

Centre de Crise de Québec

● ● ● ● ● ● QUÉBEC JUIN 2011



RAPPORT 2010
ANNUEL 2011



*« MERCI À TOUS LES GENS VENUS SUR
MON CHEMIN PENDANT MON SÉJOUR ICI.
JE GARDE UN PETIT QUELQUE CHOSE
DE CHACUN DE VOUS. MERCI D'AVOIR
CRU EN MOI ET DE M'Y AVOIR
FAIT PRENDRE CONSCIENCE. »*

**INTERVENTION DE CRISE
418 688-4240**

**ADMINISTRATION
TÉLÉPHONE : 418 687-2747
TÉLÉCOPIEUR : 418-687-7732**

**écrivez-nous@centredecrise.com
www.centredecrise.com**

**Ont participé à la rédaction, la compilation des statistiques
et des activités ou à la révision de ce document :**

Christiane Allard - Raymonde Deschênes - Camille Garceau - Paul Hébert
Louise Larouche - Claire Pelletier - Marie-Claude Richard
Michel Roy - Huguette Savard

Conception graphique et mise en page :

Isabelle Lapointe

The background is a solid yellow color. It features several decorative white elements: a large arc starting from the left edge and curving upwards; a large circle on the right side; and two smaller circles overlapping each other and the larger circle on the right. The text is centered in the upper half of the image.

Mot de la présidence et de la direction

2011 : où en sommes-nous?

Dans le rapport annuel 2009-2010, nous annonçons une vaste réorganisation du fonctionnement de l'équipe mobile et de l'intervention de crise pour viser la rétention des agents d'intervention. Nous avons inscrit cette démarche sous le thème de la «Qualité», qualité des services, des relations à l'interne comme à l'externe, des outils de travail, du climat de travail, des personnes qui œuvrent au Centre. Nous affirmions que, dans le contexte de relation d'aide, les employés du Centre constituent le capital le plus précieux.

Qu'en est-il un an plus tard? Les changements organisationnels ont-ils permis de concilier l'équilibre budgétaire, l'amélioration des conditions de travail des employés et le maintien de la qualité des services? À certains égards, les résultats sont très positifs et l'objectif est majoritairement atteint : les horaires de travail sont maintenant de quatre ou de trois jours par semaine pour l'ensemble du personnel, l'équilibre budgétaire est plus stable, sans nous laisser toutefois une marge de manœuvre très grande.

À d'autres égards, il reste des améliorations à apporter à la prestation des services et aux conditions de travail. Les ressources du Centre de crise sont utilisées avec efficacité, les quarts de travail sont répartis en tenant compte de l'achalandage moyen, sans toutefois laisser beaucoup de jeu aux « imprévus ». Or, dans un centre de crise, les imprévus sont le lot quotidien du travail. Nous devons donc aménager du renfort pour les équipes et prévoir des « plans B ». Si le modèle fonctionne bien en temps normal, il est fragile en périodes de surcharge, alors que les ressources sont déjà sollicitées au maximum de leurs capacités, ne pouvant plus répondre à une demande supplémentaire, demande qui se fait insistante et urgente par ailleurs.

Cela nous oblige à réviser en profondeur certains grands « dogmes » du CCQ, révision qui a d'ailleurs cours dans l'ensemble des services de crise de la province.

Premier dogme : Pouvons-nous, compte tenu des moyens mis à notre disposition, répondre à tout le monde, tout le temps, sans délai, quelque soit la demande, en ajustant instantanément ou presque l'affectation du personnel? Devrons-nous plutôt installer un système de priorités et demander à certains clients d'attendre qu'on les rappelle ou encore de les inviter à une rencontre ultérieure en face à face?

Deuxième dogme : Le Centre de crise est riche et très largement subventionné pour offrir les services dont il a le mandat. À cet égard, il convient de rappeler que le Centre de crise de Québec dispense des services à plusieurs milliers de personnes par année, qu'il abrite trois résidences d'hébergement, qu'il emploie plus de 80 employés pour assurer des services 24 heures sur 24, sept jours sur sept, qu'il déploie six volets d'activité dont une équipe de formation.

Il s'agit en fait d'une grosse « machine » à gérer, l'équipe de soutien administratif rivalisant d'ingéniosité et d'efforts pour appuyer l'ensemble des activités. Nous avons dû essayer des déficits à répétition, déficits liés au maintien de l'équipe mobile malgré un sous-financement chronique. C'est que nous y croyons profondément à ce service, si névralgique, qui est au cœur de l'action du CCQ. La réorganisation des services vient pallier cette lacune, mais au prix de nombreux changements. Nous avons préservé l'offre de services à la population, mais avons sans doute atteint le plafonnement de notre efficacité. La vérité, c'est que le CCQ n'est pas si riche qu'on le dit, au regard de son volume d'activités annuel.

Autre grand dogme : Faire mieux avec moins, par dévouement et conviction, et suppléer au réseau public, en dehors des heures ouvrables, toujours à tarif communautaire, bien sûr. Trouver normal de ne pas bénéficier d'un régime de retraite ou du salaire du dit réseau, et devoir travailler souvent beaucoup plus longtemps, sans imaginer de « liberté 55 », ni même de « liberté 65 » en fait!

L'équipe mobile répond promptement aux appels d'urgence, aux appels des centres hospitaliers et se déplace pour faire la première intervention au moment d'un drame majeur pour ensuite passer le relais aux CSSS. Et bien sûr, elle répond aux demandes de l'ensemble de la population à toute heure du jour et de la nuit. L'équipe de l'intervention téléphonique, de son côté, assure une réponse psycho-sociale régionale 24/7 depuis bientôt vingt-cinq ans.

Comprenons-nous bien, il ne s'agit pas de remettre en question l'apport du Centre de crise de Québec au réseau de la santé mentale à Québec. Nous en sommes fiers.

Il s'agit plutôt de faire valoir notre savoir-faire et notre expertise, et d'offrir à l'ensemble de nos travailleurs les conditions qu'ils méritent. Il s'agit aussi d'obtenir notre part de reconnaissance. Reconnaissance lorsque vient par exemple le moment de désigner un responsable pour le service d'Info-Social, ou de réfléchir sur les mesures de désengorgement des urgences, processus duquel ont été exclus les partenaires communautaires. Reconnaissance de la contribution du CCQ en cas de crises régionale ou majeure, par son inscription au plan de sécurité civile. Reconnaissance de l'importance d'avoir une infrastructure suffisante pour bien assurer la gestion de l'organisme et sa représentation auprès de ses partenaires, pour participer pleinement aux travaux régionaux et offrir à nos équipes le soutien humain et matériel dont ils ont besoin pour maintenir le rythme et préserver leur santé.

Quel sera le profil d'un organisme régional comme le Centre de crise de Québec dans quelques années? Un organisme bien implanté doté des ressources suffisantes pour remplir ses mandats, avec expertise et application, dans les règles de l'art?

Nous l'espérons vivement. C'est pourquoi nous ne pourrions faire l'économie de débats sur ces grands enjeux. Brasser des idées, identifier les vrais défis, ceux qui comptent au final, et qui déterminent la pérennité d'une organisation comme la nôtre. Et ce, en pleine complémentarité avec le reste du réseau de la santé mentale de Québec, communautaire et public.

Nous comptons sur la compréhension et la collaboration de tous pour garantir un avenir acceptable et de qualité au Centre de crise de Québec.

