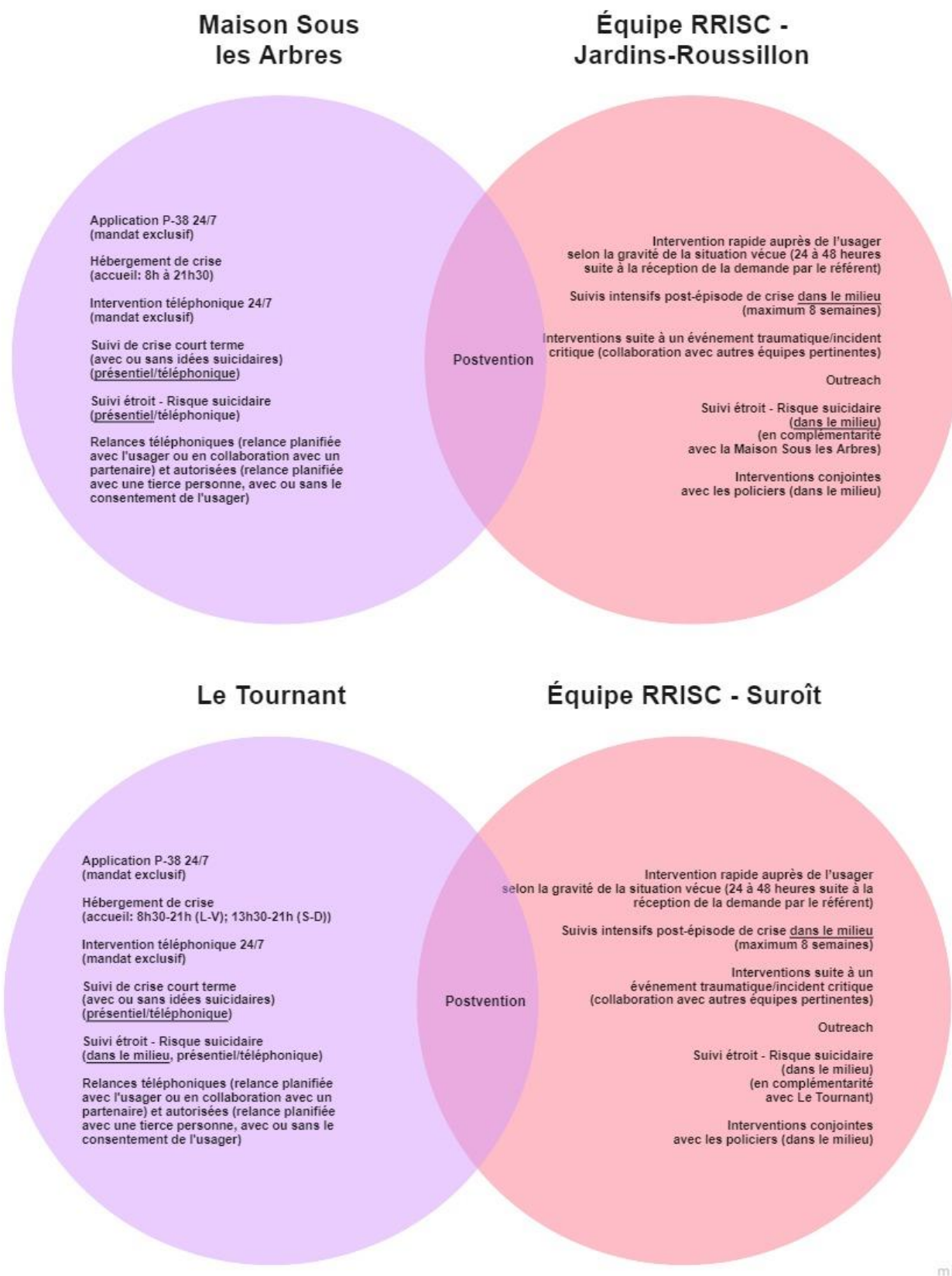
- Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Ménard, J.-M., & Berthelot, F. (2016a). DÉBA-Alcool :
 Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide—Alcool. *Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches*.
https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4242&owa_no_fiche=50&owa_bottin
 =
- Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Ménard, J.-M., & Berthelot, F. (2016b). DÉBA-Drogues :
 Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide—Drogues. *Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches*.
https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4242&owa_no_fiche=50&owa_bottin
 =
- Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Ménard, J.-M., & Berthelot, F. (2017). DÉBA-Jeu-8 : Détection
 et besoin d'aide en regard du jeu excessif. *Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches*.
https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4242&owa_no_fiche=51&owa_bottin
 =
- Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). *Recovery : A Dimensional Approach*. 61(12), 3.

