



Bilan

RAPPORT STATISTIQUE 2009-2010

La présentation statistique offre un portrait global de l'ensemble des services rendus, des actes professionnels réalisés et une typologie de la clientèle. Néanmoins, ces données peuvent parfois ne pas être exhaustives et comporter certaines limites souvent associées au contexte particulier de la saisie des données.

- ° Les données recueillies peuvent être limitées, entre autres facteurs, par le fait que :
 - Chaque intervenant en poste s'occupe de la saisie des données statistiques relevant de ses activités professionnelles. Or, il arrive que l'intervenant soit en intervention sur plusieurs fronts en même temps, sur plusieurs lignes par exemple, et qu'il doive répondre à une autre situation alors qu'il n'a pas terminé la saisie des données. Dans ce cas, les limites associées à la qualité statistique des données sont le reflet du parti pris clinique au Centre de crise de Québec, soit celui de faire de l'intervention une priorité sur toute autre activité. En effet, l'intervention est la préoccupation essentielle de l'intervenant, et ce, parfois au détriment de la compilation des informations statistiques. Ce sont donc les exigences de la fonction de l'intervenant en poste qui peuvent expliquer une partie des lacunes statistiques.
 - En situation de crise, il est parfois difficile d'obtenir toute l'information de la part du client dont l'état exige une intervention immédiate et soutenue. Par exemple, l'intervenant n'a pas toujours accès au diagnostic. De même, lors de moments de crise aigus, la demande d'information de la part de l'intervenant pourra être vécue par le client comme étant intrusive ou comme venant briser un contact humain absolument nécessaire pour la personne à ce moment-là. La priorité est en tout temps de créer un lien suffisant pour amorcer l'intervention nécessaire. Dans ce cas comme dans celui qui précède, mais d'une façon différente, les limites observées dans la saisie des données reflètent ce choix clinique, celui d'accorder la priorité au client.



- L'approche clinique au cœur de l'intervention de crise n'a pas essentiellement pour fondement les données factuelles ou objectives et extérieures à la personne, mais elle englobe l'ensemble des éléments de son expérience, dont une partie importante a trait à l'expérience subjective et singulière de cette personne. Par exemple, la connaissance du diagnostic peut, certes, donner quelques repères pour l'intervention, mais c'est la dynamique particulière dans la subjectivité de cette personne telle qu'elle se présente dans l'ici et maintenant, et que le diagnostic ne recouvre pas, qui sert de guide à l'intervention. Ceci se reflète aussi dans la compilation des statistiques qui ne représentent en fin de compte qu'une partie des savoirs que recueillent les intervenants sur leurs clients.
- Les intervenants sont nombreux et mobiles au sein des différents postes ce qui influence la fidélité de la mesure statistique. Qui plus est, une part de la saisie des données repose sur l'évaluation individuelle de chaque intervenant et peut varier selon sa formation, son niveau d'expérience, etc.
- Rappelons que la somme des interventions dépasse nettement les compilations statistiques effectuées. Par exemple, les interventions réalisées « sur le plancher », c'est-à-dire dans les résidences thérapeutiques, ne sont pas compilées statistiquement, mais seulement de façon qualitative sous forme de notes cliniques dans les dossiers des clients. C'est dire que la compilation d'une intervention d'hébergement peut en réalité représenter plusieurs dizaines d'opérations réalisées durant l'hébergement, telles que des interventions en face à face, des concertations, des évaluations et des orientations. Autre exemple, les statistiques ne discriminent pas entre les différents niveaux de difficulté des interventions (entre une intervention téléphonique simple de quinze minutes et une plus complexe de plus d'une demi-heure; entre un séjour normal et un séjour très exigeant, sollicitant un niveau complexe d'intervention).

Pour toutes ces raisons, nous avons choisi de traduire certaines données sous la forme de pourcentages afin qu'elles soient plus représentatives de notre réalité. Les données recueillies prennent la forme d'un échantillon servant à représenter, par extrapolation, l'ensemble des services.



PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE EN 2009-2010

Pour les catégories groupes d'âge, sources de revenus et milieu socio-résidentiel, nous avons choisi de ne présenter que les clients dont les données étaient complètes et avons omis ceux dont certaines données étaient manquantes, afin de nous assurer de la validité de nos données.

NOMBRE DE PERSONNES DESSERVIES PENDANT L'ANNÉE : 6605

NOUVEAUX CLIENTS CETTE ANNÉE : 2155 (33% SONT DES NOUVEAUX CLIENTS)

POURCENTAGES SELON LE SEXE

Connus : **91.8% (6064)**

Hommes: **46.1% (2795)**

Non compilé : **8.2% (541)**

Femmes: **53.9% (3269)**

Malgré le fait que, traditionnellement, ce sont les femmes qui ont davantage recours aux services d'aide lors de situations difficiles, nous observons une hausse légère, mais constante, des demandes provenant de clients masculins dans nos services au fil des ans. Cela diminue ainsi l'écart de demandes d'aide entre les hommes et les femmes. La littérature scientifique démontre à cet effet que les hommes qui traversent des épreuves difficiles sont à risque élevé de commettre un suicide. Ils consultent plus tardivement et ont plus de difficulté à créer le lien nécessaire pour poursuivre une démarche d'aide. Nous continuons donc à travailler afin de nous rapprocher de la réalité des clients masculins, qui sont aussi souvent plus isolés que les femmes, pour adapter notre intervention à leurs besoins et à leur façon particulière d'exprimer leur détresse, mais surtout en fonction de leurs propres stratégies d'adaptation et d'expressions de leur détresse.



POURCENTAGES SELON LE GROUPE D'ÂGE

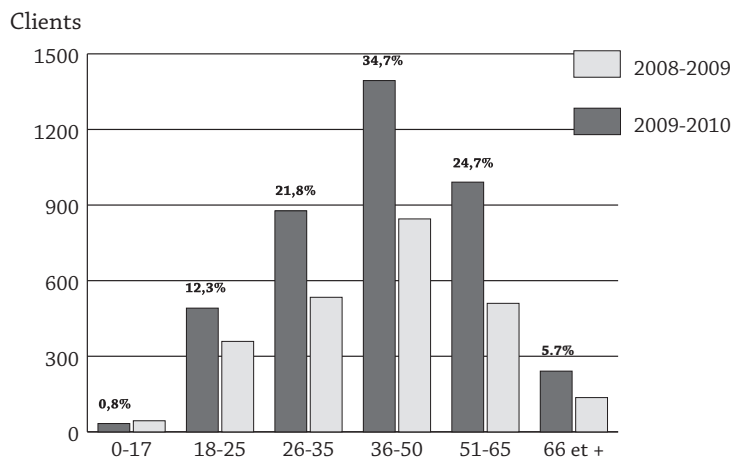
Connus: 61% (4027)

Non compilé: 39 % (2578)

Au fil des ans, nous notons que la répartition par groupes d'âge de la clientèle du Centre de crise demeure stable. Ainsi, cette année, nous retrouvons sensiblement les mêmes proportions que lors des années précédentes.

RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE SELON L'ÂGE

Total: 4027 clients



Traditionnellement, la grande majorité des clients du Centre de crise ont entre 18 ans et 65 ans. En fait, environ la moitié des clients (56.4%) sont âgés entre 26 et 50 ans et 43.6% des clients ont moins de 25 ans et/ou plus de 51 ans.

Ces données semblent refléter les tendances générales observées ailleurs dans l'utilisation des services et montrent clairement que le Centre de crise répond aux besoins particuliers de populations vulnérables de notre société, dont les jeunes et les personnes âgées, mais qu'il rejoint aussi l'ensemble de la population. À titre d'exemple, nous recevons de plus en plus de demandes d'hébergement pour des personnes âgées en perte d'autonomie qui sont en situation de détresse importante. En somme, le Centre de crise est un service complémentaire et essentiel, qui doit s'adapter aux besoins particuliers de l'ensemble de la population.