Michel Roy, président
Louise Larouche, directrice générale

ACTIVITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Membres du conseil d'administration

- M. Michel Roy, président
- Mme Nathalie Brière, vice-présidente
- Mme Kelly Brennan, secrétaire
- M. Serge Caron, trésorier
- Mme Lucile Allard, administratrice
- Mme Marie-Josée Filteau, administratrice
- Mme Élise Landry, administratrice
- Mme Danielle Lambert, administratrice
- M. Maurice Ouellet, administrateur
- Mme Marie-Christine Dubé, représentante des employés
- Mme Louise Larouche, directrice générale



La majorité des administrateurs du Centre de crise de Québec sont des représentants de la communauté, une personne nous a été recommandée par Le Cercle polaire, organisme œuvrant auprès des parents et amis des personnes ayant une problématique en santé mentale. La représentante des employés est nommée lors de l'assemblée générale syndicale de l'organisme et la directrice générale siège d'office au conseil.

L'Assemblée générale annuelle du Centre de crise de Québec a eu lieu le 16 juin 2010 dans les locaux du Y.W.C.A. de Québec. Les règlements généraux ont été mis à jour, les amendements ont été adoptés à cette occasion. Seize membres ainsi que quinze employés y ont assisté.

Notre assemblée générale annuelle ainsi que la séance publique d'information se déroulent toujours à la mi-juin. La date et l'adresse exacte sont disponibles, chaque année, pour les personnes intéressées à y participer en appelant au 418-687-2747 poste 1.

Le feuillet invitant les personnes ayant résidé au Centre de crise de Québec à devenir membres actifs a été distribué dans tous les volets ainsi qu'à la Boussole et au Cercle Polaire pour rejoindre les parents et amis de nos clients. Le formulaire est aussi disponible sur le site du Centre de crise de Québec, au **www.centredecrise.com**.

Le conseil d'administration a travaillé plus particulièrement sur les dossiers suivants :

- Suivi de l'implantation du nouveau modèle d'organisation des services du CCQ mis en vigueur le 8 mai 2010 : nouveaux horaires, attributions des postes, entente particulière avec le syndicat concernant la convention collective, comité paritaire pour les mises au point du modèle, première évaluation des résultats comparatifs entre l'été 2010 et l'été 2009, dépôt du bilan de la réorganisation (novembre 2010).
- Modification de l'horaire de travail de la Coordination et de la Direction générale; dotation du poste de Coordinatrice aux ressources humaines.
- Comité de vérification, suivis du budget et des résultats mensuels et annuels avec le vérificateur comptable, politiques de gestion, jeu d'échelons.
- Suivi des travaux de recherche de solutions pour la transformation du système de gestion des dossiers « employés », des disponibilités et de l'horaire. Adoption du nouveau système retenu. Suivi des travaux de recherche des systèmes de communication du CCQ pour la mise en place d'une nouvelle base de données « clients » et pour l'adhésion au système S.I.U. Visites d'organismes et échanges d'expertises pour la recherche de solutions de monitoring des appels et pour un nouveau système téléphonique.
- Suivi des dossiers du R.E.S.C.I.C.Q. (Loi 21, l'Accord de Drummondville, plan de communication, etc).
- Suivi de l'implantation du comité des personnes utilisatrices, le Parallèle.

- Suivi des dossiers de liaison, Institut régional en santé mentale, urgences psychiatriques, T.I.B.D., P.A.C.T., plan de sécurité sociosanitaire régional, recherche avec l'Université Laval, commissaire aux plaintes, politique de reconnaissance et de soutien des organismes sans but lucratif de la Ville de Québec, stage en santé communautaire (U. Laval), protocole 211.
- Suivi du dossier d'une plainte aux normes du travail; démarche des assurances pour le feu à l'HT.
- Présentation du stage d'Huguette Savard sur le rétablissement à l'Hébergement temporaire (U.Q.A.C.).
- Adhésion au R.A.I.I.Q.
- Couverture d'assurance responsabilité civile.
- Dépôt et discussion sur la philosophie d'intervention.
- Suivi d'une plainte d'une cliente contre le CCQ, la Protection de la jeunesse et deux hôpitaux.
- Dépôt du plan de travail 2010-2011.
- Suivi des travaux de réfection des résidences d'hébergement, recherche de subvention pour adapter le volet R.T.O. pour les personnes à mobilité réduite et pour changer les portes et fenêtres de l'H.T.; politique d'aide à l'opération des locaux, Ville de Québec.
- Suivi des travaux préparatoires à la négociation de la convention collective.

Comité des personnes utilisatrices du CCQ - Le Parallèle

Composition du comité

Sous la responsabilité de Huguette Savard et de Anne-Marie Michaud, stagiaire à la maîtrise en santé communautaire, le comité s'est réuni à dix reprises cette année et a poursuivi sa démarche de recrutement de membres. Soixante personnes ont été jointes, 19 d'entre-elles sont venues vérifier leur intérêt et six sont demeurées actives. Nous avons choisi un nom, clarifié nos valeurs, nos buts, notre mission et les règles de composition.

Défis à relever en 2011-2012

- Stabilisation des effectifs;
- Connaissance de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Travailler avec la direction du Centre de crise de Québec et avec les partenaires;
- Renforcer la composition du comité (élection et nomination des officiers de notre comité);
- Règles de fonctionnement, confidentialité;
- Plan d'action;
- Rapport d'activités.

« Merci au grand respect que l'équipe me porte.
Et l'écoute, grâce à plusieurs conditions gagnantes (et aussi mes efforts), j'ai pu atteindre mes objectifs. Bonne continuité à tous.
Merci d'exister. »

Témoignage

The image features a solid green background. On the left side, a large, thin white arc curves from the top edge towards the center. On the right side, two overlapping circles are drawn with thin white lines. The word "Bilan" is written in a bold, white, sans-serif font within the upper circle. A small orange dot is positioned at the intersection of the two circles.

Bilan

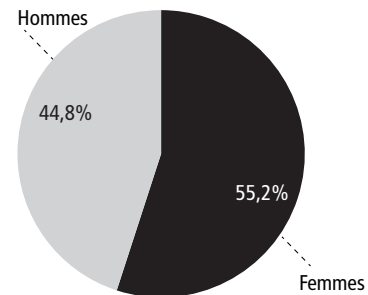
PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE 2010-2011

Nombre de personnes desservies pendant l'année : 4075

Nouveaux clients cette année : 2471 (61% sont des nouveaux clients)

Pourcentages selon le sexe

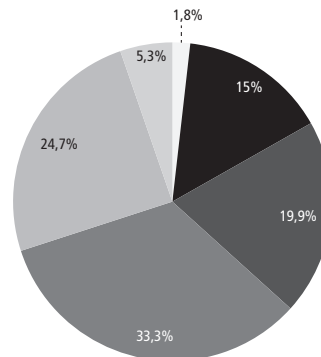
Hommes : **44,8%** Femmes : **55,2%**



POURCENTAGE SELON LE GROUPE D'ÂGE

Environ la moitié des clients (57,62%) sont âgés entre 26 et 65 ans et 42,38% des clients ont moins de 25 ans et/ou plus de 66 ans.