Processus d'élaboration/révision		
Rédigé par	Geneviève Demers, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2023-06-16
Révisé par	Annie Collin, agente administrative, DSMREU	2023-06-22
Personnes consultées	Fannie Di Pasquale, cheffe de service 1 ^{ère} ligne santé mentale adulte, secteur Jardins-Roussillon, DPSMD	2022-05-04
	Sara Frappier, cheffe de service 1 ^{ère} ligne santé mentale adulte, secteurs Suroît et Haut-St-Laurent, DPSMD	2022-05-04
	Sabrina Langlois, infirmière clinicienne, DPSMD	2022-05-04
	Jean-Frédéric Saumur, travailleur social, DPSMD	2022-05-04
	Annie Dubeau, Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat, DPSMD	2022-05-04
	France Leblanc, coordonnatrice clinique des services sociaux généraux, DPSMD	2022-06-21
	Sylvie Fortin, cheffe des services internes de psychiatrie, DPSMD	2022-06-21
	Émilie Létourneau, coordonnatrice Accueil Analyse Orientation, DPSMD	2022-06-21
	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)	2023-02-10
	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII)	2023-02-23
	Comité de concertation des directeurs adjoints (CCDA)	2023-04-20

Historique du document		
CONCERNANT UNE SEULE DIRECTION	David Gaulin Directeur de la direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD)	Date 2023-04-20
Approuvé par		
Commentaires	Inscrire vos commentaires	