SOURCES DE REVENUS

Connus : 93.7% (2507)

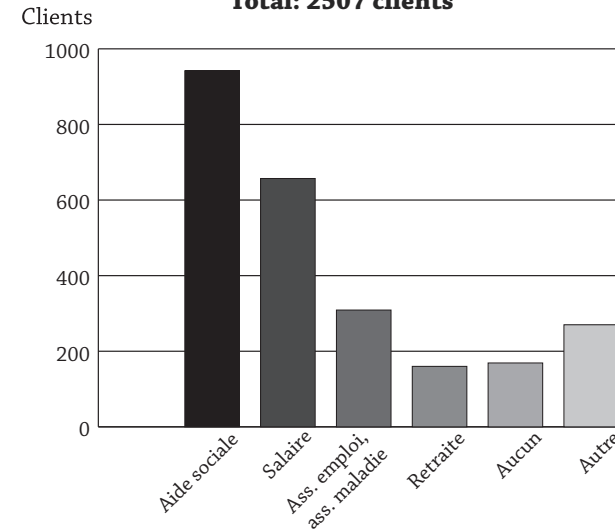
Non compilé: 6.3 % (169)

La constance de la clientèle fréquentant le Centre de crise en ce qui a trait aux divers groupes d'âge s'observe également dans la catégorie sources de revenus, au fil des ans. Ainsi, depuis 2005 jusqu'à aujourd'hui, nous observons peu de variabilité dans la répartition différentielle des clients en fonction de la source de revenus. En détail, environ 26.2 % des clients fréquentent le marché du travail et plus de 37.6 % sont prestataires d'aide sociale alors que 12.3 % bénéficient du régime d'assurance-emploi ou d'assurance-salaire (assurance-maladie). Autrement dit, nous constatons que le total des personnes vivant d'autres sources de revenus que le travail est de 73.8% et cette tendance paraît constante depuis les dernières années. Ceci signifie évidemment que le Centre de crise est une ressource de première importance pour les clientèles vulnérables et en particulier pour celles qui sont aux prises avec de multiples problématiques, c'est-à-dire celles dont la précarité personnelle risque de s'étendre dans plusieurs sphères de la vie (psychique, relationnelle, sociale, économique, etc.).

En somme, ces données reflètent fidèlement la réalité des personnes de toutes les couches sociales et des facteurs de risque qui y sont associés. Ainsi, nous observons que les situations de crise s'étendent progressivement à l'ensemble de la population et qu'elles concernent de plus en plus des clientèles non traditionnelles. En effet, les différentes pressions sociales contemporaines et le démantèlement du lien social portent atteinte à la santé mentale des individus, dont les travailleurs (26.2 % de notre clientèle) qui, par le fait même, courent le risque de perdre plusieurs acquis socio-économiques lorsque leurs difficultés ne se résorbent pas.

SOURCES DE REVENUS

Total: 2507 clients





MODE DE RÉSIDENCE

Connus: 40,5 % (2680)

Non compilé: 59,5 % (3925)

MODES DE RÉSIDENCE	NOMBRE DE PERSONNES	POURCENTAGE
Vit seul	1168	34.8%
Avec conjoint	427	17.1%
Avec conjoint/enfants	259	10.4%
Sans domicile fixe/refuge	286	11.5%
Colocataire	151	6%
Chambre et pension	36	1.4%
Chez les parents/famille	339	13.6%
Autres (appart. supervisé, maison de transition, CH)	14	0.6%
TOTAL	2680	100%

Ici aussi, nous observons que la distribution par modes de résidence est sensiblement la même que par les années passées. Ainsi, 34.8 % des clients qui sollicitent une aide au Centre de crise vivent seuls et sont probablement très isolés, sans compter la précarité financière dont ils peuvent aussi souffrir.

Ces chiffres suivent les tendances générales dans la sphère sociale et soulignent l'importance de l'investissement du lien à l'autre dans l'intervention tel que nous le pratiquons au Centre de crise. En effet, nous connaissons tous l'importance de la création de liens significatifs dans le processus du rétablissement. Par ailleurs, près de 11.5 % des clients sont sans domicile, ce qui est un taux considérable. Ajoutons à ces données qu'environ 6%

de nos clients vivent sans aucune forme de revenu. Cela signifie que le Centre de crise de Québec est une référence importante pour les personnes en état de fragilité psychique qui vivent aussi des situations de grande précarité



sociale ou d'itinérance ponctuelle et/ou à plus long terme, d'autant plus que pour cette clientèle, les ressources d'aide psychologique sont souvent inaccessibles.

Par ailleurs, près de 27.5 % des interventions se font auprès de personnes vivant en couple ou avec des enfants, ce qui implique la prise en considération des liens dynamiques et des enjeux de la crise au sein de la famille.

Enfin, notons que le pourcentage de clients habitant chez les parents ou avec d'autres membres de la famille est passé de 2% en 2005 à 13% cette année. Ces chiffres soulignent l'importance des actions concertées auprès des familles qui sont directement touchées lors d'une situation de crise avec un proche.

PORTRAIT GÉNÉRAL DES SERVICES OFFERTS AU CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC

NOMBRE D'INTERVENTIONS FAITES PENDANT L'ANNÉE 2008-2009

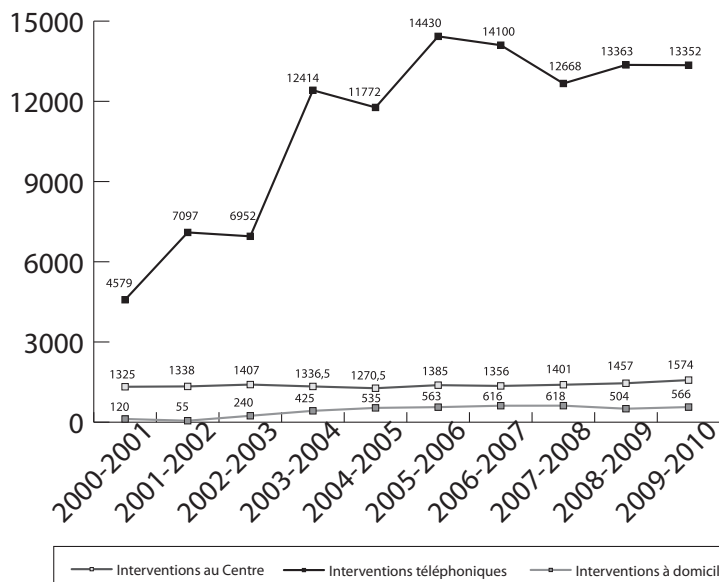
TYPES D'INTERVENTIONS	2009-2010	2008-2009	TENDANCE 08-09/09-10
Appels téléphoniques	13 352	13 363	-
Entrevues externes	452	416	+8.7%
Déplacements de l'équipe mobile	566	504	+12.3%
Hébergements	1 122	1041	+11%
RTE	465	434	+7%
I/C-RTO	538	521	+3.3%
H/T	119	86	+38%
TOTAL D'INTERVENTIONS	15 495	15 324	+1.01%



La plupart de nos services ont connu une hausse cette année, à l'exception du nombre d'appels téléphoniques qui est demeuré sensiblement le même que l'année précédente. Ce qui représente près d'une quarantaine d'interventions téléphoniques par jour réparties surtout pendant la journée et la soirée.

Les entrevues externes ont progressé de 8 % et les déplacements de l'équipe mobile qui avaient connu une baisse de 18 % l'année dernière ont fait un bond de 12%. Nos services d'hébergement quant à eux ont connu une année record, 1122 personnes ayant été hébergées, soit 81 de plus que l'année dernière.

RÉPARTITION DES DEMANDES SELON LE MODE D'INTERVENTION



2010

Interventions téléphoniques : **13 352**

Interventions à domicile : **566**

Interventions au Centre : **1574** Hébergements/entrevues externes

Total : **15, 495** interventions



INTERVENTIONS TÉLÉPHONIQUES

La porte d'entrée à tous les services du Centre, exception faite de l'hébergement temporaire et des hôpitaux de jour, est l'intervention de crise téléphonique, le 418 688.4240. En fonction de l'évaluation de la situation, l'équipe d'intervention de crise propose une entrevue téléphonique, en face à face, un déplacement de l'équipe mobile ou un hébergement. Dans la très grande majorité des cas, l'intervention contribue à diminuer suffisamment l'intensité de la crise et répond au besoin exprimé ou bien sert à réorienter vers les ressources personnelles ou spécialisées déjà impliquées auprès de la personne. Si cela s'avère nécessaire, une référence au service le plus adéquat sera indiquée.

Équipe mobile

L'équipe mobile a réalisé 566 sorties cette année:

Dangerosité:	2008-2009	2009-2010
Aucun danger grave et immédiat	122	115
Danger grave, non immédiat	244	265
Danger grave et immédiat	138	186
Présence d'armes à feu	5	4
Présence d'enfant(s)	18	25
Présence de chien(s)	30	51
Présence policière requise	105	108
Application Loi P-38.001	44	67
Total des sorties	504	566



Au tableau des « orientations » pour la clientèle, nous notons 750 possibilités de déplacement et 406 orientations vers un déplacement, pour un total de 1156 interventions potentielles, ce qui signifie une différence de 540, avec le résultat final de 566 déplacements effectués. Ainsi, plusieurs situations présentant des indices de dangerosité n'ont pas nécessité de déplacement par l'équipe mobile. Plusieurs demandes sont traitées par un autre moyen d'intervention, via une intervention téléphonique, ou une entrevue externe. Nous avons la chance de disposer d'une gamme de services de crise presque complète. Les sorties de l'équipe mobile se font donc dans le respect du mandat de ce service. C'est dire que, les 566 sorties réalisées représentent les situations où d'autres formes d'intervention ne pouvaient suffire. Les déplacements sont donc effectués après deux évaluations téléphoniques distinctes de la part de nos intervenants (à l'I/C puis par l'Équipe mobile). Nous soulignons ici l'importance des compétences d'évaluation au sein de notre personnel.