0-17 : **1,8 %**
 18-35 : **15 %**
 26-35 : **19,9 %**
 36-50 : **33,3 %**
 51-65 : **24,7 %**
 66 et + : **5,3%**



SOURCES DE REVENUS	
Aide sociale	41%
Salaire	27%
Ass. emploi, ass. maladie	13%
Retraite	7%
Aucun	6%
Autre	5%

MODE DE RÉSIDENCE	
Vit seul	40,2%
Conjoint	13%
Conjoint/enfants	16,5%
Sans domicile fixe/refuge	8,5%
Colocataire	5,4%
Chambre et pension	2,3%
Chez les parents/famille	13,4%
Autre	0,7%
TOTAL	100%

« J'ai beaucoup apprécié mon séjour au centre. Il m'a soutenu tout au long de mon suivi intensif en thérapie. Je me suis sentie en sécurité, bien encadrée, en confiance et protégée contre mes pulsions négatives tout en étant autonome. »

Témoignage

PORTRAIT GÉNÉRAL DES SERVICES OFFERTS AU CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC

NOMBRE D'INTERVENTIONS

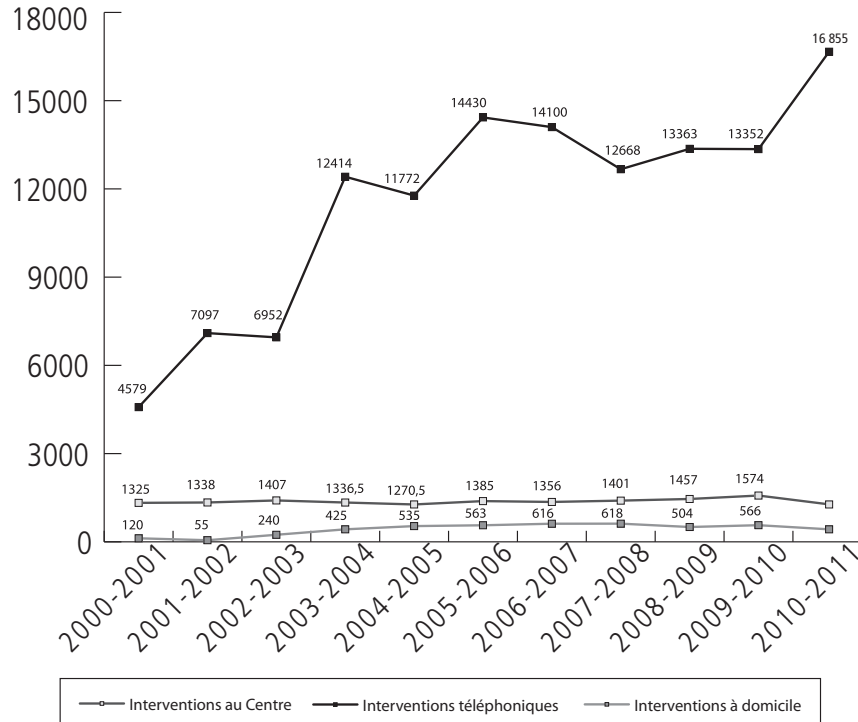
	2010-2011	2009-2010
Appels téléphoniques	16 855	13 352
Entrevues externes	386	452
Déplacements de l'équipe mobile	432	566
Hébergements	838	1 122
RTE	408	465
I/C-RTO	339	538
H/T	91	119
TOTAL D'INTERVENTIONS	18 511	15 495

On note une augmentation de 3 500 interventions téléphoniques et une baisse en ce qui a trait à l'ensemble des autres services. Le nouveau modèle de service est entré en fonction le 8 mai 2010 et a influencé la façon d'offrir les services. Nous avons ajouté des heures d'intervention à la réponse téléphonique, ce qui a eu comme impact d'augmenter considérablement le nombre de demandes cette année. Par contre, des heures ont été retranchées dans les autres volets, particulièrement à l'hébergement, limitant la capacité d'accueil.

Les entrevues externes ont été concentrées à l'intérieur de certaines plages horaires de la journée, en fonction de la disponibilité des intervenants en poste. Nous demandons aux personnes de prendre rendez-vous avant de se présenter à une entrevue et avons accentué cette pratique cette année. Nous faisons toutefois preuve de souplesse à l'égard des personnes qui se présentent à l'improviste.

Ces changements de pratique feront l'objet d'une analyse plus fine au cours de l'été 2011 pour nous permettre de maintenir notre efficacité et de raffiner l'exercice de détermination des priorités de notre offre de services.

RÉPARTITION DES DEMANDES SELON LE MODE D'INTERVENTION



2011

Interventions téléphoniques : 16 855
 Interventions à domicile : 432
 Interventions au Centre : 1 224
TOTAL : 18 511 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 432 sorties cette année :

Dangerosité	2009-2010	2010-2011
Aucune	115	128
Danger grave non immédiat	265	109
Danger grave et immédiat	186	85
Présence d'armes à feu	4	2
Présence d'enfants	25	16
Présence de chien(s)	51	17
Présence policière requise	108	40
Application Loi P-38.001	67	35
TOTAL DES SORTIES	566	432

ORIENTATIONS DES INTERVENTIONS

	Nombre	%
P-38	35	8,1
Accompagnements volontaires	84	19,4
Hébergements au CCQ	36	8,3
Requêtes	42	9,7
Milieu naturel	116	26,8
Médecin et équipe traitante	6	1,4
CLSC	21	4,8
Pratique privée	5	1,2
Support téléphonique	7	1,6
Organismes communautaires	34	7,9
Possibilité de déplacements	21	4,9
Déplacements	8	1
Possibilité d'entrevues externes	2	0,5
Possibilité d'hébergement au CCQ	15	3,5
TOTAL DES SORTIES	432	100%

SOURCES DE RÉFÉRENCES POUR LES SERVICES DE L'ÉQUIPE MOBILE

Les proches et la personne elle-même	Nombre	%
Mère	54	12,4
Frères et sœurs	31	7,2
Enfants	35	8,1
Conjoint et ex-conjoint	31	7,2
Famille	10	2,3
Amis-es	17	3,9
Père	16	3,7
Personne elle-même	27	6,3
TOTAL DES SORTIES	221	51,1%

Le milieu environnant	Nombre	%
Propriétaire	17	3,9
Milieu d'hébergement	1	0,2
Voisins	9	2,1
TOTAL DES SORTIES	27	6,2%

Milieu de soins médicaux et de suivi dans la communauté	Nombre	%
Centres hospitaliers	31	7,2
CLSC	18	4,2
Organismes comm.	23	5,3
Cliniques spécialisées	1	0,2
DPJ	9	2,1
Pharmacies	0	0
Cliniques privées	3	0,7
TOTAL DES SORTIES	85	19,7%

Services de santé mentale et de crise	Nombre	%
Centre de prévention du suicide	27	6,3
Services de police	16	3,7
Centre de crise de Québec	19	4,4
La Boussole	5	1,2
TOTAL DES SORTIES	67	15,6%

RÉSEAUX SOCIAUX/INSTITUTIONS SCOLAIRES

Milieu de travail et de loisirs	Nombre	%
Organismes publics	14	3,2
Milieux de travail	5	1,2
Institutions scolaires	10	2,3
Salon de jeu et Loto-Québec	3	0,7
TOTAL DES SORTIES	32	51,1%

« Tout un voyage pour une tête cassée. C'est tout un voyage de l'inconnu que j'ai fait ici à l'HT, un temps d'arrêt dans cet espace de temps que je ne connaissais pas et sans savoir que cette destination était le chemin de trouver le bonheur de soi-même avec un endroit exceptionnel, 5 étoiles et tout compris. Ma vie était un puzzle (...) j'ai pu réussir à refaire mon propre puzzle et bien mettre les pièces à la bonne place. Merci encore! »

Témoignage

« La seule chose que je regrette, c'est de ne pas avoir connu le Centre de crise avant. Ça m'aurait épargné des hospitalisations dont certaines que je juge inutiles, ou du moins en aurait écourté le séjour. Mais vaut mieux tard que jamais. »

Témoignage

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE MOBILE

	Nombre	%
Évaluation de l'état mental	192	44,5
Évaluation de l'urgence suicidaire	76	17,6
Évaluation de la dangerosité	46	10,6
Tenter un contact, une relation d'aide	37	8,6
Support aux personnes	22	5,1
Support aux familles, aux voisins	9	2,1
Application de la Loi P.38	14	3,2
Accompagnement à l'hôpital	15	3,5
Intervention post-suicide	1	0,2
Support aux proches pour requête	3	0,7
Évaluation pour résorber la crise	1	0,2
Support aux intervenants	4	0,9
Post-vention	0	0
Intervention post-traumatique	9	2,1
Intervention pour faire baisser la tension dans le couple	2	0,5
Évaluation de la situation familiale	1	0,2

Le système d'évaluation des sorties de l'équipe mobile s'est transformé de façon majeure depuis le 8 mai 2010. L'intervenant de l'équipe mobile travaillant dorénavant à même le volet de l'IC, il se trouve en contact direct avec le référent au moment de la demande initiale, au téléphone, avant de quitter le Centre. Il peut ainsi mieux investiguer les différents moyens à la disposition de la personne et de son réseau; offrir le support nécessaire, de type « coaching », auprès des personnes concernées; planifier certains déplacements pour éviter de « surprendre » une personne ou de faire plusieurs déplacements parce que la personne est absente; concerter les différents partenaires concernés, etc.