Annexe A : Résumé du programme

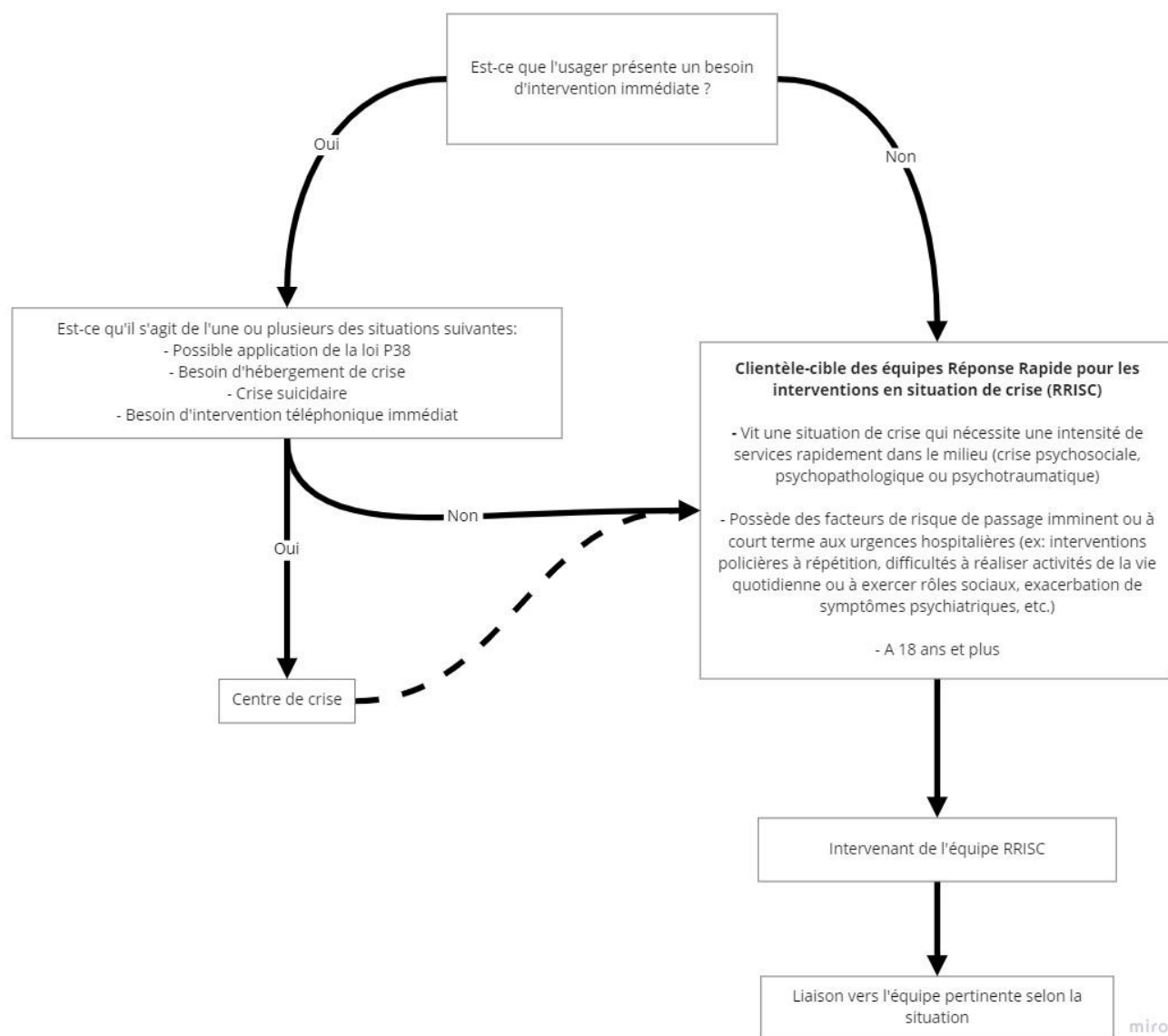
	Programme Réponse rapide pour les interventions en situation de crise (RRISC)					
Clientèle cible	Les personnes vivant une situation de crise les mettant à risque d'un passage imminent ou à court terme aux urgences hospitalières.					
Objectifs généraux	- Désamorcer et apaiser la crise en reconnaissant la souffrance vécue par la personne. - Rétablir un équilibre fonctionnel antérieur à la crise. - Favoriser la prestation du bon service, au bon moment, par le bon intervenant incluant le référencement vers d'autres services selon les besoins de la personne. - Prévenir un passage non essentiel aux urgences hospitalières.					
Objectifs spécifiques	Crise psychosociale : • Encourager une saine régulation des émotions; • Développer des stratégies de résolution de problème efficaces; • Identifier des objectifs de vie à court terme.		Crise psychotraumatique : • Rassurer la personne en crise; • Accroître son sentiment de protection.		Crise psychopathologique : • « Descalader » le niveau de tension; • Diminuer les risques de passage à l'acte.	
Théorie	Soins et services axés sur le rétablissement			Approche orientée vers les solutions		
	Moyens	- Intervenir de façon rapide et brève auprès de la personne en situation de crise - Développer une alliance thérapeutique - Réaliser une évaluation adéquate en tenant compte du contexte de crise - Travailler en concertation avec les partenaires - Développer les compétences professionnelles des intervenants en matière d'intervention de crise				
Processus d'intervention	Accueil et analyse sommaire de la demande	Évaluation	Élaboration du plan d'intervention	Mise en application du plan d'intervention	Révision du plan d'intervention	Fin de l'épisode de services
Modalités d'intervention	Interventions individuelles - Intervention rapide auprès de l'utilisateur selon la gravité de la situation vécue; - Suivis intensifs post-épisode de crise dans le milieu; - Interventions suite à un événement traumatique/incident critique; - Outreach.			Interventions conjointes avec les partenaires - Interventions psychosociales conjointes avec les policiers; - Suivi étroit au niveau du risque suicidaire (en complémentarité avec les centres de crise); - Postvention (mandat partagé avec les centres de crise).		



