



DÉPARTEMENT DES SCIENCES DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET SOCIAL

ÉVALUATION DE LA PERTINENCE POUR L'IMPLANTATION D'UN CENTRE
D'INTERVENTION DE CRISE SELON LES BESOINS ET LES SERVICES
DISPONIBLES EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN
PSYCHOÉDUCATION 3168

PAR
MARC-ANDRÉ BRASSARD

JUIN 2018



DÉPARTEMENT DES SCIENCES DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET SOCIAL

ÉVALUATION DE LA PERTINENCE POUR L'IMPLANTATION D'UN CENTRE
D'INTERVENTION DE CRISE SELON LES BESOINS ET LES SERVICES
DISPONIBLES EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE ENPSYCHOÉDUCATION (PROGRAMME 3168)

PAR
MARC-ANDRÉ BRASSARD

Le mémoire a été évalué par :

Marie-Hélène Poulin UQAT
Directeur(rice) de recherche

Guy Leboeuf UQAT
Membre du jury

Stéphane Grenier UQAT
Membre du jury

Accepté le :



BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue obtained the permission of the author to use a copy of this document for non-profit purposes in order to put it in the open archives Depositum, which is free and accessible to all.

The author retains ownership of the copyright on this document. Neither the whole document, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	6
LISTE DES FIGURES.....	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	9
REMERCIEMENTS.....	10
INTRODUCTION.....	11
1-LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	12
1.1 Définition de la crise.....	12
1.2 Le processus de la crise.....	13
1.3 Offre de services des centres d'intervention de crise au Québec.....	14
1.4 Portrait de la situation en Abitibi-Témiscamingue.....	17
1.4.1. Accessibilité et rapidité de l'intervention.....	18
2- CADRE CONCEPTUEL.....	21
2.1 Concept lié au besoin.....	21
2.2 Le concept d'adaptation psychosociale.....	21
2.3 Schéma des variables à l'étude.....	24
2.4 Théorie des processus.....	26
3-MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	28
3.1 Le devis de recherche.....	28
3.2 La population à l'étude.....	29
3.2.1 Recrutement des participants.....	29
3.3 La méthode de collecte de données.....	30
3.4 Les instruments de collectes de données.....	31
3.4.1 Canevas d'entrevue.....	31
3.5 Stratégies d'analyse de données.....	32
3.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	32
3.6.1-Avantages et risques pour les participants.....	32
3.6.2-Consentement.....	33
3.6.3-Confidentialité.....	33
4-RÉSULTATS.....	33
4.1 Analyse des données.....	33

4.2 Description de l'échantillon.....	34
4.3 Problématiques susceptibles d'amener une personne à avoir recours à des services d'intervention de crise	34
4.4 Les services présentement offerts aux personnes qui traversent une situation de crise en Abitibi-Témiscamingue.....	36
4.4.1 Services offrant de l'intervention de crise connus des intervenants.....	37
Service d'aide et de traitement en apprentissage social (SATAS)	38
Le Groupe IMAGE.....	38
Maison d'hébergement (La Piaule, gîte Chez Willie).....	38
Rétention et traitement des signalements en protection de la jeunesse (RTS).....	38
4.4.2 Les lacunes, les vides ou les zones grises dans l'offre de service actuelle.....	39
4.5 Perception des acteurs clés sur la trajectoire actuelle des services de crise offerts en A-T	43
4.6 Les considérants à retenir pour l'implantation d'un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue.....	47
4.6.1 Perception quant à la potentielle offre de service d'un CIC en A-T	48
4.7 Éléments géographiques, organisationnels et financiers qui faciliteraient ou entraveraient l'implantation d'un CIC en A-T.	51
5-DISCUSSION.....	54
5.1 Recommandations sur la situation actuelle	54
5.1.1 Manque de centralisation des services.....	57
5.1.2 Liste d'attente et CIC	58
5.1.3. Connaissance des services d'intervention de crise actuellement offerts en A-T.....	59
5.2 Considérants à retenir pour l'implantation d'un centre d'intervention de crise	60
5.2.1 Recommandation #1 : Accessibilité des services : Choisir des modalités qui permettent une intervention rapide.....	60
5.2.2 Recommandation #2 : Structure organisationnelle adaptée aux besoins régionaux selon les ressources disponibles en A-T.....	61
5.2.3 Recommandation #3 : Mandataire du CIC	63
6-LIMITES ET BIAIS.....	64
7-CONCLUSION	64
RÉFÉRENCES.....	66
ANNEXE A.....	71

INVITATION ÉLECTRONIQUE À PARTICIPER AU PROJET (INTERVENANT)	71
ANNEXE B	74
INVITATION ÉLECTRONIQUE À PARTICIPER AU PROJET (PROCHE)	74
ANNEXE C	77
DOCUMENT INFORMATIF	77
ANNEXE D	84
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	84
VERSION INTERVENANT	84
ANNEXE E	90
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	90
VERSION POUR LES PROCHES	90
ANNEXE F	96
CANEVAS D'ENTREVUE	96
ANNEXE G	100
CERTIFICAT ÉTHIQUE	100
ANNEXE H	103
DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SERVICES DES DIVERS ORGANISMES NOMMÉS PAR LES PARTICIPANTS	103
Service d'aide et de traitement en apprentissage social (SATAS)	104
Le groupe Image	104
Maison d'hébergement (La Piaule, Chez Willie)	104
Rétention et traitement des signalements en protection de la jeunesse (RTS)	104
Le Portail	105
Le Pont	105

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : *Estimation de la population selon les régions couvertes et non-couvertes par un CIC* p.16

Tableau 2 : *Comparaison statistique entre l'Abitibi-Témiscamingue et le Bas-St-Laurent quant au taux de problématiques recensées dans chaque territoire.* p.18

Tableau 3 : *Modèle d'un système dispensant des services sociaux* p. 26

Tableau 4 : *Thèmes récurrents dans le discours des intervenants concernant les problématiques devant être desservies par un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue (n=10)* p.35

Tableau 5 : *Thèmes récurrents dans le discours des proches concernant les problématiques devant être desservies par un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue (n=5)* p.36

Tableau 6 : *Les organismes dispensant des services d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue nommés par les intervenants (n=10)* p.38

Tableau 7 : *Les organismes dispensant des services d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue nommés par les proches (n=5)* p.39

Tableau 8 : *Thèmes récurrents quant à la perception des intervenants sur les lacunes, les vides et les zones grises concernant l'offre de services actuelle (n=10)* p.41

Tableau 9 : *Thèmes récurrents quant à la perception des proches sur les lacunes, les vides et les zones grises concernant l'offre de services actuelle (n=5)* p.42

Tableau 10 : *Thèmes récurrents sur les avantages que pourrait avoir la mise en place d'un centre d'intervention de crise sur l'engorgement des organisations selon les intervenants (n=10)* p.44

Tableau 11 : *Thèmes récurrents sur les inconvénients que pourrait avoir la mise en place d'un centre d'intervention de crise sur les organisations existantes selon les intervenants (n=10)*..... p.45

Tableau 12 : *Thèmes récurrents sur les avantages que pourrait avoir la mise en place d'un centre d'intervention de crise sur l'engorgement des organisations selon les proches (n=5)* p.46

Tableau 13 : *Thèmes récurrents sur les inconvénients que pourrait avoir la mise en place d'un centre d'intervention de crise sur les organisations existantes selon les proches (n=5)* p.47

Tableau 14 : *Thèmes récurrents quant à l'offre de services d'un centre d'intervention de crise en A-T selon les intervenants (n=10)* p. 49

Tableau 15 : *Thèmes récurrents quant à l'offre de services d'un centre d'intervention de crise en A-T selon les proches (n=5)* p.50

Tableau 16 : *Éléments géographiques, organisationnels et financiers pouvant faciliter ou entraver l'implantation d'un centre d'intervention de crise selon les intervenants (n=10)* p.51

Tableau 17 : *Éléments géographiques, organisationnels et financiers pouvant faciliter ou entraver l'implantation d'un centre d'intervention de crise selon les proches (n=5)* ...p.52

Tableau 18 : *Perception sur le milieu où devrait être implanté un centre d'intervention de crise selon les intervenants (n=10)* p. 53

Tableau 19 : *Offre de service du RESCICQ et de la ligne info-social 811* p.57

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : *Schéma des variables à l'étude* p.25

Figure 2 : *Schéma PAD PEX des personnes vivant des situations de crise selon les participants* p.56

LISTE DES ABRÉVIATIONS

A-T	Abitibi-Témiscamingue
BSL	Bas-St-Laurent
CH	Centre hospitalier
CIC	Centre d'intervention de crise
CLSC	Centre local de services communautaires
CISSSAT	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
CISSSBSL	Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent
CPS	Centre de prévention du suicide
CPSICBSL	Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-St-Laurent
INSPQ	Institut nationale de santé publique
LITPSAT	Ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PAD	Potentiel adaptatif
PEX	Potentiel expérientiel
RESCICQ	Regroupement des services communautaires d'intervention de crise du Québec
RTS	Rétention et traitement des signalements en protection de la jeunesse
SATAS	Service d'aide et de traitement en apprentissage social
SQ	Sûreté du Québec

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance. Je voudrais tout d'abord adresser toute ma gratitude à ma directrice de mémoire, Marie-Hélène Poulin, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion et à acquérir de nouvelles connaissances.

Je désire aussi remercier les membres du comité pour l'implantation d'un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue pour leur support dans cette démarche ainsi que toutes les personnes qui ont participé à la réalisation de ce mémoire.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers ma famille, mes amis et mes collègues qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ce processus.

INTRODUCTION

L'Abitibi-Témiscamingue (A-T) ne compte actuellement aucun centre d'intervention de crise (CIC). C'est pourquoi cette étude porte sur l'analyse des besoins concernant l'implantation d'une telle ressource offrant des services en continu soit 24 heures sur 24, sept jours sur sept (24/7) dans cette région. Pour ce faire, la contribution de divers intervenants psychosociaux ainsi que de gens ciblés comme ayant un contact avec des personnes sujettes à l'utilisation d'un tel service, a été sollicitée. Dans le cadre d'entrevues individuelles, ceux-ci devaient répondre à deux objectifs, soit « quels sont les besoins des personnes vivant des situations de crise sur le territoire de l'A-T selon les services existants » et « quels sont les considérants à retenir pour l'implantation d'un CIC ». Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2010), 22 décès par suicide par 100 000 habitants ont été répertoriés en A-T comparativement à neuf décès par 100 000 habitants à Montréal pour la période allant de 2011 à 2013. La région de l'A-T est représentée par un vaste territoire, une faible densité de population, la présence de communautés autochtones et un éloignement des grands centres. Il est donc important de considérer ces particularités dans l'organisation de l'offre de services.

En février 2016, Radio-Canada rédigeait un article intitulé « L'Abitibi-Témiscamingue affiche toujours le plus haut taux de suicide au Québec » ce qui appuie les besoins importants en services dans le domaine de la santé mentale. Ce même reportage rapporte des propos d'intervenants de cette région qui précisent les nombreux avantages que l'ouverture d'un CIC pourrait avoir, non seulement pour les gens qui sont atteints d'une maladie mentale, mais également pour les gens qui vivent avec d'autres problématiques psychosociales telles que l'itinérance et la polytoxicomanie. Un CIC offrirait à ces gens un milieu moins menaçant qu'un centre hospitalier, tout en réduisant la stigmatisation souvent associée au milieu psychiatrique. Un centre d'intervention de crise devient un lieu de ressources et de répit pour des personnes présentant divers besoins ainsi que leurs proches. Cette ressource favorise le désengorgement des services d'urgence (hôpitaux, ambulanciers et policiers) et par le fait même, une diminution du taux d'hospitalisation des personnes susceptibles de bénéficier de ce type de service (Calvisi et al., 2003). De nature moins contraignante que les centres hospitaliers, les centres de crise permettent d'éviter un

stress indu lors d'une consultation à l'urgence psychiatrique pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (Sabourin, Couture, Morin et Proulx, 2013).

L'analyse de besoins débute par l'identification des services actuellement offerts. Elle aura pour but de fournir aux intervenants ainsi qu'à la population générale des informations éclairées quant à l'écart entre la demande et l'offre de services pour les personnes traversant une situation de crise en A-T.

Afin de bien saisir l'objet de cette étude, le concept de crise et l'histoire des centres de crise au Québec sont présentés. Des données sociodémographiques permettent ensuite de comparer les régions qui bénéficient de ce type de service avec la région de l'A-T. Afin de comprendre l'interaction entre les besoins des personnes vivant des situations de crises et les services existants dans la région de l'A-T, le modèle théorique de l'adaptation, l'approche psychoéducative ainsi que les concepts de potentiel adaptatif (PAD) et de potentiel expérientiel (PEX) seront utilisés. Les données recueillies par groupes de discussion auprès des acteurs clés visés par l'offre de services d'un CIC sont présentées et discutées. Enfin, des recommandations sont formulées afin de répondre aux deux questions de départ et de proposer des actions en lien avec ces résultats.