Les références proviennent de la famille ou sont initiées par la personne elle-même, à 51,1%. Plusieurs personnes nous disent avoir été référées par un organisme de support aux proches, comme la Boussole ou le Cercle Polaire.

Nous observons aussi que certaines personnes proches ont eu recours à nos services plusieurs fois depuis quelques années et utilisent les services plus précocement. Ainsi, lorsqu'elles nous appellent la situation est moins détériorée, ce qui permet une intervention plus préventive. Cette tendance peut expliquer en partie qu'il y ait moins d'interventions en contexte de « danger grave et immédiat » et moins de situations d'application de la Loi P-38 cette année.

Le mandat de l'équipe mobile est d'éviter l'application de la loi P-38 et de proposer des moyens alternatifs à l'hospitalisation, lorsque la situation le permet. Ainsi, nous favorisons des approches moins intrusives et tentons d'agir préventivement par d'autres moyens, en amont de l'application de la loi qui doit rester exceptionnelle.

● ● ● **HÉBERGEMENT**

Nombre héb. Durée totale	Lits de crise	Hôpitaux de jour (CTC)	Hébergement thérapeutique	Total par résidence	UTB
RTE	377 1990 jours	8 175 jours	23 332 jours	408 2497 jours	N/A
I/C	27 109 jours	N/A	N/A	27 109 jours	N/A
H/T	N/A	3 83 jours	85 2484 jours	88 2567 jours	3 43 jours
RTO	299 1470 jours	8 188 jours	5 177 jours	312 1835 jours	N/A
TOTAL	703 3569 jours	19 446 jours	113 2993 jours	835 7008 jours	3 43 jours

« Les mots me manquent afin de dire à quel point j'ai été encadrée de façon respectueuse. Un réconfort, une écoute, des pistes de solutions, des intervenants en or. La maison est propre et chaleureuse. La nourriture est bonne et préparée avec plaisir. »

Témoignage

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 %
RTO	Crise	5	326	4,8	86,5
	H/T	-	5	35,4	9,7
	CTC	4	8	23,5	12,9
TOTAL		9	339	5,7	59,2%
RTE	Crise	6	377	5,3	99,9
	Hôpital de jour	3	8	21	16
	H/T	-	23	14,4	18,2
TOTAL		9	408	6,1	76%
H/T (TOTAL)	H/T	9	88	29,2	78,1%
GRAND TOTAL	Toutes résidences	27	835	8,4	71,1%

Il est essentiel de bien différencier les types d'hébergement du CCQ pour analyser les taux d'occupation des lits. Ainsi, les « lits de crise » sont occupés à 86,5% et à 90,9% dans les résidences de la RTO et de la RTE, alors que les lits réservés aux personnes en traitement dans les hôpitaux de jour sont occupés à 12,9% et à 14,4%. Cela a pour conséquence de laisser des espaces libres dans nos résidences d'hébergement et de ramener le taux d'occupation globale à 59,2% et à 76%. Il nous arrive occasionnellement d'utiliser les lits disponibles pour d'autres types d'hébergement, comme l'hébergement temporaire notamment. Nous avons choisi d'indiquer par des tirets ces places utilisées au tableau des durées d'occupation.

Par contre, nous ne pouvons combler à 100% ces espaces parce que cela nécessiterait un encadrement supplémentaire et des ressources additionnelles. Une personne qui est en traitement dans un hôpital de jour est absente le jour, la semaine. De plus, son suivi thérapeutique est assuré par l'équipe traitante. Nous n'intervenons donc qu'en soutien à ce traitement, de concert avec l'équipe soignante. Une personne en lit de crise, quant à elle, arrive souvent sans suivi externe et nécessite un soutien beaucoup plus serré au quotidien. Son séjour de courte durée exige une intervention rapide et efficace, la mise en place de moyens pour la suite de son processus de rétablissement, des rencontres régulières et soutenues.



Depuis trois ans, nous avons transformé la vocation de trois places pour les personnes en traitement dans les hôpitaux de jour, ramenant leur nombre de dix à sept. Grâce à une subvention du Ministère de la Santé et des services sociaux, nous avons pu augmenter la supervision de deux volets d'hébergement et offrir trois lits de crise de plus, réservés aux urgences psychiatriques. Ce modèle donne de bons résultats et nous a permis d'améliorer la fluidité générale des personnes en lit de crise.

À l'Hébergement temporaire, nous devons composer depuis plusieurs années avec une liste d'attente. Elle est permanente et une douzaine de personnes y sont inscrites. Cela entraîne aussi souvent des délais supplémentaires pour permettre aux personnes en réservation de préparer leur arrivée lorsqu'arrive leur tour.

« L'environnement tant qu'à lui était douillet, chaleureux et très propre. Puis cette belle ambiance était agrémentée par une merveilleuse équipe toujours disponible lorsque j'en ressentais le besoin, soit pour me rassurer, me suggérer, me motiver, m'encourager, etc. Bref, peu importe la situation, je savais qu'il y avait une personne réconfortante à tout moment, car chaque membre de l'équipe dégageait à sa façon, une bonne dose de gentillesse, de compréhension, d'écoute, d'empathie et d'entrain. De plus, il y avait un suivi de mes démarches qui m'encourageait à foncer et d'affronter en temps et lieu et de lâcher prise pendant les autres circonstances. Merci beaucoup, je suis très reconnaissante. »

Témoignage

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS DES DESCRIPTIONS CLINIQUES

Type de crises Présentations	Vulnérabilité/ indéterminée	Associée à une pathologie	Maturation/transition situationnelle/d'adaptation	Traumatique	Relationnelle	TOTAL
Ventilation	43	1255	857	70	654	2879
Idées suicidaires	220	480	286	26	250	1262
Demandes d'information	1361	7	2	1	5	1376
Accidents	1	0	0	27	0	28
Actes criminels	0	2	0	65	2	69
Agitation	5	243	81	1	67	397
Agressions sexuelles	0	1	1	29	0	31
Automutilation	0	35	18	0	25	78
Concertations	865	2	3	0	1	871
Confusion	34	110	24	2	16	186
Comportements à risque	6	159	77	5	50	297
Comportement antisocial	1	31	0	1	15	48
Comportement déviant	1	9	0	0	4	14
Décès par suicide	0	0	0	33	0	33
Demandes de conseil	473	2	5	0	6	486
Demandes de référence	302	0	0	0	1	303
Dépannage	144	0	1	0	2	147
Désorg.(diagnostic)	60	464	122	3	27	676
Désorg. (problématique)	137	438	105	23	91	794
Deuil	1	0	227	3	2	233
Diff. p/r orient. sex. p	0	0	1	0	0	1
Épuisement	0	2	276	1	1	280
État dissociatif	0	0	0	1	0	1
Fébrilité	3	3	180	1	1	188

