

ACCOMPAGNEMENT BREF DANS LA COMMUNAUTÉ (ABC)

Une alternative à l'hospitalisation du
Plateau de services intégrés spécialisés
en santé mentale

GUIDE D'APPLICATION

Édition

La Vice-présidence affaires publiques et communications, Santé Québec.

Le présent document n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca, section Publications.

Ce document a été rédigé en suivant les principes généralement acceptés de rédaction épicène, qui donnent une place équivalente au féminin et au masculin, genres envisagés comme des pôles opposés, mais non absolus, dans le continuum du genre.

Dépôt légal — 2025

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-555-02943-9 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Santé Québec, 2025

Nous reconnaissons l'engagement et l'expertise du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal dans la conduite des travaux de rédaction ayant mené à ce document. Sa contribution se distingue par sa collaboration, son rôle actif et son expertise.



Par respect pour l'environnement, privilégiez
la consultation de ce document en version numérique.

LISTE DES COLLABORATEURS

DIRECTION

Tung Tran, directeur général santé mentale, dépendance, neurodiversité et déficience physique, Santé Québec

Pierre Bleau, directeur national des services en santé mentale et en psychiatrie légale, ministère de la Santé et des Services sociaux

Isabelle Fortin, directrice adjointe des services de santé mentale adulte, de la psychiatrie légale et des services en milieux carcéraux, Santé Québec

Sandra D'Auteuil, directrice des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

COORDINATION DES TRAVAUX

Marie-Ève Simard, conseillère cadre volet Alternatives à l'hospitalisation en santé mentale, Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

COMITÉ DE RÉDACTION (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Karine Desrosiers, agente de planification, de programmation et de recherche, Bureau de la mission universitaire de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Maude-Alexandra Fanéus, agente de planification, de programmation et de recherche, Bureau de la mission universitaire de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Gilles Roy, agent de planification, de programmation et de recherche, Bureau de la mission universitaire de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Marie-Ève Simard, conseillère cadre volet Alternatives à l'hospitalisation en santé mentale, Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Marie-Ève Vautrin-Nadeau, agente de planification, de programmation et de recherche, Bureau de la mission universitaire de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

AVEC LA COLLABORATION

Comité consultatif (en ordre alphabétique)

Vicky Desaulniers, spécialiste en activités cliniques, équipe Accompagnement bref dans la communauté, Direction du programme santé mentale adulte et dépendance, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Moana Desbiens, conseillère en santé mentale — Alternatives à l'hospitalisation, Santé Québec

Angie Dupuis, paire aidante famille, Arborescence

Dre Claire Gamache, psychiatre, Direction du programme santé mentale et dépendance, CISSS de Laval

Christine Genest, inf. Ph. D., professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, chercheuse régulière au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Marie-Hélène Goulet, inf. Ph. D., professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, chercheuse régulière au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Annie-Claude Harvey, conseillère cadre projet Hôpital Saint-François d'Assise et Institut de la pertinence des actes médicaux, Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Émilie Hudson, étudiante au doctorat, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, coordonnatrice de recherche au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Thibaud Jezequel-Breard, adjoint à la directrice — volet administratif, Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Hugues Laforce, psychologue, directeur du Centre d'intervention de crise Tracom, vice-président du Regroupement des services d'intervention de crise du Québec

Marc Lecourtois, chargé de projet IPAM Action 6.2, conseiller aux établissements, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Karine Maltais, chef de service de la clinique Pôle santé mentale et de l'équipe Accompagnement bref dans la communauté, Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Aldanie Rho, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire en santé mentale Douglas

RELECTRICES ET RELECTEURS (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Isabelle Catellier, directrice adjointe, Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Francine Roberge, patiente-partenaire au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Alexandre St-Germain, coordonnateur de la mise en œuvre des Plateaux de services intégrés spécialisés en santé mentale, Santé Québec

Établissements vitrines (en ordre alphabétique)

Nathalie Lefrançois, chef d'administration de programmes – Alternatives aux hospitalisations, Direction des programmes en santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Kimberly Mercier, conseillère cadre, services intégrés et spécialisés en santé mentale, Direction santé mentale et dépendance, CISSS de l'Outaouais

Miré Saralta, chef de service, Bureau de la valorisation, du transfert de connaissances, de l'innovation et de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance/Mission universitaire de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Amélie Vézina, chef de service du Plateau de services intégrés en santé mentale (axe 6 du PAISM) Direction du programme santé mentale et dépendance, Centre de services ambulatoires en santé mentale, CISSS de Laval

Autres établissements déployant l'ABC (en ordre alphabétique)

Patrick Arsenault, chef de service équipe ABC et fluidité santé mentale (par intérim), Direction des programmes santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux adulte, CISSS des Laurentides

Nadine Lagacé, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction santé mentale et dépendance, CISSS du Bas-Saint-Laurent

RÉVISION LINGUISTIQUE

Guide d'application : Vice-présidence affaires publiques et communications, Santé Québec

Médiagraphie : Plurielles et Singulières

REMERCIEMENTS

La Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal remercie toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, soutenu l'équipe projet de l'action du Plan d'action interministériel en santé mentale de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) dans la rédaction du présent guide d'application.

Elle exprime sa gratitude au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), instigateur du projet, ainsi que la Direction adjointe santé mentale adulte, psychiatrie légale et services carcéraux de Santé Québec, pour la coordination de la mise en œuvre. Elle souligne également le soutien des équipes projet de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec du CIUSSS de la Capitale-Nationale ainsi que le partage de leur expertise.

Elle adresse aussi ses remerciements aux patients partenaires et aux membres des différents comités, dont les savoirs expérientiels et scientifiques ont enrichi la réalisation du guide. Enfin, elle exprime sa reconnaissance aux établissements ayant déployé l'ABC, sans lesquels ce guide n'aurait pu voir le jour.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. MANDAT, OBJECTIFS ET POPULATION VISÉE	3
1.1 Mandat	3
1.2 Mandat partagé	4
1.3 Objectifs et retombées attendues	4
1.4 Population visée	5
1.4.1 Conditions d'accès	6
2. LA CRISE EN SANTÉ MENTALE	7
2.1 Un concept multidimensionnel	7
2.2 Le risque	9
2.3 La distinction entre la crise et l'urgence	9
3. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES . 10	
3.1 Heures d'ouverture	10
3.1.1 En dehors des heures d'ouverture	10
3.2 Composition de l'équipe	10
3.2.1 Titres d'emploi privilégiés	11
3.2.2 Requis en équivalent temps complet	11
3.3 Localisation de l'équipe	11
3.3.1 Locaux	12
3.3.2 Équipement requis	12
3.4 Lieu de l'intervention	12
3.5 Télésanté	13
3.6 Pratique collaborative	13
3.6.1 Personnel psychosocial	14
3.6.2 Personnel infirmier	15
3.6.3 Accès à une ou un psychiatre ou à une ou un IPSSM	15
3.6.4 Pair-aidance famille et pair-aidance	15
3.7 Rôles et responsabilités	17
3.7.1 Rôle de contrôle d'accès	17
3.7.2 Rôle de soutien clinique	17
3.7.3 Rôle d'intervention dans la communauté	18
3.8 Fonctionnement d'une équipe ABC	19
3.8.1 Gestion de l'horaire	19
3.8.2 Téléphone d'équipe	20
3.8.3 Communication interne	21
3.8.3.1 Rencontres de planification quotidienne	21
3.8.3.2 Rencontres cliniques	21
3.8.3.3 Registre de suivis	22
3.8.4 Communication externe	22
3.8.4.1 Communication avec la personne utilisatrice	22
3.8.4.2 Communication avec les proches	22
3.8.4.3 Communication avec les partenaires	23
3.8.5 Sécurité à domicile	23
3.8.5.1 Avant l'intervention	23
3.8.5.2 Pendant l'intervention	23
3.8.5.3 Après l'intervention	24
3.8.6 Assignation des dossiers	24
3.8.6.1 Charge de cas individuelle	24
3.8.6.2 Capacité globale de l'équipe	25
4. MODALITÉS CLINIQUES	26
4.1 Approches privilégiées	26
4.1.1 Approche centrée sur le rétablissement	26
4.1.2 Approche biopsychosociale	26
4.1.3 Approche orientée vers les solutions	27
4.1.4 Approche intégrée santé mentale et dépendance	27
4.1.5 Approche systémique	28
4.2 Gestion positive du risque	28
4.2.1 Suivi étroit	28
4.2.2 Plan de non-réponse	29
4.2.3 Plan de crise conjoint	30
4.3 Considérer, intégrer et outiller les proches	30
4.4 Modalités d'accès	32
4.4.1 Accès en amont de l'urgence	32
4.4.2 Accès lors d'un passage à l'urgence	34
4.4.3 Accès par le Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale	36
4.4.4 Accès à la fin d'un court séjour d'hospitalisation	37
4.5 Processus clinique	39
4.5.1 Évaluation de l'admissibilité	39
4.5.2 Accompagnement bref dans la communauté	43
4.5.3 Relais	46
5. MODALITÉS DE SOUTIEN CLINIQUE . 49	
5.1 Activités de formations	49
5.1.1 Formations requises	49
5.1.2 Formations continues	51
5.2 Intégration des nouveaux membres de l'équipe	51
5.3 Rencontres d'échanges cliniques	51
5.3.1 Rencontres d'échanges cliniques en équipe	51
5.3.2 Rencontres cliniques individuelles	52
5.4 Soutien en cas d'événement sentinelle	52

6. IMPLANTATION	53
6.1 Phases d'implantation	53
6.1.1 Phase d'initiation	53
6.1.2 Phase de planification	55
6.1.2.1 Définir les modalités organisationnelles selon les particularités de la région et de l'établissement.....	56
6.1.2.2 Des ententes de collaboration avec les partenaires internes et externes.....	56
6.1.2.3 Déterminer la structure de l'équipe et commencer le recrutement	56
6.1.2.4 Planifier l'accès à une ressource médicale (psychiatre ou IPSSM)	56
6.1.2.5 Planifier les ressources logistiques et matérielles.....	57
6.1.3 Phase d'implantation.....	57
6.1.3.1 Assigner progressivement les dossiers.....	58
7. PARTENARIAT ET COLLABORATION ..	61
7.1 Partenaires de collaboration et de gestion du risque.....	61
7.1.1 Partenaires de relais	63
8. PRATIQUES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE	65
CONCLUSION	66
MÉDIAGRAPHIE	67
LEXIQUE	72

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale en complémentarité de l'offre de services existante	2
Figure 2. Les piliers du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale	3
Figure 3. Les principes directeurs du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale.....	4

Figure 4. Personnes présentant des facteurs de vulnérabilité	5
Figure 5. Cheminement de la demande	38
Figure 6. Illustration du processus clinique ABC	39
Figure 7. Les phases de l'accompagnement bref dans la communauté	44
Figure 8. Structure de gouvernance	55

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Formations requises	50
--------------------------------------	----

Tableau 2. Le développement d'une équipe ABC : du démarrage à maturité	60
--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABC	Accompagnement bref dans la communauté	MASM	Mécanisme d'accès en santé mentale
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	PA	Paire aidante ou pair aidant
CLSC	Centre local de services communautaires	PAF	Paire aidante ou pair aidant famille
DÉBA	Dépistage et évaluation du besoin d'aide	PAID	Plan d'action interministériel en dépendance
ESSS	Établissement de santé et des services sociaux	PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
ETC	Équivalent temps complet	PASM	Plan d'action en santé mentale
GAP	Guichet d'accès à la première ligne	PCC	Plan de crise conjoint
GMF	Groupe de médecine de famille	PSC	Personne assurant un soutien clinique
ICASI	Infirmière clinicienne assistante ou infirmier clinicien assistant au supérieur immédiat	RLS	Réseau local de services
IPAM	Institut de la pertinence des actes médicaux	RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé en santé mentale	SBNI	Suivi de bas niveau d'intensité
IUSMM	Institut universitaire en santé mentale de Montréal	SASC	Services d'aide en situation de crise
LPP	Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, c. P-38.001)	SIF	Suivi d'intensité flexible
		SIM	Suivi intensif dans le milieu
		SIV	Suivi d'intensité variable
		SSA	Système de santé apprenant
		TIBD	Traitements intensifs brefs à domicile
		TUS	Trouble lié à l'utilisation de substances
		UIBP	Unité d'intervention brève en psychiatrie

AVANT-PROPOS

Le présent guide d'application se rattache au cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau de services intégrés spécialisés (ci-après nommé Plateau) (1), réalisé dans le cadre des mandats nationaux de l'axe 6 du [*Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif*](#) (PAISM) (2). Il concerne l'Accompagnement bref dans la communauté (ABC) et complémente les guides d'application des deux autres actions du Plateau, soit l'Unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP) et le Traitement intensif bref à domicile (TIBD). Il s'inscrit dans un système de santé apprenant (SSA) et pose les balises opérationnelles pour soutenir l'implantation des équipes ABC dans l'ensemble de la province, tout en outillant les acteurs du réseau.

À QUI S'ADRESSE CE GUIDE

Ce document s'adresse principalement :

- aux gestionnaires, aux médecins et aux équipes cliniques du RSSS impliqués dans le déploiement du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale et de la prestation de soins et services au sein de celui-ci, et plus particulièrement, dans la mise en œuvre de l'action ABC;
- aux partenaires du RSSS, qu'ils soient du secteur public ou communautaire;
- aux différentes instances de recherche dans le domaine de la santé et des services sociaux susceptibles de s'intéresser au fonctionnement, au parcours de soins et aux trajectoires cliniques impliquant les ABC du Québec.

COMMENT CE GUIDE A ÉTÉ DÉVELOPPÉ

L'IUSMM, affilié au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, dispose d'une expertise reconnue en intervention de crise, notamment grâce à son équipe mobile Résolution. Fort de cette expertise alliant savoirs scientifiques, cliniques et expérientiels en santé mentale, l'IUSMM a été mandaté en 2022 par le MSSS, à la suite d'un projet de réinvestissement de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), pour soutenir le déploiement d'équipes d'accompagnement bref dans la communauté (ABC) et en rédiger un guide d'application. Ce mandat incluait au départ sept établissements vitrines répartis à travers le Québec :

- CIUSSS de la Capitale-Nationale
- CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- CISSS de l'Outaouais
- CISSS de Laval

Se sont ajoutés en cours de projet les établissements suivants :

- CISSS du Bas-Saint-Laurent
- CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean
- CIUSSS de l'Estrie–Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
- CISSS de la Gaspésie
- CISSS de Chaudière-Appalaches
- CISSS de Lanaudière
- CISSS des Laurentides
- CISSS de la Montérégie-Centre
- CISSS de la Montérégie-Est
- CISSS de la Montérégie-Ouest

Inspiré des modèles anglais (3) et norvégien (4) ainsi que d'expériences françaises, américaines et québécoises (5), l'ABC a initialement été élaboré à partir d'un survol de la littérature réalisé à l'automne 2022 et des éléments clés observés chez les équipes en place. Ce survol a mis en évidence les aspects incontournables à sa formalisation et a conduit à un modèle clinique préliminaire en mars 2023. Déposée en avril 2024 (6), une recension des écrits plus exhaustive a permis de préciser les mandats, les objectifs et les fondements de l'intervention des équipes de résolution de crise, d'identifier les collaborations essentielles entre partenaires et de définir les retombées attendues.

Pour accompagner l'implantation des premières équipes ABC, l'IUSMM a mis en place, entre décembre 2023 et janvier 2025, des comités et des rencontres cliniques en mode virtuel et des visites d'établissements visant à soutenir les intervenantes et intervenants et à renforcer les liens entre théorie et pratique. Ces initiatives ont permis de connecter le modèle clinique préliminaire aux réalités du terrain, tout en clarifiant les éléments à opérationnaliser selon les spécificités et enjeux régionaux. Elles ont également mené à la création de trois comités d'échange clinique, renforçant ainsi la collaboration interprofessionnelle.

Entamée à l'automne 2024 par l'équipe projet ABC de l'IUSMM, la rédaction du guide d'application s'est appuyée sur l'ensemble des informations collectées au fil de la coconstruction de l'ABC. Elle a été enrichie par les contributions des établissements, qui ont généreusement partagé leurs constats sur le fonctionnement des équipes, les outils cliniques, les trajectoires de services, les partenariats et les défis rencontrés. Les échanges réguliers avec les équipes projet responsables de l'UIBP et du TIBD ont également nourri cette démarche. Le résultat est un guide d'application ancré dans les apprentissages du terrain, conçu pour offrir un soutien concret et adapté aux équipes ABC tout au long de leur déploiement.



INTRODUCTION

Le mandat de résolution de crise en santé mentale remonte à plusieurs années. Au Québec, il a émergé dans les années 1980, dans un contexte social et politique marqué par l'engorgement des urgences hospitalières et par le transfert progressif des soins en santé mentale de l'hôpital vers la communauté (7,8). Si des études et des consultations dans les années 1970 et 1980 avaient déjà souligné l'importance de réorganiser les services de santé pour intégrer des options communautaires, l'adoption des mesures Lavoie-Roux en 1986 a accéléré ce virage. En favorisant la diversification des services en santé mentale, ces mesures ont encouragé la création d'alternatives aux soins hospitaliers traditionnels, notamment par l'implantation de centres de crise (9). Le réseau provincial de centres de crise qui en a résulté a jeté les bases des interventions de crise de proximité.

En 1997, une consultation menée par le MSSS a renforcé cette orientation stratégique, réaffirmant la nécessité d'offrir des services de santé mentale directement dans le milieu de vie des personnes utilisatrices. Les plans d'action en santé mentale (PASM) qui ont suivi en 1998, 2005 et 2015 ont successivement consolidé cette orientation en faisant de l'accessibilité et de la disponibilité des services dans la communauté une priorité (5). Parmi eux, le PASM 2005-2010 — *La force des liens* (10) s'est distingué par son accent marqué sur la structuration et le renforcement des services de crise et des services de première ligne en santé mentale. Il a souligné l'importance des services de crise intégrés, incluant les services d'intervention téléphonique accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, les interventions mobiles en face à face, les services d'hébergement, les suivis à très court terme et un ancrage dans les urgences hospitalières pour garantir une réponse efficace et adaptée aux besoins évolutifs des personnes. C'est dans ce contexte que les premières équipes mobiles de résolution de crise du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), notamment l'équipe Résolution de l'IUSMM, sont apparues (5).

En continuité avec les précédents plans d'action, le PAISM 2022-2026 — *S'unir pour un mieux-être collectif* (2) a mis de l'avant l'axe 6 : Prévention et développement d'alternatives aux hospitalisations en psychiatrie. Il a décliné cet axe en trois actions structurantes :

- **Action 6.1 — Accompagnement bref dans la communauté (ABC)**
- **Action 6.2 — Unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP)**
- **Action 6.3 — Traitement intensif bref à domicile (TIBD)**

Comme illustré par la figure 1, ces actions visent « à prévenir l'hospitalisation ou à abréger celle-ci ainsi qu'à favoriser le maintien ou un retour rapide de la personne dans son milieu de vie » (2). Malgré leurs spécificités, ces actions tirent leur force de leur convergence et de leur complémentarité, concrétisées par la mise en place d'un Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale (1).

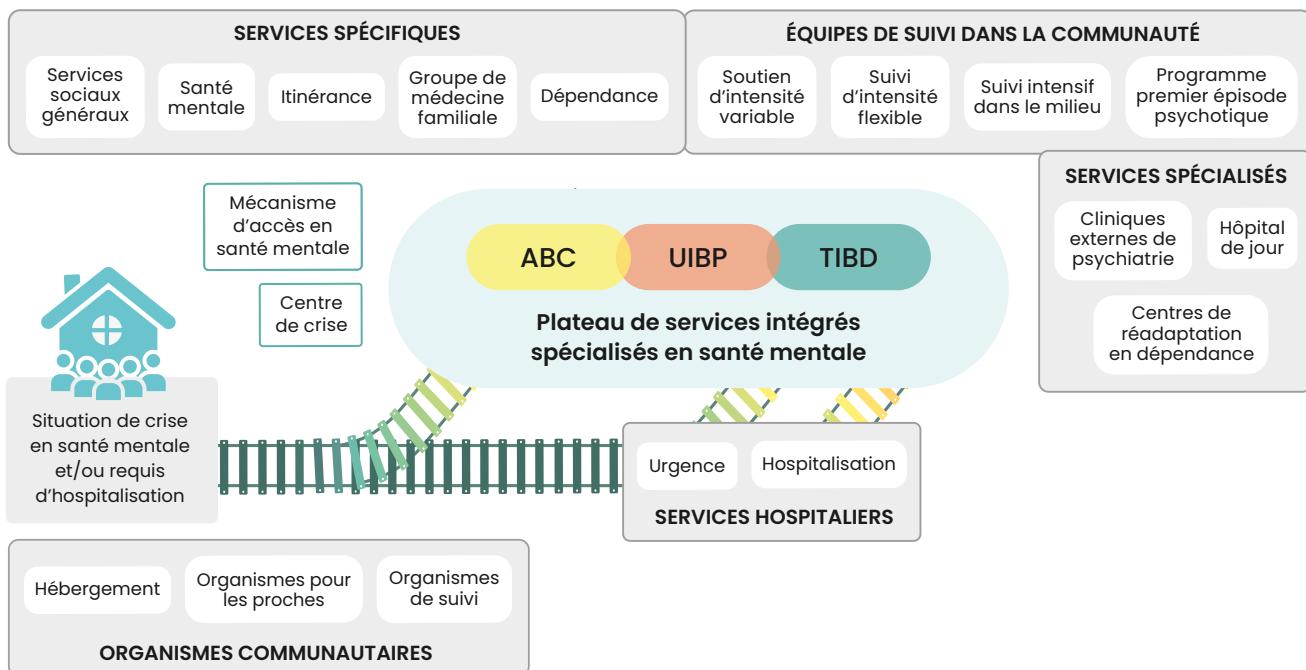


Figure 1. Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale en complémentarité de l'offre de services existante

Intégré au Plateau de services, l'ABC s'inspire largement des modèles des *Crisis Resolution and Home Treatment Teams* (CRHTT) d'Angleterre et de l'*Ambulante akutteam* de Norvège (6). Ces modèles et leurs variantes ont montré plusieurs bénéfices notables : réduction du recours aux urgences et aux hospitalisations psychiatriques, diminution du temps passé en milieu hospitalier, réponse rapide et efficace aux situations de crise en santé mentale, maintien ou retour accéléré des personnes utilisatrices dans leur milieu de vie, augmentation de leur satisfaction et de celle du personnel clinique, et renforcement de la sécurité face au risque suicidaire (11). Principalement observés lorsque les modèles sont implantés en conformité avec leurs composantes essentielles, ces bénéfices ont grandement contribué à la définition des éléments clés de l'ABC tels que présentés dans ce guide d'application.

Les équipes ABC se distinguent par leur offre de services spécialisés, incluant un accès privilégié à un psychiatre lorsque requis. Basées sur une approche de suivi biopsychosocial bref, elles permettent d'accompagner les personnes en crise dans leur milieu de vie et de mobiliser les ressources nécessaires afin d'éviter un retour à l'urgence, favorisant ainsi leur stabilisation et leur rétablissement. Ces équipes s'inscrivent dans une continuité de services essentiels, assurant une trajectoire de soins et de services fluide et adaptée, tant pour les personnes utilisatrices que pour leurs proches. Leur approche souple et concertée permet d'offrir une réponse rapide et adaptée aux besoins complexes des personnes en crise, notamment par le renforcement du filet de sécurité.

Le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau de services intégrés spécialisés (1) offre une vision stratégique des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie en précisant la mission, la vision ainsi que les piliers et principes directeurs associés. Complémentaire, le présent guide d'application propose des repères opérationnels suffisamment flexibles pour soutenir le déploiement des équipes ABC, en tenant compte des spécificités et des enjeux propres aux différentes régions du Québec.

1. MANDAT, OBJECTIFS ET POPULATION VISÉE

1.1 MANDAT

Les équipes ABC ont le mandat d'offrir des services spécialisés via un suivi biopsychosocial bref et rapide, à raison d'une à trois fois par semaine sur une période d'une à six semaines, aux personnes vivant une crise en santé mentale. À défaut d'obtenir une réponse rapide et adéquate à leurs besoins, ces personnes sont susceptibles de recourir aux services de l'urgence hospitalière (1). Les équipes ABC se distinguent des services de crise existants par la présence infirmière en leur sein, l'accès privilégié à une ou un psychiatre ou une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé en santé mentale (IPSSM) et leur ancrage avec les services d'urgence de l'établissement.