De façon plus détaillée, dans l'ensemble des 566 sorties pour l'équipe mobile, notons que 45% (253) des situations ont sollicité une expertise au niveau de l'évaluation de la dangerosité, autrement dit, ont relevé du mandat P-38. Notons aussi que ces situations sont souvent dangereuses pour les intervenants eux-mêmes qui doivent veiller à leur propre sécurité. Parmi les 186 situations où nos intervenants ont été mandatés afin d'évaluer la présence d'un danger grave et imminent, 58% (158) des situations correspondaient aux critères précis de l'application de ce mandat. Enfin, remarquons que sur l'ensemble des 566 sorties effectuées par l'équipe mobile, seulement 12% (67) ont nécessité l'application du mandat P-38, autrement dit, l'hospitalisation en compagnie des policiers sans avoir le consentement de la personne, malgré les efforts de nos intervenants pour l'obtenir. Dans 80% des cas où une dangerosité imminente était effectivement présente, l'expertise de nos intervenants aura permis de faire respecter les droits de ces personnes en évitant une hospitalisation inutile et en trouvant des voies alternatives permettant d'assurer leur sécurité (hébergement au CCQ) ou simplement, en les amenant à consentir de façon éclairée afin qu'elles reçoivent les soins requis tout en évitant le recours à des mesures coercitives pour ce faire. Notons que dans 4,4% (25) des cas, les intervenants ont dû tenir compte de la sécurité des enfants dans l'orientation de leur intervention et travailler en collaboration avec les experts des Centres Jeunesse.



Nous constatons que les situations présentant un danger grave et immédiat ont augmenté de 26% alors que les sorties avec les forces policières sont demeurées sensiblement les mêmes. Par ailleurs, nous avons eu recours à l'application de la Loi P-38 à 67 reprises, ce qui représente une hausse de 35% de ces situations par rapport à l'an dernier. Encore ici, nous observons une accentuation de la complexité et de l'intensité des situations vécues.

ORIENTATIONS DES INTERVENTIONS

Orientations	Nombre	%
P.38	67	11.8
Accompagnements volontaires à l'hôpital	91	16
Hébergements au CCQ	45	7.9
Requêtes	47	8.3
Milieu naturel	139	24.5
Médecin et équipe traitante	9	1.5
CLSC	18	3.1
Pratique privée	11	1.9
Support téléphonique	15	2.6
Organismes communautaires	24	4.2
Possibilités de déplacements	48	8.4
Déplacements	14	2.4
Possibilités d'entrevues externes	11	1.9
Possibilités d'hébergement au CCQ (selon l'évolution des besoins de la personne)	27	4.7
Total des sorties	566	566

Cette année, 316 sorties, soit 56% des interventions effectuées pas nos intervenants, se sont soldées par le maintien des personnes dans leur milieu naturel. À chacune de ces interventions, il est offert diverses sources de soutien et de services évitant ainsi une hospitalisation et l'application de l'article 8 de la Loi P.38.



SOURCES DE RÉFÉRENCES POUR LES SERVICES DE L'ÉQUIPE MOBILE

Les proches et la personne elle-même	Nombre	%
Mère	82	14.5
Frères et soeurs	54	9.5
Enfants	40	7
Conjoint et ex-conjoint	38	6.7
Famille	31	5.5
Amis-es	20	1.5
Père	18	3.2
Personne elles-même	34	6
TOTAL	315	55.9

Le milieu environnant	Nombre	%
Propriétaires	24	4.3
Milieus d'hébergements	18	3.2
Voisins	11	1.9
TOTAL	53	9.4



Milieus de soins médicaux et de suivis dans la communauté	Nombre	%
Centres hospitaliers	29	5.2
CLSC	28	5
Organismes communautaires	16	2.8
Cliniques spécialisées	8	1.4
DPJ	4	0.7
Pharmacies	2	0.3
Cliniques privées	1	0.1
TOTAL	88	15.5

Services de santé mentale et de crise	Nombre	%
Centre de prévention du suicide	28	5
Services de Police	17	3
Centre de crise de Québec	16	2.8
La Boussole	10	1.8
TOTAL	71	12.6



Réseaux sociaux/ Institutions scolaires, Milieu de travail et de loisirs	Nombre	%
Organismes publics	15	2.7
Milieus du travail	13	2.3
Institutions scolaires	6	1
Salon de jeu Ludoplex	5	0.8
TOTAL	39	6.8

GRAND TOTAL: 566

Cette année nous avons voulu répertorier la provenance des références de demandes d'interventions de l'équipe mobile. Nous constatons que 50% des demandes d'interventions proviennent des proches et que 6% seulement de la personne elle-même. Viennent ensuite dans une proportion de 16% les demandes issues des milieux de soins médicaux et de suivis dans la communauté, puis dans une proportion de 10% les milieux liés au réseau de l'habitation des personnes.



MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE MOBILE / TOTAL: 566

Évaluation de l'état mental	302	(53,4%)
Évaluation de l'urgence suicidaire	132	(23,3%)
Évaluation de la dangerosité	29	(5,1%)
Tenter un contact, une relation d'aide	27	(4,8%)
Support aux personnes	20	(3,5%)
Support aux familles, aux voisins	-	-
Application de la Loi p.38	13	2,3%
Accompagnement à l'hôpital	9	1,6%
Intervention post-suicide	8	1,4%
Support aux proches pour une requête en vue d'une évaluation psychiatrique	6	1,1%
Évaluation pour résorber la crise	5	0,8%
Support aux intervenants	3	0,5%
Post-vention	3	0,5%
Intervention post-traumatique	3	0,5%
Intervention pour faire baisser la tension dans le couple	2	0,3%
Évaluation de la situation familiale	2	0,3%
Support à une équipe de travail	1	0,1%
Support face au décès	1	0,1%



La lecture de ce tableau nous permet de constater que le mandat de l'équipe mobile est bien reconnu dans la communauté puisque 84% des motifs des demandes d'interventions consistent à faire une évaluation : de l'état mental (54% des demandes), de l'urgence suicidaire (24% des demandes), de la dangerosité (6 % des demandes) et l'application de la Loi P.38 (3% des demandes). Par ailleurs, l'équipe mobile est aussi appelée à faire des interventions post-traumatiques, parfois même dans les locaux de Ludoplex, à leur demande, pour évaluer l'état mental de la personne en crise.

HÉBERGEMENT

Au total, 1 122 hébergements ont été comptabilisés pour l'année 2009-2010. Les prochains tableaux présentent la répartition des hébergements par résidence en distinguant la nature de leur mandat respectif (Crise, H/J, H/T, CTC). Leur nombre varie en fonction de la durée de l'hébergement. Par exemple, l'hébergement temporaire et l'hôpital de jour sont associés à des séjours de plus longue durée.

Nombre héb. <i>Durée Totale</i>	Lits de crise	Hôpitaux de jour (CTC)	Hébergement Thérapeutique	Total par résidence	UTB
RTE	432,50 héb. 2310,50 j.	7,50 64 jours	25 563,50	465 2938,00	–
I/C	208 884	N/A N/A	N/A N/A	208 884,00	–
H/T	N/A N/A	21 369	93 2297,10	118,5 3712,00	4,5 155,5
RTO	296 1655,50	22 393,50	12,50 247,50	330,50 2296,50	–
TOTAL / type d'hébergement	963,50 4850,00	50,50 826,50	130,50 3998,50	1122 9830,50	4,5 heb 155,50 j.



DURÉE ET TAUX D'OCCUPATION DES LITS PAR TYPE D'HÉBERGEMENT ET PAR RÉSIDENCE

Résidence	Type d'hébergement	Nombre de lits	Nombre d'hébergements	Durée moyenne (jours)	Taux d'occupation (%)
I/C-RTO	Total	9	538	5.9	96.8
	Crise	9	503	5.0	77.3
	H/T	(5)	13	19.8	13.6
	Hôpital de jour CTC		22	17.4	
RTE	Total	9	465	6.3	89.4
	Crise	6	432	5.3	105.5
	Hôpital de jour H/T	3 (5)	8 25	8.5 22.5	5.8 30.9
	Total	9 (6)	19	24	86.9
HT	CTC*	4	26	17.6	31.3
	H/T-Hôpital de jour	5	93	24.7	125.9
TOTAL	Toutes résidences	27	1133	8.5	90.9

* Centre de Traitement dans la Communauté



D'après nos analyses, le taux d'achalandage global et le nombre de personnes ayant effectué des séjours dans nos lits de crise ont augmenté cette année. Nous avons offert 81 séjours en lit de crise et en hébergement temporaire de plus que l'année précédente. Plusieurs de nos lits de crise de courte durée ont été transformés durant l'année en lits d'hébergement de plus longue durée afin de laisser plus de temps à certaines personnes pour résorber leur crise. Une place d'hébergement transition et deux places en hébergement de crise ont été réservées à l'HT et la RTO pour le CHUL cette année dans le cadre de l'entente de mise en place de mesures de désengorgement de son urgence.

Enfin, fait important notre taux d'occupation pour l'ensemble de nos résidences est passé de 76% pour l'année 2008-2009 à 90.9%, cette année.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE CRISE RÉPERTORIÉS

Notre typologie, qui se divise en six catégories, s'inspire des principales catégories répertoriées en intervention de crise. Pour simplifier la présentation, nous avons choisi de regrouper deux catégories de crise en particulier, soit la crise situationnelle/adaptation et maturation/transition, puisqu'elles comportaient plusieurs similitudes, ce qui ramène le nombre de catégories de crise à cinq plutôt qu'à six.

Pour chaque intervention, l'intervenant compile l'information sur une fiche et sélectionne le type de crise. Il doit aussi noter la présence ou l'absence de certains symptômes importants tels que les idées suicidaires, les hallucinations, les symptômes de sevrage, etc.

Nous devons considérer qu'une part de cette catégorisation ne reflète pas fidèlement la réalité, car il n'est pas rare que des clients vivent de multiples problématiques pouvant être classées dans plusieurs catégories simultanément. Dans sa compilation, l'intervenant choisit donc de privilégier la catégorie la plus représentative de l'expérience actuelle du client; celle qui est à la base de sa détresse présente. Par exemple, une personne ayant une problématique de santé mentale reconnue qui éprouve une crise situationnelle ou d'adaptation sera cotée en fonction de cette dernière. Sachant qu'une personne aux prises avec des problèmes de santé mentale vit beaucoup plus difficilement une crise situationnelle qu'une personne n'ayant pas de tels problèmes concomitants, on comprend que les compilations statistiques ne reflètent souvent qu'une partie d'une réalité bien plus complexe à décrire dans les faits.

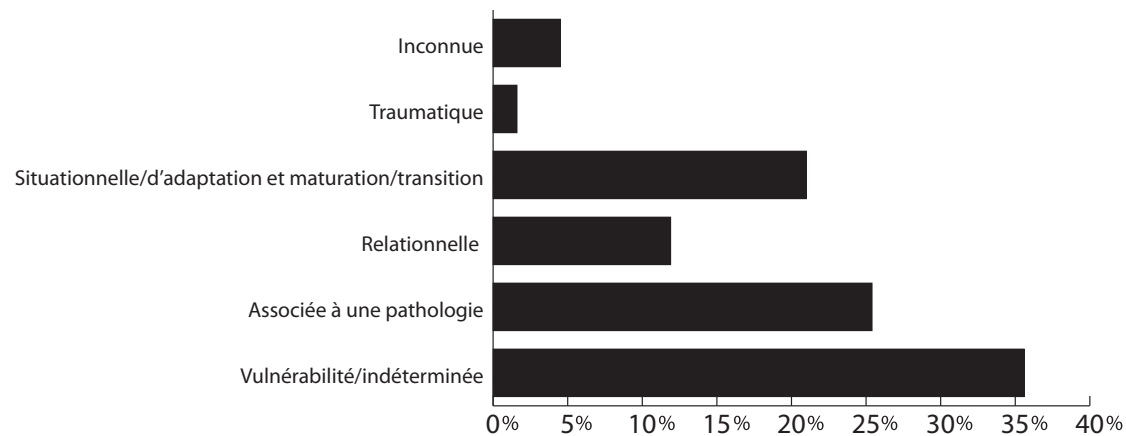


Le nombre total d'interventions répertoriées dans la base de données pour l'année 2009-2010 s'élève à 15 495. Ces données comprennent les appels anonymes pour lesquels le type de crise est quand même précisé et les appels non anonymes, pour certains desquels la nature de la crise était difficile à préciser. Le tableau global montre que les crises traitées sont toutes représentées de façon significative à l'exception des interventions pour les situations traumatiques qui sont bien moins nombreuses, mais qui mobilisent des énergies importantes lorsqu'elles surviennent.

Le tableau qui suit montre la distribution des interventions en fonction des types de crise.

Nombre d'interventions totales pour l'année 2009-2010 : **15 495**

TYPES DE CRISES 2009-2010





À nouveau, on note que la répartition par type de crise se maintient au fil des ans. Plus de trois fois sur dix (36%), le demandeur présente une problématique diffuse plus proche de la vulnérabilité personnelle que d'une problématique avérée, ou bien les informations recueillies par l'intervenant sont incomplètes et ne permettent pas de déterminer clairement le type de crise. Ces chiffres soulignent à quel point le Centre de crise a un rôle à jouer dans la prévention de la cristallisation des problématiques, ou autrement dit, dans la prévention de l'installation de problèmes chroniques dans l'expérience des personnes. Quatre fois sur dix (25%), l'intervention répond aux difficultés d'une personne aux prises avec une pathologie d'ordre psychiatrique ou avec un problème de dépendance, ce qui confirme le rôle du CCQ, tant pour ceux et celles qui vivent leurs premières difficultés (premiers épisodes, début de la cristallisation des problèmes) que ceux et celles qui ont déjà un diagnostic depuis un certain temps et qui reçoivent des services spécialisés dans le réseau de la santé. Pour les premiers, le Centre de crise peut certainement offrir l'information, l'orientation et l'accompagnement nécessaires en vue de l'organisation d'une réponse de soin adéquate et autrement dit être une véritable porte d'entrée vers les services requis. Et nous savons à quel point la qualité des premières réponses et des premiers soins peut être cruciale dans les trajectoires des personnes. Pour les autres, le Centre de crise pourra être un repère essentiel et complémentaire dans l'ensemble des services du réseau. Par ailleurs, 12 % des interventions sont associées à des personnes vivant des conflits au sein de leurs relations significatives. Tel que nous l'avons déjà mentionné précédemment, ces chiffres montrent qu'une partie importante de l'intervention au Centre de crise implique la prise en considération des liens dynamiques dans l'expérience des clients. Par ailleurs, dans un autre 21 % des cas, l'intervention concerne une crise d'ordre situationnelle, d'adaptation ou de transition. Nous savons à quel point certains événements dramatiques subits, bouleversant considérablement l'équilibre de vie de la personne, peuvent amener une détérioration importante dans la qualité de vie de la personne et affecter sa santé mentale. Dans ces cas, l'intervention visant à prévenir l'installation d'une problématique avérée dans la vie de cette personne nous paraît être d'une importance capitale. Enfin, 1.6 % des interventions ont concernés à des clients aux prises avec des situations d'ordre traumatique.



En somme, les intervenants du Centre de crise de Québec sont appelés à intervenir auprès d'une variété de clients, dans différentes situations, ce qui mobilise une importante étendue de connaissances et d'habiletés. Ainsi, ceux-ci desservent en même temps des clients vivant un premier épisode de crise, d'autres qui sont aux prises avec des difficultés chroniques et d'autres encore dont on souhaite prévenir le développement ou l'installation d'une problématique. Ces clients ont tous des besoins très différents, ce que le dispositif clinique doit pouvoir refléter.

TYPES DE CRISE, SYMPTÔMES ET FACTEURS ASSOCIÉS

Cette section présente la répartition des interventions par type de crise et détaille, pour chacune, les facteurs et symptômes associés les plus significatifs.

Certains de ces facteurs ou symptômes ne sont associés qu'à un seul type de crise, mais d'autres en revanche se manifestent à travers tous les types de crise. Pour alléger la lecture des travaux, nous avons choisi de ne retenir que les éléments les plus représentatifs au plan statistique, ou les plus critiques au plan de la dangerosité.

Les tableaux suivants donnent ainsi un aperçu rapide des manifestations les plus importantes de la crise, dans chaque catégorie, ce qui peut être utile à des fins clinique ou de formation.



LES CRISES SITUATIONNELLES, D'ADAPTATION LES CRISES DE MATURATION, DE TRANSITION

Les crises situationnelles ou d'adaptation sont souvent amenées par une situation ou un ensemble de situations extérieures, stressantes, très chargées émotionnellement et imprévisibles, qui viennent bouleverser considérablement le rythme de la vie quotidienne. Elles émergent donc de l'occurrence d'événements inhabituels ou extraordinaires que la personne n'a pas le pouvoir de prévoir ni de contrôler. Elles traduisent aussi la difficulté de la personne à s'adapter à la nouvelle situation.

Ex: maladie, problèmes financiers, décès d'un proche, perte d'emploi.