Type de crises Présentations	Vulnérabilité/ indéterminée	Associée à une pathologie	Maturation/transition situationnelle/d'adaptation	Traumatique	Relationnelle	TOTAL
Flashback	0	0	0	17	0	17
Hallucinations	3	182	0	0	1	186
Hypervigilance	0	0	0	8	0	8
Idées de référence	0	88	1	3	0	92
Idées délirantes	3	270	0	0	0	273
Maladie	1	0	0	16	0	17
Méfiance	4	240	29	0	23	296
Nécessite hospitalisation	0	90	0	0	0	90
Période de transition	0	0	140	0	0	140
Peu d'affect	1	24	7	6	6	44
Recherche d'écoute	1091	22	18	0	8	1139
Récurrence	175	2	1	0	1	179
Rupture amoureuse	3	5	3	0	664	675
Somatisation	5	38	9	2	5	59
Sx de sevrage	0	56	1	0	0	57
Tentative de suicide	0	44	40	8	38	130
Tiers demande support	455	4	1	1	4	465
Trouble du sommeil	156	512	206	36	167	1077
Verbalisation agressivité	54	120	34	4	58	270
Verbalisation homicide	7	30	10	2	13	62
Verbalisation suicidaire	103	175	121	8	112	519
Nombre d'interventions	5718	5145	2887	403	2320	16473

Provenance de la clientèle	Principaux partenaires	2010-2011	%
Interne ou autoréférence		12 1615	68%
Tierce (conjoint(e)/famille)		2 589	14%
	TOTAL	1602	9 %
Centres hospitaliers	CHA	803	
	CHUQ	513	
	Inst. U.S.M.	194	
	HJ/CTC/Faubourg	34	
	PACT	10	
	Autres	48	
	TOTAL	669	4%
Organismes communautaires	CPS	174	
	La Boussole	79	
	Lauberivière	33	
	PECH	54	
	YWCA/YMCA	18	
	Le Rucher	16	
	Cercle Polaire	0	
	Autonhommie	2	
	Le CRUV	38	
	Le Pavois	20	
	L'Armée du Salut	7	
	Arc-en-ciel	5	
	Autres	223	
	TOTAL	401	2%
CSSS (CLSC)	CSSS Vieille-Capitale	243	
	CSSS Québec-Nord	100	
	CSSS Portneuf	18	
	CSSS Charlevoix	5	
	Autres	35	
	Corps de police	201	
	Organismes publics	253	
	Pratique privée	88	
	Inconnue (non saisie)	93	
		18511	100%

ORIENTATIONS

Orientations des interventions	Détails des orientations à l'interne	2009-2010	2010-2011
Milieu naturel		4518	5888
Organismes communautaires	TOTAL	1558	2067
Lits de crise	TOTAL	2736	3026
	Lits de crise	931	911
	Possibilité d'hébergement	798	988
	Réservation de crise	800	884
	Annulation de la réservation	207	243
Non saisies	TOTAL	950	1127
Support téléphonique	TOTAL	1617	2170
Équipe mobile		2003	1245
	Possibilité de déplacement	939	978
	Déplacement	154	267
Centres hospitaliers		795	891
Entrevues externes	TOTAL	785	642
	Possibilité d'entrevue externe	481	288
	Entrevue externe	304	354
CSSS (CSLC)		232	383
Organismes publics		232	282
Corps de police		273	348
Pratique privée		120	132
Hébergement temporaire		32	119
	Réservation H/T	28	117
	Annulation de la réservation	(4)	2
Hôpital de Jour/CTC		11	29
Requête		80	148
Autre		463	14
TOTAL		15495	185111

The background is a solid blue color. It features several white decorative elements: a large arc starting from the top left and curving across the top; a large circle on the right side; and another large circle below it, overlapping the one above. The text 'Types de crise' is centered in the upper half of the image, with a small orange dot under the letter 's' in 'crise'.

Types de crise

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 toutefois choisi de regrouper deux de ces catégories de crise, soit la crise situationnelle/adaptation et la crise 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 ensuite noter la présence ou l'absence de certains symptômes importants tels que les idées suicidaires, les hallucinations, les symptômes de sevrage, etc.

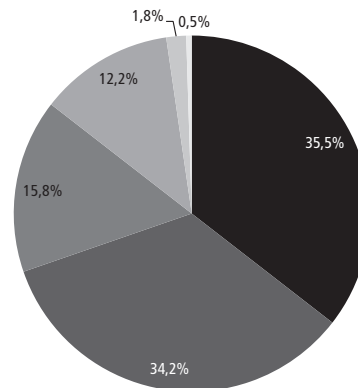
Il convient de mentionner que toutes les fiches d'intervention ne cumulent pas l'ensemble des données possibles pour chaque intervention. En effet, la nature même de nos activités nécessite une présence immédiate à la personne en besoin. L'intervenant notera au mieux le maximum de données connues, tout en accordant la priorité à une réponse rapide et adéquate à la personne en crise. Les données seront répertoriées par la suite. Par ailleurs, nous n'établissons pas de diagnostics. Nous composons avec les informations données par la personne, son niveau de confiance, le lien qui se développe à son rythme, l'urgence et la priorisation de l'action en fonction du besoin immédiat, etc. Tous ces éléments limitent donc la cueillette d'informations.

Cet exercice vise à présenter un aperçu des tendances et besoins identifiés par notre clientèle pour une année-type. Bien que partielles, ces données représentent néanmoins un portrait assez fidèle et fiable de la demande d'aide reçue, dans ses proportions globales.

Nombre d'interventions totales pour l'année 2010-2011 : 18 511

Répartition par type de crise :

• Vulnérabilité/indéterminée	6577 interventions	35.5%
• Associée à une pathologie	6334 interventions	34.2%
• Situationnelle/d'adaptation et maturation/transition	2814 interventions	15.8%
• Relationnelle	2250 interventions	12.2%
• Traumatique 2 %	330 interventions	1.8%
• Type non répertorié	96 interventions	0.5 %



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 est parfois nécessaire afin d'aider la personne à retrouver son mode de fonctionnement habituel.

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

Dans la catégorie indéterminée, nous répertorions les diverses demandes ne correspondant pas aux grandes catégories, comme les concertations, les demandes de support par un tiers, les informations diverses, etc..

Moyenne d'interventions pour ce type de crise : 35 %

Taux de certains facteurs et symptômes associés à ces interventions :

Concertation :865	Demandes d'information : 1361	Tiers demande support : 455
Demandes de conseil : 473	Idéations et verbalisations suicidaires : 323	Demandes de référence : 302
Demandes de dépannage : 144	Désorganisation (problématique): 137	Verbalisation d'agressivité : 54
Verbalisations homicides : 7		

● ● ● *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.

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 ayant un trouble de personnalité, épisode maniaque, rechute d'alcool/de drogue/de jeu, etc.

Moyenne d'interventions pour ce type de crise : 34%

Taux de certains facteurs et symptômes associés à ces interventions :

Idéations et verbalisations suicidaires : 655	Désorganisation (problématique) : 438	Désorganisation (diagnostic) : 464
Comportements à risque : 159	Idées délirantes : 270	Méfiance : 240
Verbalisations d'agressivité : 120	Hallucinations : 182	Symptômes de sevrage : 56
Idées de référence : 88	Automutilation: 35	Tentatives de suicide: 44
Comportement antisocial : 31	Verbalisations homicides: 30	Comportement déviant : 9

● ● ● *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. Par ailleurs, 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 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 une plus grande dangerosité, d'abord pour la personne elle-même (tentatives de suicide, idéations et verbalisations suicidaires, comportements para-suicidaires) et plus rarement 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 les personnes qui les vivent et l'intervention visant à les aider à en découvrir les quelques contours, peut grandement réduire les dangers qui s'y associent. D'ailleurs, la traversée de ces expériences amène souvent la personne à se sentir en état d'étrangeté face au monde. Or ces expériences sont humaines et il importe de les accueillir comme telles.