Les équipes ABC préconisent des interventions de résolution de crise, de mise en place d'un filet de sécurité et de relais dans la communauté. Plus intensives au départ, ces interventions se tiennent majoritairement dans la communauté. Qu'elles soient en provenance de partenaires référents, d'urgences hospitalières, des autres mesures du Plateau ou d'unités d'hospitalisation, les demandes de services doivent être traitées en moins de quatre heures lors des heures d'ouverture, et les premières interventions doivent avoir lieu dans un délai de 24 à 48 heures en semaine.

Pour réaliser son mandat, l'ABC s'appuie sur les assises énoncées dans le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau de services intégrés spécialisés (1). Celui-ci repose sur quatre piliers (figure 2) et six principes directeurs (figure 3).



Figure 2. Les piliers du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale



Figure 3. Les principes directeurs du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale

1.2 MANDAT PARTAGÉ

Les équipes ABC offrent des services spécialisés d'intervention en situation de crise en santé mentale. Elles partagent une partie du mandat d'intervention de crise avec plusieurs partenaires institutionnels et communautaires reconnus, tels que les centres de crise communautaires, les services d'aide en situation de crise (SASC) des services sociaux généraux, les équipes mixtes d'interventions psychosociales et policières et les centres de prévention du suicide. Elles ne cherchent en aucun cas à se substituer aux services existants, mais s'inscrivent plutôt comme une spécialité complémentaire de l'offre de services actuelle et des ressources de la communauté. Cette complémentarité est prise en compte dans l'ensemble du guide.

Les équipes ABC se distinguent notamment par leur rapidité d'accès, leur mobilité, leur capacité à offrir un accompagnement bref dans la communauté ainsi que par leur accès privilégié au personnel médical spécialisé (psychiatre ou IPSSM). Fortes de leur proximité avec les services d'urgence, elles maintiennent également des liens étroits avec le mécanisme d'accès en santé mentale (MASM), les services spécifiques et spécialisés en santé mentale et les services communautaires de crise.

1.3 OBJECTIFS ET RETOMBÉES ATTENDUES

Les **objectifs organisationnels** de l'ABC sont :

- Accroître l'agilité des services spécialisés en santé mentale en misant sur leur accessibilité et sur la continuité des services de santé et services sociaux.
- Diminuer le recours à l'urgence hospitalière.
- Écourter le temps d'attente à l'urgence hospitalière.
- Favoriser des soins et services de crise en santé mentale axés sur le suivi dans la communauté.
- Instaurer des modalités permettant d'améliorer l'expérience de soins des personnes suivies, tout en tenant compte des besoins et du soutien des proches.
- Privilégier une pratique de collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne.

Les **objectifs cliniques** de l'ABC se déclinent comme suit :

- Assurer un filet de sécurité et contribuer à la résolution de la situation de crise.
- Permettre aux personnes vivant une crise en santé mentale de demeurer dans leur milieu de vie tout en assurant le maintien de leur fonctionnement social.
- Contribuer au développement de stratégies d'adaptation afin de prévenir les crises subséquentes.

Les **retombées attendues** de l'ABC sont :

- Éviter le recours à l'urgence pour des situations de crise en santé mentale pouvant être résorbées par des interventions de nature biopsychosociale.
- Contribuer à la réduction du phénomène des « portes tournantes ».
- Soutenir le processus de rétablissement personnel dans la communauté.
- Améliorer l'expérience des soins et des services pour les personnes qui vivent une crise en santé mentale et pour leurs proches.

1.4 POPULATION VISÉE

Les services de l'ABC s'adressent aux personnes de 18 ans et plus en situation de crise en santé mentale qui, faute d'une réponse rapide et adaptée à leurs besoins, pourraient se tourner vers l'urgence hospitalière. Le modèle ABC cible principalement les personnes qui n'ont pas d'épisode de services actif en santé mentale ou dont le suivi ne permet pas une intensité suffisante pour gérer la situation de crise. Il vise les personnes pour qui la crise est associée à des facteurs de vulnérabilité (voir la figure 4) et dont l'équilibre peut être rétabli par un accompagnement biopsychosocial à court terme dans la communauté.

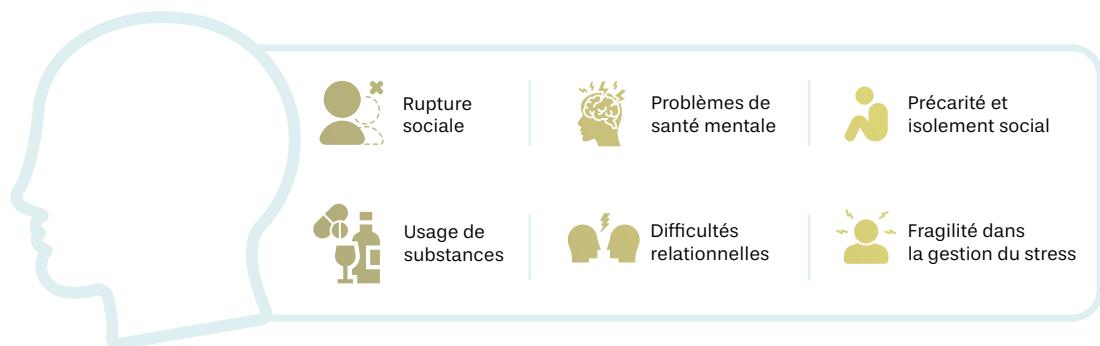


Figure 4. Personnes présentant des facteurs de vulnérabilité

Le modèle ABC a été conçu pour des personnes en situation de crise en santé mentale, qu'elles aient reçu ou non un diagnostic médical préalable. Il a été élaboré pour répondre à des besoins aigus et transitoires et ne couvre pas les besoins à long terme.

1.4.1 Conditions d'accès

Les conditions d'accès aux services de l'ABC, établies en fonction de la population visée, sont présentées ci-dessous. Les services de l'ABC sont destinés aux adultes qui :

- vivent une situation de crise en santé mentale;
- présentent un risque non imminent d'atteinte à leur intégrité et/ou à leur sécurité ou à celles de leur entourage (risque suicidaire, d'acte hétéroagressif ou d'homicide);
- présentent un état mental et un niveau de risque permettant une intervention sécuritaire dans la communauté;
- n'ont pas de suivi actif en santé mentale ou le suivi ne peut être intensifié;
- nécessitent un service de crise rapide, avec une fréquence d'une à trois rencontres par semaine pour répondre à des besoins aigus;
- consentent de manière libre et éclairée aux modalités de suivi de l'ABC.



2. LA CRISE EN SANTÉ MENTALE

L'expérience des établissements en déploiement d'une équipe ABC révèle qu'il est parfois complexe de cerner la crise en santé mentale et de la répartir entre les services, tout en veillant à répondre adéquatement aux besoins des personnes utilisatrices et de leurs proches.

La crise est un concept, et non un diagnostic médical, car elle renvoie à une expérience vécue de façon transitoire et contextuelle qui englobe des manifestations et des besoins variés. Bien qu'il existe de nombreuses définitions de la crise au sens large dans la littérature, plusieurs auteures et auteurs la présentent comme un état temporaire de déséquilibre psychologique et émotionnel, déclenché lorsqu'une personne perçoit un événement comme insurmontable et que ses ressources habituelles s'avèrent insuffisantes pour y faire face ([12,13,14](#)).

Certains apportent une distinction quant aux différents types de crises. Parmi ceux-ci, Monique Séguin ([15](#)) propose une typologie de la crise (psychosociale, psychotraumatique et psychopathologique) basée sur les différences individuelles et la trajectoire développementale. Cette typologie permet de comprendre l'étiologie de la crise et d'adapter les interventions en conséquence.

Les conceptions présentées ci-après s'appuient, entre autres, sur le concept de la crise psychopathologique ainsi que sur la définition de la crise en santé mentale d'Hudson et collaborateurs ([16](#)). Ces conceptions visent à fournir une compréhension commune de la crise en santé mentale, tout en clarifiant l'offre de services de l'ABC.

2.1 UN CONCEPT MULTIDIMENSIONNEL

La crise en santé mentale est une expérience unique à chaque personne, ancrée dans un contexte, marquée par une escalade d'émotions, de pensées et de comportements interférant avec le fonctionnement social, professionnel et/ou interpersonnel. Bien que les limites de la crise puissent être floues, cette expérience peut commencer par une perte de référents structurels et interprétatifs dans la vie de la personne et aboutir au développement d'une nouvelle structure avec différents stades d'escalade et d'équilibre entre les deux ([16](#)).

Bien qu'il n'existe pas, à ce jour, de grille d'évaluation de la crise en santé mentale, certains éléments permettent de la reconnaître (15,16). Ils précisent le mandat et la population cible de l'ABC, et sont présentés ci-dessous :

Les éléments clés de la crise en santé mentale
Événement déclencheur : La crise est initiée par un événement, ou un cumul d'événements, perçu comme insurmontable, qui dépasse les capacités adaptatives de l'individu. Dans le contexte d'une crise en santé mentale, cet événement peut être externe (p. ex. : perte d'emploi, séparation, problème résidentiel) ou interne (p. ex. : émergence ou exacerbation des symptômes d'un trouble de santé mentale, mauvaise observance de la médication, problème de dépendance).
Vulnérabilité préexistante : La personne présente une vulnérabilité préalable à l'événement déclencheur. Cela inclut des antécédents en santé mentale, des difficultés interpersonnelles, une fragilité dans la gestion du stress et/ou un fonctionnement précaire. Ces facteurs de vulnérabilité amplifient la réaction à l'événement stressant et augmentent le risque de comportements auto- ou hétéroagressifs, ainsi que le recours à l'hospitalisation.
Symptomatologie : La personne présente une détresse qui s'accompagne souvent d'un sentiment de perte de contrôle et d'une incapacité temporaire à trouver ou à mobiliser des solutions efficaces. Elle présente des manifestations diverses telles que le désespoir, l'agitation, l'apathie, des pensées suicidaires et/ou hétéroagressives. Les symptômes peuvent refléter des troubles sous-jacents ou émergents, qu'ils aient été diagnostiqués ou non.
Altération fonctionnelle : La situation perturbe le fonctionnement social, familial, professionnel et/ou interpersonnel de la personne. Celle-ci peut présenter des comportements désorganisés ou inadaptés, une difficulté à maintenir sa routine, une négligence de soi, un retrait social, etc.
Temporalité : La crise est un état temporaire qui dure généralement de quelques jours à quelques semaines. Elle se distingue des pathologies chroniques, bien que les frontières entre les états de crise et les périodes de stabilité puissent parfois être floues.

Encadré 1. Les éléments clés de la crise en santé mentale

Au-delà des aspects objectifs décrits dans l'encadré 1, la crise en santé mentale ne peut être pleinement comprise sans tenir compte de sa dimension subjective et personnelle (16). En effet, la façon dont une personne perçoit et vit une situation stressante joue un rôle crucial dans l'émergence et l'intensité de la crise. Cette perspective souligne l'importance d'une évaluation et d'interventions personnalisées. Il ne s'agit pas uniquement de résoudre les problèmes concrets à l'origine de la crise, mais également de reconnaître et d'accompagner l'expérience émotionnelle de la personne.

Bien que la distinction entre la crise en santé mentale et la crise psychosociale soit claire en théorie, force est de reconnaître qu'elle l'est parfois moins dans la pratique. Il peut également être un défi de différencier un état de crise d'une vulnérabilité préexistante, particulièrement chez les personnes vivant avec des

troubles de santé mentale sévères. En effet, ces dernières oscillent souvent entre des périodes de stabilité relative et des épisodes de crise (16) nécessitant des interventions à plus long terme.

Cette complexité entourant le concept de crise en santé mentale rend le jugement clinique crucial, faisant de lui l'outil principal de l'équipe ABC. Ainsi, au-delà du type de crise, l'équipe évalue les besoins immédiats de la personne, en tenant compte de ses facteurs de protection et de vulnérabilité. Elle évalue également l'intensité des services requis pour l'aider à stabiliser sa situation. En outre, l'équipe veille à assurer sa sécurité et celle de son entourage. En cas de doute sur l'orientation, elle accueille la personne en situation de crise et l'accompagne, si nécessaire, vers le service approprié.

2.2 LE RISQUE

La notion de risque occupe une place centrale dans le concept de crise ainsi que dans le modèle ABC. Le risque est lié à la détresse émotionnelle vécue par la personne, pouvant conduire à un passage à l'acte. Le passage à l'acte désigne un comportement pouvant se manifester de différentes manières, notamment par un geste suicidaire, une agression envers autrui ou un homicide. Il est important de souligner que toute situation de crise, malgré le déséquilibre, ne s'accompagne pas nécessairement d'un passage à l'acte.

Les risques de passage à l'acte et de suicide sont plus élevés lorsqu'il y a présence d'un trouble de santé mentale (17), notamment lorsqu'il y a une détresse émotionnelle associée à une situation de crise (16). Par conséquent, l'estimation et la gestion positive du risque constituent des interventions centrales de l'ABC. Puisque le niveau de risque peut fluctuer au cours d'une même situation de crise, les activités professionnelles doivent être réalisées de manière continue et être modulées en fonction de l'évolution de la situation.

2.3 LA DISTINCTION ENTRE LA CRISE ET L'URGENCE

Il est essentiel de distinguer la crise de l'urgence. Ces deux concepts impliquent un certain niveau de risque, mais diffèrent par la nature et l'intensité des interventions qu'ils requièrent. Bien qu'elle nécessite une intervention rapide, la crise se caractérise par un déséquilibre accompagné d'une détresse émotionnelle pouvant durer de quelques jours à quelques semaines et dont les comportements peuvent être liés à un risque de passage à l'acte. Ce risque est non imminent et peut être géré par un accompagnement bref dans la communauté. En revanche, l'urgence renvoie à un danger grave et imminent pour la personne, ses proches et/ou le public (18,19). Elle nécessite des actions immédiates, encadrées entre autres par la [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui \(RLRQ, c. P-38.001\) \(LPP\)](#) (20). Ces actions sont habituellement garanties par les services d'urgence, incluant le corps policier, les équipes mixtes d'interventions psychosociales et policières, et les urgences hospitalières. De façon générale, un délai discriminatoire de 24 heures permet de différencier la crise de l'urgence (18,19).

3. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES

Une équipe ABC vise à éviter le recours à l'urgence hospitalière ou en raccourcir la durée en favorisant l'accès rapide à des services de crise en santé mentale dans la communauté. Pour y arriver, il importe de mettre en place des modalités organisationnelles basées sur l'agilité, l'accessibilité et la continuité des services, tout en tenant compte des besoins de la personne et de ses proches. Cette section porte sur les assises organisationnelles permettant d'ériger les fondations de l'offre de services d'une équipe ABC et la réalisation des visées énoncées.

3.1 HEURES D'OUVERTURE

Les équipes ABC doivent être disponibles 12 heures par jour en semaine, idéalement de 8 h à 20 h. Une couverture la fin de semaine ainsi que les jours fériés est également souhaitée afin d'assurer le traitement en continu des nouvelles demandes et de réaliser des interventions auprès des personnes en suivi actif dont l'état requiert une attention particulière. En fonction du volume d'activités et des effectifs planifiés, les établissements peuvent opter pour la garde le soir, la fin de semaine et les jours fériés (voir section [Fonctionnement d'une équipe ABC – Gestion de l'horaire](#)).

3.1.1 En dehors des heures d'ouverture

Réception des nouvelles demandes : Considérant que la gestion du risque ne peut être assurée dans l'immédiat en dehors des heures d'ouverture, il est essentiel de ne pas recevoir de nouvelles demandes durant cette période. Une exception à cette mesure de sécurité est possible uniquement si une entente préalable a été conclue avec un partenaire et qu'un processus de référencement a été mis en place (voir section [Partenariat et collaboration](#)). Un message automatisé sur la boîte vocale et sur la boîte courriel doit préciser que les demandes de services ne sont pas acceptées en dehors des heures d'ouverture. Il doit inviter les partenaires à recontacter l'équipe dans les heures ciblées. Ce fonctionnement garantit une concertation avec le partenaire référent et un arrimage sécuritaire avec les services de l'ABC.

Pour les personnes utilisatrices en suivi actif avec l'ABC : En dehors des heures d'ouverture, la ligne téléphonique de l'ABC n'est pas en service. Elle doit transférer la personne qui appelle vers un message automatisé sur la boîte vocale. Ce message doit spécifier les heures d'ouverture et orienter les personnes utilisatrices vers un service accessible 24 h/24, 7 j/7 en mesure d'offrir une assistance rapide et d'assurer un filet de sécurité. Parmi les options possibles pour assurer ce filet de sécurité, on peut envisager un partenariat avec un centre de crise, le service Info-Social 811, les centres de prévention du suicide ou tout autre organisme disponible 24 h/24, 7 j/7 (voir section [Partenariat et collaboration](#)).

3.2 COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

La composition de l'équipe est un élément clé du modèle ABC. Les équipes doivent pouvoir compter sur du personnel qualifié apte à répondre aux besoins complexes et variés de la clientèle. Ainsi, une diversité de titres d'emploi et d'années d'expérience en santé mentale est encouragée. Il revient aux gestionnaires de convenir de la composition multidisciplinaire de l'équipe et des titres d'emploi à mobiliser, de même

que de la répartition des ressources humaines. Des spécificités propres à chaque établissement sont à prendre en considération, telles que la réalité populationnelle, le financement, la disponibilité de la main-d'œuvre, l'organisation des services ainsi que les partenariats existants.

3.2.1 Titres d'emploi privilégiés

L'équipe clinique ABC est composée de personnel psychosocial et infirmier. Bien que l'évaluation et l'intervention auprès des personnes en situation de crise ne soient pas des activités réservées par la loi, elles relèvent de la pratique professionnelle et engagent une responsabilité en vertu de la protection du public (20). Ainsi, la présence de personnel professionnel au sein de l'équipe ABC permet d'accroître la qualité des interventions et la capacité de l'équipe à gérer des situations cliniques complexes.

Les titres d'emploi que l'on peut retrouver dans une équipe ABC sont les suivants :

- Personne assurant un soutien clinique (PSC) (p. ex. : spécialiste en activités cliniques [SAC], infirmière clinicienne assistante ou infirmier clinicien assistant au supérieur immédiat [ICASI])
- Infirmière ou infirmier
- Professionnelle ou professionnel (p. ex. : travailleuse sociale ou travailleur social, psychoéducatrice ou psychoéducateur, ergothérapeute)
- Agente ou agent de relations humaines
- Technicienne ou technicien (p. ex. : technicienne ou technicien en éducation spécialisée)
- Paire aidante ou pair aidant famille
- Paire aidante ou pair aidant

3.2.2 Requis en équivalent temps complet

La taille et la composition des équipes peuvent varier en fonction des besoins populationnels et des ressources investies par les établissements. Pour une équipe de cinq équivalents temps complet (ETC), il est recommandé d'en affecter de trois à quatre à des titres d'emploi psychosociaux et de un à deux à des titres d'emploi infirmiers. Au démarrage, afin d'assurer une prestation sécuritaire de soins et de services, les nouvelles équipes doivent compter minimalement trois ETC (voir section [Implantation](#)).

3.3 LOCALISATION DE L'ÉQUIPE

Les équipes ABC travaillent en étroite collaboration avec les urgences hospitalières et les autres mesures du Plateau de services (TIBD, UIBP). Leurs locaux doivent donc se situer à proximité de l'hôpital ou, de préférence, à l'intérieur de celui-ci. Un emplacement stratégique contribue à la mobilité de l'équipe, facilite l'accès aux services et en améliore la fluidité. Dans les régions à large couverture géographique ou desservant plusieurs hôpitaux, il est recommandé de regrouper les membres de l'équipe dans une seule installation.

3.3.1 Locaux

Les locaux des équipes ABC doivent inclure une salle commune pour les rencontres d'équipe, des bureaux partagés destinés aux activités professionnelles (p. ex. : tenue de dossier, démarches pour les personnes utilisatrices) ainsi qu'un bureau d'entrevue, dans l'éventualité où les rencontres dans la communauté ne seraient pas possibles. Précisons que la communauté demeure le lieu d'intervention privilégié. Bien que les rencontres dans les locaux de l'équipe ABC soient envisageables, elles devraient constituer une exception.

3.3.2 Équipement requis

Le mandat de l'ABC s'exerçant directement dans la communauté, les établissements doivent veiller à ce que le personnel intervenant puisse se déplacer facilement. Cela peut se traduire par l'affichage de postes exigeant un véhicule ou un permis de conduire valide. Dans les milieux urbains, lorsque la situation s'y prête, l'octroi de titres de transport en commun et le recours à des moyens de transport actifs comme la bicyclette peuvent constituer des solutions durables et efficaces, contribuant à réduire l'utilisation de la voiture.

Chaque membre de l'équipe ABC doit disposer d'un téléphone cellulaire et d'un ordinateur portable. Une clé d'accès Internet mobile peut également être fournie pour faciliter le travail lors des déplacements. De plus, chaque membre doit être équipé d'une trousse de naloxone et formé à son utilisation afin de pouvoir répondre efficacement à des situations d'urgence liées à une surdose d'opioïdes.

Enfin, de manière à assurer une communication efficace avec les partenaires référents ainsi qu'avec les personnes utilisatrices en suivi actif, l'équipe doit disposer d'une ligne téléphonique dédiée et d'une adresse électronique générique.

3.4 LIEU DE L'INTERVENTION

En vertu de son mandat d'intervention de crise et des enjeux de gestion du risque associés, l'ABC privilégie les rencontres en face-à-face directement dans le milieu de vie de la personne, qu'il s'agisse d'un lieu stable (p. ex. : maison, appartement), temporaire (chez une ou un proche) ou substitut (centre de crise, ressource d'hébergement). Ces rencontres en présence sont essentielles pour désamorcer une situation de crise, évaluer finement le risque, cerner le niveau de fonctionnement et les besoins de la personne, de même que pour établir une alliance thérapeutique de qualité. Elles offrent des informations précieuses sur les facteurs environnementaux, sociaux et économiques influençant l'état de santé de la personne, en plus de faciliter le contact avec les proches.

Le choix du lieu d'intervention est déterminé de manière collaborative entre l'intervenante ou l'intervenant, la personne utilisatrice et ses proches, en tenant compte de plusieurs facteurs clés. Parmi ces facteurs figurent la sécurité à domicile (voir section [Fonctionnement d'une équipe ABC – Sécurité à domicile](#)), la confidentialité et les préférences de la personne. Ces éléments assurent un cadre sécurisant et adapté à ses besoins. Si le milieu de vie ne permet pas une intervention sécuritaire et/ou confidentielle, d'autres lieux dans la communauté peuvent être envisagés, tels qu'un organisme communautaire, un espace public ou un CLSC. Les rencontres dans les locaux de l'équipe ABC sont également possibles, mais devraient rester exceptionnelles.

3.5 TÉLÉSANTÉ

Définie comme « une activité en santé et en services sociaux réalisée à distance, au moyen d'outils technologiques, [qui] implique la communication ou le partage d'information en temps réel ou en temps différé » (21), la télésanté est une modalité d'intervention complémentaire aux rencontres en face à face au sein de l'ABC. Pertinente lorsque l'état clinique de la personne utilisatrice est suffisamment stabilisé, soit hors de toute situation de crise aiguë (22), elle offre aux intervenantes et intervenants la possibilité d'effectuer certaines rencontres Internet. Elle favorise alors des interventions intermédiaires ou ponctuelles entre les rencontres en face-à-face, que ce soit pour soutenir la personne dans ses démarches, répondre à des besoins émergents ou réévaluer le risque.

Utilisée avec discernement, la télésanté confère une flexibilité précieuse aux équipes ABC dans divers contextes, notamment en cas de conditions météorologiques défavorables, de contraintes de déplacement ou d'éloignement temporaire de la personne utilisatrice de son milieu de vie habituel. Cependant, elle ne peut remplacer l'essence du suivi ABC, qui repose sur une approche de proximité et sur une présence physique régulière, éléments indispensables à l'intervention de crise.

Bien que la télésanté soit encadrée par des orientations et des normes provinciales définies par le MSSS, son application concrète relève de chaque établissement. Ainsi, les équipes ABC doivent se conformer aux directives de leur établissement d'attaché afin de s'assurer que leurs interventions Internet virtuelles respectent les balises établies, notamment en matière de confidentialité et de sécurité des renseignements de santé. Par ailleurs, le recours à la télésanté en cours de suivi doit reposer sur le jugement clinique et, au besoin, sur une concertation interprofessionnelle.