Les crises de maturation et de transition sont liées à des événements survenant dans le cours de la croissance et du développement humain où un changement important se produit et entraîne des réponses inhabituelles. Ces crises résultent de l'anticipation d'événements normaux découlant de périodes de transition de vie, mais pour lesquelles l'individu a de la difficulté à s'adapter.

Ex: Mise à la retraite, départ des enfants, naissance, etc.

NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS POUR CES TYPES DE CRISE : 3259

Relevé de certains facteurs et symptômes associés à ces 3259 interventions

Deuil: 185	Automutilation: 5
Période de transition: 125	Désorganisation (problématique): 109
Idéations et verbalisations suicidaires: 355	Verbalisations d'agressivité: 32
Comportements à risque: 81	Méfiance: 19
Tentatives de suicide: 33	Verbalisations homicides: 14



Description clinique:

Les crises situationnelles, d'adaptation ou de transition surviennent suite à un changement majeur dans la vie d'une personne, comme par exemple, à la suite d'un deuil. Toute perte est une épreuve de grandes souffrances et elle peut même parfois amener une importante désorganisation dans la vie d'une personne. Celle-ci éprouve plusieurs symptômes typiques d'un état de choc tels que la fiébrilité, l'agitation et des troubles de sommeil. Ces états, de nervosité maximale et de forte émotivité, finissent par épuiser la personne. Avec l'épuisement viennent souvent plusieurs affects dépressifs, dont le sentiment de ne plus avoir la force de continuer et la colère. C'est aussi souvent à ce moment que de nombreuses personnes se mettent à penser au suicide et à verbaliser ces désirs. La charge émotive qui particularise ces états fait que pour plusieurs d'entre eux, le temps qui s'écoule habituellement entre les idées suicidaires et une tentative de suicide peut être très court. En effet, au cours de cette expérience douloureuse, plusieurs d'entre eux feront une tentative de suicide. Par ailleurs, de telles épreuves ou pertes viennent souvent ébranler les assises narcissiques d'un individu et la confiance qu'il peut avoir en l'autre. Avec ces épreuves vient souvent le sentiment d'avoir été trahi et en conséquence, il arrive qu'il s'installe une plus grande méfiance envers les autres. Alors que certains vont se replier sur eux-mêmes, d'autres vont mettre en acte leur colère et chercher à aggraver les autres.

LES CRISES TRAUMATIQUES

Les crises traumatiques surviennent à la suite d'un stress intense, mais à la différence des autres types de choc, l'événement en cause a menacé l'intégrité (la vie) d'une personne et a engendré un débordement affectif important pour celui ou celle qui en a été la victime et/ou le témoin.

Ex : victime d'une agression armée, d'un viol ou d'un grave accident, témoin du suicide d'un proche, témoin d'une catastrophe, etc.

NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS POUR CES TYPES DE CRISE : 253

Relevé de certains facteurs et symptômes associés à ces 253 interventions

Décès par suicide: 15
Actes criminel: 49
Accidents: 20
Flashbacks: 20
Trouble du sommeil: 29

Désorganisation (problématique): 10
Hypervigilance: 3
Idéations et verbalisations suicidaires: 17
Tentatives de suicide: 6
Comportements à risque: 6



Description clinique :

Les crises traumatiques surviennent le plus souvent à la suite du suicide d'un proche, mais aussi, à la suite d'un acte criminel ou d'un grave accident. Une telle personne éprouve des symptômes semblables aux autres états de chocs tels que les troubles cognitifs, la nervosité et les troubles du sommeil entre autres, mais avec un caractère de gravité et d'intensité largement supérieur. Qui plus est, la durée d'une période de choc traumatique peut être beaucoup plus longue. Par ailleurs, outre leur intensité supérieure, les états de choc traumatique amènent aussi des symptômes qui sont particuliers à ces états, comme l'hypervigilance et les flash-back traumatiques, entre autres. Plusieurs personnes en viennent à ne plus du tout pouvoir fonctionner et se désorganisent sévèrement à la suite d'un tel événement. Et comme c'est souvent le cas lorsque la douleur est trop importante, plusieurs songent au suicide. En effet, il est connu que les proches de personnes décédées par suicide sont à très haut risque de commettre le même geste, et ce, parfois, pendant très longtemps après l'événement traumatique.

LES CRISES RELATIONNELLES

Les crises relationnelles relèvent principalement de difficultés ou de conflits se manifestant entre une personne et une ou plusieurs autres personnes.

Ex : dispute familiale, divorce, conflit avec le voisinage, harcèlement au travail, etc.

NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS POUR CE TYPE DE CRISE : 1849

Relevé de certains facteurs et symptômes associés à ces 1849 interventions

Ruptures amoureuses: 490	Automutilation: 14
Désorganisation (problématique): 61	Comportement antisocial : 9
Idéations et verbalisations suicidaires: 258	Comportement déviant: 6
Comportements à risque: 42	Verbalisations d'agressivité: 46
Tentatives de suicide: 28	Verbalisations homicides: 11



Description clinique :

Les crises relationnelles surviennent le plus souvent suite à une rupture amoureuse, et, une partie d'entre elles laissent entrevoir la présence de difficultés spécifiques dans le lien à l'autre. En effet, le taux très élevé d'éléments suicidaires (idéations, verbalisations, tentatives et gestes para-suicidaires), la présence de comportements antisociaux et déviants de même que le taux important d'agressivité et de menaces envers autrui semblent suggérer la présence de problématiques concomitantes sur le plan de la personnalité de plusieurs individus qui vivent de telles crises. En ce qui concerne les individus qui vivent des crises relationnelles et qui ne souffrent pas d'un problème de personnalité, ceux-ci vivront les mêmes symptômes que ceux qui sont aux prises avec des crises situationnelles/d'adaptation telles que décrites précédemment. Pour tous les individus, des plus fragiles aux mieux portants, une crise relationnelle apporte son lot de souffrances; elle implique de faire l'épreuve d'une perte dans le lien à l'autre et chacun y réagit en fonction de ses ressources personnelles. Considérant l'importance des liens significatifs dans la vie d'une personne et l'investissement affectif dont ils témoignent, ces crises peuvent substantiellement déstabiliser et désorganiser la vie d'une personne. Enfin, contrairement à une croyance populaire voulant que de telles crises soient considérées comme étant de moindre gravité, nos analyses démontrent que celles-ci s'accompagnent d'un très haut risque sur le plan suicidaire tant pour les personnes plus fragiles que pour celles qui ne sont pas reconnues comme telles.

LES CRISES ASSOCIÉES À UNE PATHOLOGIE

Les crises associées à une pathologie relèvent d'une dynamique psychique propre à la personne; les déclencheurs peuvent donc parfois être difficilement identifiables d'un point de vue extérieur. Elles sont de nature psychique (ce qui n'exclut pas les agirs) et subjective et se manifestent par différentes distorsions ou exacerbations à ce niveau. Enfin, ces crises peuvent particulièrement se manifester lors de situations éprouvantes pour l'identité ou la personnalité de l'individu.

Ex : décompensation psychotique, passage à l'acte d'une cliente avec un trouble de personnalité, épisode maniaque, rechute d'alcool/de drogue/de jeu, etc.

NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS POUR CE TYPE DE CRISE: 3932

Relevé de certains facteurs et symptômes associés à ces 3932 interventions

Désorganisation (diagnostic): 384	Hallucinations: 75	Automutilation: 32
Désorganisation (problématique): 443	Idées de référence: 37	Tentatives de suicide: 32
Symptômes de sevrage: 53	Idéations et verbalisations suicidaires: 483	Comportement antisocial : 28
Idées délirantes: 122	Comportements à risque: 126	Comportement déviant : 10
Méfiance: 115	Verbalisation d'agressivité: 81	Verbalisations homicidaires: 21



Description clinique:

La très grande majorité des crises associées à une pathologie relèvent de difficultés psychiques en lien avec un problème de santé mentale ou avec un diagnostic psychiatrique déjà établi. D'autre part, les symptômes et facteurs associés à ce type de crise sont appelés à se répéter dans le temps ce qui amène souvent les individus à vivre plusieurs épisodes de crise, pouvant être assez similaires dans leur forme, au cours de leur vie. Or, entre les crises, la plupart de ces individus peuvent mener et mènent des vies très normales. Cependant, lorsqu'ils apparaissent, les symptômes désorganisent considérablement la vie d'une personne qui dès lors perd sa fonctionnalité habituelle. Comme l'indiquent nos marqueurs statistiques, ces crises sont hautement associées à des symptômes de type psychotique, à une plus grande méfiance dans le lien à l'autre, mais aussi à la plus grande dangerosité d'entre toutes les crises, tant pour la personne elle-même (tentatives de suicide, idéations et verbalisations suicidaires, comportements para-suicidaires) que pour autrui (verbalisations d'agressivité, verbalisations homicidaires, comportements antisociaux et déviants). Nous savons que les agirs viennent souvent prendre le relais pour ce qui fait souffrir et qui n'arrive pas à être symbolisé. Même si nous reconnaissons l'apport d'un ajustement de médication ou d'une hospitalisation dans certains cas, peu importe l'étrangeté des symptômes, les crises associées à une pathologie ont une signification pour ceux qui les vivent et l'intervention visant à aider la personne à en découvrir les quelques contours, peuvent grandement réduire les dangers qui s'y associent. D'ailleurs, la traversée de ces expériences dites pathologiques amène souvent la personne à se sentir en état d'étrangeté face au monde. Or ces expériences sont bel et bien humaines et il importe de les accueillir comme telle.

VULNÉRABILITÉ/INDÉTERMINÉE

Lorsqu'on parle de vulnérabilité, l'individu est ébranlé par une situation vécue, mais ses mécanismes d'adaptation demeurent sensiblement fonctionnels. Dans ce contexte, une intervention préventive et un support additionnel peuvent être requis afin d'aider la personne à retrouver sa fonctionnalité habituelle.

Ex: besoin d'être validé dans certaines actions, demande d'information/d'orientation, support post-crise, etc.

Lorsque la crise est cotée indéterminée, l'intervenant manque d'éléments pour pouvoir compléter son évaluation.

NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS POUR CE TYPE DE CRISE : 5512

Relevé de certains facteurs et symptômes associés à ces 5512 interventions

Idéations et verbalisations suicidaires: 220	Demandes d'information: 1021	Tiers demande support: 415
Désorganisation (problématique): 70	Concertations: 1177	Demandes de référence: 213
Verbalisation d'agressivité: 23	Demandes de conseil: 364	Dépannage: 149
Verbalisations homicidaires: 9		

**Description clinique:**

Comme c'est souvent le cas pour une première situation de difficulté personnelle et particulièrement dans le cas d'une situation de vulnérabilité diffuse, les individus ou leurs proches décident d'aller chercher de l'aide très souvent à partir du moment où surviennent les premiers signes de détresse comme les idéations et les verbalisations suicidaires ou encore, une diminution dans la fonctionnalité habituelle d'une personne. Dans d'autres cas, tout particulièrement chez les individus de sexe masculin, les premières souffrances plus inquiétantes s'expriment souvent par une exacerbation du niveau d'agressivité. En somme, de nombreuses personnes se réfèrent ainsi au Centre de crise pour des situations de fragilité, pour lesquelles elles ne savent pas encore clairement de quoi il s'agit, mais dont les premiers signes supposent une grande détresse.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS DES DESCRIPTIONS CLINIQUES

L'ensemble des profils de crise recensés au CCQ permet de constater qu'une forte proportion de clients en crise souffrent d'une problématique parallèle ce qui complexifie et intensifie leur épreuve. Tel que nous l'avons observé dans les pages précédentes, plusieurs symptômes hautement associés à des problématiques parallèles, dont les troubles de personnalité et les problèmes psychiatriques, se retrouvent en grand nombre au sein des crises situationnelles/d'adaptation/de transition de même qu'au sein des crises relationnelles par exemple. Par conséquent, notre évaluation de la générosité ne s'arrête pas au déclencheur, mais tient surtout compte des dimensions subjectives et singulières de l'expérience de la personne au delà des apparences ou de la description des faits et des événements. Ainsi, pour l'ensemble des crises compilées, une proportion importante contiennent des éléments importants de dangerosité (tentatives de suicide, idéations et verbalisations suicidaires, comportements à risque, automutilations, comportements antisociaux et déviants, verbalisations homicidaires et d'agressivité) et ce, même si le type de crise n'annonce pas d'emblée de tels facteurs de risque. D'autre part, ces analyses n'excluent pas du tout qu'un individu sans problème de santé mentale reconnu puisse aussi vivre de telles difficultés, bien au contraire. Comme nous l'avons vu, tous les types de crises ont leurs symptômes communs et les facteurs de dangerosité peuvent être importants pour toute personne qui traverse une telle crise.



Types de crises	Vulnérabilité/ Indéterminée	Associée à une pathologie	Maturation/ transition situationnelle/ d'adaptation	Traumatique	Relationnelle	Total
Présentations						
Ventilation		702	909	74	498	2183
Idées suicidaires	147	365	271	15	186	984
Demandes d'information	1021					1021
Accidents				20		20
Actes criminels				49		49
Agitation		174	112		56	342
Agressions sexuelles				34		34
Automutilation		32	5	2	14	53
Concertations	1177					1177
Confusion	21	65	30	7	14	137
Comportements à risque		126	83	6	42	257
Comportement antisocial		28			9	37
Comportement déviant		10			6	16
Décès par suicide				15		15
Demandes de conseil	364					364
Demandes de référence	213					213
Dépannage	149					149
Désorg.(diagnostic)	56	384	704	4	24	1172
Désorg. (problématique)	70	443	109	10	61	693
Deuil			185			185
Diff. p/r orient. sex.						-
Épuisement			228			228



État dissociatif				2		2
Fébrilité			217			217
Flashback				20		20
Hallucinations		75				75
Hypervigilance				3		3
Idées de référence		37		1		38
Idées délirantes		122				122
Maladie				8		8
Méfiance		115	19		15	149
Nécessite hospitalisation		37				37
Période de transition			161			161
Peu d'affect		12	10	1	4	27
Recherche d'écoute	777					777
Récurrence	107					107
Rupture amoureuse					490	490
Somation	3	7	4		2	16
Sx de sevrage		53				53
Tentative de suicide		32	34	6	28	100
Tiers demande support	415					415
Trouble du sommeil	96	273	168	29	104	670
Verbalisation agressivité	23	81	34	3	46	187
Verbalisation homicide	9	21	14		11	55
Verbalisation suicidaire	73	118	92	2	72	357
Nombre d'interventions	4721	3312	3389	311	1682	13415



Provenance de la clientèle	Principaux partenaires	2009-2010	(%)
Interne ou autoréférence		9559	(62%)
Tierce (conjoint(e)/famille)		2424	(16%)
Centres hospitaliers		1650	(10%)
	CHA	939	
	CHUQ	404	
	Inst.U.S. M.	177	
	HJ/CTC/Faubourg	32	
	PACT	20	
	Autres	78	
Organismes communautaires		692	(5%)
	CPS	119	
	La Boussole	76	
	Lauberivière	26	
	PECH	44	
	YWCA/YMCA	10	
	Le Rucher	13	
	Cercle Polaire	4	
	Autonhommie	2	
	Le CRUV	4	
	Le Pavois	2	
	L'Armée Du Salut	8	
	Arc-en-ciel	4	
	Autres	380	
CSSS (CLSC)		489	(3%)
	CSSS Vieille-Capitale	281	
	CSSS Québec-Nord	126	
	CSSS Portneuf	17	
	CSSS Charlevoix	5	
	Autres	60	
	Corps de police	222	(1%)
	Organismes publics	249	(2%)
	Pratique privée	60	(0.4%)
	Inconnue (non saisie)	150	(1%)
Total		15 495	100%



RÉFÉRENCES

Les proportions des différentes sources de références sont sensiblement les mêmes que l'an passé. Ainsi 62% des demandes proviennent des personnes elles-mêmes et 16% nous proviennent d'un tiers, soit d'un proche. Dès lors, près de 78% des demandes nous proviennent directement de la population. Par ailleurs, nos principaux référents dans le réseau proviennent des hôpitaux, principalement les urgences psychiatriques, des organismes communautaires et des CSSS. Ensemble, ceux-ci comptent pour près de 18% des références totales au Centre de crise.