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

Les *crises situationnelles ou d'adaptation* découlent souvent d'une situation ou d'un ensemble de situations extérieures, stressantes, très chargées émotivement 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, etc.

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.

Moyenne d'interventions pour ces types de crise : 16%

Taux de certains facteurs et symptômes associés à ces interventions :

Ideations et verbalisations suicidaires: 407	Deuil : 227	Période de transition : 140
Désorganisation (problématique) : 105	Comportements à risque : 77	Tentatives de suicide : 33
Verbalisations d'agressivité : 34	Méfiance : 29	Verbalisations homicides : 10
Automutilation : 18		

● ● ● *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, suite à 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 fébrilité, 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 ou 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 agresser les autres.

LES CRISES RELATIONNELLES

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

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

Moyenne d'interventions pour ce type de crise : 12%

Taux de certains facteurs et symptômes associés à ces interventions :

Ruptures amoureuses: 664
Verbalisations d'agressivité: 58
Automutilation: 25
Comportement déviant: 4

Idéations et verbalisations suicidaires: 362
Comportements à risque: 50
Verbalisations homicidaires: 13

Désorganisation (problématique): 91
Tentatives de suicide: 38
Comportement antisocial : 15

• • • Description clinique

Les crises relationnelles surviennent le plus souvent à la suite d'une rupture amoureuse, et, une partie d'entre elles laissent entrevoir la présence de difficultés spécifiques dans le lien à l'autre. 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 et 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 celles qui ne sont pas reconnues comme telles.

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 ou le témoin.

Le nombre d'interventions post-traumatiques au CCQ est peu élevé mais chacune d'elle représente une somme considérable d'énergie et de mobilisation de l'équipe d'intervention.

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.

Moyenne d'interventions pour ce type de crise : 2%

Taux de certains facteurs et symptômes associés à ces interventions :

Acte criminel: 65 %	Trouble du sommeil: 36 %	Accident: 27 %
Flashbacks: 17 %	Idéations et verbalisations suicidaires: 34 %	Décès par suicide: 33 %
Désorganisation (problématique): 23 %	Tentative de suicide: 8 %	Comportement à risque: 5 %
Hypervigilance: 8 %		

• • • Description clinique

Les crises traumatiques surviennent le plus souvent suite au suicide d'un proche, mais aussi, à la suite d'un acte criminel ou d'un grave accident. La personne éprouve des symptômes semblables aux autres états de chocs tels que troubles cognitifs, nervosité et troubles du sommeil notamment, 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, très longtemps après l'événement traumatique.

Conclusions des descriptions cliniques :

En considérant les différents profils de crise, nous constatons qu'une forte proportion de clients qui traversent ces crises souffre d'une problématique parallèle, ce qui complexifie et intensifie l'épreuve que représente cette crise. Plusieurs symptômes étroitement associés à des problématiques parallèles, dont les troubles de personnalité et les problèmes psychiatriques, se retrouvent en forte proportion dans les catégories de crises situationnelles/d'adaptation/de transition de même que dans la catégorie des crises relationnelles par exemple. Par conséquent, notre évaluation de la dangerosité 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 indique des éléments importants de dangerosité (tentatives de suicide, idéations et verbalisations suicidaires, comportements à risque, automutilation, 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. Par ailleurs, ces analyses n'excluent pas 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.

« Je sors très heureux et avec
un gros coffre d'outils spécialisés. »

Témoignage

« Un gros merci pour votre écoute, votre présence.
J'ai adoré mon séjour. J'ai pu prendre du recul, faire
du ménage dans mes idées. »

Témoignage

Formations en intervention de crise

Cette année, Marie-Josée Bégin a continué d'assurer la responsabilité de l'organisation de l'équipe de formation. Elle a été secondée par Claire Pelletier. Christiane Allard en fait la supervision du contenu clinique.

Voici la liste des activités réalisées par cette équipe pour l'année écoulée :

APE (Service d'aide à l'emploi)

20 C.O., T.S., Conseillers au maintien à l'emploi

Formation sur l'intervention de crise situationnelle, suicidaire et auprès d'une personne ayant un diagnostic de TPL ou un comportement hostile

Centre de formation professionnelle Louis-Jolliet

30 professeurs

Formation sur l'intervention de crise

Centre Jeunesse de Québec

15 agents d'intervention et autre personnel du CJ

Formation « Intervention de crise en situation traumatique »

Cégep Ste-Foy

20 professeurs en Technique de travail social

Formation sur l'intervention de crise en lien avec des problématiques de santé mentale (TPL, Troubles de l'humeur et Troubles anxieux)

CPE Chaudière-Appalaches

15 éducateurs et gestionnaires

Formation sur l'intervention de crise traumatique et suicidaire

Ministère de la Défense Nationale

25 aumôniers revenant d'une mission en Afghanistan

Base Militaire de Valcartier

Organismes communautaires de la ville de Québec

15 intervenants des divers O.C.

Formation en intervention de crise en lien avec des problématiques de santé mentale

Université Laval

15 membres du personnel non-enseignant de différentes facultés de l'Université Laval Formation « Transiger avec une clientèle hostile »

Conférences

Colloque provincial dépendance et collatéraux, la Relance Nicolet-Bécancour en collaboration avec l'UQTR.

Conférence donnée par Marie-Josée Bégin sur l'intervention de crise en lien avec les problématiques de dépendances.

Congrès de l'Association québécoise de prévention du suicide (A.Q.P.S.) en octobre 2010.

Présentation de l'atelier conférence sur l'intervention de crise auprès des personnes suicidaires à répétition (souvent T.P.L.)

Co-conférenciers Christiane Allard et Gilles Marsolais, intervenant au Centre de crise Iris et formateur indépendant.

Formation RCR-DEA

Intervenants du CCQ

Formation des nouveaux intervenants

Capsules cliniques

Formation continue auprès des intervenants

- Intervention post-vention - par Sébastien Pelletier et Audrey Simard du Centre de prévention du suicide
- L'espoir – par Cécile Cormier du CTR de Nemours
- Intervention dans un contexte interculturel- par Nahed Ghasoor de la Maison des femmes immigrantes
- Démystifier les troubles anxieux- par Catherine Gagnon
- Entrevue motivationnelle- par Amélie Couture

Kiosques

- École Nouvel horizon
- École Samuel de Champlain
- École hôtelière de la Capitale et le CFP Wilbrod-Bherer
- Colloque du CPS
- Salon Équilibre Santé Forme, Place Laurier

Présentation des services du CCQ

Équipe Santé et services sociaux de Wendake • 10 intervenants

Fédération de la santé et des services sociaux

The background is a solid blue color. It features several white decorative elements: a large arc starting from the left edge and curving upwards; a large circle on the right side; and another circle below it, overlapping the one above. The text 'Notre Équipe' is centered in the upper half of the image, with a small orange dot under the letter 'e' in 'Notre'.