3.6 PRATIQUE COLLABORATIVE

La collaboration interprofessionnelle désigne un « processus par lequel des [intervenantes et intervenants] de différentes disciplines de santé et de services sociaux développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et de la communauté » (23). Dans l'ABC, la collaboration interprofessionnelle repose sur la synergie entre le personnel psychosocial et le personnel infirmier, renforcée par un accès privilégié à une ou un psychiatre, ou encore, à une ou un IPSSM. De plus, l'intégration de la pair-aidance famille et de la pair-aidance constitue un atout précieux pour l'équipe. Selon les besoins des personnes utilisatrices et de leurs proches, la forme que prend cette collaboration peut se situer entre la multidisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité. Alors que la première implique des interventions en parallèle et maintient les frontières entre les disciplines, la dernière renvoie à des soins et des services partagés et favorise une véritable intégration des savoirs pour créer un cadre de compréhension commun.

Issus de disciplines variées, les membres de l'équipe partagent étroitement leur champ d'expertise autour d'un cadre conceptuel commun, en l'occurrence, la crise en santé mentale. À l'exception des activités réservées à leur profession, les intervenantes et intervenants évaluent les situations de crise et mènent des interventions dans la communauté de façon relativement équivalente. À titre d'exemples, l'élaboration du plan de crise conjoint (PCC), l'éducation psychologique sur la santé mentale et les saines habitudes de vie, la collaboration avec la ou le médecin de famille, le soutien aux proches, l'accompagnement

dans les démarches psychosociales liées à la situation de crise, telles que la recherche d'un logement ou la planification budgétaire, sont des activités que tout membre de l'équipe peut effectuer.

« L'évaluation d'une personne en situation de crise, en regard des risques qu'elle représente pour elle-même ou pour autrui, n'est pas une activité réservée », telle que définie par la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*¹.

Sur le plan clinique, chaque personne présente des caractéristiques et vit des situations uniques influençant son accompagnement. Pour répondre à ces défis, l'équipe ABC est invitée à s'inspirer du modèle transdisciplinaire. Les charges de cas sont individuelles, mais selon le niveau de risque et la complexité de la situation, l'implication d'autres professionnelles et professionnels de l'équipe peut s'avérer nécessaire, chacun apportant son expertise spécifique. Cette approche favorise une compréhension holistique des besoins des personnes utilisatrices tout en valorisant leur savoir expérientiel. Elle favorise ainsi une expérience de soins positive et complète.

Sur le plan organisationnel, la transdisciplinarité se vit au sein de l'ABC à travers plusieurs pratiques, telles que :

- des échanges quotidiens entre les membres de l'équipe pour planifier les interventions;
- des rencontres d'équipe régulières permettant le partage des connaissances et des dossiers de façon approfondie;
- l'utilisation d'un langage et d'outils cliniques communs, basés sur la crise en santé mentale et la gestion positive du risque;
- de la co-intervention dans les situations cliniques complexes ou pour des raisons de sécurité;
- la continuité des interventions auprès des personnes en suivi actif en cas d'absence d'un membre de l'équipe et pour les suivis étroits;
- des formations communes sur la crise et l'estimation du risque, permettant de renforcer une compréhension partagée et d'harmoniser les pratiques d'intervention.

3.6.1 Personnel psychosocial

Le personnel psychosocial au sein de l'équipe ABC, tous titres d'emploi confondus, évalue les situations de crise et offre un accompagnement dans la communauté en s'appuyant sur une approche biopsychosociale. Bien que la crise en santé mentale représente un cadre conceptuel commun, chaque discipline apporte un éclairage distinct enrichissant la compréhension des situations et les interventions. Par exemple, les travailleuses et travailleurs sociaux évaluent le fonctionnement social et travaillent à le renforcer. Les psychoéducatrices et psychoéducateurs évaluent les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives de la personne en interaction avec son environnement. Les techniciennes et techniciens en éducation spécialisée, pour leur part, interviennent en fonction des besoins éducatifs et des sphères de vie. En s'appuyant sur le vécu partagé, en soutenant l'autonomie de la personne et en mobilisant les ressources de l'environnement de celle-ci, le personnel psychosocial joue un rôle essentiel dans la résolution des situations de crise.

1 Au besoin, voir le [Guide explicatif — Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines](#).

3.6.2 Personnel infirmier

Le personnel infirmier au sein de l'équipe ABC occupe un rôle et accomplit des tâches similaires à celles du personnel psychosocial en évaluant les situations de crise et en réalisant des interventions biopsychosociales dans la communauté. Toutefois, son expertise et les actes réservés à sa profession enrichissent l'évaluation et les interventions de crise en santé mentale. Dans le cadre de l'ABC, certaines activités réservées à la profession infirmière incluent l'évaluation de la condition physique et mentale, la surveillance clinique de la condition de la personne et le suivi auprès des personnes présentant des problèmes de santé complexes (25). Il est essentiel que cette expertise soit mise à profit au sein de l'équipe et auprès des personnes utilisatrices, notamment par le biais de capsules d'enseignement sur la santé mentale, d'échanges cliniques réguliers et de rencontres en co-intervention pour évaluer l'état mental, lorsque pertinent. Ces actions contribuent à renforcer les connaissances de l'équipe tout en améliorant la réponse aux besoins des personnes en situation de crise.

3.6.3 Accès à une ou un psychiatre ou à une ou un IPSSM

Le modèle ABC nécessite un accès privilégié à une ou un psychiatre, ou encore, à une ou un IPSSM². Bien que ces spécialistes ne soient pas exclusivement dédiés à l'équipe ABC, ils sont disponibles pour l'équipe lorsque requis et offrent des consultations ponctuelles pour les personnes en cours de suivi ABC. Leurs tâches consistent principalement à évaluer l'état mental, à formuler ou à réviser des hypothèses diagnostiques, à introduire ou ajuster une médication avec un suivi à court terme et, le cas échéant, à référer vers un service spécialisé en santé mentale. En complément, ces spécialistes offrent du soutien-conseil lors de situations cliniques complexes, guidant les membres de l'équipe dans leurs interventions et le choix des orientations appropriées.

Avant toute référence vers la ou le psychiatre ou l'IPSSM de l'équipe, le personnel clinique doit procéder à une évaluation des besoins et de la symptomatologie et vérifier si la personne utilisatrice a déjà un suivi en médecine familiale ou si elle peut être orientée vers le Guichet d'accès à la première ligne (GAP). Au besoin, le personnel infirmier peut être mobilisé à des fins d'évaluation de l'état mental. La consultation médicale à l'intérieur de l'équipe devrait être limitée aux situations nécessitant l'expertise d'une ou d'un psychiatre ou IPSSM.

L'expérience terrain démontre qu'entre 10 et 20 % des personnes utilisatrices suivies par l'équipe ABC auront besoin de l'accès privilégié à une ressource médicale³. Élément clé du modèle, cet accès renforce les capacités de gestion positive du risque de l'équipe et contribue significativement à la diminution du recours à l'urgence hospitalière.

3.6.4 Pair-aidance famille et pair-aidance

L'intégration des paires aidantes et pairs aidants famille (PAF) ainsi que des paires aidantes et pairs aidants (PA) est fortement encouragée au sein de l'ABC. Les PAF et les PA ont la particularité de partager leur savoir expérientiel, soit un savoir issu de leur propre vécu. Les PAF interviennent spécifiquement auprès des personnes proches aidantes, tandis que les PA accompagnent directement les personnes composant avec un trouble de santé mentale.

2 À noter que les IPSSM doivent avoir une entente avec une ou un ou plusieurs médecins dont les champs de pratique sont en lien avec leurs activités. Cette entente est un prérequis pour exercer leurs fonctions (53). Ainsi, dans le présent contexte, une ou un psychiatre doit soutenir le travail de l'IPSSM qui y œuvre à l'ABC.

3 Cette estimation est semblable aux résultats dégagés en Norvège, où entre 12,2 et 24,0 % des répondants à une enquête signalent avoir reçu les services d'une ou un psychiatre ou d'une ou un psychologue clinique (25).

Complémentaire aux interventions de l'équipe clinique, l'accompagnement des PAF et des PA porte les valeurs du rétablissement, notamment l'autodétermination et le pouvoir d'agir. Il a pour objectif d'insuffler de l'espoir aux personnes vivant des situations similaires et d'apporter soutien et information tout en renforçant leur sentiment d'inclusion. Au sein de l'ABC, les PAF et PA offrent un suivi personnalisé à travers des rencontres individuelles et familiales, ainsi que des co-interventions. Ce suivi repose sur :

- un accueil bienveillant;
- une écoute active;
- le partage d'information et d'outils pratiques;
- la sensibilisation au savoir expérientiel et au rétablissement;
- l'orientation vers d'autres ressources d'aide.



Pratique inspirante : un soutien essentiel aux proches

Une paire aidante famille a intégré une équipe ABC afin de mieux répondre aux besoins des proches des personnes utilisatrices. L'initiative s'est révélée particulièrement bénéfique, tant pour les proches et les personnes suivies que pour l'équipe.

Lorsqu'une personne traverse une situation de crise, ses proches peuvent vivre, à leur tour, une expérience empreinte d'inquiétude, d'impuissance, voire de détresse. Plusieurs se retrouvent démunis face à la complexité de la situation et peinent à accompagner leur être cher sans s'épuiser.

C'est dans ces conditions que la pair-aidance famille prend tout son sens. La présence d'une paire aidante ou d'un pair aidant famille au sein de l'équipe permet de reconnaître et de valider le vécu des proches, qui se sentent parfois isolés et peu outillés pour faire face à la crise. En plus d'apporter un regard unique sur cette réalité, la paire aidante ou le pair aidant famille contribue à faire des besoins des proches un élément pleinement intégré au suivi de crise.

Un espace sécurisant leur est ainsi offert afin qu'ils puissent, à leur rythme, mettre des mots sur ce qu'ils vivent, et mieux cerner leurs besoins et limites. Ce soutien les aide non seulement à prendre soin d'eux-mêmes, mais aussi à préserver un lien significatif avec leur proche. Par conséquent, la pair-aidance famille joue un rôle clé dans le maintien du réseau social de la personne accompagnée, tout en favorisant son parcours de rétablissement.

3.7 RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Alors que les interventions au sein de l'ABC peuvent être réalisées par l'ensemble du personnel clinique indépendamment du titre d'emploi, des rôles sont au cœur du fonctionnement de l'équipe et renvoient à des responsabilités spécifiques. Ces rôles sont le contrôle d'accès, le soutien clinique et l'intervention dans la communauté.

3.7.1 Rôle de contrôle d'accès

Portant la philosophie des alternatives à l'hospitalisation, le personnel assumant le rôle de contrôle d'accès, appelé *gatekeeping* dans les modèles de résolution de crise anglais (26, 27), assure la jonction entre l'urgence et l'équipe ABC, ainsi qu'avec les autres mesures du Plateau de services (TIBD, UIBP) (1). Ce rôle, exercé à l'urgence ou à proximité de celle-ci, consiste à repérer la personne utilisatrice le plus préocurement possible dans sa trajectoire hospitalière et à la référer rapidement vers les services ABC ou à la mesure du Plateau concernée (1). Il contribue ainsi à écourter le passage à l'urgence et à contrer le réflexe traditionnel d'hospitalisation pour les personnes dont les besoins peuvent trouver une réponse dans la communauté.

Bien que le contrôle d'accès puisse être réalisé par différents titres d'emploi, l'implication d'une infirmière ou d'un infirmier présente certains avantages. En effet, cela peut renforcer la collaboration avec l'équipe médicale de l'urgence grâce à un langage commun et à une expertise partagée. De plus, la compétence infirmière en évaluation de l'état mental permet une contribution dès l'étape du triage et peut faciliter la prise de décision concernant le congé médical.

Indispensable au fonctionnement de l'ABC, le rôle de contrôle d'accès peut être confié à une seule personne ou partagé au sein de l'équipe. Il peut également être assumé, en totalité ou en partie, par un partenaire de l'urgence ayant une connaissance approfondie du mandat et des objectifs de l'ABC (p. ex. : infirmière ou infirmier de liaison, travailleuse sociale ou travailleur social de liaison).

Responsabilités associées :

- Promouvoir, au sein de l'urgence, les alternatives à l'hospitalisation, dont l'ABC.
- En concertation avec le personnel de l'urgence, dépister proactivement les personnes susceptibles de bénéficier de l'ABC.
- Évaluer la recevabilité des personnes repérées.
- Établir un premier contact avec les personnes qui pourrait potentiellement bénéficier de l'ABC avant le départ de l'urgence.
- Assurer un arrimage sécuritaire avec l'équipe ABC.
- Mettre en place un filet de sécurité et un plan de non-réponse avant le départ de l'urgence.
- Assurer la liaison avec les partenaires concernés.

3.7.2 Rôle de soutien clinique

Chaque équipe doit être coordonnée par une personne assurant un soutien clinique. Ce rôle est essentiel pour garantir la cohésion d'équipe et une offre de services de qualité, en cohérence avec les objectifs et le mandat de l'ABC. Il implique une vision d'ensemble des dossiers ainsi que

la planification et la coordination des activités cliniques quotidiennes. De plus, il nécessite une rigueur professionnelle ainsi qu'une expérience en intervention de crise et en santé mentale. Une part importante de ce rôle consiste à offrir du soutien clinique à l'équipe et à établir des relations de qualité avec les partenaires. En raison des défis inhérents à l'intervention de crise et à la gestion positive du risque, la personne à qui revient ce rôle doit être accessible et disponible rapidement pour le personnel intervenant.

Responsabilités associées :

- Coordonner les activités cliniques quotidiennes.
- Assurer la répartition équitable des dossiers au sein de l'équipe.
- Offrir un soutien clinique, tant planifié que spontané.
- Accompagner une ou un membre de l'équipe lors d'une intervention dans la communauté afin de gérer une situation clinique complexe, de favoriser le développement de compétences ou d'assurer la sécurité.
- Participer à l'accueil, au soutien et à l'évaluation des nouveaux membres de l'équipe.
- Contribuer au développement des pratiques professionnelles et des compétences cliniques de l'équipe.
- Développer des partenariats avec différents services du RSSS et des ressources communautaires à des fins de référence ainsi que de relais.

Afin de prioriser ses activités de coordination de l'équipe et de soutien clinique, il est recommandé que la personne assurant un soutien clinique n'ait pas de charge de cas.

3.7.3 Rôle d'intervention dans la communauté

Assumé par la majorité des membres d'une équipe ABC, le rôle d'intervention dans la communauté consiste à assurer un suivi d'une à six semaines, à raison d'une à trois rencontres par semaine, auprès des personnes vivant une crise en santé mentale. Ce rôle débute dès la première intervention dans le milieu de vie et se poursuit jusqu'à la fin de l'épisode de services. Il vise principalement à favoriser la résolution de la situation de crise et le rétablissement de la personne utilisatrice, tout en garantissant sa sécurité et celle de son entourage. Ce rôle peut être exercé aussi bien par le personnel psychosocial que par le personnel infirmier.

Responsabilités associées :

- Offrir des rencontres dans la communauté.
- Évaluer la situation de crise et les besoins de la personne.
- Estimer et gérer le risque en continu en utilisant des outils éprouvés (p. ex. : plan de non-réponse, PCC).
- Élaborer un plan d'intervention avec la participation de la personne utilisatrice.
- Déployer des interventions qui favorisent la résolution de la crise et l'atteinte des objectifs identifiés.
- Impliquer et soutenir les proches tout au long du suivi.
- Collaborer avec les partenaires impliqués dans le rétablissement de la personne.
- Assurer le relais avec d'autres services, si requis.

3.8 FONCTIONNEMENT D'UNE ÉQUIPE ABC

Pour garantir des services efficaces et sécuritaires, une équipe ABC doit s'appuyer sur des bases opérationnelles bien définies. Qu'il s'agisse de répartir efficacement les quarts de jour, de soir ou de fin de semaine, de gérer la ligne téléphonique et la boîte courriel d'équipe durant les heures d'ouverture, de maintenir un haut niveau de sécurité lors des interventions dans le milieu de vie des personnes en situation de crise et de leurs proches ou d'assigner équitablement les dossiers parmi les membres du personnel intervenant, divers mécanismes doivent être mis en place pour assurer la rapidité, la continuité et la flexibilité des services.

3.8.1 Gestion de l'horaire

L'équipe ABC vise une disponibilité de 12 heures par jour en semaine, idéalement de 8 h à 20 h. Cette couverture étendue inclut des quarts de jour pour les activités cliniques régulières, ainsi que des quarts de soir et de fin de semaine, avec des effectifs réduits, pour maintenir la continuité des services et la gestion positive du risque. Selon les besoins et les ressources des établissements, deux options sont offertes pour le soir et la fin de semaine : la présence physique du personnel intervenant dans les locaux de l'ABC ou une garde à distance, lorsque la présence sur place n'est pas requise.

Quarts de jour

Pendant les quarts de jour, l'équipe ABC se consacre aux activités cliniques régulières, incluant :

- la réception des nouvelles demandes;
- l'évaluation de l'admissibilité dans un délai de quatre heures durant les heures d'ouverture;
- la première intervention dans la communauté dans un délai de 24 à 48 heures;
- les rencontres d'accompagnement dans la communauté;
- la communication avec les partenaires.

Pour assurer une rapidité des services, les membres de l'équipe offrent à tour de rôle des plages hebdomadaires de disponibilité consacrées à l'évaluation de l'admissibilité et/ou à la première intervention dans la communauté. Ce mécanisme garantit une réponse efficace et flexible face aux situations de crise.

Quarts de soir et de fin de semaine

Durant les quarts de soir et de fin de semaine, les effectifs de l'équipe ABC sont réduits. Il en est de même pour les activités cliniques, bien qu'une vigilance doive être maintenue. Les activités de soir et de fin de semaine privilégient :

- la réception des nouvelles demandes, l'évaluation de l'admissibilité et la planification d'un premier rendez-vous;
- les interventions auprès des personnes utilisatrices en suivi actif dont l'horaire ne permet pas de rencontres en journée;
- le suivi étroit auprès des personnes utilisatrices en suivi actif présentant un risque élevé de passage à l'acte ou dont l'état mental est fragile.

Pour équilibrer la charge de travail, une rotation des quarts de soir et de fin de semaine est suggérée. Lorsqu'un seul membre de l'équipe ABC est en poste, pour des raisons de sécurité, il est déconseillé de planifier une première intervention dans la communauté, sauf si des modalités spécifiques sont mises en place pour garantir des conditions sécuritaires. Plusieurs options sont envisageables, notamment une intervention en dyade avec un membre d'une autre équipe disponible de soir et de fin de semaine (p. ex. : TIBD, suivi intensif dans le milieu [SIM]).

De plus, l'équipe ABC doit disposer d'un répertoire de contacts pour les situations d'urgence et d'une procédure pour communiquer ses déplacements. Ces mesures de sécurité s'appliquent également les jours fériés.

Option de garde en soirée et la fin de semaine

Si les besoins populationnels ne justifient pas un plein service les soirs ou fins de semaine ou que les ressources humaines sont insuffisantes, une garde peut être mise en place pour assurer une continuité des services sans exiger la présence physique du personnel intervenant. Cette option offre une flexibilité accrue aux établissements.

L'intervenante ou l'intervenant de garde doit :

- répondre à la ligne téléphonique de l'ABC;
- recevoir les nouvelles demandes et en évaluer l'admissibilité;
- assurer le suivi des personnes utilisatrices en suivi actif dont l'état nécessite une attention particulière.

3.8.2 Téléphone d'équipe

L'équipe ABC doit être munie d'une ligne téléphonique centralisée afin de :

- répondre rapidement aux personnes en suivi, à leurs proches et aux partenaires pendant les heures d'ouverture de l'ABC;
- faciliter le traitement des demandes de services et la communication avec les partenaires référents (p. ex. : centres de crise, services d'urgence, hôpitaux);
- assurer une coordination efficace des interventions.

La gestion du téléphone peut être confiée à la personne assurant un soutien clinique ou, à défaut, reposer sur une rotation entre les membres de l'équipe selon des plages prédéterminées. Cette seconde option favorise une répartition équitable de la responsabilité et évite de surcharger un seul membre de l'équipe.

Lors de chaque quart de travail, la personne désignée au téléphone traite les nouvelles demandes, coordonne les suivis et redirige les appels au besoin. Elle est idéalement positionnée dans les locaux de l'équipe, ce qui assure la coordination et la continuité des services.

Important : La ligne téléphonique d'équipe ne constitue pas une ligne de crise accessible 24 h/24, 7 j/7 et ne garantit donc pas une réponse immédiate. Elle est en service uniquement durant les heures d'ouverture. Un message automatisé doit préciser ces heures et orienter les personnes appelantes vers les services appropriés en cas d'urgence.

3.8.3 Communication interne

Dans le contexte de l'intervention de crise, une communication soutenue et régulière entre les membres de l'équipe est cruciale pour préserver la continuité des interventions, notamment en cas d'absence d'une ou d'un collègue ou lorsque des suivis étroits sont prévus. Cette communication interne permet à chaque membre de l'équipe d'être informé des personnes en suivi actif. Elle favorise la collaboration interprofessionnelle, le soutien mutuel, ainsi qu'une réponse optimale aux besoins complexes et diversifiés des personnes utilisatrices et de leurs proches. Pour l'optimiser, il convient de mettre en place des modalités de rencontre et d'échange adaptées à la réalité du terrain. Bien que ces modalités puissent varier d'un établissement à l'autre, elles devraient inclure des rencontres de planification quotidienne et des rencontres cliniques.

3.8.3.1 Rencontres de planification quotidienne

De brèves rencontres d'environ 15 minutes permettent à l'équipe clinique de :

- faire le point sur les interventions de la journée;
- coordonner les plages de disponibilité pour les nouveaux dossiers;
- assurer un suivi pour les personnes à risque.

Ces échanges éclair constituent un moment clé pour anticiper les besoins spécifiques des personnes utilisatrices, en tenant compte des situations et du niveau de risque estimé. En fonction des préférences de l'équipe, ces rencontres peuvent se tenir en présentiel ou à distance.

3.8.3.2 Rencontres cliniques

Axées sur des échanges cliniques approfondis, ces rencontres visent à :

- analyser les situations complexes;
- échanger sur les défis vécus en intervention;
- élaborer des stratégies d'intervention;
- passer en revue les dossiers actifs;
- échanger sur différents partenariats;
- réaliser des activités de codéveloppement.

Les rencontres cliniques favorisent le partage de savoirs interdisciplinaires et la réflexion collective. Il est recommandé de les tenir en présentiel, au minimum deux fois par mois. La participation de la ou du psychiatre, ou encore, de l'IPSSM est souhaitable pour encourager le coapprentissage et renforcer l'expertise en gestion du risque.

3.8.3.3 Registre de suivis

Idéalement sous forme numérique, le registre de suivis regroupe les informations essentielles sur les personnes en suivi actif, les cas nécessitant un suivi étroit et les interventions à planifier, notamment les relances téléphoniques. Cet outil offre une vue d'ensemble des interventions en cours et facilite la coordination des actions entre les membres de l'équipe.

3.8.4 Communication externe

La communication avec la personne utilisatrice, ses proches et les partenaires est fondamentale dans le cadre des interventions de crise. Elle permet non seulement de garantir un accompagnement rapide et sécuritaire, mais aussi de créer un environnement collaboratif où chaque partie prenante se sent valorisée et respectée. En intégrant ces principes, les intervenantes et intervenants peuvent améliorer significativement l'efficacité de leurs actions et le bien-être des personnes concernées.

3.8.4.1 Communication avec la personne utilisatrice

La communication avec la personne utilisatrice est au cœur de la relation d'aide et du modèle ABC. Dès le premier contact, l'intervenante ou l'intervenant convient avec la personne du moyen de communication à privilégier, qu'il s'agisse de messages textes, d'appels téléphoniques ou de courriels. En contexte d'intervention de crise, il est essentiel que la personne soit joignable et qu'une entente soit établie quant à la meilleure manière de garder le contact et d'offrir un soutien à distance. Cette approche proactive et engageante favorise une gestion optimale du risque.

Si la personne est plus difficilement joignable, par exemple, en l'absence de téléphone ou de domicile fixe, des solutions de rechange doivent être envisagées, comme convenir d'un point de rencontre à l'avance ou recourir à un contact de confiance, le tout en encourageant le maintien du filet de sécurité.

3.8.4.2 Communication avec les proches

Les proches jouent un rôle déterminant dans le rétablissement de la personne utilisatrice et dans la mise en place d'un filet de sécurité. Leur collaboration permet de renforcer l'accompagnement, de favoriser la gestion positive du risque et de soutenir l'engagement de la personne, tout en consolidant son réseau de soutien. Ainsi, le personnel intervenant veille à les impliquer à différents moments au fil du suivi. Il partage avec eux les informations pertinentes sur l'évolution des risques et les interventions mises en place, tout en respectant la confidentialité et en ne divulguant que les informations autorisées par la personne.