1-LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

1.1 Définition de la crise

Selon Lecomte et Lefebvre (1986), la crise est « une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un évènement dangereux qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de solution de problème » (p. 122). Il s'agit d'un évènement soudain et imprévisible ou d'un changement imminent venant altérer le fonctionnement quotidien de la personne (Andreoli, Lalive et Garonne, 1986). Le concept de crise est à l'opposé du processus homéostatique de l'être humain, c'est-à-dire la tendance chez l'individu au maintien d'un état d'équilibre entre les processus bio-psycho-sociaux et environnementaux, de façon à assurer un fonctionnement optimal (Lecomte et Lefebvre, 1986). La crise plonge donc l'individu, et parfois ses proches, dans une période de recherche intense de solutions afin de soulager le malaise. Chaque type de crises exigent des interventions particulières,

mais elles requièrent toute une intervention immédiate, brève, directive et une implication active du clinicien (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012). Afin de désengorger les urgences psychiatriques, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a cautionné l'implantation de centres d'intervention de crise sur le territoire du Québec (Fortin et Perrault, 1993). Ce type de service constitue une solution intéressante pour la communauté. Selon Bannister, Hugo et Smout (2002), les services d'urgence qui incluent une composante mobile et adoptent une approche multidisciplinaire spécialisée sont plus efficaces et permettent d'éviter l'hospitalisation et les coûts qui y sont rattachés. Les personnes en crise vivent une souffrance insoutenable. Cela les amène à considérer le passage à l'acte comme une solution pour mettre fin à cette souffrance. Des comportements à risque tels que l'agressivité, la consommation excessive d'alcool ou de drogue voire même la fuite et l'homicide peuvent être adoptés par ces personnes, car elles ont le besoin impérieux de faire cesser cette souffrance. L'intensité émotionnelle insoutenable amène les personnes à être disposées à recevoir une aide professionnelle, car elles sont moins sur la défensive (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012).

1.2 Le processus de la crise

Le processus de la crise se divise en trois temps. Il s'amorce lorsqu'un évènement étant perçu comme dangereux menace l'état d'équilibre de la personne (Lecomte et Lefebvre, 1986). En ce sens, la désorganisation comportementale majeure est précédée dans la majorité des cas par des épisodes de stress accumulés (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012 ; Sabourin et al. 2013). Lupien (2010) mentionne que : « [...] l'évènement et le stress en eux-mêmes ne suffiraient pas à susciter une crise. La crise résulterait plutôt de l'interaction entre la survenue d'un évènement stressant et l'évaluation qu'en fait une personne. » Ce stressor peut être absolu ou relatif, c'est-à-dire réel ou perçu. Par exemple, un stressor absolu se manifesterait lors d'un tremblement de terre, un tsunami ou par des évènements marquants tels que les événements du 11 septembre 2001. Un stressor relatif, quant à lui, se manifesterait lors d'une pression vécue au travail, la circulation routière, les impôts ou un examen (Centre d'études sur le stress humain, 2017). Cet évènement menace la sécurité des personnes sur les plans corporels, sociaux (rôles et relations affectives) et psychiques

(Lecomte et Lefebvre, 1986). Une crise dite psychopathologique chez une personne s'inscrirait donc dans un processus composé de plusieurs phases prévisibles.

La personne passe d'une phase d'équilibre à une phase de fragilisation ou de déséquilibre (étape 1 de fragilisation) qui la rendrait plus vulnérable à une désorganisation majeure. Cette étape se déclenche suite à un évènement venant altérer l'équilibre fonctionnel de la personne. Par la suite vient la phase de désorganisation et de réorganisation majeure qui caractérise la phase aiguë de la crise (étape 2 de crise aiguë) - (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012 ; Sabourin et al. 2013). L'individu n'est plus en mesure de faire appel à ses mécanismes d'adaptation. Il est désorganisé. Cet état peut durer de quatre à six semaines. Suite à cela, la personne devient capable d'accepter les émotions et les perceptions associées aux éléments de la situation de crise, puis de s'en libérer. Elle développe de nouvelles stratégies adaptatives dont la recherche active d'aide (Lecomte et Lefebvre, 1986). Ainsi, la personne et son entourage passeront à une phase de résolution de la crise (étape 3 de résolution de la crise) accompagnée d'une réduction de la tension. La personne et son environnement évolueront donc vers une phase de récupération (étape 4 de récupération) avec un retour à un nouvel état d'équilibre (étape 5) (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012 ; Sabourin et al. 2013). Il importe de préciser que les gens atteints d'une maladie mentale, par la précarité de leur situation de leur situation psychologique, ne retrouvent pas un état d'équilibre optimal, mais demeurent dans un état vulnérable, ce qui précipite plus facilement l'état de crise. (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012).

1.3 Offre de services des centres d'intervention de crise au Québec

Les centres d'intervention de crise (CIC) ont vu le jour en 1987, au Québec, suite à une décision de Mme Thérèse Lavoie-Roux alors ministre de la Santé et des Services sociaux au gouvernement provincial. L'objectif principal de l'implantation de ce type de service était de désengorger les urgences psychiatriques (Fortin et Perrault, 1993). Selon Lefebvre (1991) : « [...] au Québec, le surpeuplement des urgences et l'utilisation de modèles thérapeutiques inaptes à répondre à une partie des besoins en urgence psychiatrique ont provoqué une désinstitutionnalisation hospitalière partielle des ressources liées à la crise » (p. 26).

De nombreux auteurs ont tenté de définir la vocation d'un CIC bien avant l'implantation d'un tel service au Québec. Lecomte et Lefebvre (1986) ont effectué une synthèse des travaux de divers auteurs internationaux et ont fait ressortir trois principaux objectifs poursuivis par les CIC soit :

- 1) Fournir un service d'évaluation des besoins des personnes en état de crise facile d'accès.
- 2) Offrir des services spécialisés d'intervention de crise par un personnel entraîné à une approche de résolution de problèmes et cela, en se déplaçant dans le milieu naturel.
- 3) Proposer un milieu d'hébergement à court terme lorsque l'individu doit être retiré de son milieu ou pour lui éviter une hospitalisation. Ce séjour n'excède généralement pas deux à trois semaines.

Les objectifs de ces ressources répondant aux besoins de la population québécoise, le gouvernement a donc décidé d'implanter des CIC dans plusieurs régions du Québec. Nous n'avons pas retracé les critères ayant déterminé la localisation de ces CIC. Le tableau 1 permet de constater que ce n'est pas seulement la densité de la population ou l'éloignement des grands centres qui expliquent la présence d'un CIC bien que les régions moins peuplées, comme l'A-T, soient moins nombreuses à être desservies par ce type de service.

Tableau 1

Estimation de la population selon les régions couvertes et non-couvertes par un CIC

Régions couvertes par les CIC*	Estimation de la population**	Régions non-couvertes par les centres d'intervention de crise	Estimation de la population
01 Bas-St-Laurent	199 577	02 Saguenay-Lac-St-Jean	277 509
03 Capitale Nationale	737 455	04 Mauricie	266 907
06 Montréal	1 999 795	05 Estrie	322 099
07 Outaouais	385 579	08 Abitibi-Témiscamingue	147 700
13 Laval	425 225	09 Côte-Nord	93 932
14 Lanaudière	496 086	10 Nord-du-Québec	44 769
15 Laurentides	592 683	11 Gaspésie/Îles de la Madeleine	91 786
16 Montérégie	1 520 094	12 Chaudière-Appalaches	421 832
17 Centre-du-Québec	240 872		

Note. * Institut de la statistique du Québec (2016) ; ** RESCICQ (2016)

Ces nouvelles ressources ont fait naître des organisations permettant leur rayonnement en plus de déterminer des valeurs communes et de valoriser des expertises à partager. En 2003, le Regroupement des Services Communautaires d'Intervention de Crise du Québec (RESCICQ) prenait naissance. Ce regroupement a pour mission de promouvoir des pratiques communautaires et alternatives en intervention de crise. La primauté de la personne, la continuité, la cohérence et la qualité de l'intervention font partie des valeurs prônées par l'ensemble des centres de crise (RESCICQ, 2013). Le tableau 1 permet de constater que les régions éloignées, même les plus peuplées, n'ont pas été visées par l'implantation ministérielle.

Les CIC offrent des services à plusieurs types de clientèle, et ce, au-delà des personnes ayant une maladie mentale chronique. Les personnes faisant appel à ces services sont souvent confrontées à une perte, un choc, un traumatisme, créant ainsi un déséquilibre (RESCICQ, 2013). Toute personne indépendamment de la problématique vécue peut faire appel à leurs services. Les services offerts par les organismes membres du RESCICQ sont de l'intervention téléphonique 24/7, un service mobile d'intervention face à face 24/7, de

l'hébergement de crise 24/7, un suivi de crise ou post-crise court terme, des services aux proches et à la famille de la personne vulnérable et des services aux partenaires (expertise-conseil et formation) (RESCICQ, 2013).

Leurs objectifs sont de :

- Rendre disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine une intervention directe et immédiate à toute personne de la population générale en situation de crise et qui nécessite une intervention en face à face.
- Désamorcer la crise et estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire.
- Prévenir la détérioration de la situation et soutenir la personne par une réponse rapide.
- Protéger la personne et ses proches.
- Retrouver l'équilibre fonctionnel antérieur à la crise.
- Éviter le recours non essentiel aux urgences hospitalières.

Les centres de crise offrent un service d'hébergement pouvant aller jusqu'à deux semaines afin de répondre aux besoins de la clientèle. Bien que certains organismes offrent des services de gestion de crise en A-T, ces programmes sont différents en termes de moyens et d'accessibilité.

1.4 Portrait de la situation en Abitibi-Témiscamingue

La réorganisation des services de la santé et des services sociaux actuellement causée par l'adoption de la loi 10 en 2015 favorise la réflexion et l'ouverture à de nouvelles pratiques quant à l'accompagnement des personnes traversant des situations de crise. L'expérience de leurs proches et des intervenants du milieu est précieuse en ce sens. Leurs points de vue permettront une vision éclairée dans le cadre de cette recherche universitaire. Ces discussions permettront ainsi de formuler des recommandations qui ne sont pas influencées par des enjeux organisationnels, tels que les ressources ou les disponibilités financières.

Un regard statistique sur les différentes difficultés rencontrées par les habitants de l'A-T invite à la réflexion concernant les besoins en services de ces personnes et de leurs proches. Ces statistiques sont mises en perspective avec celles de la région du Bas-St-Laurent (BSL)

qui présente des taux similaires à ceux de l’A-T en termes de population et qui bénéficie des services d’un CIC sur son territoire. Les chiffres affichés dans le tableau 2 permettent de constater une similarité de prévalence des problématiques vécues par ces populations. Les troubles anxio-dépressifs se démarquent légèrement, affichant un taux de 7,3% pour l’A-T comparativement à 6,7% pour la région du Bas-St-Laurent.

Tableau 2

Comparaison statistique entre l’Abitibi-Témiscamingue et le Bas-St-Laurent quant au taux de problématiques recensées dans chaque territoire.

Types de problématiques	Abitibi-Témiscamingue	Bas-St-Laurent
Suicides complétés	16 à 21 décès pour 100 000 personnes ¹	16 à 21 décès pour 100 000 personnes ¹
Ensemble des troubles mentaux	11,7 % ²	11,7% ²
Troubles anxio-dépressifs	7,3% ²	6,7% ²
Troubles schizophréniques	0,4% ²	0,4% ²
Déficiences intellectuelles ou troubles du spectre de l’autisme	0,8% ³	1% ³

Sources : ¹Centre intégré de santé et de services sociaux de l’Abitibi-Témiscamingue. (2015), ²Institut national de santé publique du Québec (2009-2010), ³Office des Personnes Handicapées du Québec (2011).

Ces données statistiques portent à réflexion quant aux conditions environnementales distinguant ces deux régions administratives. Une investigation des diverses problématiques nommées ci-haut s’avère pertinente afin de vérifier les points de divergences et de convergences entre ces deux régions.

1.4.1. Accessibilité et rapidité de l’intervention

Le taux d’hospitalisation pour tentatives de suicide en A-T varie entre quatre et huit hospitalisations pour 10 000 personnes par année. Ce taux est le plus élevé au Québec (Centre intégré de santé et de services sociaux de l’Abitibi-Témiscamingue [CISSSAT], 2015). L’Abitibi-Témiscamingue se démarque des autres régions par l’étendue de son territoire. Les grandes distances à parcourir peuvent réduire l’accessibilité des services. L’A-T compte 55 220 personnes habitant en milieu rural comparativement à 92 365 habitant en milieu urbain (Observatoire de l’Abitibi-Témiscamingue, 2015). Clayer et

Czechowicz (1991 : cités dans Martinez, Pampalon, Hamel et Raymond, 2004) mentionnent que :

Les conditions sociales et économiques difficiles que vivent les milieux ruraux, le phénomène d'anomie ou de désintégration sociale surtout présent dans les collectivités où vivent des autochtones, et enfin le manque de professionnels œuvrant dans le domaine de la santé mentale dans ces milieux, pourraient favoriser cette surmortalité par suicide dans les collectivités rurales.