miro

Crise psychosociale	Crise psychotraumatique	Crise psychopathologique
Intervention axée sur la désescalade et la protection de la personne et ses proches; - Encourager la capacité de régulation des émotions; - Élargir le répertoire de stratégies d'adaptation (stratégies de type comportemental, affectif et cognitif) - Développer de nouvelles habiletés de résolution de problèmes; - Identifier des objectifs de vie à court terme; - Mobiliser le réseau de soutien social de la personne.	Intervention axée sur la présence et l'accompagnement pour rassurer la personne et accroître son sentiment de protection: - Offrir les premiers soins et assurer un milieu sécuritaire; - Ne pas forcer la parole; Ne pas insister trop rapidement sur un retour à l'équilibre puisque ce retour requiert une démarche qui peut être longue; - Donner de l'information, diriger la personne vers des ressources d'aide et de soutien en attendant qu'elle ait accès à des services spécialisés; - Intervenir rapidement et précocement afin d'éviter le développement ultérieur d'un trouble de stress post-traumatique ou d'en minimiser l'effet.	Intervention axée sur la désescalade et la protection de la personne et de ses proches afin d'éviter un passage à l'acte : - Stabiliser, sécuriser, susciter l'engagement au traitement et référer aux services spécialisés - Proposer des solutions de rechange positives et acceptables aux problèmes actuels. - Créer un lien de confiance malgré les défis que comportent le contexte de crise à l'établissement de celui-ci.

Annexe D : Outil d'aide à la décision pour le référencement vers les services des équipes RRISC.



miro

Guides d'intervention de crise en contexte d'urgence	Détresse psychique	- Épisode psychotique - Intoxication	- Sevrage - Difficultés cognitives
	Événement traumatique	- Événement traumatisant - Victimes de violence familiale	- Agression sexuelle
	Menace à l'intégrité et à la sécurité	- Danger d'homicide - Danger de poser un geste pouvant causer la mort d'une personne en fin de vie	- Danger suicidaire - Automutilation
Guides d'intervention de crise en contexte de déstabilisation	Manifestation	- Anxiété - Abus de substances psychotropes - Fatigue - Isolement - Agressivité	- Difficultés liées au sommeil - Dissociation - Déprime - Risque d'homicide - Ambivalence suicidaire
	Événement stressant	- Annonce d'un diagnostic de santé mentale - Conflits interpersonnels - Démêlés avec la justice - Pertes affectives - Annonce d'un diagnostic de maladie physique	- Grossesse non planifiée - Violence conjugale - Perte économique - Processus de rechute - Victimes d'agression sexuelle
	Crise de transition	- Difficultés liées à l'approche de la mort - Parentalité (naissance ou adoption) - Soutien aux proches aidants	- Transition à la retraite - Recomposition familiale - Départ ou retour d'un membre de la famille
	Fragilité psychologique	- Dissociation dite : schizophrénie - Dépendance - Antécédents d'abus sexuels vécus durant l'enfance - Épuisement professionnel (<i>burnout</i>) - Épisode dépressif - Personnalité limite - Instabilité bipolaire - Stress post-traumatique	- Paraphilies (déviances sexuelles) - Panique et phobies - Agitation et difficultés d'attention - Attitude antisociale - Obsessions et compulsions - Conduites alimentaires à risque - Antécédents de violence familiale - Anxiété généralisée
Guides d'intervention de crise en contexte de vulnérabilité	Vulnérabilité sociale	- Orientation homosexuelle et bisexuelle - Déficience intellectuelle - Travail du sexe - Pauvreté	- Itinérance - Immigration récente et diversité culturelle - Conciliation travail-famille

^[2] Les guides en caractères gras sont disponibles sur la plateforme ENA (*Formation continue partagée #3411* (CHU de Québec – Université Laval, 2020).