En l'absence de consentement à communiquer avec les proches, les intervenantes et intervenants ne peuvent transmettre d'informations concernant la personne utilisatrice, mais peuvent demeurer à l'écoute du vécu et des opinions que les proches souhaitent exprimer (28). Il est possible que la personne utilisatrice refuse initialement toute communication avec ses proches. Cette décision peut être réévaluée à tout moment au cours du suivi.

Il est également pertinent de remettre aux proches le numéro du téléphone d'équipe et de leur rappeler les ressources de soutien et d'urgence à leur disposition en cas de besoin.

3.8.4.3 Communication avec les partenaires

La collaboration avec les partenaires est cruciale pour garantir un accompagnement coordonné et sécuritaire à la personne en situation de crise. Les références par téléphone sont privilégiées afin de faciliter une communication rapide et d'éviter les délais liés aux courriels ou au télécopieur. En cas de refus pour non-admissibilité ou de besoin d'informations supplémentaires, un retour au partenaire référent est nécessaire pour planifier la suite de l'intervention et assurer la sécurité de la personne.

Dès le début du suivi, il est conseillé d'obtenir l'autorisation de la personne pour communiquer avec les professionnelles et professionnels ainsi qu'avec les organismes déjà impliqués (p. ex. : médecin de famille, centre de crise). Cette autorisation permet de leur transmettre les informations pertinentes pour la gestion du risque et la coordination de la couverture pour les soirs et fins de semaine. Cette démarche contribue à une approche concertée et adaptée aux besoins de la personne utilisatrice, tout en assurant la cohérence et la continuité des services.

3.8.5 Sécurité à domicile

La sécurité physique et psychologique des intervenantes et intervenants est prioritaire, tout comme celle des personnes utilisatrices de l'ABC. Le lieu d'intervention privilégié de l'ABC étant la communauté, principalement le domicile, il est essentiel d'instaurer des mécanismes pour assurer la sécurité de toutes les parties concernées.

3.8.5.1 Avant l'intervention

Un repérage des risques doit être effectué avant la première intervention à domicile. L'évaluation du risque repose sur une responsabilité partagée, en collaboration avec le référent. Ce travail d'équipe est essentiel pour garantir la sécurité des interventions. Cette évaluation doit notamment documenter la présence d'autres personnes et/ou d'animaux à domicile, les comportements inappropriés et/ou agressifs, la salubrité (y compris les infestations) et la présence d'armes. En cas de risque à domicile, la rencontre doit être organisée dans un autre lieu (p. ex. : organisme communautaire, CLSC, parc). Si la rencontre dans la communauté est impossible pour la personne utilisatrice ou présente un risque, les locaux de l'ABC peuvent être utilisés. Pour des raisons de sécurité, il est recommandé d'éviter que les premières interventions soient réalisées en solo dans la communauté le soir et la fin de semaine.

3.8.5.2 Pendant l'intervention

Les intervenantes et intervenants doivent être outillés et formés en prévention de la violence et développer des habiletés d'intervention pour préserver leur intégrité et celle des autres en cas de situation de violence (29). Ces habiletés incluent notamment le fait de garder leur téléphone cellulaire à proximité, de stationner leur voiture dans la rue, de conserver leurs chaussures et leur manteau sur eux, d'effectuer un balayage visuel de l'environnement à leur arrivée, de se placer près d'une sortie et de s'assurer que la porte la plus proche n'est pas verrouillée. En tout temps, les intervenantes et intervenants peuvent mettre fin à leur intervention en cas d'inconfort ou d'atteinte à leur sécurité. Des binômes peuvent également être formés pour la durée du suivi. Bien que la co-intervention

renforce le sentiment de sécurité, elle ne garantit pas une protection absolue. Les mesures préventives demeurent donc essentielles.

3.8.5.3 Après l'intervention

L'équipe étant mobile, il est recommandé que ses membres conviennent collectivement d'un mécanisme afin de s'assurer que chaque journée se termine sans que la sécurité ait été compromise. L'équipe peut convenir du mécanisme de son choix : opter pour le pairage entre intervenantes et intervenants, utiliser la géolocalisation, communiquer son itinéraire à la personne assurant un soutien clinique ou à la personne de garde au téléphone d'équipe, etc.

3.8.6 Assignation des dossiers

Pour répondre aux besoins des personnes en situation de crise et assurer leur sécurité, il est essentiel de traiter rapidement chaque nouvelle demande. Ainsi, l'équipe ABC doit être en mesure de :

- procéder à l'évaluation de l'admissibilité dans un délai de quatre heures lors des heures d'ouverture;
- réaliser une première intervention dans la communauté, dans un délai de 24 à 48 heures.

Pour faciliter cette réactivité, il est recommandé de planifier chaque semaine des plages de disponibilité pour les nouveaux dossiers, et ce, pour l'ensemble des membres de l'équipe. La personne assurant un soutien clinique est responsable de superviser et d'ajuster l'assignation des dossiers selon : 1) la charge de cas individuelle des intervenantes et intervenants; 2) la capacité globale de l'équipe.

Bien que la disponibilité reste le critère prioritaire, d'autres éléments tels que les spécialités professionnelles, la position géographique du domicile des personnes utilisatrices et les contraintes de calendrier peuvent influencer l'assignation des dossiers.

3.8.6.1 Charge de cas individuelle

La charge de cas pour une intervenante ou un intervenant à temps complet (un ETC) doit comporter entre huit et dix dossiers. Elle doit tout de même demeurer flexible, car selon la complexité et l'intensité des services requis, certains dossiers exigent davantage de temps et d'énergie. Pour ajuster la charge de cas, les variables suivantes sont à prendre en considération :

- **La phase de l'intervention :** L'intervention de crise est caractérisée par une intensité clinique accrue et une charge clinico-administrative plus élevée en phase aiguë. Il est donc recommandé de répartir équitablement les nouveaux dossiers entre les membres de l'équipe pour éviter une surcharge de travail et pour garantir des interventions sécuritaires.
- **Le niveau de risque :** Les personnes en suivi actif présentant un risque élevé nécessitent des interventions plus fréquentes et une vigilance accrue, ce qui influence le nombre de dossiers que le personnel clinique peut gérer.
- **L'accumulation de vulnérabilités :** Les situations comportant des vulnérabilités complexes ou multiples augmentent l'intensité de l'intervention et ont une incidence sur la charge de travail.

Afin de soutenir les intervenantes et intervenants, il est recommandé de mettre en place une structure de révision des charges de cas. Cette révision est effectuée lors de rencontres individuelles avec

la personne assurant un soutien clinique. Une grille de pondération de charge de cas peut être utilisée. La grille de pondération consiste en un exercice d'objectivation du travail de l'intervenante ou de l'intervenant, et favorise une prise de distance face à la lourdeur du travail ressentie (30). Elle peut s'avérer un outil précieux pour assigner les dossiers de façon équitable au sein de l'équipe et donner rapidement le soutien nécessaire à une intervenante ou un intervenant qui en aurait besoin.

3.8.6.2 Capacité globale de l'équipe

Pour assurer des services fluides, il est essentiel de suivre l'évolution des dossiers actifs et de gérer les nouvelles demandes au quotidien. Cette responsabilité revient principalement à la personne assurant le rôle de soutien clinique. Comme il s'agit d'intervention de crise, le recours à une liste d'attente n'est pas indiqué. En cas de saturation de la capacité de l'équipe, la personne assurant un soutien clinique et la ou le chef de service peuvent mettre en place diverses stratégies :

- **Planification en équipe des fins de suivi** : identifier collectivement les suivis qui pourraient se terminer prochainement et soutenir l'arrimage vers d'autres services.
- **Gestion saine de l'attribution des dossiers** : distribuer en alternance les nouveaux dossiers en tenant compte des phases d'intervention, de manière à éviter que les intervenantes et intervenants se retrouvent avec plusieurs dossiers en phase aiguë de crise dans un court laps de temps. Cela pourrait créer une surcharge de travail et un engorgement.
- **Priorisation des nouvelles demandes selon le niveau de risque et de vulnérabilité** : en cas de saturation, la personne assurant le rôle de soutien clinique peut trier les nouvelles demandes et prioriser celles comportant un risque plus élevé, tandis que les dossiers moins urgents peuvent être orientés vers des partenaires.
- **Communication régulière de la capacité de l'équipe** : transmettre régulièrement aux partenaires clés, tels que les urgences et les autres acteurs du Plateau, les disponibilités de l'équipe pour la période en cours.
- **Plan de contingence** : en dernier recours, la ou le gestionnaire de l'équipe peut décider de réduire ou de suspendre temporairement l'acceptation de nouveaux dossiers afin de stabiliser la charge de travail. Elle ou il le communique aux différents partenaires en indiquant la durée de la suspension. Durant cette réduction ou suspension temporaire, la communication et la concertation entre l'ABC et ses partenaires doivent être maintenues afin de bien réorienter les personnes utilisatrices selon les besoins.

4. MODALITÉS CLINIQUES

Les personnes vivant une crise en santé mentale requièrent un suivi rapide, sécuritaire et personnalisé. Le modèle ABC répond à cet impératif en proposant des modalités cliniques centrées sur la résolution de la situation de crise et la gestion positive du risque, à travers un accompagnement bref dans la communauté. Cette section met en lumière ces modalités en détaillant les approches privilégiées et l'offre de services associée, incluant le cheminement de la demande et le processus clinique.

4.1 APPROCHES PRIVILÉGIÉES

Plusieurs approches orientent les interventions au sein de l'ABC. Sans prétendre à l'exhaustivité, la section suivante en présente les principaux éléments. Les équipes sont encouragées à y référer tout en intégrant des approches complémentaires pour enrichir leurs interventions.

4.1.1 Approche centrée sur le rétablissement

Premier pilier du Plateau de services intégrés en santé mentale (1), l'approche centrée sur le rétablissement repose sur des valeurs telles que l'autodétermination, l'espoir et le respect. Elle est fondée sur la conviction que toute personne peut se rétablir (31). Elle valorise le savoir expérientiel des personnes utilisatrices et favorise une relation partenariale avec le personnel clinique. Sous le prisme de cette approche, la crise est perçue comme une étape évolutive, offrant à la personne l'occasion de redéfinir son identité et d'accroître ses stratégies d'adaptation. Elle n'est donc pas considérée comme un échec, car le processus de rétablissement est non linéaire et ne vise pas une guérison absolue, mais une meilleure qualité de vie.

Voici des exemples d'interventions au sein l'ABC :

- Impliquer la personne dans les décisions concernant le suivi et dans les actions visant à assurer sa sécurité, et minimiser le recours aux mesures coercitives.
- Encourager l'expression des préférences de la personne concernant le contexte d'intervention (p. ex. : modalités, heure dans la journée).
- Accompagner la personne dans l'identification de ses signes précurseurs d'une crise, de ses forces et de ses stratégies adaptatives en élaborant un PCC.
- Soutenir la personne et ses proches dans le maintien ou la reprise graduelle de rôles sociaux (p. ex. : parent, conjointe ou conjoint, travailleuse ou travailleur) et promouvoir l'autonomie.
- Se doter d'outils validés pour soutenir les pratiques basées sur le rétablissement⁴.

4.1.2 Approche biopsychosociale

L'approche biopsychosociale, déjà identifiée comme principe directeur du cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau de services intégrés spécialisés (1), propose

⁴ Consulter le site du Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS) : cerrisweb.com.

une vision holistique de la santé, intégrant simultanément les dimensions biologique, psychologique et sociale (32). Elle prône un accompagnement global et individualisé, tout en soulignant l'importance de l'interdisciplinarité pour aborder les problèmes de santé et favoriser le bien-être des individus.

Voici des exemples d'interventions au sein l'ABC :

- Procéder à une évaluation globale de la situation de crise en tenant compte des facteurs biologiques (état de santé, médication), psychologiques (émotions, croyances, attitudes) et sociaux (environnement familial, culturel, professionnel).
- Mobiliser les différentes expertises au sein de l'équipe pour adapter les interventions aux besoins de la personne utilisatrice et de ses proches.
- Intégrer des objectifs médicaux et psychosociaux dans le plan d'intervention.

4.1.3 Approche orientée vers les solutions

L'approche orientée vers les solutions est une approche brève qui mise sur les forces et capacités de la personne pour favoriser le changement. Plutôt que de focaliser sur l'histoire des difficultés, elle se concentre sur la situation actuelle et oriente la personne vers l'avenir. Elle repose sur le principe que chaque personne possède en elle-même les compétences pour surmonter les difficultés, même en situation de crise.

Voici des exemples d'interventions au sein l'ABC :

- Valider la souffrance tout en suscitant l'espoir et en renforçant les raisons de vivre.
- Aider la personne à percevoir la situation de crise comme une phase temporaire et surmontable pour laquelle elle possède ou peut développer les stratégies d'adaptation nécessaires.
- Identifier des moments d'exception à la détresse émotionnelle.
- Réactiver des stratégies adaptatives ayant fonctionné pour la personne dans le passé.
- Cibler des petits objectifs réalistes à court terme permettant à la personne de vivre des réussites.

4.1.4 Approche intégrée santé mentale et dépendance

Cette approche souligne l'importance de considérer les problèmes de dépendance que peuvent rencontrer les personnes vivant une situation de crise. Il est reconnu que la coexistence d'un trouble de santé mentale et d'un trouble lié à l'utilisation de substances (TUS) entraîne des risques accrus de rechutes psychiatriques et de comportements suicidaires ou violents, en plus de compromettre l'adhésion au traitement et accroître le recours aux services d'urgence et d'hospitalisation (34). S'appuyant sur les principes de réduction des méfaits ainsi que sur l'approche motivationnelle, les équipes ABC accueillent les personnes en situation de crise présentant un TUS et les soutiennent dans leur cheminement, tout en respectant leur autonomie et leurs choix.

Voici des exemples d'interventions au sein l'ABC :

- Évaluer les habitudes de consommation à partir des outils de repérage, avec l'accord de la personne et en respect de son autonomie et de ses choix (voir le tableau 2, section [Modalités de soutien clinique](#)).

- Travailler sur la reconnaissance du problème ou l'ambivalence à l'égard de la consommation.
- Intégrer les habitudes de consommation dans le PCC.
- Intégrer des objectifs liés à la consommation dans le plan d'intervention.
- Accompagner la personne vers des services spécialisés en dépendance si elle en exprime le besoin ou l'intérêt.

4.1.5 Approche systémique

L'approche systémique considère la personne dans son environnement en tenant compte des interactions avec les différents systèmes dans lesquels elle évolue (35), notamment sa famille, son réseau social, son milieu de travail et la communauté. Elle permet d'identifier les dynamiques contribuant à la situation de crise ou favorisant sa résolution, tout en mobilisant les acteurs concernés.

Voici des exemples d'interventions au sein l'ABC :

- Dans le respect de la volonté de la personne, informer les proches de l'implication de l'équipe ABC et les engager le plus tôt possible dans le suivi.
- Explorer les dynamiques relationnelles influençant la situation de crise.
- Accompagner la personne dans les enjeux rencontrés avec les différents systèmes (p. ex. : difficultés familiales, conflit avec le voisinage, problèmes vécus à l'école ou au travail), de manière à favoriser le maintien des liens avec ceux-ci.
- Planifier des rencontres avec les proches ou tout autre acteur concerné.
- Considérer les proches et les outiller par rapport à la santé mentale et à la situation de crise vécue par la personne.

4.2 GESTION POSITIVE DU RISQUE

Au cœur du Plateau de services et du modèle ABC, la gestion positive du risque vise à offrir à la personne en situation de crise une alternative de soins dans la communauté, en tenant compte de ses besoins de sécurité ainsi que de ceux de ses proches et du public. Lorsqu'une situation de crise comporte un risque de faible à grave, mais non imminent, la gestion positive du risque favorise la mise en place d'un filet de sécurité directement au sein du milieu de vie de la personne. En revanche, dans le cas d'un risque grave et imminent, le recours à l'urgence demeure l'option à privilégier. La gestion positive du risque mise sur l'augmentation des forces et des facteurs de protection de la personne, en collaboration avec son réseau de soutien. Elle se veut non contraignante et cherche à éviter l'application de mesures légales. Elle s'appuie sur des modalités d'intervention et des outils de gestion du risque éprouvés tels que le suivi étroit, le plan de non-réponse et le PCC. Ainsi, la gestion positive du risque permet d'accroître les capacités de la personne et de son entourage face à la crise.

4.2.1 Suivi étroit

Le suivi étroit est une modalité clinique destinée à assurer que la personne, « qui est ou qui a été en danger grave de poser un geste suicidaire puisse bénéficier d'un suivi rapide et intensif » (36). Il a pour

objectif de réduire la détresse émotionnelle chez la personne suicidaire et d'assurer sa sécurité, notamment à la sortie de l'hôpital ou de tout autre milieu encadrant.

Le suivi étroit se caractérise par une première intervention dans un délai de 24 à 48 heures, suivie de contacts fréquents, allant d'une à plusieurs fois par semaine (33). Lors de chaque contact, l'estimation du risque suicidaire est effectuée. Les interventions visent à réduire les facteurs de risque suicidaire tout en renforçant les facteurs de protection. Selon l'*État des pratiques* publié par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (36), le suivi étroit se déploie en quatre étapes :

- La planification du congé de l'hôpital
- Le premier contact avec l'intervenante ou l'intervenant responsable d'effectuer le suivi
- L'accompagnement intensif de la personne à risque suicidaire
- La fin du suivi étroit

Bien que structuré, le suivi étroit doit demeurer flexible. La fréquence des interventions et la durée du suivi étroit s'appuient sur le jugement clinique de l'intervenante ou de l'intervenant et s'adaptent aux besoins de la personne utilisatrice et à l'évolution de son état. Le suivi étroit prend fin lorsque, selon le jugement clinique et les politiques et procédures en place, la personne ne manifeste plus d'indices de passage à l'acte pendant trois contacts consécutifs. Toutefois, le suivi ABC peut se poursuivre au-delà, avec une intensité ajustée en fonction des besoins de la personne.

Le modèle ABC s'est fortement inspiré des balises du suivi étroit pour établir son mandat et ses modalités d'intervention. Ainsi, les balises du suivi étroit et celles de l'ABC sont similaires. Des ajustements peuvent être nécessaires pour répondre aux exigences des établissements en présence d'un risque suicidaire élevé.

Il est également important de préciser que le suivi étroit n'est pas exclusif à l'ABC. Cette modalité peut être assurée par l'intervenante ou l'intervenant de suivi habituel, qui doit avoir la capacité d'estimer le risque, ou par une équipe dédiée, selon l'offre de services disponibles sur le territoire (37).

Par ailleurs, les établissements peuvent s'inspirer de cette modalité clinique pour gérer le risque d'hétéroagressivité ou d'homicide.

4.2.2 Plan de non-réponse

Le plan de non-réponse est une entente entre la personne utilisatrice et l'équipe clinique qui désigne les personnes à contacter en cas d'absence à un rendez-vous ou de non-réponse à un contact planifié et qui précise les actions à entreprendre (37,38). Il vise à assurer la sécurité de la personne utilisatrice tout en l'impliquant dans le choix des interventions. Ce plan, élaboré verbalement ou par écrit, inclut également la participation des proches.

Le plan de non-réponse est adapté aux préférences de communication de la personne (p. ex. : appel téléphonique, messages textes) et au niveau de risque estimé par l'équipe clinique. En cas de risque élevé, il peut aussi prévoir le recours aux services d'urgence, si nécessaire, pour garantir la sécurité.

de la personne utilisatrice. Le plan de non-réponse est communiqué aux proches avant son application, afin de préciser leur rôle et leur disponibilité, et de valider leur volonté de s'impliquer.

Le plan de non-réponse est un outil évolutif. Il est révisé à chaque rencontre et ajusté en fonction de l'évolution du risque. Afin de coordonner les interventions, il est recommandé d'en consigner les mises à jour dans les notes évolutives.

Un aide-mémoire pour l'élaboration d'un plan de non-réponse est disponible dans la boîte à outils.

4.2.3 Plan de crise conjoint

Le PCC est un outil collaboratif et évolutif, réalisé conjointement par la personne utilisatrice, l'intervenante ou l'intervenant et, idéalement, une ou un proche. Il peut également impliquer une paire aidante ou un pair aidant.

Ancré dans une approche centrée sur le rétablissement, le PCC vise à identifier les signes précurseurs d'une crise et les stratégies d'adaptation de la personne utilisatrice, tout en déterminant les ressources, les personnes et les interventions à mobiliser en situation de crise (39). En stimulant le processus réflexif de la personne (40), l'intervenante ou l'intervenant l'accompagne dans l'autogestion de ses symptômes et dans l'expression de ses préférences en matière de soins et d'interventions (41). En plus de prévenir les rechutes et de diminuer le recours à l'hospitalisation et aux mesures coercitives, le PCC favorise l'autonomie de la personne utilisatrice et la reprise de pouvoir sur sa santé. Il contribue également à renforcer l'alliance thérapeutique.

Bien qu'aucun consensus ne soit établi quant au moment et aux modalités de réalisation d'un PCC (42), il est recommandé de l'initier après une crise aiguë, dans un délai rapproché de l'événement, lorsque la personne est suffisamment apaisée pour réfléchir aux déclencheurs et aux stratégies d'adaptation. Ainsi, selon l'état de la personne, le PCC peut être amorcé dès le début du suivi ABC, puis bonifié régulièrement en fonction de l'évolution de la situation et des apprentissages.

Un exemple de PCC est disponible dans la boîte à outils et une formation est disponible pour son utilisation⁵.

4.3 CONSIDÉRER, INTÉGRER ET OUTILLER LES PROCHES

Tel que le souligne le *Guide des bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale* (28), la création ou la préservation des liens entre la personne utilisatrice et son réseau constitue un élément clé du processus de rétablissement. Dans une perspective globale et inclusive, la notion de proche désigne ici tout membre de la famille, amie ou ami, personne du voisinage, collègue de travail, etc. Que ce soit par un soutien intensif ou une présence discrète mais constante, les proches participent activement au filet de sécurité de la personne en situation de crise et contribuent à son retour vers l'équilibre.

L'implication des proches repose nécessairement sur le consentement éclairé de la personne en situation de crise ainsi que sur les besoins, les capacités et la volonté des proches à participer au suivi. En l'absence de consentement de la personne utilisatrice, travailler ensemble demeure essentiel. Le processus

5 Consulter le site suivant : openiwt.org/moodle.

de décision partagée est alors de mise (voir le [Guide](#) susmentionné, p. 40-44). Il permet d'établir clairement la manière dont les proches peuvent contribuer, en respectant les besoins, limites et droits de la personne utilisatrice. Rappelons qu'en l'absence du consentement, les intervenantes et intervenants peuvent offrir de l'écoute et recueillir de l'information des proches, en s'assurant de ne pas divulguer que la personne reçoit des services (voir le [Guide](#) susmentionné, p. 54).

Au sein de l'ABC, les proches sont mobilisés tout au long du suivi par différentes actions, adaptées aux paramètres établis avec la personne utilisatrice concernant le partage d'informations. En voici quelques exemples :

En début de suivi :

- Identifier avec la personne une, un ou des proches à inclure dans le plan de non-réponse et les informer de leur rôle tout en validant leur volonté de s'impliquer.
- Présenter aux proches les objectifs et les modalités du suivi ABC.
- Leur remettre les coordonnées de l'équipe et établir un mécanisme de communication selon leurs préférences (p. ex. : appels téléphoniques, messages textes, courriels).
- Encourager leur participation au suivi, en tenant compte des moments qui leur conviennent le mieux.
- Se montrer à l'écoute de leurs préoccupations, de leurs observations et de leurs besoins.
- Renforcer l'importance de leur rôle auprès de la personne en situation de crise.
- Les impliquer dans l'élaboration du plan d'intervention ainsi que dans le PCC.
- Les informer des ressources disponibles 24 h/24, 7 j/7 ainsi que des actions à entreprendre en cas de danger grave et imminent.
- Les référer vers les organismes de soutien pour les proches et/ou vers les services de pair-aidance famille à même l'établissement.

En cours de suivi :

- Planifier des rencontres avec la personne utilisatrice et ses proches.
- Soutenir les proches dans leur rôle, parfois éprouvant.
- Solliciter leur participation dans la mise en œuvre du plan d'intervention.
- Les informer de l'évolution de la situation et des progrès de la personne.
- Les inviter à participer aux rendez-vous médicaux avec la ou le psychiatre ou l'IPSSM.
- Faire de l'enseignement sur la santé mentale ainsi que sur le traitement et les interventions privilégiés.
- Intégrer les proches au processus de décision partagée lorsque cela est pertinent, notamment lors de la révision des objectifs du suivi ou d'orientations cliniques.

En fin de suivi :

- Impliquer les proches dans la rencontre bilan.
- Souligner leur implication et leur effet positif sur la personne.
- Présenter l'orientation post-ABC retenue, les services offerts et les délais associés.
- Rappeler le filet de sécurité et les ressources d'aide accessibles 24 h/24, 7 j/7.

4.4 MODALITÉS D'ACCÈS

Le cheminement d'une demande vers l'ABC repose sur une coordination étroite entre les sources de référence et l'équipe ABC, assurant un arrimage rapide et efficace aux services. Les demandes peuvent être formulées à différents moments clés de la trajectoire de soins et services en santé mentale, par l'entremise de quatre sources principales : les services **en amont de l'urgence**, les services d'**urgence hospitalière**, le **Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale** et les unités d'**hospitalisation de courte durée**.

Indépendamment de la source de référence, il est essentiel que les démarches de référence soient simples considérant le mandat d'intervention de crise et les objectifs de l'ABC. L'appel téléphonique est le moyen de communication privilégié, car il permet une concertation directe et rapide entre le référent et l'équipe ABC et favorise une gestion concertée du risque. Il permet également de confirmer rapidement la recevabilité des demandes.

Pour des raisons de sécurité, les demandes doivent être formulées uniquement durant les heures d'ouverture de l'ABC. Un message automatisé sur la boîte vocale et une réponse automatique par courriel doivent les préciser et inviter le référent à recontacter l'équipe durant les heures d'ouverture, sauf si une procédure avec un partenaire en dehors de ces plages horaires est établie. Les demandes par courriel ou télécopieur sont à proscrire, car elles peuvent entraîner des délais supplémentaires et compromettre la gestion positive du risque.

La gestion positive du risque : une responsabilité partagée

La gestion du risque constitue une composante essentielle de toute demande adressée à l'équipe ABC. Elle repose sur une responsabilité partagée entre le partenaire référent et l'équipe ABC. Selon le niveau de risque estimé par le référent, le processus de référencement et les mesures de sécurité sont ajustés afin d'assurer une transition optimale entre les services (33).

Chaque demande adressée à l'ABC, qu'elle provienne d'un partenaire en amont de l'urgence, de l'urgence, du Plateau de services ou d'une unité d'hospitalisation, est accompagnée d'un plan de non-réponse.

4.4.1 Accès en amont de l'urgence

Les demandes vers l'ABC peuvent provenir des services en amont de l'urgence, notamment des partenaires de première ligne et du réseau communautaire, qui peuvent identifier précocement les personnes en situation de crise susceptibles de bénéficier d'un suivi ABC et évaluer leurs besoins. Ces demandes visent à offrir une alternative à l'urgence pour les personnes en situation de crise dont les besoins peuvent être satisfaits par une intervention rapide dans la communauté. Les partenaires

concernés, qui peuvent varier en fonction de l'établissement et de la disponibilité des services dans chaque région (43), incluent notamment⁶ :

- Info-Social 811
- l'accueil psychosocial
- les équipes mixtes d'interventions psychosociales et policières et/ou d'urgence psychosociale dédiées à l'évaluation de la LPP
- les centres de crise
- les centres de prévention du suicide
- le MASM
- les groupes de médecine familiale (GMF)
- le GAP

Si la personne utilisatrice répond aux conditions d'accès de l'ABC (voir l'[encadré 2](#) pour un rappel), le référent, avec le consentement de la personne, contacte l'ABC par téléphone durant les heures d'ouverture afin de formuler une demande et d'en vérifier la recevabilité. Cette concertation téléphonique permet un arrimage rapide avec l'ABC, garantissant une première intervention dans un délai de 24 à 48 heures suivant la réception de la demande.



Exemple d'une demande par un partenaire en amont de l'urgence

L'intervenante du MASM reçoit une demande d'intervention d'un médecin de famille pour Jonathan, 47 ans. Ce dernier présente des symptômes dépressifs à la suite d'une rupture amoureuse. Lors de l'évaluation téléphonique, il confie à l'intervenante du MASM qu'il a des idées suicidaires de plus en plus envahissantes. Bien qu'il n'ait pas de plan précis, il exprime un sentiment de désespoir et ne voit pas ce qui le retient à la vie.

Jonathan ne se rend plus au travail, présente une consommation d'alcool croissante et s'isole de plus en plus, ce qui préoccupe son intervenante. Il n'est pas sorti de chez lui depuis plusieurs jours et n'a parlé de sa séparation à personne de son réseau.

L'intervenante du MASM procède à l'estimation du risque et à l'évaluation de ses besoins, puis présente les services de l'ABC à Jonathan. Celui-ci accepte de recevoir de l'aide. Après avoir établi un filet de sécurité pour la journée et élaboré un plan de non-réponse, l'intervenante contacte la ligne téléphonique de l'ABC et échange avec un de ses membres. Il est convenu qu'un contact avec Jonathan sera établi le jour même pour évaluer son admissibilité et planifier un rendez-vous le lendemain, le cas échéant. L'équipe ABC s'engage à faire un retour à l'intervenante du MASM.

⁶ Il importe donc que chaque équipe ABC détermine ses partenaires clés et établisse avec eux un processus de référencement clair, adapté aux besoins populationnels et aux ressources de l'équipe.

4.4.2 Accès lors d'un passage à l'urgence

Les demandes en provenance de l'urgence hospitalière peuvent être formulées à différents moments de la trajectoire, lors du triage infirmier ou à la suite d'une évaluation par le personnel médical ou psychosocial de l'urgence. Lorsqu'elles sont initiées dès le début de la trajectoire, elles permettent d'écourter le temps d'attente à l'urgence, de limiter les consultations médicales superflues et de favoriser une transition fluide et sécuritaire vers l'ABC. Le rôle de contrôle d'accès est central en ce qui concerne les références provenant de l'urgence. Pour repérer les personnes utilisatrices potentielles, il est essentiel de ne pas uniquement attendre les références du personnel en place, mais de procéder également à un dépistage proactif.

Deux mouvements permettent donc d'initier une demande depuis l'urgence : le dépistage proactif et la référence par le personnel médical ou psychosocial en place. Dans les deux cas, une évaluation sommaire des besoins et du niveau de risque de la personne en situation de crise et une concertation étroite entre le personnel de l'urgence et les membres de l'équipe ABC sont nécessaires.

Le **dépistage proactif** vise à repérer rapidement des personnes pour qui l'ABC pourrait être indiqué et ainsi, réduire le temps d'attente. Relevant du rôle de contrôle d'accès, il peut être effectué par l'équipe ABC, en présence ou à distance, et doit être suivi d'une concertation avec le personnel en place.



Exemple d'une demande à la suite d'un dépistage proactif réalisé par la personne assurant le contrôle d'accès

Camille, 18 ans, se présente à l'urgence accompagnée de sa mère en raison de crises récurrentes à la maison depuis quelques semaines, marquées par des propos suicidaires et des comportements d'automutilation. Elle a commencé à consommer du cannabis et son assiduité au cégep a diminué, entraînant une baisse de ses résultats scolaires. Le divorce conflictuel de ses parents semble être un facteur déclencheur de sa détresse psychologique. Inquiète et démunie face à la situation, la mère de Camille décide d'amener sa fille à l'urgence. Ensemble, elles attendent de consulter l'urgentologue.

À son arrivée au bureau, la travailleuse sociale de l'ABC consulte à distance les nouvelles inscriptions à l'urgence et identifie Camille comme une personne pour laquelle des services de l'ABC seraient indiqués. Elle contacte l'infirmière de liaison de l'urgence, qui en vient à discuter avec l'urgentologue de cette alternative. Après discussion avec Camille et sa mère, l'infirmière de liaison rappelle la travailleuse sociale pour confirmer que l'ABC est l'option retenue. Le congé médical peut être accordé une fois l'évaluation de l'admissibilité complétée par l'équipe ABC. Un membre de l'équipe se déplace à l'urgence dans un délai de trois heures pour rencontrer la jeune femme et sa mère.

La demande peut également être formulée **à la suite d'une évaluation par le personnel médical ou psychosocial de l'urgence**. Selon l'état mental de la personne, une consultation médicale peut être nécessaire. Dans ce cas, la demande à l'ABC est émise à la suite des recommandations de la ou du médecin. Elle peut aussi être initiée par tout membre du personnel impliqué dans la trajectoire

de la personne utilisatrice à l'urgence (travailleuse sociale ou travailleur social, infirmière ou infirmier de liaison).



Exemple d'une demande émise par le personnel médical de l'urgence

Robert, 60 ans, a un diagnostic de trouble bipolaire qui est stable depuis plusieurs années grâce à la médication. Toutefois, au cours des derniers mois, il a été confronté à un cumul d'événements stressants, incluant le décès de sa mère, des difficultés financières liées à la perte d'un contrat important au travail et des tensions familiales avec son fils adulte.

Depuis quelques semaines, Robert dort très peu, parle rapidement et de façon incessante et présente une augmentation marquée de son énergie. Il a récemment fait des achats dispendieux et irréfléchis, et ses proches s'inquiètent de son discours de plus en plus grandiose et désorganisé. C'est son frère qui, alarmé par son agitation et son comportement inhabituel, l'a convaincu de se rendre à l'urgence après une nuit sans sommeil où Robert a exprimé des idées grandioses sur un projet entrepreneurial irréaliste et a tenté de contacter d'anciens collègues à des heures inopportunes.

À l'urgence, Robert est évalué par l'urgentologue, puis dirigé vers le psychiatre, qui confirme un épisode maniaque. Après discussion avec Robert et son frère, le psychiatre propose une référence aux services de l'ABC pour assurer un filet de sécurité, en complément d'une consultation pour des services spécialisés. Robert accepte cette orientation. Le psychiatre contacte alors l'équipe ABC via la ligne téléphonique attitrée. Un membre de l'équipe viendra rencontrer Robert dans les prochaines heures avant son congé de l'urgence. Une concertation avec l'UIBP et/ou le TIBD sera réalisée advenant que l'état de Robert se complexifie en cours de suivi ABC, afin d'éviter un retour à l'urgence.

Contacter la personne en crise avant son départ de l'hôpital

Le départ de l'hôpital est reconnu comme un moment critique augmentant le risque de passage à l'acte pour les personnes vivant une crise suicidaire ([36,44](#)). Il est donc fortement recommandé d'établir un premier contact avec la personne avant son congé. Réalisé par un membre de l'équipe ABC, idéalement en personne ou, au besoin, par téléphone, ce contact permet notamment de :

- créer un lien de confiance;
- confirmer la compréhension de la personne face aux démarches mises en place et son adhésion à celles-ci, notamment en clarifiant les prochaines étapes de son suivi et en répondant à ses préoccupations;
- évaluer tout changement récent dans son état pouvant influencer son niveau de risque, en s'assurant que les signes de détresse sont bien pris en compte;
- renforcer les stratégies de protection en validant la mise en place d'un filet de sécurité, incluant un plan de non-réponse;
- s'assurer de l'implication des proches et du réseau de soutien.

4.4.3 Accès par le Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale

L'interrelation entre les mesures du Plateau est souhaitée. Comme le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau de services intégrés spécialisés (1) l'indique, le mécanisme de liaison/coordination doit faciliter, autant que possible, le transfert des personnes utilisatrices directement d'une mesure à l'autre, et ce, en diminuant au maximum les étapes administratives (1). L'UIBP, en raison de son mandat et de son positionnement dans la trajectoire hospitalière, est le référent le plus naturel pour l'ABC. Le TIBD pourrait avoir recours aux services de l'ABC, mais cette éventualité est moins probable en raison des conditions d'accès (hospitalisation requise) et des modalités d'intervention qui lui sont propres.

La référence provenant des UIBP peut être faite lorsqu'il n'y a pas ou plus d'éléments de dangerosité immédiate et qu'une intervention biopsychosociale dans la communauté est indiquée. Si la personne utilisatrice répond aux critères de l'ABC, le référent, avec le consentement de cette dernière, contacte l'ABC par téléphone durant les heures d'ouverture afin de formuler une demande et d'en vérifier la recevabilité. Un intervenant de l'équipe ABC vient confirmer l'admissibilité en personne, directement à l'unité, ce qui permet un transfert personnalisé et assure une fluidité ainsi qu'une expérience de soins personnalisée et sécurisante.



Exemple d'une demande émise par l'UIBP

Il y a quelques semaines, Jack, 33 ans, a été victime d'une attaque dans le métro. À la suite de cet évènement, son état mental s'est détérioré rapidement. Il fait des rêves récurrents en lien avec l'attaque et se réveille en hurlant la nuit. Il a peur lorsqu'il sort de chez lui et porte un couteau au cas où il en aurait besoin pour se défendre. Il ne prend plus le métro, ce qui rend ses activités quotidiennes difficiles. De plus, il est irritable et présente des sautes d'humeur de plus en plus fréquentes, sans que son conjoint en comprenne les déclencheurs. Un jour, son conjoint est arrivé du travail et a trouvé Jack brandissant son couteau dans les airs dans un élan de colère contre un voisin soi-disant bruyant. Son conjoint a donc fait appel au 911 et à l'arrivée des policiers, Jack criait, s'est barricadé dans la chambre et refusait de collaborer. Considérant le danger imminent qu'il représentait pour lui-même et pour autrui, de même que son refus catégorique de coopérer, Jack a été admis à l'UIBP.

Cela fait maintenant 72 heures que Jack reçoit une intervention brève à l'UIBP. Il a reçu un diagnostic d'état de stress aigu et a commencé un traitement pharmacologique. Avec le consentement de Jack, son conjoint participe aux rencontres avec l'équipe de l'UIBP. Il est heureux de retrouver le Jack qu'il connaît. Ce dernier accepte un accompagnement bref dans la communauté pour poursuivre l'intervention à domicile, assurer un filet de sécurité et l'aider à reprendre ses activités quotidiennes. L'infirmière contacte la ligne téléphonique de l'ABC pour émettre une demande de services. Un intervenant de l'ABC viendra rencontrer Jack et son conjoint en après-midi, avant le congé, pour confirmer l'admissibilité et, le cas échéant, convenir d'un premier rendez-vous dans la communauté dans les 24 à 48 heures.

4.4.4 Accès à la fin d'un court séjour d'hospitalisation

Les demandes vers l'ABC peuvent provenir du personnel d'une unité d'hospitalisation, particulièrement en cas de séjours de courte durée. Elles concernent les personnes dont la situation demeure fragile ou pour qui le retour dans le milieu de vie représente un risque de réactivation de la situation de crise. Formulées en concertation avec l'équipe traitante de l'unité et **préalablement au congé**, ces demandes visent à garantir la continuité des soins à la sortie de l'hôpital, à éviter un retour précipité à l'urgence et à assurer un suivi étroit pour les personnes ayant présenté ou présentant encore un danger grave de passage à l'acte suicidaire.



Exemple d'une demande émise par l'équipe d'une unité d'hospitalisation

Safia, 25 ans, est connue pour une dépression majeure et des enjeux de consommation pour lesquels elle est en attente de services spécialisés. Il y a trois semaines, elle a fait une tentative de suicide par lacérations profondes, dans son appartement, dans un contexte d'intoxication à l'alcool et à la cocaïne. Alertés par sa colocataire, les services d'urgence ont transporté Safia à l'hôpital, où elle est hospitalisée depuis. Après avoir reçu des soins pour ses blessures et après l'ajustement de sa médication, Safia a vu son état s'améliorer et son congé est envisagé prochainement.

Safia ne présente plus d'idée suicidaire et n'a pas consommé depuis maintenant trois semaines. Elle craint cependant que son retour à domicile entraîne une rechute. Elle éprouve un sentiment de honte envers sa colocataire qui a été témoin de son geste suicidaire, même si celle-ci est au courant de ses difficultés et se montre soutenante. De plus, elle est anxiouse à l'idée de contacter son employeur pour planifier son retour éventuel au travail. L'infirmière contacte l'équipe ABC pour une concertation clinique. L'équipe convient de venir rencontrer Safia le jour même pour lui présenter les services de l'ABC et confirmer son admissibilité. L'infirmière de l'unité, avec qui Safia a un bon lien, participera à la rencontre. Avec le consentement de la jeune femme, la colocataire sera rejointe par l'équipe ABC afin de l'impliquer dans le filet de sécurité et le plan de non-réponse.

Expérience des établissements en implantation

L'expérience des établissements a mis en lumière certains points de vigilance liés aux demandes post-hospitalisation. Les équipes ABC ne cherchent ni à remplacer les mandats des équipes spécialisées en santé mentale ni à pallier les listes d'attente pour des services existants. Elles misent sur un accompagnement bref, axé sur la gestion de crise. À ce titre, elles ne répondent pas spécifiquement aux besoins liés à un traitement et aux besoins de réadaptation à long terme associés à des troubles de santé mentale sévères.

Ces enseignements tirés de l'expérience terrain soulignent l'importance de bien définir le caractère optionnel de cette quatrième modalité d'accès. Chaque établissement est invité à évaluer, en fonction de ses besoins et de ses ressources, la possibilité et la pertinence d'intégrer cette modalité dans son offre de services.

La figure 5 illustre le cheminement de la demande et le processus clinique de l'ABC.

Cheminement de la demande et processus clinique

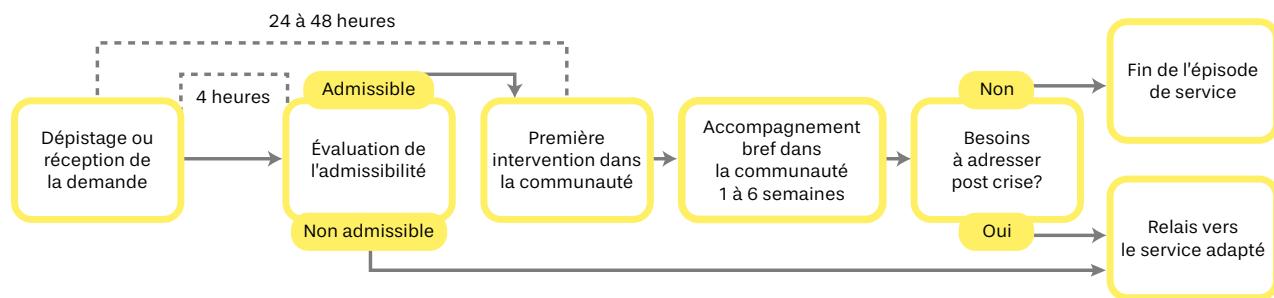


Figure 5. Cheminement de la demande

4.5 PROCESSUS CLINIQUE

Le processus clinique décrit la démarche adoptée par l'équipe ABC à la suite d'une demande de services. Son objectif est d'offrir une réponse rapide aux personnes en situation de crise et de mettre en place des interventions spécialisées visant une résolution à court terme. Conçu pour être fluide et flexible, le processus clinique s'ajuste en fonction des besoins des personnes utilisatrices et de leur évolution. Il se structure autour des étapes suivantes, illustrées dans la figure 6 :

- L'évaluation de l'admissibilité
- L'accompagnement bref dans la communauté qui se déroule en trois phases :
 - Phase 1 : L'évaluation des besoins et la planification de l'intervention
 - Phase 2 : La mise en œuvre du plan d'intervention
 - Phase 3 : Le bilan et la consolidation du filet de sécurité
- Le relais

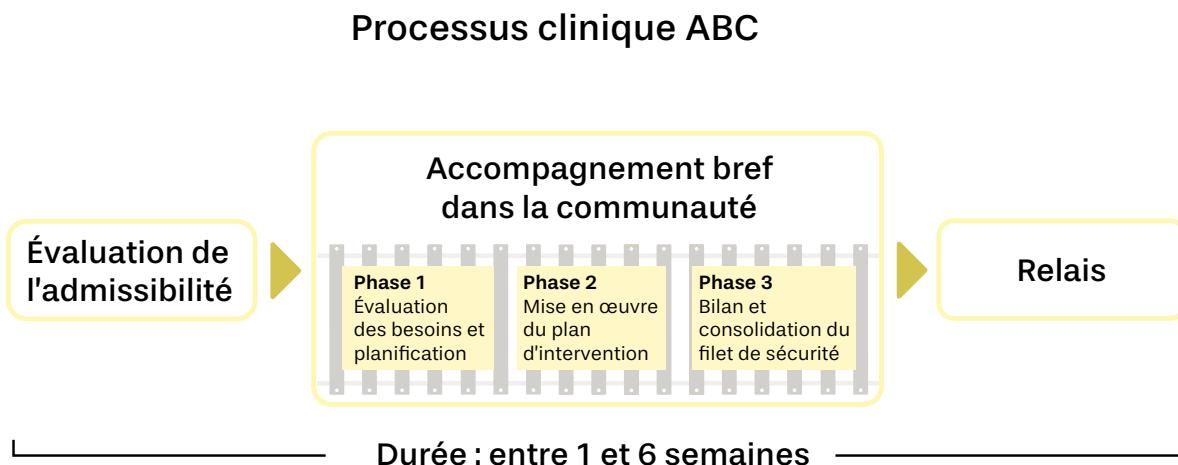


Figure 6. Illustration du processus clinique ABC

4.5.1 Évaluation de l'admissibilité

Effectuée à l'intérieur d'un délai de quatre heures à la suite d'une demande, l'évaluation de l'admissibilité consiste en une collecte de données sommaire centrée sur la situation actuelle et le niveau de risque. Cette étape vise à confirmer rapidement si la personne orientée vers l'ABC correspond au profil de la clientèle visée et si elle consent à recevoir les services, pour ainsi permettre de planifier une première intervention dans la communauté dans un délai de 24 à 48 heures suivant la demande. L'évaluation de l'admissibilité implique deux contacts directs : un premier avec le référent et un second avec la personne.

Le contact avec le référent favorise un arrimage fluide et permet d'obtenir un résumé clair de la situation de crise et du niveau de risque. Il évite ainsi à la personne en crise, souvent émotive et épuisée, de devoir répéter son histoire.

En fonction de l'origine de la demande, le contact initial avec la personne orientée vers l'ABC s'effectue par téléphone ou, si elle est hospitalisée, en face-à-face avant sa sortie de l'hôpital, conformément aux meilleures pratiques de prévention du suicide, afin de garantir un arrimage sécuritaire (45). Le contact initial avec la personne permet de valider son consentement à recevoir les services de l'ABC, de compléter les informations manquantes et de réviser les mesures de sécurité à mettre en place avant la première rencontre, incluant le plan de non-réponse. Ce premier contact contribue également à créer un lien de confiance avec la personne en étant à l'écoute de ses besoins et de ses préoccupations. Il peut être l'occasion de travailler son ambivalence face à l'aide proposée, tout en respectant son autonomie et ses choix.

L'évaluation de l'admissibilité peut être réalisée par différents membres de l'équipe (personnes assurant le soutien clinique et le rôle de contrôle d'accès ou tout membre du personnel intervenant), selon le fonctionnement privilégié par l'équipe.

Actions réalisées lors de l'évaluation de l'admissibilité :

- Présenter les services de l'ABC.
- Valider le consentement de la personne.
- Établir un lien de confiance.
- Procéder à une collecte de données sommaire centrée sur la situation actuelle (voir le *Formulaire d'évaluation de l'admissibilité* dans la boîte à outils).
- S'assurer que la personne répond aux conditions d'accès.
- Réévaluer le niveau de risque et mettre en place les mesures de sécurité ajustées à celui-ci, incluant le plan de non-réponse.
- Avec le consentement de la personne, communiquer avec la, le ou les proches identifiés dans le plan de non-réponse afin de vérifier leur volonté à s'y engager et de favoriser leur implication le plus tôt possible, le cas échéant.
- Déterminer avec la personne si la participation d'un partenaire est indiquée pour le filet de sécurité.
- Planifier un premier rendez-vous dans la communauté dans un délai de 24 à 48 heures.

Rappel des conditions d'accès

Les services de l'ABC sont destinés aux adultes qui :

- vivent une situation de crise en santé mentale;
- présentent un risque non imminent d'atteinte à leur intégrité et/ou à leur sécurité ou celle de leur entourage (risque suicidaire, hétéroagressif ou d'homicide);
- ont un état mental et un niveau de risque permettant une intervention sécuritaire dans la communauté;
- n'ont pas de suivi actif en santé mentale ou dont le suivi ne peut être intensifié;
- nécessitent une intervention de crise rapide, avec une fréquence d'une à trois rencontres par semaine pour répondre à des besoins aigus;
- consentent de manière libre et éclairée aux modalités de suivi de l'ABC.

Encadré 2. Rappel des conditions d'accès

Demandes hors territoire

Afin de garantir la sécurité des personnes utilisatrices et d'éviter les ruptures de soins et de services, il est primordial de ne pas refuser systématiquement les demandes concernant les personnes résidant hors du territoire. Dans ces situations, il faut considérer la possibilité d'offrir les services dans le secteur desservi par l'équipe, en évitant de se baser uniquement sur l'adresse postale. Les étapes à suivre sont les suivantes :

- Valider avec la personne si elle peut recevoir les services de l'équipe ABC dans le territoire desservi (p. ex. : résidence secondaire, hébergement temporaire chez un proche).
- Vérifier la possibilité d'un suivi par une équipe ABC ou par un autre service de crise sur le territoire où réside la personne.
- Contacter l'équipe ABC du secteur approprié en ayant préalablement estimé le niveau de risque et mis en place un filet de sécurité adapté.
- Selon le niveau de risque, assurer un suivi temporaire jusqu'à ce que l'autre équipe ABC prenne le relais.