Au Québec, le taux de suicide est plus élevé dans les régions rurales que dans les régions urbaines (Roy et Tremblay, 2012). Ce sont les hommes âgés de 35 à 49 ans qui enregistrent le taux de suicide le plus élevé. Les hommes enregistrent un taux de suicide trois fois plus élevé que chez les femmes (Tremblay et al., 2016). On reconnaît généralement plusieurs obstacles à l'accès aux soins pour les collectivités rurales. La distance géographique, tout d'abord, peut dresser une barrière considérable à l'accès aux soins (Coward et Cutler, 1989). L'étude de Gagné et St-Laurent (2008) sur l'évolution du suicide au Québec soulève que :

[...] la baisse plus importante observée pour la région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal en comparaison des milieux ruraux s'explique probablement par l'éventail de services offerts aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et l'accès à ses services. On peut poser l'hypothèse que les services de santé mentale soient, entre autres choses, plus nombreux et accessibles dans les régions urbaines que dans les régions rurales.

Les habitants des milieux ruraux doivent assumer des frais de déplacement pour avoir accès aux soins dont ils ont besoin. Ils doivent passer des jours ou des semaines loin de leur famille et de leur réseau de soutien social (Santé Canada, 2002, p. 178). Les personnes présentant des vulnérabilités sur le plan psychopathologique (troubles de santé mentale) peuvent utiliser des comportements agressifs en termes de réponses adaptatives à leur environnement (décompensation psychotique, problèmes de comportement chez les personnes présentant une déficience intellectuelle) lors de situation de crise. En ce sens, une réponse immédiate à la crise doit donc être privilégiée. La structure cadrant l'intervention de crise doit avoir pour buts de réduire l'intensité des réponses émotionnelles et physiques de la personne, d'assurer la protection de la personne elle-même, d'autrui ou de l'environnement et de résoudre cet épisode de crise comportementale rapidement tout

en répondant aux divers besoins de soutien et de traitement de cette personne (Tassé, Havercamp et Thompson, 2006 ; Séguin, Brunet et LeBlanc, 2006).

Il appert pertinent de questionner les acteurs clés qui gravitent autour des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou vivant des situations de crise afin de connaître les besoins des personnes visées par ces services, les services actuellement offerts ainsi que l'écart entre ces besoins et les ressources disponibles. Cet écart permettra de poser les arguments en faveur et en défaveur de l'implantation d'un centre d'intervention de crise en A-T. Des personnes œuvrant dans divers milieux d'intervention psychosociale se sont mobilisées autour de cette question en formant un comité d'implantation d'un CIC en A-T. Une enquête neutre auprès des acteurs clés peut soutenir les processus décisionnels des membres en leur fournissant des recommandations.

Questions de recherche

Question générale : Quelle est la pertinence d'implanter un centre d'intervention de crise dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue ?

- 1) Quelles sont les problématiques les plus prévalentes chez les personnes vivant des situations de crise en A-T ?
- 2) Quels sont les services présentement offerts en A-T aux personnes qui traversent une situation de crise ?
- 3) Quelle est la perception des acteurs clés de la trajectoire des services de gestion de crise actuellement offerts en A-T ?
- 4) Advenant un écart entre les besoins évalués et les services offerts, quels sont les considérants à retenir pour l'implantation d'un centre d'intervention de crise en A-T ?

Les réponses à ces questions, par des acteurs clés, permettront de dresser un portrait des particularités régionales et de formuler des recommandations pertinentes.

2- CADRE CONCEPTUEL

Afin d'évaluer les besoins en termes d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue, l'approche psychoéducative a été privilégiée pour vérifier s'il existe un écart de convenance entre le potentiel adaptatif (PAD) et le potentiel expérientiel (PEX) chez les participants à cette étude.

2.1 Concept lié au besoin

Le concept de besoin se définit comme un écart entre une situation existante et une situation jugée idéale, normale, minimale ou souhaitable par une population (Carey et Posovac, 2007). Les besoins d'une population proviennent des difficultés qu'elle rencontre et même si des ressources sont disponibles, accessibles et appropriées, il peut être pertinent de développer un nouveau service. En ce sens, le contraire est aussi vrai. Il peut y avoir un besoin quant à l'implantation d'un service sans qu'une problématique ne soit actuellement présente. Par exemple, une population à risque qui nécessite une intervention préventive quant à la promotion de la santé (Desrosiers et Kishchuk, 1998 ; Massé, 2009).

2.2 Le concept d'adaptation psychosociale

L'adaptation psychosociale se définit comme un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux en constant changement afin de répondre aux demandes internes et externes de l'environnement mettant à l'épreuve ou excédant les ressources personnelles d'un individu (Lazarus et Folkman, 1984). La réalité interne fait référence à trois composantes individuelles, soit l'hérédité, l'histoire personnelle et la marge de liberté. Quant à la réalité externe, elle réfère à trois composantes environnementales : les conditions naturelles, les conditions macrosociales et les conditions microsociales. Ces diverses composantes peuvent avoir une relation d'influence ou d'interaction entre elles, selon l'évènement vécu par la personne. Afin de comprendre le processus d'adaptation, plusieurs autres variables doivent être aussi prises en considération telles que la personne elle-même, son état de maturation, son équilibre émotionnel, son niveau d'autonomie et son potentiel évolutif et dynamique sur les plans physiologique, intellectuel, affectif et social (Tremblay, 2001). Le concept d'adaptation réside dans le fait que tout être humain, face à de multiples agents stressants, essaie de maintenir un état d'équilibre fonctionnel et

de satisfaire l'ensemble de ses besoins. L'individu, face à un état de déséquilibre, met en place des processus de régulation afin de préserver, ajuster et améliorer son niveau de fonctionnement, tout en répondant aux multiples sollicitations de l'environnement (Dubos, 1982).

Les personnes en état de crise manifestent généralement un amalgame de réponses adaptatives afin de réagir au stress induit par les événements vécus (Séguin et al., 2012). Lazarus et Folkman (1984), classifient les stratégies d'adaptation en trois catégories. Celles-ci sont de nature comportementale, de nature affective ou de nature cognitive. La personne, afin de maintenir son état d'équilibre et répondre aux exigences de la vie, utilise généralement une combinaison de stratégies adaptatives découlant des trois grandes catégories (Lazarus et Folkman, 1984). Lors de situations stressantes, la personne utilise son répertoire personnel de stratégies adaptatives afin de maintenir son homéostasie. Si ces stratégies ne fonctionnent pas, un déséquilibre peut survenir et la personne se retrouve en état de vulnérabilité. Elle se dirige donc vers un état de crise (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012).

Le PAD est composé des stratégies adaptatives et celles-ci diffèrent d'un individu à l'autre. Elles varient en fonction de la génétique de la personne et selon l'influence de l'environnement dans lequel gravite la personne. Plus le répertoire de stratégies adaptatives est varié chez la personne, plus elle demeurera en état d'équilibre face aux divers agents stressants pouvant survenir dans le quotidien (Gendreau, 2001). Le PEX fait référence aux ressources disponibles de l'environnement physique, familial, éducatif, de travail ou socio-économique pouvant contribuer de façon significative à l'homéostasie de l'individu. Ces ressources sont en lien avec les divers milieux ayant actuellement ou ayant eu une influence dans la vie de l'individu (Gendreau, 2001). Le concept d'interaction, selon le modèle piagétien, a guidé la façon de concevoir l'adaptation en psychoéducation. La contribution de Piaget (1974) quant au concept d'adaptation biologique a permis de constater que celle-ci se situe dans une interaction entre la personne et son environnement social. Gendreau (2001, p.33) définit l'interaction comme :

[...] un ensemble de rapports entre deux potentiels : le potentiel d'adaptation du jeune, c'est-à-dire le niveau de développement des moyens individuels dont il dispose pour répondre à ses

besoins (la réserve d'expériences antérieures, découvertes de lui-même ou transmises) et d'autre part, le potentiel expérientiel, c'est-à-dire les possibilités d'apprentissage que lui offre son entourage et son environnement.

Ce modèle favorise la mise en place de contextes expérientiels qui soutiendront la personne en difficulté dans son développement et ses apprentissages. Cette interaction entre le PAD et le PEX provoque un déséquilibre des schèmes relationnels (attitudes). Cela amène la personne à adopter de nouvelles attitudes afin d'établir un nouvel état d'équilibre (Gendreau, 2001).

L'interaction entre le PAD et le PEX permet de mesurer l'écart de convenance (Gendreau, 2001). Celui-ci fait référence aux capacités de la personne à faire face aux défis inhérents des situations qu'elle vit au quotidien. Un soutien social adéquat peut néanmoins faciliter et pallier ces situations. Un écart élevé entre les deux potentiels signifie un état de non-convenance pouvant entraîner une démotivation, un échec et accentuer le déséquilibre de l'individu (Gendreau, 2001).

La définition du soutien social de Boucher et Laprise (2001) intègre la notion du processus interactionnel entre l'individu et son environnement : « Le soutien social est donc un processus d'interactions sociales qui augmente les stratégies d'adaptation (coping), l'estime de soi, le sentiment d'appartenance et la compétence, à travers l'échange effectif (réel) ou prévisible de ressources pratiques ou psychosociales » (p. 123).

Une composante à considérer du soutien social est la provenance ou la source d'où provient l'aide (amis, famille, groupes d'entraide, professionnels). La source de l'aide est souvent associée à la satisfaction de l'aide reçue. L'environnement social de soutien est divisé en trois catégories : le réseau de soutien informel, le réseau de soutien semi-formel et le réseau de soutien formel (Devault et Fréchette, 2002).

Le soutien informel est composé de l'ensemble des relations personnelles d'un individu. Les sources de soutien informel sont le conjoint, les enfants, la famille, les amis, les voisins, les collègues de travail. Le soutien semi-formel provient de groupes d'entraide, des regroupements de loisirs, des comités d'école. Le soutien formel, quant à lui, est offert par

des professionnels œuvrant dans des institutions (services sociaux, services de santé, organismes communautaires) - (Devault et Fréchette, 2002).

Pour le présent projet, il convient donc de définir quelles sont les situations de déséquilibre pouvant être vécues par les personnes qui traversent des situations de crises afin de connaître leurs besoins. Ces besoins peuvent différer selon la phase du processus de crise que la personne traverse. Une fois les besoins situés, les capacités adaptatives nécessaires au rétablissement de l'équilibre individuel pourront être évaluées. Ces capacités adaptatives peuvent être plus fragilisées chez des populations vulnérables qui présentent par exemple une maladie mentale chronique. C'est dans ce cas que l'environnement doit offrir un potentiel expérientiel à la personne afin de pallier temporairement aux stratégies adaptatives absentes ou inopérantes en situation de crise. L'environnement comprend les proches, les services publics, le milieu de travail, etc.

2.3 Schéma des variables à l'étude

Les personnes qui ont un problème de santé mentale, parfois accompagné d'autres conditions (toxicomanie, itinérance, etc.), présentent des stratégies adaptatives (i.e. recherche de soutien) limitées ou insuffisantes en situation de crise. Considérant de plus que la région de l'A-T présente des caractéristiques pouvant limiter le potentiel expérientiel (niveau socio-économique, services de soutien, etc.) offert à l'individu, il apparaît nécessaire de déterminer si l'implantation d'un centre d'intervention de crise pourrait combler l'écart de convenance entre le PAD et le PEX. Certaines personnes ont un état, une condition ou un problème de santé physique ou mentale de longue durée (six mois et plus) - (CISSSAT, 2015 ; p.3), qui entraîne une réduction partielle ou totale de la capacité à réaliser certaines fonctions ou tâches de la vie quotidienne (Institut de la statistique Québec, 2013).

Ces incapacités ont des conséquences pour les personnes touchées ainsi que leurs proches, par exemple un risque accru de dépression, une augmentation de la dépendance à autrui, un accroissement de la demande en services de santé ou sociaux notamment pour le soutien à domicile et enfin, un risque accru à l'exposition à la pauvreté (Philibert, M.D., [s.d]). En A-T, près du tiers (31%) des personnes vivant avec des limitations ont exprimé un besoin

d'aide pour les activités de la vie quotidienne (CISSSAT, 2015 ; p.10). Afin de pallier l'impact sur leur qualité de vie, plusieurs actions peuvent être entreprises. Par exemple, soutenir les aidants naturels et les personnes ayant des incapacités par de l'information, des conseils et du répit (Organisation mondiale de la santé, 2011). La figure 1 illustre cette interaction entre le potentiel adaptatif et expérientiel des personnes susceptible d'utiliser un CIC.