Notre Équipe

Liste des employées du Centre de crise de Québec au 31 mars 201

Titulaires de postes				
ADM	I/C	H/T	RTO	RTE
- Camille Garceau, secrétaire réceptionniste	- Suzanne Couët	- Gaston Mercure (EM)	- Marie-Claude Deschamps	- Lyne Lessard
- Raymonde Deschênes, secrétaire administrative	- Marie-Claude Deschamps	- Diane Rasmussen	- Lise Careau	- Sandra-E. Lachance
- Paul Hébert, comptable	- Suzanne Bélanger (EM)	- Josiane Chevalier-Biedermann	- Danielle Laplante	- Marie-Josée Bégin
- Marie-Claude Richard, coordonnatrice aux ressources humaines	- Nadine Abdel-Malak	- Marie-Claude Desaulniers (EM)	- Marjolaine Guay	- Marie-Anne Veillette
- Huguette Savard, coordonnatrice clinique, volets HT, IC et EM	- Annick Brouillette (EM)	- Mélanie Lavoie (EM)	- Marie-Anne Veillette	- Constance Bonneau
- Christiane Allard, coordonnatrice clinique, volets RTE, RTO et formation	- Mélanie Lavoie	- Geneviève Livernoche	- Marie-Christine Dubé	- Marie-Claude Richard
- Louise Larouche, directrice générale	- Jean-Jacques Gaudreault (EM)	- Thomas Tremblay	- Patricia Trudel	- Barbara Martin
	- Claire Pelletier (EM)	- Laurent Lagarde	- Jessica Abdelmoumene (EM)	- Emmanuel Berthiaume
	- Lorraine Morin (EM)	- Jessica Abdelmoumene (EM)	- Tahar Amghar	- Concepcion Campa-Villalobos
	- Isabel Lamothe (EM)	- Marc-Philippe Fortin		- Jade Kirallah
				- Marilie Rivard-Bélisle

Équipe de formation

Marie-Josée Bégin
Claire Pelletier

Liste de rappel

- Marie-Claude Vermette - Christine Nadeau - Nathalie Perron - Steve Dubois - Gwenaëlle Dauphas - Stéphane Paquet - Dany Painchaud - Guylaine Wong	- Sylvie Samson - Philippe Boivin - Stéphane Gauthier - Amélie Couture - Aline Morin - Véronique Jenouvrier - Benoît Boucher - Julie Lesage	- Nathalie Carrier - Pascale Tremblay - Marie-Michèle Doiron - Paula Leclerc - Marie-Ève Milot - Geneviève Nicholas - Marie-Audrey Lavoie - Renée Allard	- Étienne Boudou-Laforce - Annabelle Cantin - Catherine Gagnon - Vanessa Keegan - Jean-Michel Lavertu - Hélène Dionne - Laurie Hébert - Éric Gilbert	- Lydia Tremblay-Gendron - Maude Bornais - Pascale Beaulieu - Julie Dion - Monika Vallières - Julie Lachance - Kathie Bourassa-Débigaré - Patrick Tavares - Marie-Josée Girard
---	--	---	---	--

Support à l'administration

Laurie Hébert
Hélène Dionne

Épicerie

Julie Lachance

Stagiaires

H/T : - Huguette Savard
- Marc-Philippe Fortin

RTE : - Hélène Dionne
- Jade Kirallah

Support au comité des personnes utilisatrices, Le parallèle: Anne-Marie Michaud

Placement Carrière-Été 2010

Julie Lachance, HT
Marc-Philippe Fortin, RTO-IC
Audrey Lambert-Hamel, administration

« Le séjour m'a permis de me redonner le goût de vivre, de remettre mes choses en place. Je trouve que toutes les personnes sont professionnelles. Je vous remercie, je poursuis mes démarches avec SILAR et le CRUV. Je vous aime tous. »

Témoignage

The background is a solid purple color. It features several white decorative elements: a large arc at the top left, a large circle on the right side, and several smaller overlapping circles and arcs in the lower right quadrant. The text is centered in the upper half of the image.

Autres activités et perspectives d'avenir

Autres activités

Cette année, nous avons mis l'accent sur plusieurs activités de soutien à l'intervention. En voici la liste :

Suivi de la révision des processus organisationnels liés aux volets Intervention de crise et Équipe mobile

Un nouveau modèle d'organisation des services est entré en vigueur le 8 mai 2010. Cette transformation a permis de revoir l'ensemble des modalités de fonctionnement du CCQ, principalement en ce qui a trait aux horaires, ramenés à quatre jours la semaine et à trois jours la fin de semaine, et à la répartition des quarts de travail de l'équipe mobile dans les autres volets d'intervention. Dorénavant, les intervenants en attente de déplacement apportent leur soutien aux équipes de l'intervention de crise et de l'hébergement. Ils travaillent à raison de huit heures par jour et ont un horaire fixe comme l'ensemble des autres intervenants et assistants. Les rôles sont mixtes, un intervenant pouvant être à la fois à l'équipe mobile et à la réponse téléphonique, ou à l'hébergement, en soutien aux activités des résidences d'hébergement ou aux personnes hébergées. Le principal défi de ce nouveau modèle réside dans la gestion des périodes de surcharge, lorsque la demande se fait plus importante que la capacité de répondre des ressources en place. Plusieurs tableaux ont été élaborés pendant l'été 2010 pour évaluer la variation de l'offre de services, en fonction des sorties de l'équipe mobile et des heures travaillées dans les différents volets.

Des rencontres du comité paritaire sur le suivi de la réorganisation ont eu lieu pour proposer une série de mesures de soutien à l'activité clinique. Composé de représentants de chaque volet et des membres de la direction, ce comité a proposé des adaptations de nos pratiques visant l'efficience de l'offre de services.

Une démarche de coaching avec M. Hugues Simard s'est déroulée en parallèle du suivi de la réorganisation pour permettre la clarification des rôles de chaque membre de l'équipe de direction et sa consolidation.

ACTIVITÉS DE SOUTIEN À L'ADMINISTRATION

- 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 CA, du comptable et de la directrice générale.
- Révision partielle du code d'éthique, notamment en ce qui concerne le processus de gestion des insatisfactions.
- L'entretien des maisons. Nouvelles fenêtres et portes dans la résidence de l'Hébergement temporaire, grâce à une subvention de la Ville de Québec. Réfection de l'entrée et de la réception de l'Administration.

STAGE EN INTERVENTION DE GROUPE À L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

Mme Huguette Savard a effectué un stage d'Intervention sociale de petits groupes auprès de résidents du volet Hébergement temporaire du Centre de crise de Québec pendant la session d'hiver 2011.

Le groupe était de type ouvert. Les activités de groupe ont été offertes librement aux personnes résidentes, ainsi qu'à celles ayant déjà résidé à l'Hébergement temporaire.

Le groupe de traitement comme contexte d'intervention (Reid) fut retenu pour cette expérience. Ce type de groupe permet l'adaptation sociale des individus en les aidant à trouver un sens à leurs expériences de vie et à élargir les possibilités de développement qui s'offrent à eux. Il est axé sur les besoins sociaux et émotionnels des participants.

L'approche préconisée fut celle de l'empowerment et elle a fait appel à la croyance au rétablissement des personnes. L'emphase a été

mise sur les capacités, les forces et les facteurs pouvant aider les personnes à actualiser leur rétablissement. Cette approche favorise le changement d'attitudes, de comportements et de vision que les personnes ont d'elles-mêmes.

Il existe des données probantes sur les récits de vie de personnes ayant vécu un processus de rétablissement et sur les bénéfices de l'approche de soutien dans la communauté qui est axée sur les forces des individus. Ces bénéfices se manifestent :

Au plan cognitif : image de soi plus positive, croyance à une vie meilleure, une meilleure estime de soi, à la possibilité de se réaliser à nouveau malgré son vécu et son diagnostic.

Au plan émotif : expression des sentiments de frustration, d'exclusion (de stigmatisation) de honte et de tabou. Apaisement du sentiment de solitude, diminution de l'isolement, partage de stratégies de résilience.

Au plan comportemental : développement d'habiletés sociales telles que l'identification et l'expression de besoins, pistes de solutions pour y répondre et attitudes responsabilisantes.