Annexe F : Aide-mémoire pour la collecte de données

Le présent aide-mémoire a pour objectif de soutenir les intervenants lors de la collecte de données afin d'évaluer la situation vécue par l'utilisateur. Ce document est à titre indicatif seulement: il est possible que certains éléments ci-dessous ne soient pas applicables ou pertinents selon le contexte.

Référent	- Identification - Motif de référencement	
Identification de l'utilisateur	• Prénom et nom • Adresse • Téléphone • Date de naissance et âge • NAM (et date d'expiration) • Nom et coordonnées d'un proche à contacter si l'on craint pour la sécurité de l'utilisateur (S'assurer de demander le consentement de l'utilisateur et spécifier qu'il peut retirer ce consentement à tout moment)	
Historique sociale	• Situation personnelle et familiale • État civil • Occupation/source de revenu • Réseau de soutien • Antécédents judiciaires	
Historique de santé	• Antécédents médicaux • Médicaments • Présence d'un médecin de famille	
Situation de crise actuelle (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 42)	• Événement à l'origine de la crise ○ Type de crise ○ Psychosociale ○ Psychopathologique • Phase de la crise ○ Phase aiguë ou de désorganisation ○ Phase de passage à l'acte ○ Phase de récupération • Apparition ou exacerbation de symptômes/problèmes mentaux en fonction de l'évolution de la crise • Solutions tentées et envisagées (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020)	
Facteurs distaux (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 31)	Facteurs proximaux (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 31)	Facteurs de protection (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 31)
Histoire familiale - Historique de troubles mentaux dans la famille - Historique de trauma durant l'enfance - Négligence ou violence (verbale, psychologique, physique ou sexuelle)	Histoire familiale actuelle - Trauma - Négligence ou violence actuelle (verbale, psychologique, physique ou sexuelle) - Difficultés amoureuses (rejet, séparation, conflit, violence)	- Familiaux - Individuels - Sociaux

- Compétences parentales (parent surprotecteur, autoritaire, distant, contrôlant, ambivalent, etc.) - Exposition au suicide ou tentative de suicide - Perte ou abandon précoce	- Difficultés avec les enfants (rejet, conflit, violence) - Exposition au suicide ou tentative de suicide - Perte ou abandon actuel	- Compétences et forces de la personne (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020)
Facteurs individuels - Troubles de santé mentale (anxiété, dépression, surconsommation de substance, etc.) - Trouble neurodéveloppemental (trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité) - Traits de personnalité (impulsivité, pessimisme, désespoir, perfectionnisme, insensibilité, etc.) - Conduites extériorisées (agressivité) ou intériorisées (anxiété)	Facteurs individuels - Présence de troubles de santé mentale (anxiété, dépression, surconsommation de substance, etc.) - Troubles liés à l'usage de substances (type, fréquence, degré d'intoxication) - Hospitalisations récentes - Repérage du risque suicidaire □ Tentatives de suicide récentes ou antérieures - Traits de personnalité (impulsivité, pessimisme, désespoir, perfectionnisme, insensibilité, etc.) - Troubles de la personnalité	
Événements de vie - Échecs scolaires - Difficultés sociales et relationnelles - Victime ou instigateur d'intimidation - Pertes - Séparations - Difficultés à se faire ou à conserver des amis - Difficultés de santé physique	Événements de vie - Condition socio-économique (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, 2020), difficultés économiques - Difficultés professionnelles (échecs, pertes) - Victime ou instigateur d'intimidation - Pertes - Séparations - Difficultés à se faire ou à conserver des amis - Difficultés de santé physique	
Urgence et dangerosité d'un passage à l'acte (Séguin & LeBlanc, 2021, p. 24)	- Type de passage à l'acte (Suicide, homicide, conduites à risque, comportements agressifs). - Létalité (le risque de danger et le risque de mortalité) - Imminence (L'urgence du passage à l'acte)	

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec