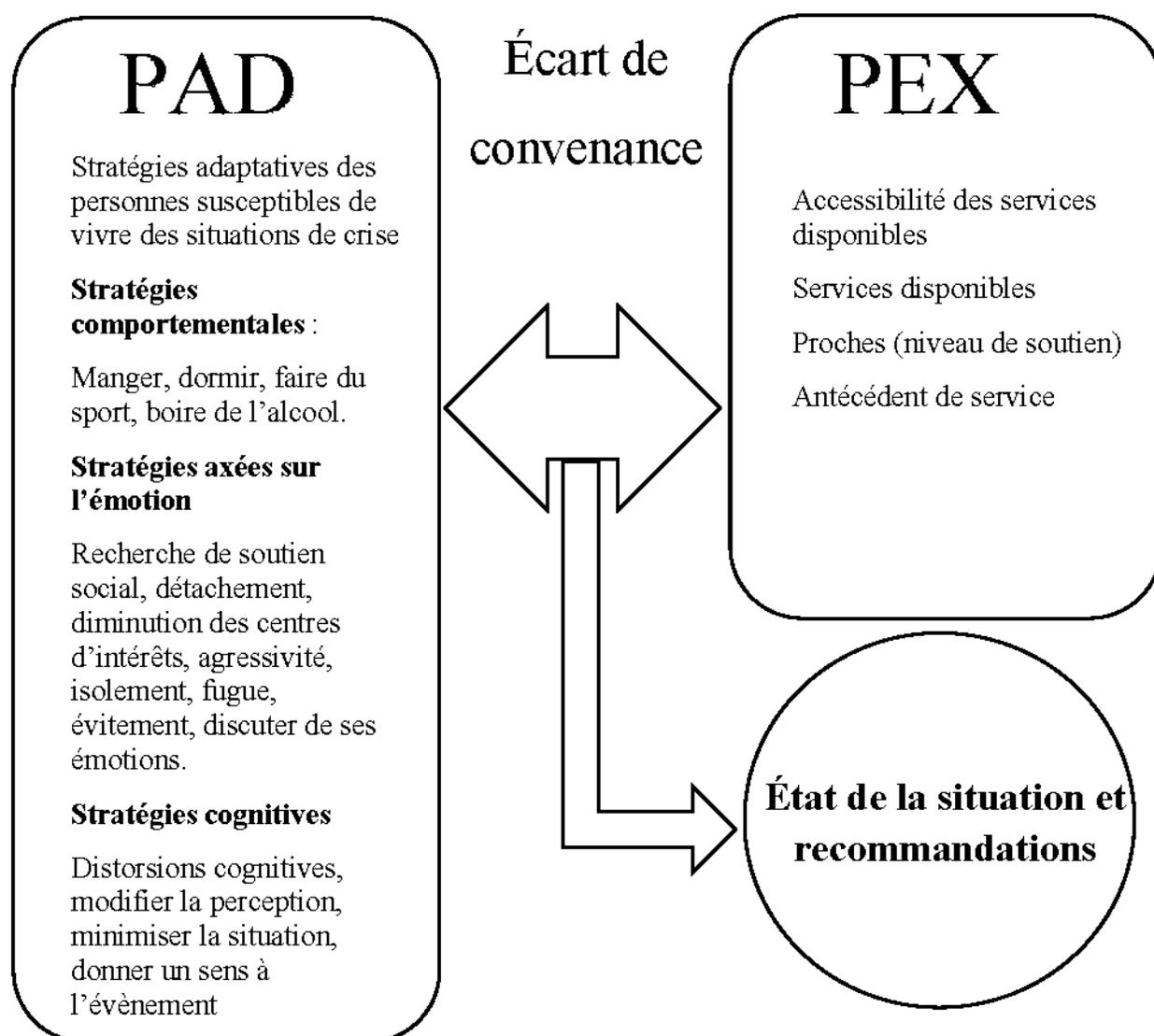


Figure 1. Schéma des variables à l'étude

2.4 Théorie des processus

Afin de bien circonscrire la complexité, la nécessité et la pertinence de la potentielle implantation d'une nouvelle ressource, il faut voir le questionnement dans un contexte plus large (Rossi et Freeman, 1993). La théorie des processus soutient les programmes d'intervention brève et intensive de crise. Elle permet de clarifier et d'évaluer l'influence de l'environnement du programme sur sa définition (Touchette et Pauzé, 2007). Rossi et Freeman (1993) ont recensé une liste des éléments présents dans un programme dispensant des services sociaux. Le tableau 3 présente cette liste.

Tableau 3

Modèle d'un système dispensant des services sociaux

Élément	Définition
Population desservie	Personnes habitant dans une zone géographique spécifique recevant des services du système et dont les besoins et intérêts sont représentés par les gestionnaires assurant la gouvernance du système.
Gouvernance	L'ensemble des personnes autorisées à prendre des décisions au sujet du système, y compris, à l'occasion, des groupes consultatifs de membres de la communauté qui représentent les besoins et les intérêts de la population à desservir.
Caractéristiques	Une description des besoins de la population à desservir, exprimée en termes mesurables.
Mécanismes de contrôle de la qualité	Une procédure permettant de s'assurer que les services répondent aux besoins de la population de façon satisfaisante.
Gestionnaire de système	Un individu ou un groupe qui est responsable des effets et du coût du système
Trajectoire des clients	Un ensemble de fonctions du système par lesquelles les clients passent de l'entrée à la sortie pour répondre à leurs besoins
Agent de système	Un seul responsable du suivi des progrès des clients dans le système
Système d'information	Un mécanisme de gestion des données accessible au personnel de soutien pour aider les clients à travers le processus et permettre que des mesures correctives soient prises si les clients rencontrent des difficultés.

Source : Adapté de Bozzo, R.M., Kane, E.L. et Mittenthal, S. (1977). *Évaluation of state of Delaware's human service delivery system*. Washington, DC : National Institute for Advanced Studies, p.32 dans Rossi et Freeman (1993; p.192, traduction libre)

L'ensemble des éléments présentés dans le tableau 3 sont jugés importants dans l'évaluation de la prestation de service d'un organisme ou d'un programme. A titre de règles générales, il est utile d'apprécier tous les éléments du programme selon Rossi et Freeman (1993).

Rossi, Freeman et Lipsey (1999), rapporte l'importance d'évaluer le programme dans son contexte (environnement) en précisant des paramètres de gestion et d'organisation selon des modalités telles que l'accessibilité, la clientèle visée et les ressources disponibles. Sur le plan de l'accessibilité, celle-ci fait référence aux arrangements structurels et organisationnels qui facilitent la participation au programme. Tous les programmes doivent avoir une stratégie d'accès pour fournir les services à la population cible appropriée. Cette composante peut s'imaginer par le fait d'effectuer de la publicité afin de rejoindre la population pouvant être prestataire des services dispensés par l'organisme (Rossi et Freeman, 1993). Sur le plan de la clientèle visée, l'intervention de crise implante des programmes s'adressant à une clientèle souvent hétérogène. Il devient alors difficile pour les intervenants de développer une expertise dans un domaine particulier tel que recommandé puisque ceux-ci doivent intervenir avec une variété de problématiques distinctes. Il importe alors de définir des critères d'inclusion et d'exclusion précis pour la dispensation des services à la clientèle (Touchette et Pausé, 2007). Également, les programmes d'intervention brève et intensive de crise doivent être envisagés selon la place qu'ils occuperont sur le continuum de l'offre de service en se référant aux ressources disponibles. Touchette et Pausé (2007) soulève que : « [...] la dissémination d'un programme d'une région à une autre implique inévitablement la redéfinition du programme et de la théorie des processus qui le soutiennent en fonction de la gamme de services déjà offerts et des arrimages souhaités avec ces services. » (p. 154) Cela implique donc qu'un programme doit être évalué, pensé adapté selon le portrait des besoins régionaux.

La pertinence scientifique de cette recherche repose sur le besoin de connaître la situation de vulnérabilité des personnes susceptibles de vivre des situations de crise en A-T et les conditions environnementales illustrant le PEX ce qui permettra de soutenir ou non le développement de nouveaux services. Un schéma représentant le PAD et le PEX, selon le modèle fourni par Gendreau (2001) sera utilisé. Celui-ci permettra de mesurer l'écart de

convenance entre le PAD et le PEX selon les informations émises par les participants sur les services de crises existants en région ainsi que présenter et organiser les variables selon le modèle d'adaptation et la théorie des processus.

3-MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Cette recherche est de type exploratoire et vise un sujet sensible pour les intervenants des services existants et des proches de personnes susceptibles de vivre des situations de crise. et La méthodologie choisie est qualitative afin, entre autres, de bien circonscrire les besoins de la communauté en permettant une approche individualisée par des entrevues individuelles guidées par des questions ouvertes. Cette section présente le devis préconisé, la population à l'étude, la procédure de recrutement des participants ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse des données.

3.1 Le devis de recherche

Le devis proposé est essentiellement qualitatif. La démarche de recherche proposée vise à évaluer les services offerts en gestion de crise en A-T, connaître la perception des acteurs-clés sur la pertinence de la trajectoire de service actuelle ainsi que les recommandations de ces derniers quant à la pertinence de l'implantation d'un CIC en A-T. Les stratégies de collecte, de traitement et d'analyse des données sont qualitatives. Ces données ont été collectées lors d'entrevues individuelles guidées par un canevas d'entrevue. Cette méthode a été sélectionnée comme étant efficace pour répondre aux questions de recherche, car elle permet d'obtenir des données en laissant les répondants s'exprimer librement sur des thèmes prédéterminés. Des groupes de discussions étaient d'abord envisagés, mais les répondants ont préféré la méthode de l'entrevue individuelle afin de préserver leur confidentialité et pour favoriser la libre expression. Nous sommes conscients que ce mode de collecte peut avoir modifié la teneur des contenus en permettant plus de jugements et moins de retenue. Les verbatim sont analysés selon la méthode d'analyse de contenu de Bardin (2013), soit par repérage de thèmes et selon la récurrence de ceux-ci.

3.2 La population à l'étude

3.2.1 Recrutement des participants

Afin de documenter pertinemment les besoins de la population, un échantillon représentatif des personnes concernées par l'intervention de crise a été formé. En effet, des intervenants psychosociaux (policiers, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, infirmiers) œuvrant dans le milieu communautaire (Portail, Centre de prévention du suicide, Centre de femmes, ressources d'hébergement) ont été sollicités ainsi que la population potentiellement prestataires des services d'un CIC (proches des bénéficiaires des services des organismes communautaires consultés). La perception à la fois des fournisseurs et des bénéficiaires de services permet de bonifier cette analyse en offrant différents points de vue sur l'offre de services régionale actuelle et les besoins à combler. Les intervenants ont été recrutés à partir d'une lettre d'invitation (voir annexe A) envoyée dans les divers milieux d'intervention ciblés comme offrant des services aux personnes vivant des situations de crise. Les participants devaient répondre aux critères prédéfinis dans la lettre afin de pouvoir participer à la recherche. Les critères d'inclusion pour participer sont : être intervenant soit dans le réseau de la santé et des services sociaux ou dans le secteur communautaire ; offrir des services à des personnes susceptibles de bénéficier des services d'un centre d'intervention de crise et offrir des services depuis au moins deux ans à des personnes susceptibles de bénéficier des services d'un centre d'intervention de crise. Une expérience de travail de deux ans est demandée pour que les participants puissent apporter un répertoire varié d'informations et d'exemples vécus dans leur pratique professionnelle. Cela permet également d'avoir une vision plus éclairée des services de crise dispensés en région. Ceux-ci devaient manifester leur intérêt en envoyant un courriel à l'adresse électronique mentionnée. Suite à la réception du courriel d'intérêt, l'étudiant-chercheur a contacté les intervenants afin de confirmer leur intérêt et pour répondre à leurs questions le cas échéant. Un rendez-vous a ensuite été confirmé afin de procéder à l'entrevue individuelle. La signature du formulaire de consentement s'est faite en personne avant de commencer l'entrevue.

Pour ce qui est des proches, le recrutement s'est fait par la référence d'un intervenant des organismes offrant des services de gestion de crise en région. Une lettre d'invitation a été

envoyée à ces organismes afin de leur permettre de connaître les critères d'inclusion pour les participants et pour obtenir leur accord à participer au recrutement (voir annexe B). Pour les organismes qui ont accepté de soutenir le recrutement des proches, des copies du document informatif (voir annexe C) ont été remises aux intervenants afin qu'ils puissent les remettre aux personnes qu'ils ont ciblées comme répondant aux critères d'inclusion. Afin de pouvoir participer à la recherche, les proches devaient présenter un des critères d'inclusion suivants : être un proche d'un adulte ayant un problème de santé mentale chronique (anxiété, dépression, idéation suicidaire, etc.), une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme OU diriger OU travailler depuis deux ans dans une résidence intermédiaire ou une résidence de type famille d'accueil hébergeant des adultes ayant un problème de santé mentale chronique (anxiété, dépression, idéation suicidaire, etc.), une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Le dépliant présente les coordonnées de l'étudiant-chercheur responsable (courriel et téléphone) que les personnes référées devaient contacter elles-mêmes pour participer à la recherche. Suite à ce contact permettant de confirmer l'intérêt à participer, une rencontre pour une entrevue individuelle a été planifiée. La lecture et la signature du formulaire de consentement ainsi que la remise d'une copie signée de celui-ci aux participants ont été effectuées en personne avant de commencer l'entrevue.