LE PROGRAMME :

L'ensemble des activités a été rattaché à des thèmes liés au pouvoir d'agir de la personne et aux valeurs du rétablissement. :

- Affirmation de soi
- Le plaisir
- Le projet de vie
- La valise
- Les obstacles au rétablissement
- La gestion du temps
- Les 8 facteurs du rétablissement
- L'estime de soi
- Les capacités de résilience
- L'appréciation des autres
- Les forces
- La communauté, une oasis de ressources

ÉVALUATION DU PROCESSUS DE GROUPE :

De cette expérience de petits groupes à l'Hébergement temporaire, il ressort que l'on peut faire des activités de groupe sur les thèmes reliés au processus du rétablissement et du pouvoir d'agir des personnes. En tout, il y a eu 66 présences aux activités d'intervention de petits groupes, ce qui correspond à une moyenne de 4.6 personnes par activité. Au début, la participation au groupe se maintenait à 3 ou 4 personnes. Les dernières activités de groupes, quant à elles, ont rassemblé entre 6 à 8 personnes.

ÉVALUATION DES PARTICIPANTS POUR LE BILAN DES INTERVENTIONS DE PETITS GROUPES :

- Travailler sur nos forces, vision de voir quelque chose de positif, de se regarder positivement nous donne de l'espoir;
- C'est un bel espace pour parler de nos parcours;
- La formule de groupe ouvert est à conserver et la participation des anciens est bienvenue;
- La participation des ex-résidents est vue comme un apport stimulant;
- Ça nous aide à mieux nous connaître et à mieux nous respecter;
- On nous dit de ne pas parler entre nous de problèmes, mais on a besoin d'un espace pour échanger et le fait que ça soit structuré en activité nous permet d'échanger et de s'encourager;
- Nous suggérons une activité de groupe par semaine (la fin de semaine en après-midi).

« Cette ressource est essentielle pour
m'avoir aidé à sortir d'une impasse. »

Témoignage

ACTIVITÉS DE VIE ASSOCIATION 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. Le CCQ est membre de plusieurs tables de concertation et de regroupements régionaux et provinciaux.

- Table territoriale en santé mentale du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale et sous-comité Comité sur la santé et le bien-être des hommes.
- Membre et administrateur au conseil d'administration du R.E.S.C.I.C.Q. (Regroupement des services communautaires d'intervention de crise du Québec)
- Membre de l'A.G.I.R. en santé mentale (Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale).
- Membre du Regroupement des organismes communautaires de la région de Québec (R.O.C. 03).
- Membre du Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (R.A.I.I.Q.)
- Membre de la Table de concertation en santé mentale première ligne, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Membre du Carrefour violence conjugale Québec Métro et comité de suivi du protocole.
- Participation à la Table des gestionnaires des OBNL et d'entreprises d'économie sociale du Centre local d'emploi des Quartiers-Historiques.
- Participation à l'Équipe clinique des services de crise et au Comité de gestion régionale de coordination des services de crise.
- Participation au 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.
- Rencontre à l'Agence du responsable des dossiers psycho-sociaux et de la coordonnatrice locale du Plan local de sécurité civile et du CSSS Québec-Nord, coordination des services.
- Rencontre équipe CSSS Québec-Nord, plan d'urgence en cas de sinistre.

- Participation au Projet EnRiCH.
- Membre du Comité directeur du Système d'information sur les usagers en santé mentale – SIU/Rencontre des nouveaux partenaires S.I.U.
- Projet clinique Santé mentale du CSSS Portneuf.
- Rencontre pour l'implantation du projet de l'urgence psychiatrique de St-Sacrement.
- 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.
- Participation au Comité d'organisation de services en prévention et intervention du jeu problématique.
- Membre de la Fédération régionale des OBNL (organismes à but non-lucratif) en Habitation de Québec-Chaudière-Appalaches (FROHQC).
- Rencontre du T.I.B.D. (Traitement intensif bref à domicile).
- Rencontre équipe mobile/Centre de prévention du suicide/La Boussole.
- Renouvellement de la signature du protocole avec le 211.
- Rencontre de quatre groupes de médecins résidents de l'unité familiale du CHUL et de l'unité de médecine familiale du CSSS Vieille-Capitale.
- Rencontre du responsable de l'équipe de crise régionale pour les jeunes, M. Pierre Nadeau.
- Rencontre Collège Mérici, offre de formation; rencontre de l'Agence/les services adaptés des collègues de l'Est du Québec
- Participation à la Table du Carrefour jeunesse Beauport
- Présentations aux équipes d'intervention du programme Optim'aide
- 5 à 7 des anciens
- Party de Noël – Le Shack
- Prêt d'une salle de réunion à Tel-Aide sur une base régulière
- Prêt d'un local à l'organisme Albatros, qui offre une aide bénévole aux personnes en soins palliatifs
- Emprunt de toiles – Vincent et moi

Les défis de l'année 2011-2012

L'année qui débute sera axée sur l'amélioration de nos outils de travail. Tout d'abord, le Centre de crise de Québec reverra une partie importante de sa technologie pour bien supporter sa prestation de services et se maintenir à jour. La téléphonie sera renouvelée. Après vingt-quatre ans, certains appareils sont prêts à passer le relais. Le nouveau système de télécommunication offrira des possibilités de monitoring et certaines options pour faciliter la réponse téléphonique d'urgence. Par ailleurs, une nouvelle base de données intégrée «employés, clients» simplifiera la vie des utilisateurs tout en rehaussant les performances. En effet, ce système assurera une meilleure gestion de l'information, notamment en ce qui a trait aux relevés des heures, aux horaires et aux disponibilités. La saisie statistique en sera facilitée, ce qui nous permettra de mieux rendre compte des nombreux services offerts pendant l'année et de faire une analyse plus fine de certains aspects spécifiques de l'intervention, au fur et à mesure des besoins.

Cette première phase de mise à jour des outils précèdera le branchement de notre organisme au réseau d'échange d'information régional informatisé, le Système d'information sur les usagers en santé mentale (S.I.U.). Cet exercice de partage des informations, avec l'autorisation de la personne, contribuera à bien articuler notre action en fonction de l'offre de services globale dispensée à cette personne tout en augmentant la cohésion.

Dans un autre ordre d'idées, nous poursuivons l'évaluation de la réorganisation des services, réalisée l'année dernière. Tout comme l'été dernier, nous poursuivons l'étude des impacts sur les services offerts à la population. Nous réviserons l'évaluation de la priorité de la demande d'aide, en fonction de certains paramètres, pour orienter le plus adéquatement possible les nombreuses demandes reçues, particulièrement en période de pointe. Le grand défi reste la gestion des « pointes » et des « creux » en contexte d'intervention d'urgence. Il s'agit de maintenir une formule dynamique pour mettre à profit la somme extraordinaire d'expertises cumulées dans les équipes de travail pour le bénéfice de l'ensemble, dans un esprit de collaboration et d'échanges. Déjà cet esprit est présent auprès de la grande majorité de nos travailleurs, ce qui est inspirant et garant de l'avenir.

Le comité inter-volets, qui réunit un représentant de chaque volet de services, poursuivra ses travaux d'analyse et de mises en commun du travail d'intervention de chaque volet dans le contexte de la réorganisation. Ce travail d'équipe amène une richesse extraordinaire d'échanges et de création.

Enfin, la nouvelle convention collective fera l'objet de travaux intensifs à l'automne pour compléter le travail amorcé l'an dernier. Nous espérons convenir des modalités de gestion simples et efficaces pour faciliter le travail de tous.

L'ensemble de ces travaux sont pour la plupart déjà amorcés ou en préparation. L'année débute donc sous le signe d'une intense activité et sollicitera, encore une fois, nos capacités d'adaptation. Toutefois, les résultats escomptés laissent présager de beaux résultats, des outils plus performants et des collaborations riches et variées. Un avenir donc sous le signe de l'espoir et de la réalisation collective.

« Le centre a été pour moi une belle transition entre moi et la réalité. Vous m'avez tous aidé à reprendre des forces. »

Témoignage

« Je me trouve privilégié d'avoir eu une place ici. J'ai beaucoup travaillé sur moi et j'en suis très fier. Je repars avec une version améliorée de moi. »

Témoignage