Conclusion de l'évaluation de l'admissibilité

Admissible

Si la personne répond aux conditions d'accès de l'ABC, une première intervention dans la communauté est planifiée dans un délai de 24 à 48 heures.

Non admissible

Si la personne ne répond pas aux conditions d'accès de l'ABC, l'équipe informe le partenaire référent et collabore avec lui afin de faciliter la réorientation vers les services appropriés.

Refus de services

Dans l'éventualité où la personne refuse les services de l'ABC, l'équipe en informe le partenaire référent le plus tôt possible afin de coordonner les prochaines étapes. Selon le niveau de risque, la collaboration de la personne et le lieu où elle se trouve, des actions supplémentaires peuvent être nécessaires pour assurer sa sécurité. Le guide pratique *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus* ([45](#)) indique les interventions à privilégier.

En l'absence d'un danger imminent, ces actions incluent, entre autres, la proposition d'un service alternatif, la mobilisation d'un proche ou la planification de relances téléphoniques, avec l'accord de la personne, afin de réévaluer le risque et de favoriser l'établissement d'un lien de confiance.

En présence d'un danger grave et imminent, il peut être nécessaire de :

- diriger la personne vers l'urgence de manière volontaire;
- lever la confidentialité en informant les personnes en mesure d'intervenir ou celles exposées au danger;
- contacter les services d'urgence (911) si la personne refuse toute intervention ([45](#)).



Pratique inspirante : évaluation de l'admissibilité par l'entremise de la télésanté

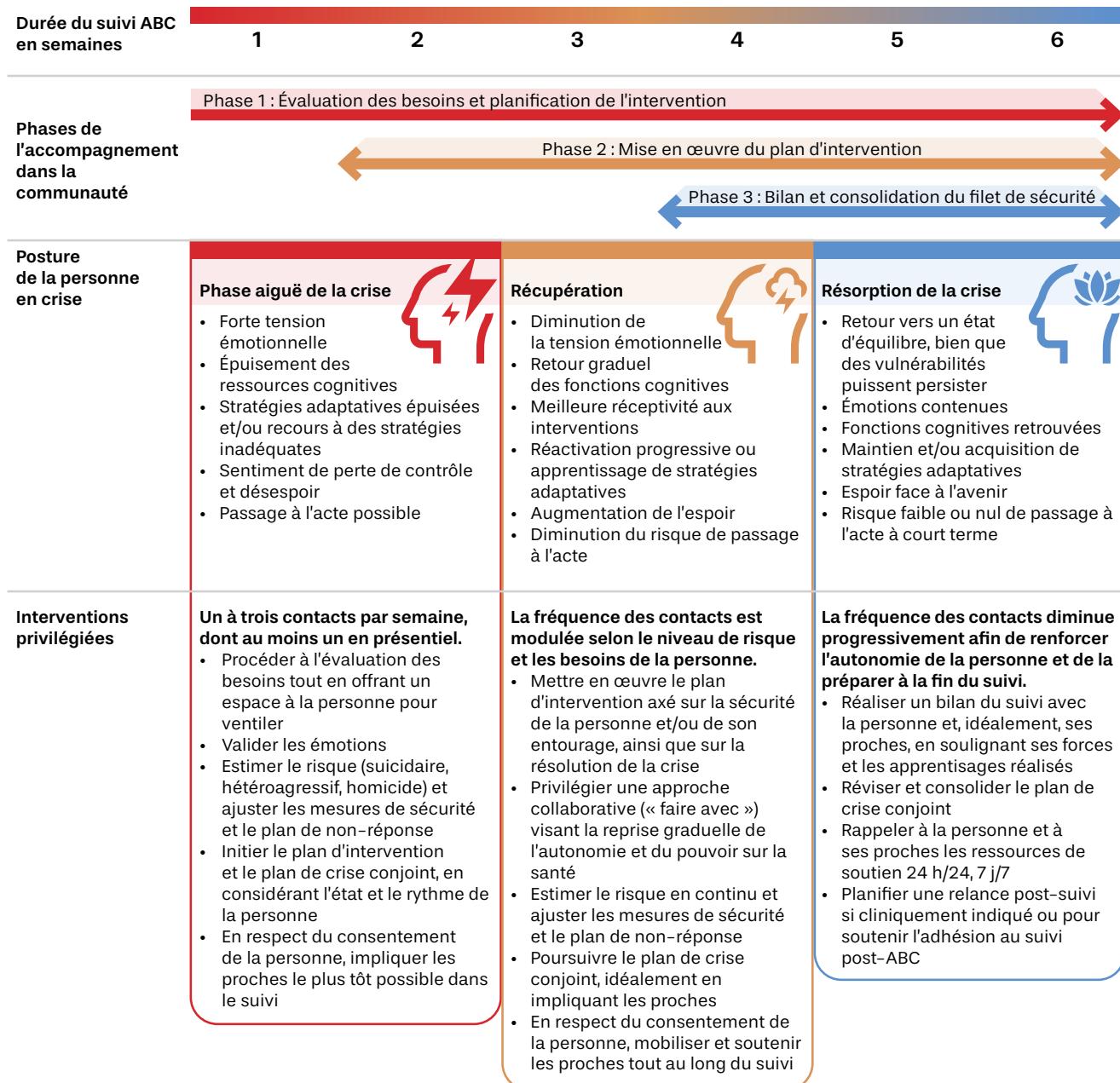
Certaines équipes composent avec des défis logistiques liés à leur localisation ou au nombre d'hôpitaux desservis sur leur territoire, ce qui limite leur capacité à rencontrer les personnes utilisatrices sur place avant leur sortie de l'hôpital. Pour s'adapter à cette réalité, une équipe ABC a mis en place une pratique novatrice intégrant la télésanté.

Grâce à la vidéoconférence, l'évaluation de l'admissibilité est réalisée à distance, en collaboration avec le personnel de l'urgence, avant le congé hospitalier. Cette approche permet un arrimage plus fluide et sécuritaire avec l'équipe ABC, favorisant une gestion des risques concertée et l'adhésion de la personne aux services.

4.5.2 Accompagnement bref dans la communauté

L'ABC débute dès la première intervention, réalisée dans un délai de 24 à 48 heures à la suite de la demande. Il commence par une évaluation des besoins de la personne utilisatrice. Les interventions se déploient sur une période d'une à six semaines, avec une fréquence variant d'une à trois fois par semaine, en fonction des besoins de la personne et de l'évolution de la situation. Inspiré du modèle d'intervention de crise de Séguin et LeBlanc (15), l'ABC se structure en trois phases. Il est important de souligner que ces phases ne sont pas linéaires : leur durée et leur progression dépendent du processus de rétablissement, des facteurs de vulnérabilité et de protection propres à chaque personne. Les phases de l'ABC peuvent ainsi être écourtées ou prolongées, et le suivi peut, à tout moment, être relayé vers d'autres services, notamment à l'intérieur du Plateau, si un encadrement plus intensif est nécessaire. Le tableau 1 synthétise les trois phases de l'accompagnement bref dans la communauté.

Les phases de l'accompagnement bref dans la communauté



Basé sur les travaux du CISSS de la Montérégie-Centre, Séguin et LeBlanc (2021)

Figure 7. Les phases de l'accompagnement bref dans la communauté

Phase 1 : Évaluation des besoins et planification de l'intervention

Lors de la première phase du suivi, la personne se trouve en situation de crise aiguë. Submergée par des émotions intenses et épuisée mentalement, elle peine à trouver ou à mobiliser des solutions efficaces (15).

L'intervenante ou l'intervenant procède à l'évaluation des besoins tout en offrant à la personne un espace pour ventiler. Elle ou il valide les émotions de la personne sans proposer immédiatement de solutions. L'expression de la souffrance et le fait de se sentir compris favorisent généralement une diminution du niveau de détresse (15). La collecte de données, influencée par le titre professionnel, se concentre sur la situation de crise actuelle et sur l'estimation du risque (suicidaire, hétéroagressif ou d'homicide). Bien que l'histoire de vie puisse fournir des informations utiles, son exploration est menée de manière secondaire et uniquement si elle s'avère pertinente à la compréhension de la situation actuelle. L'exploration de l'histoire de vie peut être réalisée ultérieurement, dans un contexte où l'état de la personne est plus stable et favorable à une démarche introspective.

Durant la première phase, deux à trois contacts par semaine, dont au moins un en présentiel, sont souvent nécessaires pour accompagner la personne et assurer sa sécurité. Un filet de sécurité est coconstruit avec la personne et, idéalement, ses proches. Le plan de non-réponse est ajusté selon le niveau de risque et les facteurs de vulnérabilité. Bien que le modèle ABC valorise l'autodétermination de la personne et la reprise de pouvoir sur sa santé, des interventions plus encadrantes, telles que gérer l'accès aux moyens suicidaires (p. ex. : médication, arme), la diriger vers un hébergement de crise ou recourir à l'urgence, sont parfois nécessaires pour assurer sa sécurité ou celle d'autrui.

Le plan d'intervention et le PCC sont initiés en tenant compte de l'état de la personne et en encourageant la participation des proches. En effet, il peut être préférable d'attendre la phase suivante, lorsque la tension émotionnelle a diminué et que la personne a suffisamment de recul face à la situation de crise, pour favoriser une participation plus réfléchie et active.

Phase 2 : Mise en œuvre du plan d'intervention

Alors que la tension émotionnelle s'atténue, la personne entre dans une phase de récupération. Elle retrouve graduellement ses fonctions cognitives et est mieux disposée à réactiver ou à apprendre des stratégies adaptatives (15).

L'intervenante ou l'intervenant l'accompagne dans la mise en œuvre du plan d'intervention. Ce dernier est axé sur la sécurité de la personne et/ou sur celle de son entourage, ainsi que sur la résolution de la situation de crise. Il s'articule autour d'objectifs mesurables et réalistes à court terme, permettant à la personne de vivre de petites réussites et lui redonnant confiance en ses capacités. Ces objectifs sont régulièrement révisés afin de garantir leur pertinence et leur progression. Les interventions sont fondées sur des pratiques collaboratives où la personne est invitée à jouer un rôle actif, tandis que l'intervenante ou l'intervenant la soutient dans la reprise progressive de son autonomie et du pouvoir sur sa santé (faire avec). Ces interventions incluent, entre autres, l'accompagnement dans des démarches psychosociales liées à la situation de crise, l'éducation sur la santé mentale, le développement de stratégies pour gérer les symptômes, le soutien dans la reprise d'une routine de vie et des actions pour briser l'isolement.

La fréquence des rencontres est ajustée au niveau de risque et aux besoins de la personne. Le risque est estimé en continu et le plan de non-réponse est adapté en conséquence. Le PCC, un outil clé durant cette phase, est approfondi. Avec le soutien de l'intervenante ou de l'intervenant, la personne identifie ses signes précurseurs, ses stratégies d'adaptation et les ressources à mobiliser en cas de détresse.

Phase 3 : Bilan et consolidation du filet de sécurité

La dernière phase de l'accompagnement dans la communauté se caractérise par une résolution partielle ou complète de la situation de crise. La personne retrouve une meilleure régulation émotionnelle et déploie activement des stratégies la rapprochant de l'équilibre (15). Bien que des défis et des vulnérabilités subsistent, elle est désormais plus confiante dans sa capacité à les surmonter.

Alors que la situation de crise se résorbe et que le risque est diminué, voire absent, la fréquence des rencontres diminue progressivement afin de renforcer l'autonomie de la personne et de la préparer à la fin du suivi. Un bilan est réalisé avec la personne et, idéalement, ses proches. L'accent est mis sur les progrès réalisés, en soulignant les forces et les apprentissages issus de la situation de crise.

Le PCC est révisé, en tenant compte des stratégies d'adaptation et des ressources de soutien identifiées tout au long du suivi. Les ressources d'aide accessibles 24 h/24, 7 j/7 sont rappelées, dans l'éventualité où une nouvelle situation de crise surviendrait.

4.5.3 Relais

Le relais constitue la dernière étape du processus clinique. Il peut cependant survenir à tout moment durant le suivi si la personne utilisatrice requiert des services d'une intensité différente ou encore, au terme d'un épisode de services. Il marque alors la fin de l'épisode de services ABC, tout en soutenant la transition vers des services spécifiques et spécialisés en santé mentale ou dans la communauté. Bien plus qu'une simple démarche administrative, le relais est une étape essentielle pour préserver et renforcer la stabilité de la personne après la situation de crise ou pour lui offrir l'intensité de services nécessaire pour y parvenir.

Dans certains cas, aucun relais n'est nécessaire. Si la personne ne présente plus de besoins, elle peut cesser de recevoir des services une fois l'épisode ABC complété, et ce, sans transition vers d'autres services ou ressources. Il est aussi impératif de sonder et de respecter les choix de la personne utilisatrice et de ses proches quant à la poursuite ou non de démarches subséquentes à l'épisode de services ABC.

Conditions de la fin de l'épisode de services

L'épisode de services ABC prend fin lorsque les critères suivants sont satisfaits :

- La situation de crise est résolue en totalité ou partiellement, bien que des vulnérabilités et des besoins puissent subsister.
- La personne est en mesure d'assurer sa sécurité personnelle et celle d'autrui, et présente un risque de passage à l'acte de faible à nul, à court terme.
- Les facteurs de protection sont renforcés et un filet de sécurité incluant des ressources d'aide accessibles 24 h/24, 7 j/7 et, idéalement, le réseau de soutien de la personne, est en place.
- Aucun événement critique à court terme n'est anticipé.

L'épisode de services peut également prendre fin dans des contextes autres, notamment lorsque la personne :

- présente une détérioration de son état, nécessitant un suivi au TIBD ou une admission à l'hospitalisation;
- est admise dans le service pour lequel elle était en attente;
- abandonne ou refuse le suivi.

Abandon volontaire et gestion du risque

Dans le cas où la personne abandonne le suivi, l'évaluation et la gestion du risque s'appliquent. Si le risque est estimé élevé, des mesures proactives doivent être prises, telles que tenter de rétablir le contact avec la personne, appliquer le plan de non-réponse, informer les proches, ou alerter les services d'urgence si nécessaire. Si le risque est faible, il est souhaitable de rappeler à la personne les ressources disponibles et de l'encourager à recontacter l'équipe en cas de besoin.

Référence

La référence est une mesure personnalisée consistant à procéder à une recommandation directe de la personne auprès du service le plus apte à l'aider à résoudre les difficultés avec lesquelles elle est aux prises. Elle est réalisée au moyen d'une communication téléphonique faite à un intervenant exerçant la fonction d'accueil ([46](#)).

Cette démarche inclut une présentation verbale du dossier, le partage des outils tels que le PCC et des recommandations quant aux besoins de la personne. Considérant que la transition entre les services constitue un moment critique en matière de risque suicidaire, assurer un accompagnement personnalisé durant cette transition est essentiel.

Relance téléphonique

Conformément aux bonnes pratiques de suivi étroit, une relance téléphonique est préconisée lorsqu'une personne a présenté un danger pour elle-même. Elle est généralement effectuée trois mois après la fin du suivi ou à l'approche d'un moment critique anticipé ([36](#)). Cette étape est particulièrement importante, car les trois mois suivant la situation de crise représentent une période où le risque de passage à l'acte demeure élevé ([33,36](#)).

Bien que non systématique, la relance téléphonique vise à renforcer le filet de sécurité et les stratégies d'adaptation acquises durant le suivi, à évaluer la situation actuelle de la personne et à soutenir son adhésion à d'autres services, si nécessaire. Sa pertinence repose sur le jugement clinique et tient compte du niveau de risque, des besoins et du profil clinique de la personne.

Réadmission post-suivi

À la fin du suivi, bien qu'il soit préconisé d'utiliser les mécanismes d'accès usuels tels qu'Info-Social 811, la personne peut être réadmise après son suivi, en recontactant l'équipe ABC, que ce soit en cas de nouvelle situation de crise ou à l'approche d'un moment critique. L'équipe peut alors proposer une rencontre ponctuelle ou une réactivation de suivi, tant que les conditions d'accès sont respectées. Fondée sur le jugement clinique, la réadmission post-suivi constitue une modalité préventive au retour à l'urgence. Elle ne se substitue en rien aux mécanismes d'accès habituels.



5. MODALITÉS DE SOUTIEN CLINIQUE

Le soutien clinique désigne un ensemble d'activités structurées favorisant le développement des compétences professionnelles et l'amélioration continue des pratiques spécialisées. Il peut se manifester sous diverses formes et à différents niveaux, impliquant l'établissement, la personne assurant le rôle de soutien clinique, ainsi que les membres de l'équipe grâce au partage de connaissances et d'expertises. Compte tenu du mandat d'intervention en situation de crise et des défis inhérents à la gestion positive du risque, le soutien clinique est indispensable au bon fonctionnement de l'équipe ABC et au bien-être de ses membres. Les modalités de soutien clinique proposées sont présentées ci-dessous.

5.1 ACTIVITÉS DE FORMATIONS

5.1.1 Formations requises

Pour garantir que les membres de l'équipe ABC possèdent les compétences nécessaires pour offrir des services professionnels et sécuritaires, l'établissement doit veiller à ce que chacun suive les formations sur la sécurité et sur la gestion positive du risque, comme indiqué dans le [tableau 2](#). Offertes par l'établissement, ces formations devraient idéalement être complétées avant que les nouveaux membres ne commencent à intervenir au sein de l'ABC. Si une formation n'est pas disponible à court terme, un soutien clinique personnalisé doit être proposé.

Il est attendu qu'une proportion constante de 25 % à 50 % des membres de l'équipe soit formée dans des approches complémentaires afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle vivant une situation de crise. Les personnes intervenantes nouvellement formées sont encouragées à partager leurs connaissances à leurs collègues afin de favoriser un enrichissement collectif des pratiques.

100 % des membres de l'équipe formée	25 à 50 % des membres de l'équipe formée
<p>Thématisques</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'intervention de crise dans le milieu 24/7 • L'estimation du risque et de la dangerosité suicidaire • L'estimation du risque et du danger d'homicide • La prévention de la violence ou OMEGA dans la communauté • La <i>Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, c. P-38.001)</i> (LPP)⁷ • L'administration de la naloxone 	<p>Thématisques</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'intervention ciblée auprès des hommes • L'approche orientée vers les solutions • L'entretien motivationnel • La réduction des méfaits • Les outils de dépistage et d'évaluation du besoin d'aide (DÉBA)⁸ • Le plan de crise conjoint⁹

Tableau 1. Formations requises

En conformité avec la vision du PAISM (2) et du *Plan d'action interministériel en dépendance 2018–2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet (PAID)* (47) d'offrir des soins et services intégrés, il est essentiel que l'équipe ABC soit en mesure d'intervenir auprès des personnes aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale et d'utilisation d'une substance. Il est proposé de former les membres de l'équipe à l'utilisation d'outils cliniques spécifiques et à la mise en place d'interventions efficaces et sécuritaires en cas d'intoxication, de sevrage ou d'une surdose.

⁷ Une formation sur la LPP est disponible sur le site de l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial. Il existe également une formation complémentaire portant sur un outil d'aide à la décision de la mise en application de la LPP, disponible sur l'ENA provincial.

⁸ **Les outils de dépistage et d'évaluation du besoin d'aide (DÉBA)** des adultes aux prises avec un usage à risque ou à risque de développer un TUS. Une formation est requise pour l'utilisation de ces outils. Pour de plus amples informations, il est possible de se référer au répondant régional en dépendance de votre région ou à la coordination du Programme national de formation en dépendance (PNFD) de l'Institut universitaire sur les dépendances.

⁹ Une formation sur le plan de crise conjoint est accessible gratuitement sur le site suivant : openiwt.org/moodle

5.1.2 Formations continues

Afin de développer leurs compétences et d'adapter leurs interventions aux réalités émergentes, des activités de formation continue en lien avec les thèmes suivants s'avèrent particulièrement pertinentes : les personnes avec différents statuts d'immigration, les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, les personnes de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres ainsi que les personnes âgées avec et sans perte d'autonomie. Puisque les thèmes susmentionnés ne constituent pas une liste exhaustive, il est possible qu'une équipe ABC ait d'autres besoins en termes de formation continue en regard des particularités de sa clientèle et de l'expérience des membres de son équipe. Il peut également être intéressant pour l'équipe ABC d'effectuer des activités de codéveloppement des compétences avec les différents partenaires de collaboration et de gestion du risque (p. ex. : urgences, centres de crise) ainsi qu'avec des équipes spécialisées en santé mentale.

5.2 INTÉGRATION DES NOUVEAUX MEMBRES DE L'ÉQUIPE

Il est essentiel de prévoir une intégration progressive des nouveaux membres de l'équipe que ce soit lors du démarrage de l'équipe ou après celui-ci. Cette approche graduelle permet de favoriser, dans un premier temps, l'appropriation du modèle ABC et, dans un deuxième temps, le développement des compétences en gestion positive du risque des membres de l'équipe en apprentissage. Bien qu'une période d'observation soit cruciale, il est important que l'étape d'assignation des dossiers s'effectue de manière progressive en tenant compte à la fois du profil des personnes utilisatrices et du niveau d'expérience des nouveaux membres de l'équipe. Il est préférable que la personne intervenante en période d'intégration ne soit pas responsable simultanément de plusieurs suivis comportant un niveau de risque élevé.

5.3 RENCONTRES D'ÉCHANGES CLINIQUES

5.3.1 Rencontres d'échanges cliniques en équipe

Il est attendu que les membres de l'équipe ABC se réunissent idéalement à chaque semaine ou minimalement deux fois par mois pour des rencontres d'échanges cliniques. Il importe que ces rencontres soient planifiées et structurées afin de permettre aux membres d'avoir des discussions cliniques, d'évaluer la capacité de l'équipe, d'aborder les dilemmes éthiques, d'échanger sur les différents partenariats et de réaliser des activités de codéveloppement. La participation de la ou du psychiatre ou de l'IPSSM à ces rencontres est, par ailleurs, vivement encouragée. Le partage de leur expertise et de leur opinion clinique contribue à favoriser le développement des compétences, à enrichir la compréhension clinique et à accroître l'efficacité des interventions biopsychosociales des membres de l'équipe.

5.3.2 Rencontres cliniques individuelles

Les rencontres cliniques individuelles avec la personne assurant un soutien clinique sont essentielles pour tous les membres de l'équipe, et ce, quel que soit leur niveau d'expérience. Ces rencontres cliniques individuelles permettent à l'intervenante ou l'intervenant d'obtenir un accompagnement et du soutien dans le cadre de sa pratique clinique.

Elles sont l'occasion de :

- réviser la charge de cas individuelle;
- recevoir de la rétroaction constructive;
- soutenir la pratique réflexive et l'analyse clinique;
- discuter des défis rencontrés dans le cadre des interventions;
- obtenir un soutien émotionnel en cas de besoin.

5.4 SOUTIEN EN CAS D'ÉVÉNEMENT SENTINELLE

L'intervention auprès de personnes vivant une situation de crise en santé mentale peut exposer l'équipe ABC à des événements sentinelles (p. ex. : tentative de suicide ou d'homicide, suicide, homicide, voie de fait envers la personne intervenante). Il importe que l'établissement convienne à l'avance des mesures et interventions à déployer afin d'offrir rapidement un soutien à l'équipe et aux personnes concernées (personnel intervenant, personnes utilisatrices et/ou ses proches).

Parmi les formes de soutien pouvant être offertes rapidement aux membres de l'équipe ABC figurent :

- un soutien individuel via le Programme d'aide au personnel;
- un soutien en groupe, offert par la personne assurant un soutien clinique ou par une professionnelle ou un professionnel externe;
- des ressources d'aide spécialisée.

L'équipe ABC est invitée à consulter les politiques et les procédures en vigueur dans son établissement pour élaborer un plan de gestion d'équipe en cas d'événement sentinelle.

6. IMPLANTATION

6.1 PHASES D'IMPLANTATION

L'implantation d'une équipe ABC se déroule en plusieurs phases. Elle requiert une planification rigoureuse, un partenariat étroit avec les acteurs locaux et un accompagnement structuré. Des actions clés sont associées à chacune des phases, assurant ainsi la mise en œuvre efficace et durable des services.