3.3 La méthode de collecte de données

L'entrevue individuelle semi-dirigée a été sélectionnée pour recueillir les informations pertinentes. En effet, l'entrevue permet de mettre concrètement l'accent sur le point central de la recherche en utilisant un processus de communication verbal afin de recueillir des informations en lien avec les objectifs de celle-ci (Grawitz, 2001). Cette méthode permet, selon Patton (1990), de fournir un encadrement à travers lequel les participants peuvent exprimer leur compréhension et leurs opinions dans leurs propres termes. En effet, les informations recherchées sont des opinions composées d'attitudes, d'idées et d'intentions entourant les personnes qui reçoivent des services et l'adéquation des services actuellement offerts.

Les questions du canevas d'entrevue semi-dirigée ont été élaborées allant du général au plus spécifique afin que les participants y voient une suite logique. Elles sont formulées

dans un langage accessible et clair afin d'éviter les ambiguïtés quant à la compréhension. L'objectif de commencer la rencontre par des questions plus générales est de favoriser l'émergence d'une réflexion sur le sujet. Aussi, afin de préparer cette réflexion, un document d'information a été préparé à l'intention des participants et leur a été préalablement remis (voir annexe C). Également, ce fonctionnement mènera à une réflexion approfondie sur des points plus précis et découleront par la suite des questions plus spécifiques préalablement rédigées. Les rencontres seront enregistrées afin de produire un verbatim et d'en analyser le contenu. Les participants seront informés de cet enregistrement par le biais du formulaire de consentement (Voir Annexe D et E).

En respect des exigences de cette méthode de collecte de données, le rôle de l'animateur en sera un d'observateur en plus de demeurer à l'écoute de la discussion. Deslauriers (1991) précise que : « [...] plus que les questions elles-mêmes, c'est le climat de l'entrevue qui décidera de la qualité des réponses ». L'animateur doit démontrer un respect inconditionnel envers les participants et une certaine objectivité afin de ne pas influencer les discussions. Ces pré-requis liés au savoir-être sont en lien avec les trois valeurs fondamentales du psychoéducateur (dignité et respect de la personne, intégrité professionnelle et collaboration) telles que préconisées par le code d'éthique de l'Ordre des Psychoéducateurs et des Psychoéducatrices du Québec (2016). Les entrevues ont été enregistrées afin de permettre à l'animateur de réécouter les discussions et de transcrire les verbatim à des fins d'analyse des principaux thèmes abordés par les participants.

Un rapport synthèse présentant les recommandations émises par les participants sera remis et présenté aux participants par courriel ou en personne selon leur préférence. Le contenu de ce rapport sera anonyme c'est-à-dire que l'identification des répondants ne sera pas possible.

3.4 Les instruments de collectes de données

3.4.1 Canevas d'entrevue

La structure de la rencontre et surtout les questions posées s'appuient sur un canevas d'entrevue composé de dix questions ouvertes selon le modèle proposé par Krueger et Casey (2009) - (voir annexe F). Une question d'ouverture permet de briser la glace en début

d'entrevue. La question suivante permet d'introduire le sujet de la discussion. Une question de transition permet ensuite de préparer le participant à entrer dans le vif du sujet et de pousser sa réflexion. Par la suite, cinq questions clés permettent d'obtenir les informations ciblées pour l'étude, soit les problématiques susceptibles d'amener une personne à avoir recours à des services d'intervention de crise, les services actuellement offerts, les services devant faire partie de l'offre d'un CIC, la pertinence d'un CIC en A-T et les obstacles et les facilitateurs pour une éventuelle implantation. Pour terminer l'entrevue, deux questions de clôture ont été posées. Enfin, deux questions facultatives sont incluses afin qu'elles soient posées aux personnes n'ayant pas abordé ces aspects lors de l'entrevue. La première question facultative aborde la perception des acteurs-clés quant à l'impact que pourrait avoir la mise en place d'un CIC sur le nombre d'admissions en centre hospitalier. La seconde question facultative aborde le lieu d'implantation d'un potentiel CIC (MRC, localisation pertinente en milieu urbain selon la proximité des autres services et les besoins de confidentialité).

3.5 Stratégies d'analyse de données

L'analyse des verbatim a été effectuée par une analyse-synthèse du contenu selon la méthode de Bardin (2013), afin de relever les principaux messages (par récurrence des thèmes), mais aussi pour cibler les points de convergence et de divergence des participants.

3.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La présente recherche a été soumise pour une évaluation au comité d'éthique avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Un certificat d'approbation a été émis à cet effet et se retrouve en annexe G de ce mémoire.

3.6.1-Avantages et risques pour les participants

L'avantage de participer à cette recherche est de contribuer à l'avancement des connaissances sur les besoins de la population de l'A-T. Le risque possible est de vivre de l'inconfort lorsque des sujets délicats comme les services offerts ou le vécu des personnes proches qui reçoivent des services sont discutés. L'animateur est responsable du climat

respectueux et doit veiller à maintenir une ambiance agréable tout au long de la rencontre selon les standards éthiques de la pratique psychoéducative.

Considérant que les participants sont adultes, aptes à consentir et que les avantages dépassent les inconvénients, cette étude comporte un seuil de risque minimal.

3.6.2-Consentement

Le formulaire de consentement a d'abord été transmis aux intervenants et aux proches par courriel. Il leur a ensuite été remis en version papier au début de l'entrevue individuelle, où les participants ont eu du temps pour le lire, poser des questions et le signer. Une copie signée leur a ensuite remis.

3.6.3-Confidentialité

Afin d'assurer le respect de la confidentialité, l'identité des participants a été codifiée, c'est-à-dire qu'un code numérique servant à repérer les propos dans les enregistrements a été attribué à chacun des participants et celui-ci est connu uniquement par les membres de l'équipe de recherche (étudiant-chercheur et sa directrice de recherche). En aucun cas les informations nominatives ou confidentielles transmises par les participants aux responsables de cette recherche ne pourront être divulguées à d'autres personnes ou organismes ou encore servir à d'autres recherches. Tous les formulaires et enregistrements permettant d'identifier les participants sont gardés dans un classeur verrouillé ou un appareil électronique possédant un code d'accès confidentiel. Les données seront détruites suite au dépôt final du mémoire ou au maximum cinq ans après leur collecte. Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré dans ce projet.

4-RÉSULTATS

4.1 Analyse des données

Suite aux retranscriptions des verbatim obtenus par entrevues individuelles, des analyses de contenu ont été effectuées afin de répondre aux questions de recherche. Les verbatim de chacune des cinq questions posées en réponse aux questions de recherche ont fait l'objet d'une analyse par catégorie. Le sous-groupe des intervenants (n=10) et celui des proches

(n=5) sont analysés individuellement alors qu'une synthèse comparative met ensuite en lumière les similitudes et les différences entre les résultats.

4.2 Description de l'échantillon

Le recrutement a permis de consulter individuellement quinze participants, soit dix intervenants et cinq proches. Les intervenants rencontrés, cumulent en moyenne 15,9 années d'expérience professionnelle avec une étendue minimale de deux ans (critère d'inclusion) et maximale de 30 ans. L'échantillon est composé de quatre (4) psychoéducateurs, trois (3) travailleurs sociaux, deux (2) intervenants sociaux dotés d'une formation technique au niveau collégial et un (1) policier. Ceux-ci œuvrent dans diverses villes composant la région. Dans la présente étude, cinq (5) intervenants pratiquent dans la ville de Rouyn-Noranda, trois (3) dans la ville de Val-d'Or et deux (2) dans la ville d'Amos. Quant aux proches consultés, ils côtoient une personne présentant des vulnérabilités depuis en moyenne 16,8 ans avec une étendue minimale de deux ans et maximale de 30 ans. Deux (2) proches résident dans la ville de Rouyn-Noranda et trois (3) dans la ville de Val-d'Or.

4.3 Problématiques susceptibles d'amener une personne à avoir recours à des services d'intervention de crise

Les données permettant de dresser un portrait descriptif des problématiques pouvant être desservies par l'offre de services d'un CIC sont essentiellement tirées des réponses obtenues à la question #2 du canevas d'entrevue (voir annexe F) utilisé lors des rencontres individuelles.

En effet, l'analyse des discussions permet de faire ressortir six sous-catégories générales des problématiques pouvant être adressées par les services d'un CIC. Le tableau 4 permet de présenter les principaux éléments soulevés par les participants. Les problématiques de nature psychosociale (conflits familiaux, problématiques liées aux pertes d'emploi, aux deuils et à une séparation) contribuent pour 90% des problématiques de crise selon les répondants. Les comportements suicidaires sont également nommés par 8 répondants sur 10. L'analyse du discours des participants permet de croire que les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale (troubles anxio-dépressifs, troubles schizophréniques et trouble de la personnalité) sont susceptibles de faire usage des services d'un CIC, ces

psychopathologies étant nommées par 60% des répondants. Le portrait est complété par les problématiques liées à violence conjugale (50%) et aux dépendances (drogues, alcool et jeux; 30%). Aussi, dans une proportion réduite, mais tout de même présente (10%), les personnes ayant une déficience intellectuelle ou leurs proches sont une clientèle nommée par un participant.

Tableau 4

Thèmes récurrents dans le discours des intervenants concernant les problématiques devant être desservies par un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue (n=10)

Catégories	Participants					Total des récurrences du thème	Taux de répondants
	P11	P12	P13	P14	P15		
Santé mentale	2*	2*		6*	2*	12	80%
Suicide		1	1	1		3	60%
Intimidation	1	1				2	40%
Crise psychosociale	2*	1				3	40%
Choc post-traumatique				2*		2	20%
Dépendances				2*		2	20%

* Les chiffres suivis de ce symbole indiquent que le mot ou que des éléments de la sous-catégorie a/ont été nommé/s plusieurs fois (selon le chiffre indiqué) par le participant au cours de l'entrevue.

**L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les proches avaient la possibilité nommer plusieurs services.

En complémentarité aux données issues du tableau ci-dessus, les données collectées auprès des proches de personnes susceptibles de bénéficier des services d'intervention de crise (n=5) permettent de faire ressortir six catégories de problématiques par récurrence des thèmes. Le tableau 5 met en évidence les principaux éléments à inclure dans le portrait descriptif des problématiques pouvant être adressées en intervention de crise selon les cinq proches rencontrés. Les problématiques liées à des troubles de santé mentale (anxiété, dépression, schizophrénie) sont soulevées par 80% des répondants (4 sur 5). La problématique du suicide est également considérée importante (60%). Sur le plan psychosocial, 40% des proches nomment qu'une surcharge de travail ainsi que des pertes ou coups durs de la vie (séparation, perte d'emploi) peuvent contribuer au déclenchement d'une crise. Les problématiques liées à l'intimidation sont rapportées par deux proches

(40%), tandis qu'un participant ajoute l'état de stress post-traumatique (20 %) ainsi que les dépendances aux drogues ou à l'alcool (20%).

Tableau 5

Thèmes récurrents dans le discours des proches concernant les problématiques devant être desservies par un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue (n=5)

Catégories	Participants										Total des récurrences du thème	Taux de répondants
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10		
Crise psychosociale	4*	5*	5*	2*		1	3*	4*	4*	1	29	90%
Suicide	5*	3*		1	2*	2*	4*	1	1		19	80%
Santé mentale	5*	1	1	2*	5*				2*		17	60%
Violence conjugale			8*	1	1			3*		1		50%
Dépendances				1	1	2*					4	30%
Déficiences intellectuelle		1									1	10%

* Les chiffres suivis de ce symbole indiquent que le mot ou que des éléments de la sous-catégorie a été nommé plusieurs fois par le participant au cours de l'entrevue.

**L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les proches avaient la possibilité nommer plusieurs services.

Des points de convergences et de divergences existent dans le discours des intervenants et des proches. En effet, les problématiques sur le plan de la santé mentale, de la crise psychosociale, du suicide et des dépendances sont nommées par les acteurs-clés consultés. Toutefois, en ce qui a trait à la principale cause pouvant amener une personne à vivre une situation de crise, les intervenants croient que les problématiques de santé mentale sont plus susceptibles de précipiter une personne en état de crise tandis que les proches, quant à eux, nomment davantage des problématiques sur le plan psychosocial. Afin de mieux cerner s'il existe une adéquation quant aux services existants, des données quant aux connaissances des organismes dispensant actuellement de l'intervention de crise ont été colligées auprès de l'échantillon.

4.4 Les services présentement offerts aux personnes qui traversent une situation de crise en Abitibi-Témiscamingue

La seconde question de recherche s'intéresse à la connaissance des intervenants (n=10) et des proches quant aux services actuellement dispensés sur le territoire de l'A-T auxquels ils peuvent s'adresser lors d'une situation de crise. Une description de l'offre de services

des divers organismes nommés par les participants se retrouve dans l'annexe H de ce document.

4.4.1 Services offrant de l'intervention de crise connus des intervenants

L'analyse de contenu présentée dans le tableau 6 permet de constater que 80% des intervenants ont nommé le service téléphonique d'aide psychosociale 811 comme ressource pouvant dispenser de l'intervention de crise. Aussi, un milieu reconnu par les intervenants est le service d'urgence du centre hospitalier (CH) (70%). Dans une mesure moindre, les services policiers de la Sûreté du Québec (SQ) sont nommés par 40% des répondants. D'autres services tels que l'accueil psychosocial du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) (30%), les centres pour femmes (30%), les centres de prévention du suicide (CPS; 30%) ainsi que la ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue (LITPSAT) (20%) semblent être des organismes de référence en terme d'intervention de crise en A-T. Le Service d'aide et de traitement en apprentissage social (SATAS) offrant un programme d'aide en violence conjugale pour les hommes est nommé par deux intervenants sur dix. Le Groupe IMAGE situé au Témiscamingue, offre une intervention à tout homme vivant une situation de détresse. Celui-ci est mentionné par 20 % des répondants comme étant un organisme pouvant assurer un service d'intervention de crise pour la clientèle masculine de ce secteur. À plus faible échelle, les maisons d'hébergement (Gîte Chez Willie et La Piaule) ainsi que la Rétention et traitement des signalements (RTS) des services de la protection de la jeunesse sont des services qui ont été nommés par un intervenant. Ils complètent ainsi le portrait des services offerts pour les personnes vivant une crise selon les dix intervenants interrogés. Il est à noter que tous ces services sont gratuits et qu'une majorité (tous sauf l'accueil du CISSSAT, SATAS et les CPS) sont accessibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur sept.

Tableau 6

Les organismes dispensant des services d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue nommés par les intervenants (n=10)

Les services d'intervention de crise offerts en Abitibi-Témiscamingue	Taux de répondants l'ayant rapporté
Ligne Info-social 811	80%
Hôpital/urgence	70%
Policiers SQ	40%
Accueil social du CISSS	30%
Centre pour femmes	30%
Centre de prévention du suicide (CPS)	30%
Ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue (LITPSAT)	20%
Service d'aide et de traitement en apprentissage social (SATAS)	20%
Le Groupe IMAGE	20%
Maison d'hébergement (La Piaule, gîte Chez Willie)	10%
Rétention et traitement des signalements en protection de la jeunesse (RTS)	10%

*L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les intervenants avaient la possibilité nommer plusieurs services.

**L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les proches avaient la possibilité nommer plusieurs services.

Concernant les services connus par les proches (voir tableau 7), quatre répondants sur cinq nomment le Centre local de services communautaires (CLSC) (ancien secteur de services maintenant regroupé au CISSSAT) comme organisme de référence en matière d'intervention de crise. Les organismes communautaires œuvrant auprès de personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sont considérés par deux répondants. D'autres organisations telles que les maisons d'hébergement (La Piaule, gîte Chez Willie), la LITPSAT, la SQ ainsi que le 811 sont mentionnées par au moins une personne.

Tableau 7

Les organismes dispensant des services d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue nommés par les proches (n=5)

Les services d'intervention de crise offerts en Abitibi-Témiscamingue	Taux de répondants
CISSSAT (accueil social, urgence, secteur dispensant des services en santé mentale)	80%
Organismes communautaires en santé mentale	40%
Maisons d'hébergement (La Piaule, gîte Chez Willie)	20%
LITPSAT	20%
SQ	20%
Ligne Info-social 811	20%

*L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les proches avaient la possibilité nommer plusieurs services.

La ligne Info-social 811 est nommée par 80% des intervenants comme étant l'organisme dispensant de l'intervention de crise en région comparativement à 20% des proches. Ceux-ci (80%), selon leurs connaissances, optent davantage pour le CISSSAT (urgence et CLSC) en termes de référence en cas de crise. Cependant, 70% des intervenants croient également que les hôpitaux et les CLSC sont des milieux connus pour recevoir de soutien lors de situation de crise. Des organismes tels que la SQ, la LITPSAT et les Maisons d'hébergement (La Piaule, gîte Chez Willie) sont nommés par des intervenants et des proches. Le répertoire des intervenants est plus varié que celui des proches dans cette étude quant à la connaissance des services actuellement offerts pouvant dispenser de l'intervention de crise. Malgré qu'il existe plusieurs organismes en région, des données ont été recueillies afin de documenter s'il existe des lacunes, des vides ou des zones grises dans l'offre de service actuelle.

4.4.2 Les lacunes, les vides ou les zones grises dans l'offre de service actuelle

L'analyse du contenu des verbatim présenté dans le tableau 8 permet de constater que l'absence d'un CIC est nommée comme étant une lacune ou un vide de service selon 40% des répondants. De plus, quatre participants sur dix (40%) nomment que l'étendue du territoire est un aspect pouvant contribuer aux vides de services, car la distance entre les villes et villages de la région de l'A-T implique des déplacements importants. Ils mentionnent également, le manque de professionnels habiletés à estimer ou à évaluer le

niveau de dangerosité chez les personnes en état de crise et le manque de services offerts adaptés à la réalité des hommes. Deux participants sur dix nomment que les listes d'attente et les horaires de travail du personnel psychosocial (8h30 à 16h30) réduisent l'accessibilité des ressources pour les membres de la population et sont donc considérés comme une lacune dans l'offre de services actuelle. Un participant considère qu'il y a plutôt un manque de communication dans le réseau de la santé et des services sociaux. Enfin, un participant ne rapporte aucune lacune apparente en termes d'intervention de crise dans l'offre de services régionale actuelle, mais appuie plutôt le manque de communication et d'informations. Il mentionne lors de l'entrevue : *« Je dirais, selon moi, qu'il n'y a pas de lacunes entre guillemets, je vois plus qu'il y a un manque de communication entre les services et la population. Parce que ce n'est pas tout le monde qui est au courant que le 811 existe, donc souvent les gens se retrouvent au centre hospitalier et ils n'ont pas trop d'idées de quoi faire avec cette personne-là, parce qu'elle est en crise et on la retourne chez elle. Ils disent que quelqu'un va rappeler, mais cela n'arrive pas, car l'information se perd. »*

Tableau 8

Thèmes récurrents quant à la perception des intervenants sur les lacunes, les vides et les zones grises concernant l'offre de services actuelle (n=10)

Catégories	Participants										Total des récurrences	Taux de répondants	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10			
Les lacunes, vides de services et zones grises													
Absence d'un centre d'intervention de crise	1				1	1			1			4	40%
Étendue du territoire et concentration des services en milieu urbain	1	1			2*				1			5	40%
Formation des intervenants psychosociaux à l'évaluation de la dangerosité	1			1		1						3	40%
Services adaptés pour les hommes			1			1		1	2*	1		4	40%
Listes d'attente du CISSAT					4*			2*				6	20%
Horaires des services (8h30 à 16h30)						1		1				2	20%
Manque de communication entre les services du CISSS		1										1	10%
Aucun		1										1	10%

* Les chiffres suivis de ce symbole indiquent que le mot ou que des éléments de la sous-catégorie a été nommé plusieurs fois par le participant au cours de l'entrevue.

**L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les proches avaient la possibilité nommer plusieurs services.

Pour ce qui est des proches, 60% d'entre eux perçoivent également un vide quant à l'horaire des services. En effet, les horaires de jour (i.e. 8h30 à 16h30) diminuent considérablement l'accessibilité des ressources d'aide diversifiées selon leurs dires. De plus, ils trouvent le nombre de ressources d'aide insuffisantes en nombre pour le territoire de l'A-T. Le personnel psychosocial (psychologues, travailleurs sociaux et psychoéducateurs) semble être insuffisant dans les ressources d'aide selon 40 % des personnes interrogées. Un participant sur cinq amène l'hypothèse qu'un plus grand nombre de psychiatres dans les divers services en santé mentale permettrait de réduire le nombre de crise. Il mentionne que : « ça prend du temps avoir un rendez-vous. S'il y avait plus de psychiatres ou de

psychologues, ça diminuerait les crises parce que la personne rencontrerait un professionnel plus vite. Ça peut prendre jusqu'à un an pis la personne est dans le besoin maintenant, ce n'est pas dans un an, c'est maintenant qu'elle est dans le besoin ». Les listes d'attente sont nommées par 20% des proches comme un obstacle dans la dispensation de services. Le tableau 9 présente les données recueillies auprès des cinq personnes ayant un proche qui a déjà utilisé les services d'aide pour une situation de crise.

Tableau 9

Thèmes récurrents quant à la perception des proches sur les lacunes, les vides et les zones grises concernant l'offre de services actuelle (n=5)

Catégories	Participants					Total	Taux de répondants
	P11	P12	P13	P14	P15		
Les lacunes, vides de services et zones grises							
Horaire des services (8h30-16h30)	1	4*			2*	7	60%
Insuffisance de ressources d'aide	1	1		3*		5	60%
Manque de personnel psychosocial			1	3*		4	40%
Manque de psychiatre				2*		2	20%
Liste d'attente					1		20%

* Les chiffres suivis de ce symbole indiquent que le mot ou que des éléments de la catégorie ont été nommés plusieurs fois par le participant au cours de l'entrevue.

**L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les proches avaient la possibilité nommer plusieurs services.

L'absence d'un centre de crise et nommé par 40% des intervenants comme un vide de service. Les proches constatent quant à eux qu'il y a une insuffisance des ressources d'aide actuellement. Deux intervenants sur dix ainsi que trois proches sur cinq perçoivent que les horaires des services (i.e. 8h30-16h30) constituent une lacune dans l'utilisation des ceux-ci. Deux intervenants et un proche énonce que la réalité des listes d'attente ne favorise pas l'utilisation efficiente des ressources d'aide existante. Afin de permettre aux participants d'approfondir le sujet, leurs perceptions quant à la trajectoire des services d'intervention de crise actuellement offerts ont été explorées.

4.5 Perception des acteurs clés sur la trajectoire actuelle des services de crise offerts en A-T

Selon 70% (7 sur 10) des intervenants et 40% (2 sur 5) des proches, un cycle semble être établi quant à la trajectoire des services de crise actuellement offerts en A-T. L'ampleur de la crise amène cet individu, soutenu ou non par un proche, à une admission à l'urgence avec ou sans intervention policière. Les participants expliquent que la consultation du service de l'urgence est utilisé afin d'obtenir rapidement une évaluation de l'état de la personne en crise par le personnel du CH. Suite à l'évaluation, à moins d'une urgence suicidaire, la personne est retournée chez elle et placée sur une liste d'attente afin d'obtenir des services adaptés. Les intervenants et les proches nomment que cette période d'attente constitue un vide de services, car la personne n'obtient pas le support d'un intervenant ou d'une ressource d'aide pendant ce moment de latence. Cela a pour effet, selon eux, de maintenir la personne, ainsi que ses proches le cas échéant, dans un état de désorganisation. L'intervenant #4 résumé bien ce processus cyclique en affirmant : *Lorsqu'il y a une crise, c'est les policiers qui sont appelés puis leur intervention va amener la personne à se retrouver à l'hôpital et elle sera retournée chez elle suite à l'évaluation. L'intervention n'est pas nécessairement adaptée aux besoins de la personne.* » L'intervenant #5 tente d'expliquer ce cycle improductif en ajoutant que « *Le CISSS manque de ressources, quand nous envoyons nos clients là-bas, ils sont souvent sur la liste d'attente. Au CISSS, ils vont monter un beau programme et dire voici ton diagnostic, mais on ne sait pas où t'envoyer, donc nous te retournons chez toi et nous te plaçons sur les listes d'attente* ».

Le deuxième volet de cette question est axé sur les avantages et les inconvénients envisageables suite l'implantation d'un CIC sur l'offre et la demande des services actuellement dispensés par les organisations régionales (CISSSAT, organismes communautaires, SQ).

L'analyse de contenu présenté dans le tableau 10 révèle que 80% des intervenants croient que la mise en place d'un centre d'intervention de crise pourrait avoir comme impact une réduction des interventions effectuées par les policiers de la Sûreté du Québec. Le désengorgement des services du CISSSAT, et de ses listes d'attentes, est également une conséquence possible selon six professionnels sur 10 (60%). Trois d'entre-deux (30%)

précisent que l'implantation d'un CIC pourrait avoir un impact favorable sur l'engorgement des services policiers et des services du CISSSAT si les personnes y sont référées directement lors de situations de crise. Les intervenants consultés prévoient aussi des effets positifs pour la clientèle (durée moindre de la crise, possibilité d'avoir moins de conséquences à moyen et à longs terme, services spécialisés offerts et réduction des délais d'attente). Le désengorgement des organismes communautaires (Le gîte Chez Willie, Le Portail et les CPS) est également nommé par 30% des répondants.

Tableau 10

Thèmes récurrents sur les avantages que pourrait avoir la mise en place d'un centre d'intervention de crise sur l'engorgement des organisations selon les intervenants (n=10)

Catégories	Participants										Total des récurrences	Pourcentages	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10			
Avantages sur l'engorgement des organisations													
Désengorgement la SQ	1	1	1	1	1	1	1		1			8	80%
Désengorgement du CISSSAT	1		1				1	1	1	1		6	60%
Référence immédiate au CIC en cas de crise		1					1	1	1	1		5	50%
Impacts positifs pour la clientèle	3*				1			1				5	30%
Désengorgement des organismes communautaires		1			1							2	30%
Aucun avantage		1											10%

* Les chiffres suivis de ce symbole indiquent que le mot ou que des éléments de la catégorie ont été nommés plusieurs fois par le participant au cours de l'entrevue.