ORIENTATIONS

ORIENTATIONS DES INTERVENTIONS	DÉTAIL DES ORIENTATIONS À L'INTERNE	2008-2009	2009-2010
MILIEU NATUREL		4541	4518
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES		2010	1558
LITS DE CRISE		3047	2736
		979	931
	Lits de crise	942	798
	Possibilité d'hébergement	873	800
	Réservation de crise	(253)	207
	<i>Annulation de la réservation</i>		
NON-SAISIE		939	950
SUPPORT TÉLÉPHONIQUE		991	1617
ÉQUIPE MOBILE	Possibilité de déplacement	2003	1093
	Déplacement	904	939
		1099	154
CENTRES HOSPITALIERS		842	795
ENTREVUES EXTERNES		1001	785
		361	481
	Possibilité d'entrevue externe	640	304
CSSS (CSLC)	Entrevue externe	304	232
ORGANISMES PUBLICS		275	232
CORPS DE POLICE		308	273
PRATIQUE PRIVÉE		106	120
HÉBERGEMENT TEMPORAIRE		84	32
		80	28
	Réservation H/T	(4)	(4)
HÔPITAL DE JOUR/CTC	<i>Annulation de la réservation</i>	9	11
REQUÊTE		154	80
AUTRE			463
TOTAL		14402	15 495



Sous la rubrique « lits de crise », nous avons détaillé quatre catégories distinctes. Certaines explications s'imposent :

- Lit de crise (931). Une évaluation téléphonique sommaire nous permet de croire que cette orientation serait souhaitable dans un délai rapproché.
- Réservation de crise (800). Un référent nous demande de réserver une place, mais rappellera pour confirmer. Nous effectuerons notre propre évaluation par la suite. Cette pratique est couramment utilisée par nos principaux partenaires que sont les urgences hospitalières et offre un moyen simple et rapide de planifier sommairement leurs orientations vers le CCQ.
- Possibilité d'hébergement (798). La situation actuelle nous permet d'estimer qu'un hébergement sera peut-être nécessaire. D'ici là d'autres types d'interventions sont offerts et pourront possiblement être suffisants.
- Annulation de la réservation (207). Pour toutes sortes de raisons, une autre forme d'hébergement a été trouvée, la situation s'est améliorée, la personne a trouvé de l'aide dans son réseau, demeure à l'hôpital, etc.
- On retrouve une distinction analogue en ce qui a trait aux déplacements de l'équipe mobile qui se divisent en « possibilité de déplacement » (939) et en « déplacement » (154). Le premier cas annonce une éventualité selon l'évolution de la situation de crise et l'évaluation de l'équipe mobile tandis que la deuxième situation fait appel directement à l'intervention de l'équipe mobile. Il en va de même pour les entrevues externes.

RÉSUMÉ DES ORIENTATIONS

Plusieurs indicateurs au tableau des orientations confirment les grandes tendances notées précédemment. Ainsi, l'augmentation des orientations des clients vers nos lits de crise, la diminution des orientations vers un support téléphonique, la diminution des orientations des clients vers leurs propresprieux, l'augmentation des orientations vers des entrevues externes, vers l'équipe mobile et vers des requêtes confirment à la fois l'augmentation du niveau de complexité des situations et le maintien voire même l'augmentation de la qualité clinique des services dispensés.



AUTRES ACTIVITÉS

L'investissement d'énergie et de temps requis pour réaliser la prestation de services de plusieurs milliers d'interventions en situation de crise par année nécessite une infrastructure solide et en constante évolution. Ces activités de support sont primordiales pour soutenir les activités cliniques. Voici les principales activités qui ont été mises en priorité cette année.

RÉVISION DES PROCESSUS ORGANISATIONNELS LIÉS AUX VOILETS INTERVENTION DE CRISE ET ÉQUIPE MOBILE

Tout d'abord, le dossier majeur qui a demandé de multiples rencontres et des travaux de conceptualisation est la démarche de révision de l'Intervention de crise et de l'Équipe mobile, amorcée en juin 2008. Cet exercice était nécessaire pour trouver des pistes de solutions à long terme à notre problème de rétention du personnel, particulièrement celui des intervenants de l'équipe mobile. Une vaste analyse a donc amené une transformation importante des horaires de travail et de plusieurs modalités internes de fonctionnement. L'analyse a d'abord porté sur deux volets puis a été étendue à l'ensemble des volets d'intervention afin de proposer un modèle équitable et global de restructuration.

En voici la chronologie :

-Juin 2008

Dépôt du plan d'action 2008-2010 du Centre de crise de Québec. Un point central pour l'année 2009-2010: « Réorganiser le fonctionnement actuel de l'équipe mobile et de l'intervention de crise pour viser la rétention des agents d'intervention et maximiser les possibilités de déplacements. » Cet objectif vient répondre aux difficultés constantes de maintenir une équipe régulière, compte tenu de la formule de garde 24 heures qui épuise les intervenantes et limite leurs revenus minimums garantis.

-Février 2009

Première rencontre de M. Hugues Simard, consultant de la firme Développement Optimum, avec la Directrice générale. Dépôt de l'offre de service qui précise la « Démarche d'intervention pour la révision des processus organisationnels liés au volet IC et Équipe mobile », démarche créative et évolutive vers un nouveau modèle d'organisation du travail. Approbation du conseil d'administration du devis global proposé.

-Mars 2009

Diffusion du document de travail aux employés du CCQ. Première rencontre du comité de pilotage (composé des membres de la direction, de la présidente du syndicat, de représentantes de l'équipe de l'IC et de l'équipe mobile). La séance est animée par M. Simard. Présentation du document de travail précisant les étapes et le fonctionnement de la démarche.



-Mars-avril 2009

Cueillette de données sur les modèles d'équipe mobile dans d'autres centres de crise de la province, de statistiques d'achalandage des sorties de l'EM et des appels à l'IC pendant les cinq dernières années et des documents antérieurs répertoriés au CCQ. Diffusion aux membres du comité de pilotage.

-Mai 2009

Rencontre du comité de pilotage. Survol de différents modèles d'organisation des services trouvés. Elaboration du « Portrait de la nouvelle organisation du travail pour les services de l/C et EM » pour baliser le modèle souhaité.

-Été 2009

Conception d'un outil méthodologique pour le calcul des heures de travail en fonction des tâches. Réalisation de tableaux pour faire le portrait des différents services, par tâches et par heures. Identification des plages horaires en sous-effectif et en sureffectif. Tableau global, tableaux de semaine et de fin de semaine. Validation auprès des équipes de travail.

-Juillet et septembre 2009

Analyse des heures excédentaires, des différents volets, autres que les postes prévus (heures supplémentaires, topos, etc.) en fonction des données issues d'Exact-Soft, notamment de la section « feuilles de temps informatisées » (mars 2009). Transformations de certaines pratiques observées (heures supplémentaires non autorisées, dépassement topos, dépassement des heures de réunions, etc.).

-Septembre et octobre 2009

Rencontres de l'équipe de direction avec M. Simard. Supervision de l'élaboration des outils et portraits des services, vérification des incohérences entre volets, analyse des écarts, etc. Les représentants des équipes de la RTE, RTO et de l'HT sont invités à désigner un représentant pour joindre le comité de pilotage, plusieurs constats ayant des impacts sur les pratiques globales de l'organisme.

-Octobre 2009

Rencontre du comité de pilotage élargi. Mise à niveau de l'information.

Dépôt de l'offre de coaching pour l'équipe de direction visant à développer un leadership fort et partagé de la part de l'équipe de direction.

Réunion de trois groupes de discussion avec M. Simard et les intervenants (3 rencontres). Ces rencontres visent à :

- présenter les grandes orientations du changement;
- explorer comment les employés se positionnent par rapport à ce changement;
- identifier les facteurs de succès pour favoriser la réalisation de ce changement;
- dresser un éventail de solutions et de moyens concrets pouvant contribuer au développement de la nouvelle organisation du travail dans l'action.

Des questionnaires en lien avec la réorganisation du travail au CCQ sont diffusés à l'ensemble des employés, afin de tenir compte de l'ensemble des opinions dans la suite du projet.

-Octobre 2009 – Automne 2010

Rencontres de coaching de direction (individuelles et d'équipe), clarification des rôles de chacun, identification des besoins de gestion du CCQ, ajustements des pratiques, proposition de modification des postes de coordination, suivi et évaluation de la démarche de transformation des services, etc.

-Novembre 2009

Journée de travail du comité de pilotage à partir des résultats des questionnaires, des groupes de discussion et des éléments du portrait souhaité. Elaboration de deux scénarios possibles, sans consensus toutefois sur celui à retenir. Deux sous-comités sont mis sur pied, un pour le projet de bascule des téléphones et l'autre pour la construction d'un horaire type. Travail du sous-comité des horaires, création de l'horaire de base pour la transformation des services. Le sous-comité sur les bascules reporte ses travaux après la mise en place du modèle, si nécessaire.

-Décembre 2009

Analyse de l'horaire type et ajustements en fonction des exigences de services et des limites budgétaires par l'équipe de direction.

-Janvier 2010

Poursuite de la validation du portrait amorcé en fonction des exigences des services et des heures disponibles, ajustement de certains quarts de travail. Élargissement du modèle à l'ensemble des équipes de travail pour offrir l'horaire 4 jours/3 jours à tous les intervenants du CCQ.

-Février 2010

Vérification auprès d'autres centres de crise relative aux plages horaires et au ratio d'intervenants par quart de travail. Validation du projet en fonction de la capacité financière du CCQ.

-Mars 2010

Présentation du projet du « Nouveau modèle d'organisation du travail » au comité de pilotage, puis en réunions d'équipe dans tous les volets du CCQ. Cueillette des questions et commentaires pour approfondissement et ajustements du modèle. Présentation au conseil d'administration du projet global pour approbation. Le conseil autorise la mise en œuvre du modèle d'organisation du travail proposé.



Les horaires de travail qui seront ramenés à quatre jours la semaine et trois jours la fin de semaine, dans l'ensemble des volets de l'organisme, représentent la plus importante modification. Cela amène un allègement de la charge pour les travailleurs de semaine et une meilleure rétribution pour les employés de fin de semaine. Les postes de l'équipe mobile seront associés à certains volets de services (IC, HT et RTÖ), à raison de huit heures de travail plutôt que des vingt-quatre heures de garde traditionnelles. Les horaires sont différents la semaine de la fin de semaine, pour se moduler en fonction de l'achalandage observé au fil des ans. La répartition des intervenants en poste tient compte des heures de pointe. Les horaires de semaine et de fin de semaine se croisent pour favoriser au maximum la continuité des services. La configuration des lits de crise a été modifiée dans certains volets d'hébergement pour contribuer à bien répartir la charge de travail au sein des équipes. Chaque poste reçoit un rôle distinct et bien défini. Le modèle s'appuie sur des principes de coopération et de complémentarité entre les collègues de travail et contribue à améliorer notre santé financière générale. Pour optimiser l'actualisation de ce nouveau modèle, les postes de la coordination ont été redéfinis en fonction des besoins de supervisions et de gestion des équipes. Le nouveau modèle entrera en fonction le 8 mai 2010.

ACTIVITÉS DE SUPPORT À L'INTERVENTION

- Un deuxième poste de coordonnatrice clinique a été créé en début d'année pour nous permettre d'assurer un meilleur suivi des cinq équipes de travail. Mme Huguette Savard assume cette fonction depuis avril 2009.
- Nous avons constaté, en cours de processus d'analyse des services, que l'équipe de direction devait développer de nouvelles stratégies pour améliorer ses mécanismes de gestion et de prises de décisions dans le but d'augmenter la cohérence au sein de son équipe. L'ajout d'une nouvelle personne à l'équipe de coordination nous permet de mieux camper les fonctions de gestion clinico-administratives auprès des équipes d'intervention. Des rencontres de coaching d'équipe de direction ont eu lieu tout au cours de l'année. Les rôles et responsabilités de chaque membre de la coordination ont été revus et de nouvelles descriptions de tâches ont été élaborées.



- Un plan d'urgence en cas de pandémie a été élaboré pour nous permettre de bien faire face à une crise potentielle touchant une grande partie de la population (directement ou indirectement). Une rencontre du comité de relations de travail a eu lieu avec le syndicat pour convenir de modalités d'organisation du travail en cas de pandémie et de manque d'effectifs.
- Nous avons cependant déploré le fait que notre organisme ne soit pas accrédité comme organisation de la santé, et que nos intervenants n'aient pas eu accès aux vaccins au même moment que les autres travailleurs de la santé. Il aurait été difficile pour nous d'assurer l'ensemble de nos services, services essentiels par ailleurs selon d'autres législations, sans un nombre suffisant d'intervenants en santé. Nous avons donc prévu des plans temporaires de réduction de services et des façons différentes de dispenser nos services auprès de la population.

ACTIVITÉS DE SUPPORT À L'ADMINISTRATION

- Un système informatique (Mapaie.net), donnant accès à nos talons de paye sur Internet, a été mis en place. Ce système donne également accès à plusieurs documents internes, tels le journal du CCQ, les listes de congés des employées, tout ce qui a trait à l'assurance-salaire, etc.
- Des ajustements ont été apportés tout au long de l'année à notre système de gestion de feuilles de temps informatisé. Il reste encore certains modules à bonifier, notamment au niveau de la saisie informatique de la disponibilité et de l'horaire. Des modifications devront y être apportées en regard de la mise en place du nouveau modèle d'horaire.
- Le comité de vérification se rencontre de façon trimestrielle pour suivre l'évolution des états financiers de l'organisme et l'équilibre budgétaire. Ce comité relève du conseil d'administration à qui il fait rapport et est composé de membres du c.a., du comptable et de la directrice générale. Cette année nous avons travaillé de nouvelles modalités pour réaliser le budget annuel et suivi de près les écarts entre les sommes budgétées et les résultats mensuels. Un plan de redressement a été soumis au conseil, concernant particulièrement la nouvelle reconfiguration des horaires.



- Nous avons complété l'exercice d'équité salariale. Les résultats confirment que l'ensemble des postes actuels du CCQ sont conformes aux normes en vigueur en matière d'équité salariale.
- Nous ne pouvons passer sous silence les inévitables dossiers d'entretien des maisons, qui occupent, bon an mal an, plusieurs heures de travail. Cette année nous avons cherché, trouvé et appliqué des solutions pour résoudre les problèmes d'infiltration d'eau à la Résidence thérapeutique de l'Ouest.

ACTIVITÉS DE VIE ASSOCIATIVE ET DE CONCERTATION

Plusieurs rencontres avec nos partenaires de différents réseaux de la région et de la province visent à améliorer la fluidité des références et des orientations, particulièrement avec certaines clientèles plus difficiles, parfois violentes ou non collaborantes. Le CCQ est membre de plusieurs tables de concertation et de regroupements régionaux et provinciaux.

- Échanges d'informations avec le Centre de prévention du suicide (CPS) sur l'intervention post-traumatique. Comité aviseur pour le programme SILAR (Service intégré de liaison, d'accompagnement et de relance) du Centre de prévention du suicide.
- Table territoriale en santé mentale Sainte-Foy-Sillery-Laurentien et sous-comité Comité Hommes en difficulté.
- Comité JUDITE – Trajectoire de services pour les situations d'exploitation, de violence et de maltraitance Capitale Nationale, clientèle déficience intellectuelle/justice pour la Table de concertation sur l'adaptation du système judiciaire et des services correctionnels aux personnes ayant une déficience intellectuelle.
- Rencontres d'élaboration d'un projet visant à offrir des services axés sur le rétablissement dans la région de Québec avec des chercheurs et collaborateurs du communautaire. Les premières rencontres ont permis de s'approprier quelques lieux communs au niveau du rétablissement. Ces rencontres nous alimentent aussi de notre offre de services en accentuant les pratiques favorisant ce mouvement au sein du CCQ.
- Colloque Agir pour la santé des hommes.
- Conseil d'administration du R.E.S.C.I.C.Q. (Regroupement des services communautaires d'intervention de crise du Québec) Le R.E.S.C.I.C.Q. a adopté cette année l'«Accord de Drummondville » ayant comme objectif de faire les démarches nécessaires en vue d'obtenir le financement suffisant pour offrir des conditions de travail équivalentes à celles du Réseau de la Santé. Cet objectif amène le Regroupement à faire une série de réflexions sur les meilleures stratégies à entreprendre et à en mesurer les impacts. Un plan de communication pour favoriser une meilleure connaissance des services de crise par la population en général a été élaboré.



- Membre de l'A.G.I.R. en santé mentale (Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale).
- Carrefour violence conjugale Québec Métro et comité de suivi du protocole. Une rencontre « bilan » du protocole en violence conjugale nous a permis de faire le constat que ce protocole est très peu utilisé par les policiers. Les interventions feront l'objet d'une analyse pour déterminer les ajustements à apporter. Le conseil d'administration du CCQ a adopté une plateforme d'adhésion.
- Collecte de fonds au profit des sinistrés du tremblement de terre en Haïti auprès de nos employés et des membres du conseil, en geste de solidarité. Cela nous a permis de remettre 1,060\$ au C.E.C.I.
- Table des gestionnaires des OBNL et d'entreprises d'économie sociale du Centre local d'emploi des Quartiers-Historiques.
- Équipe clinique des services de crise et Comité de gestion régionale de coordination des services de crise.
- Comité directeur du Système d'information sur les usagers en santé mentale – SIU.
- Adhésion à la Fédération régionale des OBNL (organismes à but non-lucratif) en Habitation de Québec-Chaudière-Appalaches (FROHQC). Cette adhésion permettra au Centre de crise des échanges d'informations plus que pertinentes sur l'hébergement communautaire en plus d'avoir un pouvoir d'achats collectifs pour différents articles de consommation courants.
- M. Jean-François Vézina de G.A.P.I., formation sur l'intervention auprès d'hommes ayant des comportements violents à l'intention des équipes de la Résidence thérapeutique de l'Ouest, de l'Équipe mobile et de l'Intervention de crise.
- Rencontre des partenaires pour la nouvelle offre de services du T.I.B.D. (Traitement intensif bref à domicile)
- Présentation des services du CCQ à plusieurs groupes de résidents du C.H.U.L., notamment de l'Unité de médecine familiale, ainsi que les U.M.F. de l'Hôpital Laval et du C.L.S.C. Haute-Ville.
- Comité d'organisation des services liés au Ludoplex
- Prêt d'une salle de réunion à Tel-Aide.