Le plan d'implantation proposé est issu de l'accompagnement réalisé auprès des établissements et de leur expérience respective de déploiement d'une équipe ABC. Il s'inscrit en complément du *Plan de communication et de gestion du changement* développé en 2023 (disponible dans la boîte à outils).

Il est important de rappeler que le développement d'une équipe ABC, de sa création jusqu'à sa pleine maturité, se déroule de manière progressive et s'accompagne de défis logistiques, humains et organisationnels.

6.1.1 Phase d'initiation

La phase d'initiation vise principalement à définir les bases du projet et à obtenir son approbation. Elle garantit un alignement avec les objectifs stratégiques, en analysant les besoins et les ressources nécessaires à la mise en place de l'équipe.

S'arrimer avec Santé Québec et avec le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Les établissements qui souhaitent planter l'ABC doivent préalablement s'arrimer avec la Direction adjointe santé mentale adulte, psychiatrie légale et services en milieu carcéral de Santé Québec et interroger le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal qui est mandaté pour les accompagner dans le déploiement de cette action. Ce dernier offre un soutien tout au long du processus afin d'assurer une implantation en conformité avec le présent guide et en considération des spécificités régionales.

Identifier le réseau local de services à couvrir

Les décisions quant à l'identification du réseau local de services (RLS) à couvrir reviennent à la direction des établissements qui s'apprêtent à planter une équipe ABC. En plus de devoir faire une analyse approfondie des ressources humaines disponibles, de l'étendue du territoire, des services existants et des besoins de la population, deux autres éléments majeurs doivent être considérés :

- **Déterminer le centre hospitalier à desservir :** Si plusieurs urgences hospitalières sont présentes sur le territoire, il est essentiel d'analyser le taux d'achalandage, les motifs de consultation ainsi que les mécanismes de liaison en place dans les urgences. Il est recommandé de centraliser les services de l'équipe ABC au sein d'un seul centre hospitalier au départ et d'élargir l'offre de services en cours d'implantation.
- **Considérer l'offre de services de crise en place :** L'offre de services (ou l'absence d'offre de services) est un facteur à considérer dans le choix du RLS à desservir. Combiné à l'analyse de l'achalandage dans les urgences, ce facteur peut révéler un bris de services pour la population. L'implantation d'une équipe ABC peut combler cette lacune tout en améliorant la fluidité des services.

Identifier une personne chargée de projet

Pour débuter, il est recommandé de nommer une personne chargée de projet au sein de l'établissement. Travaillant en étroite collaboration avec la direction, cette personne joue un rôle clé dans le processus d'implantation. Elle évalue les besoins et les ressources, coordonne les étapes de déploiement et mobilise les partenaires.

Réaliser un portrait des services existants et des besoins locaux

Conformément au cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau de services intégrés spécialisés (1), une analyse des services en place et des besoins locaux est indispensable avant d'implanter une équipe ABC¹⁰. Celle-ci repose sur une compréhension des interactions entre les acteurs présents dans l'écosystème des services, plus précisément ceux liés à la crise et aux MASM. Elle permet de comprendre la trajectoire des personnes utilisatrices au sein des services. L'analyse permet d'élaborer :

- la cartographie des partenaires locaux, incluant les partenaires en amont, à l'intérieur et en aval de l'urgence, les services de crise accessibles 24 h/24, 7 j/7, les MASM et les unités d'hospitalisation;
- le recueil des données et indicateurs tels que le taux d'achalandage à l'urgence, les périodes de pointe, les profils de la clientèle et la provenance des consultations.

Cette étape vise à garantir une intégration réussie de l'équipe ABC tout en renforçant la complémentarité avec les services existants, afin de proposer une réponse ciblée aux besoins liés à la crise en santé mentale.

Former une structure de gouvernance et une équipe projet

La mise en place d'une structure de gouvernance (voir la figure 7) est essentielle pour assurer une gestion efficace et orienter les décisions stratégiques lors du déploiement d'un projet. Elle comprend trois niveaux de leadership :

- **Le niveau stratégique :** Ce niveau assure une vigie globale du projet. Composé principalement de la direction et des chefs de départements, il est responsable de porter la vision du projet à travers les diverses instances, de résoudre les enjeux liés au déploiement et de soutenir l'équipe projet dans la consolidation des arrimages, des négociations et des partenariats.
- **Le niveau tactique :** Ce niveau est chargé de la création et de la coordination du plan d'implantation, ainsi que de la mobilisation des acteurs requis. Il détermine les comités de travail à mettre en place pour le déploiement d'une équipe ABC, et fait le lien entre les comités du niveau opérationnel et du niveau stratégique. Il est souvent dirigé par une conseillère cadre ou un conseiller cadre, responsable du projet et accompagné de la ou du chef de service.

10 À ce stade-ci, il est important de s'arrimer avec les exercices de cartographies réalisés dans le cadre du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) et du MASM, afin d'en assurer la cohérence et l'efficience.

- **Le niveau opérationnel :** Ce niveau englobe l'équipe projet, chargée de l'implantation de l'équipe ABC. Cette équipe est responsable de la mise en place d'une structure pour la réalisation du projet. Elle se concentre notamment sur :
 - l'angle clinique du projet : il implique d'identifier les zones de complémentarité et de divergence entre les services, de clarifier les rôles et responsabilités des partenaires impliqués, d'optimiser les processus de collaboration et de faire escalader les enjeux liés à l'implantation;
 - l'angle administratif du projet : voir phases subséquentes.

L'équipe projet est généralement composée des acteurs suivants :

- une chargée ou un chargé de projet
- une ou un gestionnaire de l'équipe ABC à déployer
- du personnel de soutien clinique des diverses instances (centre de crise, urgence, Info-Social 811)
- des membres des services d'urgence, des MASM et des centres de crise
- des membres des directions de soutien (Direction des services multidisciplinaires, Direction des soins infirmiers)
- une ou un cogestionnaire médical

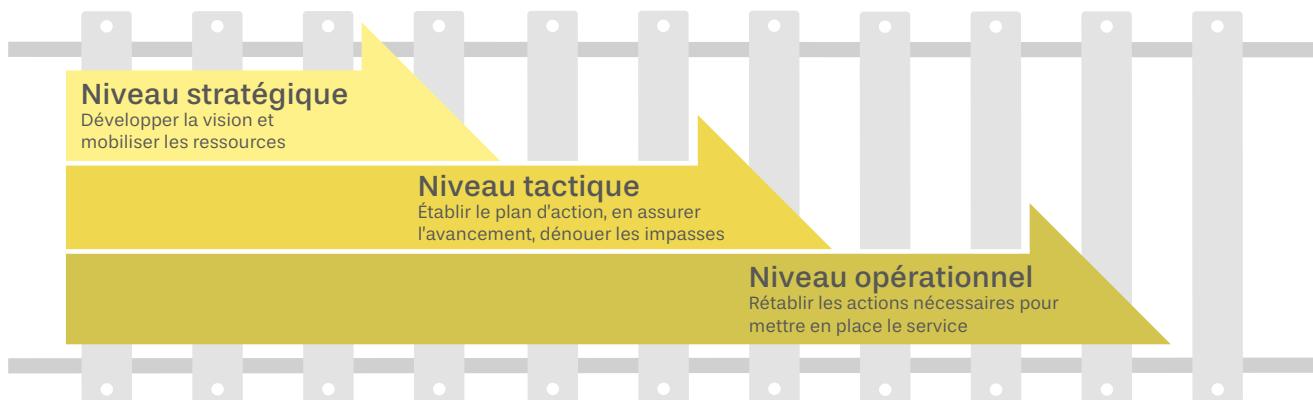


Figure 8. Structure de gouvernance

Cette structure de gouvernance veille à la réalisation des phases de planification et d'implantation.

6.1.2 Phase de planification

Une fois le projet approuvé et les bases posées, la deuxième phase consiste à planifier les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires au lancement des activités opérationnelles de l'équipe ABC.

6.1.2.1 Définir les modalités organisationnelles selon les particularités de la région et de l'établissement

Les établissements doivent ensuite définir leur offre de services en tenant compte des caractéristiques locales et des ressources humaines disponibles en début d'implantation. Cette étape implique de définir :

- les heures d'ouverture
- le RLS desservi
- la source de référence (amont, urgence, Plateau ou unités d'hospitalisation)

Il est possible que l'offre de services soit plus restreinte au moment d'implanter l'équipe et qu'elle s'élargisse à mesure que cette dernière se stabilise.

6.1.2.2 Des ententes de collaboration avec les partenaires internes et externes

L'efficacité d'une équipe ABC dépend fortement de ses interactions avec divers partenaires internes et externes. Parmi les plus cruciaux, on compte l'urgence et les unités, l'UIBP et le TIBD, les centres de crise et les acteurs référents en amont.

Considérant que les équipes ABC n'offrent pas une disponibilité en continu ni un service de ligne de crise, il est indispensable que les établissements concluent des ententes avec un ou plusieurs partenaires offrant une couverture 24 h/24, 7 j/7 en mesure d'offrir en tout temps une réponse rapide aux personnes utilisatrices. Pour des questions de sécurité, il importe que ces ententes de collaboration soient formalisées de manière verbale ou écrite avant le début des activités opérationnelles.

La coordination avec les différents partenaires sera abordée plus en détail dans la section suivante intitulée [Partenariat et collaboration](#).

6.1.2.3 Déterminer la structure de l'équipe et commencer le recrutement

Les établissements doivent déterminer les postes nécessaires en fonction des besoins locaux et du financement disponible, puis procéder à l'affichage des postes. Il est possible pour la ou le gestionnaire d'ajuster la composition de l'équipe en maximisant la contribution de personnel professionnel de divers horizons. Cela permet non seulement de contrer la pénurie de main-d'œuvre, mais d'intégrer d'autres titres d'emplois, notamment ergothérapeute et criminologue, dont les rôles et compétences permettent aussi de répondre aux besoins des personnes utilisatrices de services.

Par ailleurs, les établissements sont encouragés à réévaluer leurs méthodes de recrutement.

La communication interne concernant les nouveaux services de l'ABC et l'intégration d'avantages concurrentiels dans les descriptions de poste, tels que des horaires flexibles, peuvent potentiellement augmenter l'attractivité des offres et, par conséquent, le nombre de candidatures recevables.

6.1.2.4 Planifier l'accès à une ressource médicale (psychiatre ou IPSSM)

L'accès à une professionnelle ou un professionnel médical, psychiatre ou IPSSM, constitue une composante clé du modèle ABC. La répondante ou le répondant médical doit être disponible à temps partiel, avec une couverture ajustée aux besoins identifiés lors de l'analyse préalable. Les établissements doivent préciser leurs attentes en matière de disponibilité pour des consultations téléphoniques auprès de l'équipe, de plages horaires consacrées à une intervention ponctuelle selon les demandes

ou de participation aux rencontres d'équipe. Dans certains cas, les établissements peuvent opter pour un partage de la ressource médicale au sein du Plateau de services, incluant le TIBD et l'UIBP. Cette structure permet d'améliorer la fluidité des services et de limiter les consultations non essentielles à l'urgence.

Bien que la couverture médicale soit requise dans le modèle ABC, l'équipe peut démarrer sans celle-ci. Toutefois, à moyen terme, il est indispensable de planifier l'accès à la ou au psychiatre ou à l'IPSSM afin de renforcer les capacités de gestion du risque de l'équipe, d'offrir des services spécialisés alternatifs à l'urgence et de favoriser une complémentarité de l'offre de services avec les partenaires locaux.

6.1.2.5 Planifier les ressources logistiques et matérielles

Avant le début des opérations, il est nécessaire de planifier les ressources logistiques et matérielles. Cette planification inclut plusieurs aspects, soit l'aménagement des locaux, l'acquisition de fournitures et d'équipement de base et les accès aux applications informatiques. Bien qu'il soit idéal d'effectuer ces démarches avant l'entrée en activité opérationnelle, il est possible de finaliser les préparatifs logistiques et matériels en cours d'implantation. Pour des informations supplémentaires sur les locaux et l'équipement, se référer au chapitre [*Modalités organisationnelles*](#).

6.1.3 Phase d'implantation

La phase d'implantation marque l'entrée en activité opérationnelle de l'équipe ABC. Elle vise à poser les bases du fonctionnement de l'équipe et à permettre à celle-ci de se structurer progressivement tout en garantissant la qualité des services rendus aux personnes utilisatrices. Le démarrage d'une nouvelle équipe engendre son lot d'incertitudes et de zones grises liées à la nouveauté. Il importe donc qu'une gestion de proximité soit opérée pour accompagner les membres de l'équipe, clarifier les attentes et résoudre rapidement les défis rencontrés.

Intégrer progressivement le personnel

La réalité de la pénurie de main-d'œuvre force souvent une intégration très progressive des nouveaux membres de l'équipe. Un minimum de trois intervenantes ou intervenants ETC est exigé avant le lancement de l'offre de services ABC. En plus du nombre d'ETC minimal, les conditions nommées ci-dessous constituent un minimum requis pour garantir des services sécuritaires, tant pour le personnel intervenant que pour les personnes utilisatrices. L'équipe ABC doit pouvoir compter sur :

- une infirmière ou un infirmier dès l'implantation, afin de réaliser les actes réservés liés à l'évaluation de la condition physique et mentale;
- au moins une personne formée pour estimer le risque suicidaire et d'homicide;
- au moins une personne détenant une expérience pertinente en intervention de crise et/ou en santé mentale;
- une ou un membre exerçant le rôle de soutien clinique, le plus tôt possible.

Bien que la formation progressive de l'équipe puisse occasionner certaines contraintes, elle offre aussi une occasion pour les nouveaux membres de s'approprier le modèle ABC à leur propre rythme et de contribuer activement au développement des services de l'ABC. Ces actions favorisent l'intégration des membres

du personnel, le renforcement de leurs compétences en gestion du risque et la mise en œuvre du fonctionnement d'équipe.

6.1.3.1 Assigner progressivement les dossiers

Lorsque l'équipe compte au moins trois intervenantes ou intervenants et que leur période d'intégration est terminée (voir section [*Modalités de soutien clinique*](#)), l'offre de services peut débuter. L'attribution des dossiers doit se faire de manière progressive et réfléchie, en prenant en considération :

- les ressources disponibles (p. ex. : nombre de personnes intervenantes en poste, couverture médicale);
- le niveau de risque des personnes utilisatrices;
- le niveau d'expérience du personnel.

Cette approche graduelle favorise l'appropriation du modèle ABC et le développement des compétences en gestion du risque des membres de l'équipe, tout en garantissant des interventions sécuritaires pour les personnes utilisatrices. Elle permet également de tester et d'ajuster les processus cliniques et le fonctionnement d'équipe avant d'étendre l'offre de services.

Développer un plan de communication interne et externe

Le plan de communication visant à annoncer l'implantation de l'équipe ABC peut se décliner en différentes stratégies selon le niveau de collaboration souhaité avec les partenaires : notes de service, ententes de collaborations formelles ou présentations des services de l'ABC. Dans un premier temps, le plan de communication doit cibler les partenaires de collaboration et de gestion du risque (voir section [*Partenariat et collaboration*](#)). Respectant l'avancement de l'implantation, le plan de communication doit être élargi progressivement aux autres partenaires.

En phase d'implantation, une communication claire et transparente avec les partenaires concernant les critères minimaux établis est essentielle pour que ces derniers ajustent leurs attentes. Il est conseillé d'informer régulièrement les partenaires immédiats de la progression de l'implantation et des capacités de l'équipe. Par exemple, annoncer que l'équipe pourra absorber deux nouveaux dossiers par semaine pour débuter permet aux partenaires d'ajuster leurs demandes et de participer activement à l'évolution de l'offre de services.

Le tableau 3 ci-après présente les critères minimaux requis pour un démarrage sécuritaire en cohérence avec le modèle ABC ainsi que l'évolution attendue à maturité. Il sert de guide pour soutenir le développement des équipes ABC jusqu'à leur plein potentiel.

Éléments clés	Critères minimaux pour un démarrage sécuritaire	Évolution attendue à maturité
Composition de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> Minimalelement 3 ETC, comprenant : <ul style="list-style-type: none"> Une infirmière ou un infirmier Une personne assurant un soutien clinique Au moins une personne formée à l'estimation du risque suicidaire et d'homicide Au moins une personne ayant de l'expérience en intervention de crise et/ou en santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> Équipe complète offrant une diversité de titres d'emploi et incluant minimalement une infirmière ou un infirmier Totalité du personnel clinique formé (voir le tableau 2, section <i>Modalités de soutien clinique</i>)
Couverture médicale	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité de démarrer sans couverture médicale Adaptation de la gestion du risque dans la communauté en conséquence 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité d'une ou un psychiatre ou IPSSM avec des plages horaires réservées (environ 10 à 20 % de la clientèle)
Disponibilité de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> Ajustement de la couverture de soir et de fin de semaine en fonction du nombre de postes pourvus. Les heures d'ouverture doivent permettre une gestion du risque. 	<ul style="list-style-type: none"> Couverture étendue de 8 h à 20 h, du lundi au dimanche (sur place ou de garde)
		Entente avec un partenaire disponible 24 h/24, 7 j/7 en mesure d'offrir une réponse rapide en tout temps et d'assurer une gestion du risque
Assignation des dossiers	<ul style="list-style-type: none"> Assignation adaptée aux ressources disponibles et au niveau d'expérience du personnel clinique Charge de cas individuelle progressive 	<ul style="list-style-type: none"> Assignation équilibrée et en rotation en tenant compte de la charge objective et subjective Charge de cas individuelle : entre 8 et 10 dossiers

Éléments clés	Critères minimaux pour un démarrage sécuritaire	Évolution attendue à maturité
Profil clinique des personnes utilisatrices	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des personnes utilisatrices dont les besoins peuvent être répondus de façon sécuritaire dans la communauté en tenant compte de la composition de l'équipe en implantation (p. ex. : niveau d'expérience du personnel clinique, présence d'une couverture médicale) 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des personnes utilisatrices avec des profils plus complexes grâce à une expérience clinique développée et des compétences de gestion du risque renforcées
Source de référence	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection d'une source de référence parmi les suivantes : en amont, l'urgence, le Plateau et post-hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Réception de demandes d'au moins 3 sources
Territoire desservi	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation dans un seul RLS du territoire afin de favoriser la stabilisation de l'équipe et une consolidation du modèle ABC 	<ul style="list-style-type: none"> • Extension progressive à d'autres RLS du territoire, si souhaité
Partenaires référents	<ul style="list-style-type: none"> • Priorisation des partenaires avec les besoins les plus pressants 	<ul style="list-style-type: none"> • Élargissement et diversification du réseau de partenaires en fonction des besoins émergents liés à la crise en santé mentale

Tableau 2. Le développement d'une équipe ABC : du démarrage à maturité

Considérant que l'ABC évolue dans une culture de SSA, tout comme le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau de services intégrés spécialisés dans lequel il s'inscrit (1), il est appelé à évoluer et à s'améliorer en fonction des retours d'expérience des établissements.

7. PARTENARIAT ET COLLABORATION

Pour remplir leur mandat et atteindre leurs objectifs cliniques, les équipes ABC doivent s'appuyer sur l'expertise d'un réseau de partenaires communautaires et institutionnels solide et diversifié. La réussite de l'implantation repose sur la qualité des liens établis avec ces partenaires et sur une définition claire des rôles et responsabilités de chacun. Il est important de noter que chaque partenariat requiert un niveau d'implication différent dans l'implantation et les opérations quotidiennes. Afin de soutenir les phases de déploiement ainsi que les mécanismes de coordination clinique à mettre en œuvre, les partenaires de l'ABC sont différenciés selon leur niveau d'implication. Ils sont classés en deux catégories : les partenaires de collaboration et de gestion du risque et les partenaires de relais. Les paragraphes ci-après précisent leurs responsabilités ainsi que les actions à mettre en œuvre selon chaque catégorie de partenaires.

7.1 PARTENAIRES DE COLLABORATION ET DE GESTION DU RISQUE

Partageant le mandat d'intervention de crise, les partenaires de collaboration et de gestion du risque sont étroitement et régulièrement impliqués dans le cheminement de la demande et le processus clinique de l'ABC. En vertu de leurs expertises et de leurs mandats, ils jouent un rôle central pour la complémentarité de l'offre de services dans l'estimation et la gestion positive du risque, aussi bien en amont que pendant l'intervention. Ils offrent notamment de l'assistance téléphonique 24 h/24, 7 j/7 ou de l'hébergement temporaire, et peuvent prendre le relais lorsque des services plus intensifs sont nécessaires.

La collaboration entre l'ABC et ces partenaires doit s'appuyer sur une interaction fluide et bidirectionnelle. D'une part, ces partenaires peuvent solliciter l'ABC lors de situations de crise allant au-delà de leur mandat ou lorsqu'un accès à du personnel médical spécialisé en santé mentale est requis. D'autre part, l'ABC peut les interroger lorsque des services complémentaires sont nécessaires pour les personnes en suivi actif, qu'il s'agisse d'un hébergement ou d'une assistance téléphonique 24 h/24, 7 j/7. Ces services complémentaires leur garantissent un filet de sécurité. Sans ce niveau de partenariat, l'offre de services de l'ABC est incomplète, ce qui limite son efficacité et sa portée.

Voici des exemples de partenaires de collaboration et de gestion du risque : urgences, centres de crise, MASM, acteurs du Plateau de services (UIBP, TIBD), Info-Social 811, centres de prévention du suicide.

Responsabilités

Offrir une ligne téléphonique de crise et une couverture de soir et de nuit

L'offre d'une couverture de soir et de nuit constitue un élément crucial du partenariat de collaboration et de gestion du risque, assurant une continuité des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ce service permet de répondre aux besoins urgents qui peuvent survenir en dehors des heures de travail conventionnelles. Les partenaires assurant cette couverture sont formés pour gérer une variété de situations. Leur présence garantit une réponse rapide et adaptée, réduisant les risques d'escalade dans les situations critiques et procurant un sentiment de sécurité aux personnes utilisatrices et à leurs proches.

Repérer et référer les personnes en situation de crise en santé mentale

Les partenaires de collaboration et de gestion du risque sont formés pour évaluer le risque et les besoins associés à la crise. Ceux-ci sont en mesure d'orienter rapidement les personnes vers les services de l'ABC lorsque ces dernières nécessitent un accompagnement bref et rapide dans la communauté.

Moyens de coordination

Entente et mécanisme de coordination

Afin de consolider les liens avec les partenaires de collaboration et de gestion du risque, il importe d'établir une entente intersectorielle. Bien qu'une entente écrite formelle ne soit pas indispensable, une rencontre initiale entre la direction de l'établissement en voie d'implanter l'ABC et les partenaires de collaboration et de gestion du risque s'avère judicieuse. Cette rencontre vise à présenter le projet, à clarifier les rôles et responsabilités de chacun et à renforcer la complémentarité des services. Une seconde rencontre peut inclure les acteurs cliniques pour préciser les modalités d'opérationnalisation des nouveaux partenariats.

En outre, l'entente intersectorielle permet de structurer un mécanisme de coordination efficace entre les équipes tout au long de l'implantation de l'ABC. Fondé sur des échanges bidirectionnels, ce mécanisme implique des rencontres annuelles qui permettent d'améliorer la fluidité des collaborations et de faire le bilan des services offerts pour en assurer la promotion continue. Ce mécanisme intègre également des outils de coordination essentiels, tels que le consentement systématique et le partage d'informations, qui doivent être renouvelés chaque année.

Consentement systématique

Il est recommandé d'inclure systématiquement les partenaires principaux à l'autorisation de communiquer les informations, oralement ou par écrit, dès l'étape de l'admissibilité à l'ABC. Le consentement systématique facilite le partage d'informations en situation de crise, contribuant à une gestion du risque plus sécuritaire et coordonnée. Il est important de souligner que la personne utilisatrice conserve le droit de refuser de donner son consentement ou de le retirer à tout moment.

Partage d'informations

Acteur clé dans la gestion positive du risque, le partenaire de collaboration et de gestion du risque doit être pleinement informé de sa participation à cette démarche. En contexte de risque élevé, il est essentiel de prévoir les modalités de partage des documents suivants :

- la fiche de consentement
- le plan de non-réponse
- le PCC



Pratique inspirante : une équipe ABC et un centre d'intervention de crise unis pour mieux soutenir les personnes utilisatrices

Dès le début de la démarche d'implantation, un établissement de santé et des services sociaux (ESSS) et un centre de crise de la communauté ont fait le choix judicieux de se réunir chaque mois. Leur intention : repenser ensemble les parcours de services pour réduire ou éviter les hospitalisations, offrir une réponse adaptée aux besoins des personnes en situation de crise, et bâtir une réelle complémentarité entre leurs offres de services.

Depuis que l'équipe est déployée, cette collaboration se concrétise par des échanges réguliers entre la coordonnatrice clinique de l'ABC et celle du centre de crise. Ensemble, elles veillent à assurer la fluidité des références, la mobilisation rapide des ressources appropriées et le partage des informations essentielles, dans le respect du consentement des personnes utilisatrices, afin de renforcer le filet de sécurité. Lorsque des situations complexes surviennent, les deux équipes conjuguent leurs forces et expertises pour mettre en place des interventions concertées, centrées sur les besoins des personnes et de leurs proches.

Cette synergie a un effet direct sur les services dispensés. En dehors des heures d'ouverture, les personnes suivies par l'équipe ABC peuvent joindre la ligne d'intervention 24 h/24, 7 j/7 du centre de crise. Inversement, celles soutenues par le centre de crise peuvent être orientées vers l'équipe ABC lorsque des services spécialisés en santé mentale sont requis.

Ce partenariat inspirant renforce l'arrimage des services de crise et favorise des interventions plus efficaces et ciblées.

7.1.1 Partenaires de relais

Les partenaires de relais interviennent principalement lors du relais post-intervention de l'ABC. À titre exceptionnel, ils peuvent agir en tant que référents et soumettre une demande à l'ABC lorsqu'une gestion positive du risque est jugée essentielle. Toutefois, il est important de rappeler que les équipes traitantes ont la responsabilité d'intensifier le suivi auprès des personnes qu'elles accompagnent dès que nécessaire.

Bien qu'ils jouent un rôle clé dans la continuité des soins, les partenaires de relais ne participent pas directement à la gestion positive du risque ni au mandat d'intervention de crise de l'ABC.

Ces partenaires proviennent à la fois du milieu communautaire et du RSSS. En voici des exemples : les équipes de suivi dans la communauté en santé mentale (SIV, SIM, suivi d'intensité flexible [SIF], suivi de bas niveau d'intensité [SBNI]), cliniques externes en santé mentale, centre de réadaptation en dépendance, organismes communautaires.

Responsabilités

Assurer le relais post-intervention ABC

L'expérience des établissements révèle qu'une proportion importante de personnes utilisatrices nécessite des interventions supplémentaires à l'issue du suivi ABC. Il est donc important que les équipes ABC connaissent les partenaires et créent des liens avec eux pouvant répondre aux besoins spécifiques de ces personnes par le biais d'une offre de services adaptée.

Compléter ou bonifier les interventions ABC

Des partenaires de relais peuvent être mobilisés tout au long du suivi ABC, en fonction de leur expertise, afin d'offrir une intervention plus ciblée et adaptée aux besoins spécifiques des personnes utilisatrices. Ces interventions concertées permettent d'apporter un soutien supplémentaire. Il peut inclure l'offre d'un soutien spécifique comme la gestion financière, en collaboration avec un organisme communautaire spécialisé, ou encore, l'intervention sur des problématiques liées à l'usage d'une substance, par le biais d'un centre de réadaptation en dépendance.

Moyens de coordination

Présentation des services de l'équipe ABC

La tournée de présentation constitue une étape clé pour faire connaître le mandat et les services de l'équipe ABC auprès des partenaires, répondre aux questions et préciser les processus de référencement. Elle permet également de personnaliser les nouveaux services et de renforcer les liens entre les équipes.

8. PRATIQUES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

La responsabilité sociale et environnementale est essentielle pour répondre aux besoins actuels et assurer un avenir durable et prospère aux générations futures. En intégrant les principes de la *Loi sur le développement durable (Recueil des lois et des règlements du Québec [RLQ], c. D-8.1.1)*¹¹, pris en compte dans le cadre conceptuel *Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale* du Plateau de services intégrés spécialisés (1), l'ABC contribue activement à cet objectif de développement durable. Ces principes, qui nécessitent la collaboration et l'engagement des différentes parties prenantes de l'ABC et du Plateau, doivent orienter les décisions de l'établissement et guider les membres des équipes dans leurs activités quotidiennes.

Pistes d'action inspirantes

Certaines initiatives peuvent être adaptées à l'échelle locale, tandis que d'autres sont déjà en place et peuvent inspirer les gestionnaires et les membres du personnel clinique. Parmi celles-ci, mentionnons :

- la planification durable des déplacements : encourager, lorsque possible, l'utilisation de modes de transport réduisant les émissions de gaz à effet de serre, tels que le transport en commun, le covoiturage et le vélo;
- la politique d'achats écoresponsables : privilégier les produits durables, recyclables ou certifiés écologiques dans les processus d'approvisionnement;
- la réduction de la consommation énergétique : adopter des pratiques permettant de diminuer la consommation d'énergie dans les locaux, notamment par l'optimisation de l'éclairage et des systèmes de chauffage et de climatisation;
- l'utilisation réfléchie des technologies de l'information : optimiser l'utilisation des équipements et des ressources numériques afin de limiter la consommation d'énergie et de bande passante;
- la gestion efficace des ressources matérielles : réduire le gaspillage grâce à une meilleure planification et prioriser la réparation des équipements plutôt que leur remplacement systématique;
- la sensibilisation et l'engagement : former les équipes aux pratiques durables et les encourager à développer des compétences écologiques, en cohérence avec le principe de responsabilité partagée.

11 Pour consulter les principes inscrits à la loi, voir le lien suivant : [principes.pdf](#).



CONCLUSION

Ce guide d'application a été élaboré pour répondre à des défis structurels majeurs en santé mentale. Tenant compte des besoins biopsychosociaux, il met de l'avant une approche spécialisée centrée sur la personne. Il favorise une collaboration étroite entre les intervenantes et intervenants, les personnes utilisatrices, leurs proches et les partenaires, son objectif étant d'offrir des solutions concrètes pour un meilleur accès aux services et pour une expérience de soins optimale.

Dans un contexte d'engorgement des urgences, l'Accompagnement bref dans la communauté (ABC) se positionne comme une alternative spécialisée pour réduire le recours aux urgences lors de situations de crise en santé mentale. En favorisant une meilleure coordination entre les services spécialisés, il contribue à fluidifier la trajectoire de soins et de services des personnes utilisatrices. Inscrit dans un changement de paradigme, l'ABC joue un rôle clé pour garantir une trajectoire efficace, adaptée et ancrée dans les réalités des milieux.

Ce guide a été conçu pour être à la fois stratégique et pratique. Il vise à outiller les acteurs du réseau dans l'implantation des équipes ABC à travers le Québec. Il insiste sur l'importance de suivre des étapes claires, tout en reconnaissant la nécessité d'adapter le modèle ABC aux réalités de chaque région. L'ABC ne cherche pas à remplacer les services existants, mais à les compléter, en valorisant l'intelligence stratégique des milieux et en encourageant l'élaboration de solutions locales.

Cette première édition du guide est le fruit d'une démarche de coconstruction, enrichie par la contribution des établissements ayant déjà implanté le modèle. Conçu pour évoluer, le guide sera bonifié en fonction des retours d'expérience du personnel intervenant, des personnes utilisatrices, de leurs proches et des partenaires. Ce processus d'amélioration continue place les besoins et le bien-être des personnes utilisatrices et de leurs proches au cœur de la démarche.

En somme, ce guide d'application constitue une étape clé dans la transformation des services en santé mentale. En misant sur une approche centrée sur la personne, une collaboration accrue entre tous les acteurs concernés et une adaptabilité aux réalités locales, il contribue à façonner un système plus réactif, inclusif et humain. L'engagement collectif et l'innovation locale seront déterminants pour relever les défis actuels et améliorer l'expérience des soins en santé mentale.



MÉDIAGRAPHIE

1. Santé Québec. *Cadre conceptuel : Vers des alternatives à l'hospitalisation en santé mentale – Plateau de services intégrés spécialisés*. Québec : Santé Québec; 2025.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif*[en ligne]. Gouvernement du Québec; 2022. Rapport no 21-914-15W. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
3. Johnson S, Dalton-Locke C, Baker J, Hanlon C, Salisbury TT, Fossey M, et al. *Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care*. World Psychiatry. 2022 Jun; 21(2):220-236. doi:[10.1002/wps.20962](https://doi.org/10.1002/wps.20962)
4. Hasselberg N, Holgersen KH, Uverud GM, Sjøvland J, Lloyd-Evans B, Johnson S, et al. *Fidelity to an evidence-based model for crisis resolution teams: a cross-sectional multicentre study in Norway*. BMC Psychiatry. 2021 May;21(1):231. doi:[10.1186/s12888-021-03237-8](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03237-8)
5. Unité d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé mentale de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. *Enjeux d'implantation des équipes mobiles d'intervention de crise* [Note informative]. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal; 2019.
6. Roy G, Simard ME, Saralta M. *Équipes mobiles de résolution de crise en santé mentale : revue de littérature*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal; 2024.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Annexe 1 : 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996 [en ligne]. Québec : Gouvernement du Québec; 1997. p. 105-175. Disponible : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_155co.pdf
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves* [en ligne]. Québec : Gouvernement du Québec; 1997 Disponible : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_155co.pdf
9. Fleury MJ, Grenier G. Historique et enjeux du système de santé mentale québécois. *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé* [en ligne]. 2004;10(1):21-38. Disponible : <https://orphelinsdeduplessis.ca/wp-content/uploads/2014/05/1940-Asille-de-fous.pdf>
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec; 2005. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>

11. Dalton-Locke C, Johnson S, Harju-Seppänen J, Lyons N, Sheridan Rains L, Stuart R, et al. *Emerging models and trends in mental health crisis care in England: a national investigation of crisis care systems*. BMC Health Serv Res. 2021 Oct 29;21(1):1174. doi:[10.1186/s12913-021-07181-x](https://doi.org/10.1186/s12913-021-07181-x)
12. Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books; 1964.
13. Lafleur C, Séguin M. *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Québec : Presses de l'Université Laval; 2008.
14. James RK, Gilliland BE. *Crisis intervention strategies*. 7th ed. Belmont(CA) : Brooks/Cole; 2013.
15. Séguin M, LeBlanc L. *Intervention en situation de crise*. 3^e éd. Montréal : Chenelière Éducation; 2021.
16. Hudson E, Pariseau-Legault P, Cassivi C, Chouinard C, Goulet M. *Mental Health Crisis: an Evolutionary Concept Analysis*. Int Journal Ment Health Nurs. 2024 Dec; 33(6):1908–1920. doi:[10.111/inm.13412](https://doi.org/10.1111/inm.13412)
17. Moitra M, Santomauro D, Degenhardt L, Collins PY, Whiteford H, Vos T, et al. *Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: a systematic review and meta-regression analysis*. Journal J Psychiat Res. 2021;137:242–249. doi:[10.1016/j.jpsychires.2021.02.053](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.053)
18. Turcotte D, Deslauriers JP. *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*. Québec : Les Presses de l'Université Laval; 2017.
19. Poirier, M. et Larose, S. *La crise dans tous ses états*. Dans : Larose S. et Fondaire M., directeurs, *Détresse psychologique en situation de crise*. Montréal : Éditions Québec-Livres; 2015 p. 20–49.
20. Office des professions du Québec. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Guide explicatif [en ligne]. 4^e éd. Québec : OPO; 2021. Disponible : [2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf](https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf)
21. Le portail du réseau québécois de la télésanté. *Qu'est-ce que la télésanté?* [en ligne]. Disponible : <https://telesantequebec.ca/patient/telesante/#:~:text=La%20t%C3%A9l%C3%A9sant%C3%A9%20peut%20se%20d%C3%A9finir,r%C3%A9el%20ou%20en%20un%20temps%20diff%C3%A9rent%20de%20la%C3%A9t%C2%BB>
22. Rains LS, Dalton-Locke C, Landau S, Needle JJ, Johnson S. *Variations in the uptake of telemental health technologies in community and crisis mental health services during the early pandemic: a survey of mental health professionals in the UK*. BMC Psychiatry. 2022;22(1):776. doi:[10.1186/s12888-022-04385-1](https://doi.org/10.1186/s12888-022-04385-1)
23. Comité organisateur de la formation interprofessionnelle en santé (COFIPS). *Cadre de compétences*. 2025. Disponible : https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/gscw031owa_no_site=4494&owa_no_fiche=15#:~:text=La%20collaboration%20interprofessionnelle%20est%20une,proximes%20et%20de%20la%20communauté%C3%A9
24. *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. R.L.R.Q. chapitre I-8. Disponible : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/I-8.pdf>

25. Karlsson B, Borg M, Biong S, Ness O, Kim HS. *A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 2. Provision of professional services*. Int J Ment Health Syst. 2012;6(1):1-17. DOI: [10.1186/1752-4458-6-14](https://doi.org/10.1186/1752-4458-6-14)
26. Department of Health. *The Mental Health Policy Implementation Guide [en ligne]*. 2001. Disponible : <http://intensivehometreatment.com/wp-content/uploads/2010/10/Mental-health-policy-implementation-guide-department-of-health-2001.pdf>
27. National Audit Office. *Crisis Resolution Home Treatment Services Survey of referring clinicians [en ligne]*. Londres; 2007. Disponible : <https://intensivehometreatment.com/wp-content/uploads/2011/01/NAO-crht-survey-of-referring-clinicians.pdf>
28. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale. Considérer, intégrer, outiller [en ligne]*. Gouvernement du Québec; 2024. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-10W.pdf>
29. Association paritaire pour la Santé et la Sécurité du Travail du Secteur Affaires Sociales (ASSTSAS). *Portail de formation [en ligne]*. Disponible : <https://formations.ensembleenprevention.ca/home/index>
30. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. *Conduite professionnelle attendue pour les travailleurs sociaux en matière d'évaluation. Lignes directrices [en ligne]*. 2020. Disponible : <https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2020/09/Lignes-de-conduites-TS-Septembre-2020.pdf>
31. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Faire ensemble et autrement. La participation de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services. Guide d'accompagnement [en ligne]*. Gouvernement du Québec; 2016. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-08W.pdf>
32. Berquin A. *Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie*. Rev med suis. 2010;6(258):1511-1513. doi: [10.53738/REVMED.2010.6.258.1511](https://doi.org/10.53738/REVMED.2010.6.258.1511)
33. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux [en ligne]*. Gouvernement du Québec; 2010. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-02.pdf>
34. Unité d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé mentale de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. *Traitements et interventions en hospitalisation de courte durée pour les patients ayant des problèmes de santé mentale et toxicomanie [en ligne]*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal; 2019. Disponible : <https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusssemtl/files/media/document/Traitement%20et%20interventions%20-%20UETMIS.pdf>
35. Balas LL, [dir.]. *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal; 2008.

36. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Pratiques de suivi étroit auprès des personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital : défis rencontrés et pistes de solution* [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2024. Disponible : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Suivi_etroit_EP_VF.pdf
37. Poirier-Veilleux C, Bédard C., Fournier V. *Balises pour soutenir le déploiement de l'offre de service de suivi étroit*. 2024.
38. National Action Alliance for Suicide Prevention. *Recommended standard care for people with suicide risk: making health care suicide safe* [en ligne]. Education Development Center, Inc. Disponible : https://theactionalliance.org/sites/default/files/action_alliance_recommended_standard_care_final.pdf
39. Cassivi C, Sergerie-Richard S, Saint-Pierre B, Goulet M. *Crisis plans in mental health: a scoping review*. Int J Ment Health Nurs. 2023;32(5):1259–1273. doi:[10.1111/ijnm.13158](https://doi.org/10.1111/ijnm.13158)
40. Goulet MH, Sergerie-Richard S, Dostie M, Drouin JS, Vigneault L, Genest C. *Joint crisis plan in mental health Settings: a reflective process more than an intervention tool?* Healthcare (Basel). 2024;12(23):2352. doi:[10.3390/healthcare12242352](https://doi.org/10.3390/healthcare12242352)
41. Ferrari P, Lequin P, Milovan M, Suter C, Golay P, Besse C, et al. *Autodétermination et décision partagée dans les phases critiques du rétablissement. Pratiques et contenus du plan de crise conjoint en santé mentale* [en ligne]. Réseau Santé Région Lausanne. 2018;(11)05. Disponible : https://reseau-sante-region-lausanne.ch/wp-content/uploads/sites/2/2024/02/publication_11-pcc.pdf
42. Ferguson M, Rhodes K, Loughhead M, McIntyre H, Procter N. *The effectiveness of the safety planning intervention for adults experiencing suicide-related distress: a systematic review*. Arch Suicide Res. 2022;26(3):1022–1045. doi:[10.1080/13811118.2021.1915217](https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1915217)
43. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec. Cadre de référence à l'intention des établissements de Santé et des Services sociaux* [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2023. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-914-27W.pdf>
44. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (UETMIS-IUSMQ). *Le risque suicidaire chez les personnes atteintes de troubles psychotiques, bipolaires ou de la personnalité*. Note informative préparée par Julie Cummings et Diane Lalancette (ET32-1208). 2015.
45. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus. Guide pratique à l'intention des intervenants en soutien à la formation Susciter l'espoir et estimer le danger* [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2024. Disponible : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-247-02W_Guide_intervenant.pdf
46. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Cadre de référence* [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2023. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>

47. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028. Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet* [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2018. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>
48. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune* [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2010. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
49. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Services sociaux généraux. Offre de service* [en ligne]. Gouvernement du Québec; 2013. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>
50. Gouvernement du Québec. *Autoformation Mieux accueillir les personnes handicapées : le trouble de santé mentale* [en ligne]. Québec : Gouvernement du Québec; 2024. Disponible : <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/participation-sociale-personnes-handicapees/autoformation-mieux-accueillir-personnes-handicapees/trouble-sante-mentale>
51. Organisation mondiale de la Santé. *Santé mentale : renforcer notre action* [en ligne]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2022. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
52. *Code des professions*, R.L.R.Q. chapitre C-26. Disponible : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>
53. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec. *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale. Lignes directrices* [en ligne]. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec; 2018. Disponible : <https://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Cmq/9782924674154.pdf>
54. Grand dictionnaire terminologique [en ligne]. Office québécois de la langue française. Partenaire. Disponible : <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8378037/partenaire>



LEXIQUE

Communauté

Une communauté est un groupe de personnes qui vivent bien souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Les membres ont, dans une certaine mesure, conscience de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire (48).

Crise en santé mentale

La crise en santé mentale est une expérience propre à chaque personne, ancrée dans un contexte, marquée par une escalade d'émotions, de pensées et de comportements interférant avec son fonctionnement social, professionnel et/ou interpersonnel. Bien que les limites de la crise puissent être floues, cette expérience peut commencer par une perte de référents structurels et interprétatifs et aboutir au développement d'une nouvelle structure avec différents stades d'escalade et d'équilibre entre les deux (16).

Décision partagée

« La décision partagée est une approche de soutien à la décision avec [la personne utilisatrice] largement documentée sur le plan scientifique, notamment par la Chaire de recherche du Canada en décision partagée et application des connaissances. Outre la participation de [la personne], elle nécessite celle de [sa ou de] son médecin, [d'intervenantes et] d'intervenants et de [professionnelles et] professionnels. Elle a comme point de départ une décision pour laquelle des options sont possibles, y compris celle de ne rien faire. Pour prendre cette décision, des données scientifiques valides et disponibles sont présentées pour chacune des options et sont discutées en équipe pour mettre en évidence les avantages (les bénéfices) et les inconvénients (les risques) que comporte chacune d'elles. La décision tient également compte de ce qui importe le plus pour [la personne utilisatrice]. Ainsi, ses valeurs, ses attentes et ses préférences sont au cœur de cette approche. Ce processus décisionnel répond aussi aux attentes des [personnes utilisatrices] qui se trouvent dans un contexte empreint d'incertitude, notamment lorsqu'il y a peu ou pas de preuves scientifiques pour appuyer la décision » (46).

Éducation psychologique

L'éducation psychologique se définit comme « une intervention qui vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne [ou de ses proches]. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements y incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien

ou le rétablissement de sa santé et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi » (46).

Estimer

Prendre en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments. En prévention du suicide, la finalité de l'estimation vise à déterminer à la fois le niveau de risque suicidaire et les mesures de sécurité associées.

Filet de sécurité

Ensemble de mesures préventives, de stratégies et de ressources à mettre en place pour assurer la sécurité de la personne en situation de crise.

Membres de l'équipe

L'ensemble des membres de l'équipe, dont le personnel infirmier, le personnel psychosocial, les psychiatres, les pharmaciennes ou pharmaciens, le personnel administratif et les gestionnaires.

Moment critique

Période ou événement pouvant accroître la vulnérabilité de la personne utilisatrice et entraîner une aggravation de son état et/ou un passage à l'acte (suicidaire, hétéroagressif ou d'homicide). Parmi les situations pouvant constituer un moment critique on trouve notamment : les pertes significatives (p. ex. : personnes, animaux, logement, emploi, argent), les enjeux relationnels (p. ex. : rupture amoureuse, conflit interpersonnel), les échecs touchant les raisons de vivre (p. ex. : perte de la garde des enfants, échec scolaire), les problèmes de santé physique ou mentale (p. ex. : annonce d'un diagnostic, douleur chronique et intolérable, perte d'autonomie), les enjeux de dépendance (p. ex. : perte d'argent importante liée au jeu ou à la consommation, rechute, sevrage de stimulants), et les événements à caractère traumatique (p. ex. : agression, accident grave, suicide dans l'entourage). Tout moment critique exige une vigilance accrue et peut nécessiter un suivi étroit.

Orientation

L'orientation sert à explorer avec la personne des stratégies d'aide appropriées et des pistes de solutions selon sa situation et ses besoins, de façon à répondre à ses questions. L'orientation consiste aussi à lui fournir l'information factuelle nécessaire sur les services disponibles au sein des établissements du RSSS, dans la communauté ou dans tout autre établissement sociosanitaire lorsque le recours à ces services est jugé approprié (49).

Partenaires

Organisation avec laquelle une autre organisation collabore pour atteindre des objectifs convenus en commun (54).

Plus précisément, dans ce document, le terme « partenaires » fait référence aux services du RSSS (p. ex. : cliniques PPEP, urgences), aux organismes communautaires (p. ex. : centres de crise, dépannage alimentaire) ou à d'autres services offerts dans la communauté (p. ex. : services policiers).

Plateau

Dans ce document, le Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale inclut les services Accompagnement bref dans la communauté (ABC), Unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP) et Traitement intensif bref à domicile (TIBD).

Proches

« La notion de proche est envisagée dans une perspective globale et inclusive. Ainsi, l'appellation proche peut désigner largement [l'ensemble des] membres de la famille (biparentale intacte, séparée ou recomposée) ainsi que [la conjointe ou] le conjoint, la parenté, les [amies et] amis, [le voisinage], les [employeuses et] employeurs, les collègues de travail, etc. Leur implication peut parfois se présenter par un soutien intensif ou encore une présence discrète, mais constante. Les proches sont [identifiées et] identifiés par la personne et constituent son réseau de soutien dans son regard à elle. » (28)

Professionnel

Toute personne exerçant l'une des professions réglementées et régies par le Code des professions du Québec et qui intervient selon son champ d'exercice (52).

Réadaptation

La réadaptation vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés.

Elle est utilisée, entre autres, auprès des personnes présentant des problèmes importants de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. La réadaptation peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer, par exemple, la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales (46).

Référence

Mesure personnalisée consistant à procéder à une recommandation directe de la personne auprès du service le plus apte à l'aider à résoudre les difficultés avec lesquelles elle est aux prises. La référence est réalisée au moyen d'un document papier ou électronique. Elle peut également être réalisé lors d'un appel téléphonique avec une intervenante ou un intervenant en charge de l'accueil (49).

Relais

Action d'orienter la personne utilisatrice et/ou ses proches vers différents services considérant leurs besoins et leur volonté. Le relais peut être effectué à tout moment durant le suivi ABC ou à la fin de l'épisode de services, selon l'intensité de services, afin de maintenir une continuité de services.

Repérage

Le repérage est un processus de reconnaissance des personnes présentant des indices d'un trouble, d'un problème ou d'une maladie afin de les orienter vers les services pertinents, notamment par l'utilisation d'outils autoadministrés (49).

Santé mentale

« État de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » ([51](#)).

Services de proximité

Les services de proximité sont un ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) ainsi que de services de santé publique adaptés aux besoins de la population à l'intérieur d'un territoire ciblé, grâce à l'intervention des partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels. Les services de proximité sont visibles et connus pour assurer un accès optimal aux ressources de la communauté et du RSSS, en plus de maintenir un lien de confiance avec la population ([46](#)).

Traitements

Le traitement est un ensemble de mesures destinées à guérir, à soulager ou à prévenir un trouble. Dans ce guide, les traitements incluent la pharmacothérapie, la psychothérapie et les autres types d'interventions ([49](#)).

Trouble de santé mentale

État de santé qui se caractérise par l'altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui perturbe le fonctionnement de la personne et entraîne de la détresse ([50](#)).