**L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les proches avaient la possibilité nommer plusieurs services.

Pour ce qui est des inconvénients, 60% des intervenants n'en voient aucun. L'étendue du territoire pourrait constituer un inconvénient selon 30% des professionnels consultés, dépendamment du lieu d'implantation du CIC. Deux intervenants sur dix (20%) soulèvent que la mise en place d'une nouvelle ressource pourrait avoir un impact défavorable quant à l'attribution budgétaire aux organismes existants puisque plusieurs services seraient comblés par le CIC et donc soustraits de leur offre de service. Leurs craintes sont que les fonds nécessaires à l'implantation d'un CIC seraient probablement retirés du budget des organismes communautaires déjà en place afin de procéder à l'ouverture de celui-ci. Un participant soulève que la région de l'A-T possède déjà les ressources nécessaires et que

les services existants sont efficaces. Selon lui, il y a donc une absence de besoin quant à l'implantation d'un CIC.

Tableau 11

Thèmes récurrents sur les inconvénients que pourrait avoir la mise en place d'un centre d'intervention de crise sur les organisations existantes selon les intervenants (n=10)

Catégorie	Participants										Total des récurrences	Pourcentages	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10			
Inconvénients sur l'engorgement des organisations													
Aucun inconvénient			1	1	1	1	1	1				6	60%
Géographie du territoire	1								1	1			30%
Impact budgétaire chez les organismes existants	1								1				20%
Absence de besoin d'un CIC en A-T		1											10%

* Les chiffres suivis de ce symbole indiquent que le mot ou que des éléments de la catégorie ont été nommés plusieurs fois par le participant au cours de l'entrevue.

**L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les proches avaient la possibilité nommer plusieurs services.

L'analyse des données présentées dans le tableau 12 révèle que 100% des proches croient que la mise en place d'un CIC pourrait avoir un impact favorable sur le désengorgement des interventions des policiers de la Sûreté du Québec. Également, 80% d'entre eux nomment qu'il pourrait y avoir un désengorgement des services du CISSSAT et des organismes communautaires selon 60% des répondants. Avec l'instauration d'une telle ressource, les personnes en crise pourraient être immédiatement référées au CIC, sans passer par les autres instances (CISSSAT, organismes communautaires), selon 40% des proches.

Tableau 12

Thèmes récurrents sur les avantages que pourrait avoir la mise en place d'un centre d'intervention de crise sur l'engorgement des organisations selon les proches (n=5)

Catégories	Participants					Total des récurrences	Pourcentages
	P11	P12	P13	P14	P15		
Avantages sur l'engorgement des organisations							
Désengorgement de la SQ	1	1	1	1	1	5	100%
Désengorgement du CISSAT		1	1	1	1	4	80%
Désengorgement des organismes communautaires		1	1	1		3	60%
Référence immédiate au CIC en cas de crise			1		1	2	40%

*L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les proches avaient la possibilité nommer plusieurs services.

Le tableau 13 démontre que 40% des proches nomment qu'un nombre d'effectifs insuffisants pourrait être un inconvénient si le centre d'intervention de crise ne peut répondre aux demandes de la population. Les proches consultés sont donc inquiets à l'effet que les ressources humaines disponibles pour un nouveau service, en l'occurrence un centre d'intervention de crise, soient insuffisantes. Le participant #11 nomme que : *« Il faut que du personnel soit à l'emploi en intervention de crise. Il ne faut pas que ça soit un leurre où l'on fait semblant, comme on peut le voir dans d'autres organismes où il y a une demi-personne par jour alors que ça en prend trois. Ça prend des employés aussi parce qu'il faut qu'ils soient présents, c'est jour et nuit. Ils doivent être disponibles. Il ne faut pas qu'ils soient contraints à rester sur place parce qu'il y a un hébergement. Il faut qu'ils soient capables de se déplacer, donc ça prend du monde, ça prend des ressources puis oui cela amènerait un désengorgement »*.

Tableau 13

Thèmes récurrents sur les inconvénients que pourrait avoir la mise en place d'un centre d'intervention de crise sur les organisations existantes selon les proches (n=5)

Catégories	Participants					Total des récurrences	Pourcentages
	P11	P12	P13	P14	P15		
Inconvénients envisageables pour l'implantation							
Aucun inconvénient			1	1	1	3	60%
Nombre d'employés sur place	1	1				2	40%

Certains participants (neuf sur quinze), illustrent un cycle de services identiques pour les personnes traversant une situation de crise. Ceux-ci constatent le besoin de mettre en place des conditions environnementales favorisant une prise en charge rapide des personnes vulnérables lorsque celles-ci sont en état de crise. Ces conditions, selon leurs dires, réduiraient considérablement l'engorgement des organisations (CISSSAT, SQ, Organismes communautaires) puisque ces personnes bénéficieraient des services d'un intervenant spécialisé qui pourrait quant à lui désamorcer la crise. La géographie du territoire, l'impact financier et la main d'œuvre semblent être les principaux inconvénients énumérés par les participants. Les acteurs clés ont été questionnés sur leurs perceptions à propos des considérants à retenir pour l'implantation d'un CIC en A-T. Leurs perceptions quant à la potentielle offre de service, les enjeux ainsi que les mandataires d'un tel service ont été recueillis.

4.6 Les considérants à retenir pour l'implantation d'un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue

Les données obtenues en réponse à la quatrième question du canevas d'entrevue (voir annexe F) permettent de dresser un portrait des perceptions de ces acteurs clés quant à plusieurs éléments à considérer advenant l'implantation d'un CIC. D'abord, les participants se sont prononcés sur l'offre de services pertinente. Mentionnons qu'un document explicatif des services pouvant être offert par ce type d'organisme leur a été présenté préalablement (voir annexe C). Ensuite, ils ont eu à privilégier un lieu d'implantation sur le territoire en plus d'anticiper les facteurs organisationnels, territoriaux

et financiers. Enfin, ils se sont prononcés sur d'autres facilitateurs ou obstacles qu'ils peuvent prédire pour l'implantation d'un CIC.

4.6.1 Perception quant à la potentielle offre de service d'un CIC en A-T

Le tableau 14 présente les considérants à retenir quant à l'offre de services que devrait dispenser un CIC en A-T selon les intervenants. L'hébergement est un service qui devrait y être offert selon 70% des intervenants. Un soutien téléphonique 24/7 devrait aussi compléter l'offre de service selon 40% d'entre eux. Pour 20 % des proches, un centre de crise doit offrir un suivi à court et à moyen terme au client. En ce sens, deux intervenants considèrent que cinq à dix rencontres en vue de désamorcer la crise seraient favorables pour la clientèle. D'autre part, deux intervenants sur dix (20%) précisent qu'un CIC devrait offrir des services d'intervention et de l'hébergement aux personnes en état de consommation (drogues ou alcool) qui se présentent sur place. L'intervenant #4 mentionne : *« En terme de services offrant de l'intervention de crise, il y a peut-être La Piaule ou Chez Willie qui pourrait offrir ce type de service, mais à la limite, pas toujours parce que si la personne est intoxiquée, ils réfèrent celle-ci ailleurs, donc ce n'est pas vraiment de l'intervention de crise. »* Un intervenant suggère des interventions davantage adaptées à la réalité des hommes. L'importance de la présence de spécialistes (psychologues, psychoéducateurs, travailleurs sociaux et psychiatres) dans les ressources humaines d'un CIC est également soulignée par un intervenant. L'intervenant #5 exprime qu'elle doit parfois sortir du cadre de son mandat pour répondre aux besoins de ses clients en terme d'intervention de crise. Il nomme que : *« Moi l'affaire c'est que je ne suis pas un service 24 heures sur 24 et je peux pas offrir un service comme ça. S'il se passe quelque chose entre temps normalement ce n'est pas mon mandat de faire ce type d'intervention. Par contre, étant donné que n'a rien actuellement, ce n'est pas qu'il n'y a rien, c'est plutôt que ce n'est pas pareil d'appeler le 811 que de se rendre à un endroit et de créer un contact avec une personne. Cela fait que je suis parfois obligé d'étirer un peu mon mandat. Des fois je vais offrir plus de rencontre, je vais rapprocher les rencontres, mais ça ne devrait pas être moi qui fais cela. »* D'un autre avis quant à la pertinence de l'implantation d'une telle ressource l'intervenant # 1 souligne que : *« Bien en même temps je trouve que le 811 couvre déjà l'ensemble des services donnés par un CIC. C'est pour l'ensemble de la*

population et aussi pis ils ont une spécificité jeunesse qui s'offre aux adolescents et à leur famille et aux enfants de 18 ans et moins. Ils sont aussi formés en intervention de crise suicidaire. Selon moi, c'est la majorité des interventions terrain qui s'effectuent de ce que je comprends. Je dirais que je vois mal la nécessité d'un CIC puisqu'il y a le 811 pour la population générale, il y a la protection de la jeunesse et il y a l'urgence si jamais. »

Tableau 14

Thèmes récurrents quant à l'offre de services d'un centre d'intervention de crise en A-T selon les intervenants (n=10)

Catégories	Participants										Total des récurrences	Pourcentages	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10			
Offre de services													
Hébergement	1		1	1		1	1		1	1	7	70%	
Soutien téléphonique 24/7	1			1					1	1	4	40%	
Suivi court/moyen terme	1							1			2	20%	
Intervention avec personne en état de consommation				1		1					2	20%	
Services adaptés aux hommes				1							1	10%	
Présence de spécialistes					1						1	10%	

*L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les proches avaient la possibilité nommer plusieurs services

Pour ce qui est des proches, le tableau 15 présente les considérants à retenir quant à l'offre de service s'il y a une implantation. Bien que ce portrait soit semblable à celui des intervenants, des nuances sont présentes. Sans surprise, l'hébergement et un service 24/7 sont nommés par 80% des proches comme étant des services essentiels. Aussi, un service de soutien téléphonique 24/7 ainsi que la mise en place d'un service mobile d'intervention prônant l'intervention face à face devraient être pris en considération selon 60% des répondants de ce groupe. Deux proches sur cinq (40%) croient que la présence de spécialistes tels que des psychologues, des psychoéducateurs, des travailleurs sociaux et des psychiatres devrait être incluse dans les ressources humaines employées par un CIC. Ces professionnels pourraient effectuer des suivis à court et à moyen terme avec la

clientèle, mais aussi offrir un soutien pour les proches des personnes vivant une situation de crise selon ces mêmes répondants.

Tableau 15

Thèmes récurrents quant à l'offre de services d'un centre d'intervention de crise en A-T selon les proches (n=5)

Catégories	Participants					Total des récurrences	Pourcentages
	P11	P12	P13	P14	P15		
Hébergement	1	1	1	1		4	80%
Service 24/7	1	1	1	1			80%
Soutien téléphonique 24/7	1	1			1	3	60%
Service mobile d'intervention	1	1	1			3	60%
Présence de spécialistes				3*	1	4	40%
Suivi avec les proches	1	1				2	40%
Suivi à court et à moyen terme	1	1				2	40%

* Les chiffres suivis de ce symbole indiquent que le mot ou que des éléments de la catégorie ont été nommés plusieurs fois par le participant au cours de l'entrevue.

*L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les proches avaient la possibilité nommer plusieurs services.

Des points de convergences quant à l'offre de service d'un potentiel CIC sont présents dans le discours des participants. En effet, 70% des intervenants et 80 % des proches estiment qu'un service d'hébergement devrait être inclus s'il y a une implantation. Une ligne téléphonique offrant du soutien 24/7 ainsi des suivis à court et à moyen terme sont des modalités d'intervention qui devraient être prises en considération selon les dires des participants. Un point de divergence est que 80% des proches croient qu'un CIC en A-T devrait offrir des services 24/7 incluant un service mobile d'intervention. Ce type de service n'a pas été abordé par les intervenants. Certains éléments géographiques, organisationnels et financiers pourraient être considérés comme des facilitateurs ou des obstacles pour une éventuelle implantation. Des perceptions des participants ont été recueillies à cet effet.

4.7 Éléments géographiques, organisationnels et financiers qui faciliteraient ou entraveraient l'implantation d'un CIC en A-T.

Afin de documenter davantage les particularités du vaste territoire de l'A-T, les intervenants se sont prononcés sur les éléments géographiques, organisationnels et financiers qui faciliteraient ou entraveraient l'implantation d'un CIC dans cette région (voir tableau 16). Un CIC régional avec des points de services dans les cinq municipalités régionales de comté (MRC) est considéré par 30% des intervenants comme un facilitateur pour l'accessibilité des services et l'atteinte des objectifs de désengorgement des services existants. Par contre, la taille du territoire de l'A-T est un enjeu à tenir en compte pour la rapidité de déplacement des intervenants selon 70% d'entre eux. Le financement de cette ressource pourrait aussi être un obstacle selon plusieurs (60%). L'implantation récente de la ligne 811 est nommée par 40% des répondants comme étant un élément organisationnel pouvant entraver la mise en place d'un centre d'intervention de crise. Ceux-ci soulèvent que cette ressource (811) dispense des services similaires (ligne téléphonique, déplacement en cas de crise et soutien aux proches) à un CIC et que cela pourrait avoir pour effet de percevoir un dédoublement des services offerts par la communauté et le gouvernement.

Tableau 16

Éléments géographiques, organisationnels et financiers pouvant faciliter ou entraver l'implantation d'un centre d'intervention de crise selon les intervenants (n=10)

Facilitateurs	Pourcentages	Obstacles	Pourcentages
Centre régional avec des points de service	30%	Taille du territoire	70%
Partenariat avec les organismes communautaires	20%	Financement pour l'implantation	60%
Implication financière gouvernementale	20%	Implantation récente de la ligne 811	40%
Système de navette pour les déplacements	20%	Non-implication du gouvernement	10%
Travailleurs des premières nations	10%	Plusieurs organismes dispensent des services de crise en région	10%

*L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les proches avaient la possibilité nommer plusieurs services.

Le tableau 17 présente les facilitateurs et les obstacles nommés par les proches (n=5). Ceux-ci croient qu'un partenariat ou une affiliation avec un ou des organismes existants (organismes communautaires, CISSSAT) pourrait être favorable pour une implantation (40%). De plus, 40% d'entre eux nomment que la demande pour ce type de service est présente en région. La sollicitation de fondations pour le financement du centre serait un aspect à prendre en considération (40%). Également, 40% des proches croient que de consulter les centres de crise existants quant à leur histoire d'implantation serait aidant. Toutes les personnes interrogées s'entendent pour dire que les éléments pouvant entraver l'implantation sont le financement pour l'implantation du centre et les politiques et stratégies de gouvernance du gouvernement provincial actuellement en place (40%).

Tableau 17

Éléments géographiques, organisationnels et financiers pouvant faciliter ou entraver l'implantation d'un centre d'intervention de crise selon les proches (n=5)

Facilitateurs	Pourcentages	Obstacles	Pourcentages
Partenariats avec les organismes existants	40%	Financement de l'implantation	100%
Demande de services	40%	Politique gouvernementale	40%
Sollicitation de fondations pour le financement	40%		
Consulter les centres de crise existants pour l'implantation	40%		

*L'addition des taux permet d'obtenir plus que 100%, car les proches avaient la possibilité nommer plusieurs services.

Le tableau 18 présente la perception des intervenants quant au milieu devant soutenir le développement d'un CIC en A-T. Deux répondants sur cinq se sont abstenus de répondre à la question puisqu'ils n'arrivaient pas à prendre position entre les deux instances croyant qu'autant l'une que l'autre pourrait être mandataire d'un tel service. (40%). Le milieu communautaire est considéré par 30% des répondants comme étant le milieu adéquat pour développer le projet d'un CIC. Un intervenant soutient que : « *Le communautaire est plus proche des gens. Il y a tout le côté qui est plus proximité tandis que si on va du côté*

CISSSAT, c'est plus un cadre rigide où il n'y a pas d'ouverture à de l'amélioration. Le communautaire a un peu plus de liberté d'action ». Un autre intervenant soulève que : « Ça devrait être le communautaire parce qu'il y a une flexibilité de faire les choses qui ne se retrouve pas dans le réseau de la santé et des services sociaux. ». En contre-partie, 30% de l'échantillon d'intervenants considèrent le CISSSAT comme l'organisation devant intégrer un centre d'intervention de crise dans son offre de services. L'aspect financier semble être un enjeu pour la pérennité du centre si les organismes communautaires deviennent mandataires d'un tel service. Un intervenant mentionne : « C'est sûr que le communautaire a toujours eu de la difficulté à se faire financer. Si nous ne voulons pas que cette organisation soit reconnue et implantée et qu'au bout de deux ans elle ne ferme pas ses portes, moi je pense que le CISSSAT a les ressources financières nécessaires pour que cela fonctionne. » Un autre intervenant appuie en affirmant : « La question financière du communautaire demeure tout le temps quelque chose qui rend difficiles les projets pour la réalisation de ceux-ci contrairement au CISSSAT ».

Tableau 18

Perception sur le milieu où devrait être implanté un centre d'intervention de crise selon les intervenants (n=10)

Association au milieu communautaire ou au CISSSAT	Pourcentages
Abstention	40%
Milieu communautaire	30%
CISSSAT	30%

La perception des proches quant au milieu qui devrait être associé à et prendre en charge les services d'un CIC en A-T est le milieu communautaire selon 60% des répondants. Les participants nomment qu'un partenariat avec le milieu communautaire aura pour effet d'avoir des balises plus souples quant à la mission et aux valeurs qui guideront le centre dans son offre de services. Le CISSSAT est nommé par 40% des répondants pour être mandataire d'un CIC. La rigueur, les normes et les balises ainsi que les fonds monétaires régissant celui-ci semblent faire de cette organisation la plus appropriée pour être mandataire d'un CIC selon les proches interrogés.

Onze personnes interrogées sur quinze croient que le financement d'une telle ressource constitue un obstacle. La non-implication du gouvernement afin de subventionner ce projet rend sceptiques les répondants pour la pérennité de ce projet. Les réponses permettent de constater que selon six participants sur quinze, une collaboration entre les organismes communautaires déjà en place et ce type de ressource serait favorable. En ce qui a trait au milieu où devrait être associé un CIC, les réponses des acteurs clés ne sont pas concluantes. Le milieu communautaire ou le CISSSAT pourrait aussi bien l'un que l'autre être mandataire de ce type de ressource selon les intervenants et les proches.

5-DISCUSSION

L'objectif principal guidant cette recherche était d'évaluer la pertinence d'implanter un CIC en Abitibi-Témiscamingue selon les besoins et les services disponibles dans cette région. Pour ce faire, des intervenants et des proches de personnes susceptibles de bénéficier des services d'un CIC ont été consultés. Trois questions de recherche ont été répondues par ces acteurs clés afin de dresser un portrait vraisemblable de la région en matière d'intervention de crise ainsi que pour la formulation de recommandations.

Les entrevues individuelles ont permis de dresser un portrait descriptif des personnes susceptibles de bénéficier des services d'un CIC. En effet, les intervenants et les proches révèlent un portrait similaire quant aux personnes pouvant être prestataires de ce type de service. Leurs perceptions diffèrent quant à la problématique majeure amenant une personne à vivre une situation de crise. Les intervenants ciblent les problématiques psychosociales tandis que les proches se préoccupent davantage des problématiques de santé mentale. Malgré ces différences, les problématiques rapportées sont celles typiquement adressées dans l'offre de services d'un CIC.

5.1 Recommandations sur la situation actuelle

Les résultats de la recherche permettent de proposer des recommandations sur les besoins non répondus selon les acteurs clés par l'offre de services actuelle pour les personnes vivant une situation de crise en Abitibi-Témiscamingue. En effet, celles-ci peuvent être vulnérables par le fait qu'elles sont en crise. Il est important de rappeler que lorsqu'un événement vient menacer ou altérer l'homéostasie de la personne, celle-ci cherchera à la

maintenir par le biais de stratégies d'adaptation (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012). Si celles-ci sont inefficaces, un déséquilibre survient et la personne se retrouve en état de vulnérabilité. Les éléments soulevés par les participants laissent croire que le potentiel expérientiel (PEX = réseau de soutien et services offerts) n'est pas suffisant sur le territoire de l'A-T afin d'équilibrer le potentiel adaptatif (PAD = facteurs individuels) des personnes vulnérables. Ce déséquilibre peut alors créer un écart de convenance significatif nous amenant à formuler des recommandations pouvant améliorer significativement la qualité de vie de ces personnes et de leurs proches. La figure 2, selon les données colligées lors de la recherche, démontre que le PAD des personnes vivant des situations de crise est conforme à ce qui est attendu habituellement pour la clientèle vulnérable. Par contre, les données recueillies permettent de constater que les conditions environnementales (PEX) selon l'offre de service actuel ne permettraient pas aux personnes vivant des situations de crise d'atteindre un état d'équilibre optimal.

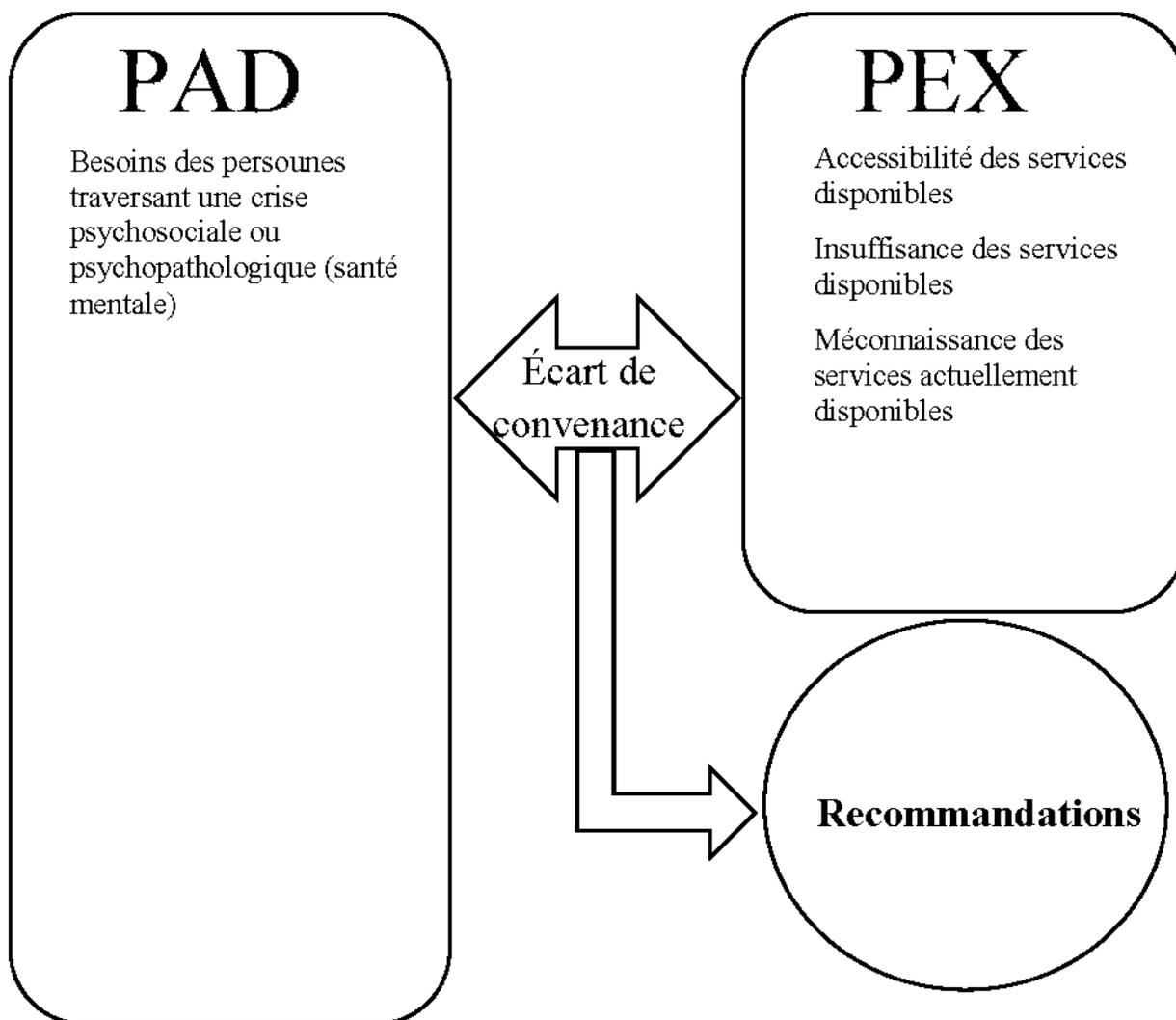


Figure 2. Schéma PAD PEX des personnes vivant des situations de crise selon les participants

Les recommandations formulées s'appuient donc sur l'écart observé entre les besoins des personnes traversant une crise psychosociale ou psychopathologique et les services actuellement offerts. Les lacunes observées par les participants permettront ensuite de préciser les besoins non comblés ou les difficultés rencontrées dans la trajectoire de services. Enfin, les avantages et inconvénients de l'implantation d'un CIC soulevés par les participants de même que les considérants ayant émergé de ces rencontres sont présentés.

5.1.1 Manque de centralisation des services

Les intervenants et les proches consultés nomment que plusieurs services sont existants sur le territoire, mais qu'ils ne sont pas opérationnels, car peu connus et dispersés sur le territoire, donc moins efficaces. Plusieurs organismes communautaires ou faisant partie du Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) offrent des services à la population, mais aucun n'offre l'intégralité des services que dispense normalement un CIC. Un organisme offrant de l'hébergement 24/7, du soutien téléphonique 24/7, un service mobile d'intervention, un suivi à court et à moyen terme et offrant un soutien pour les proches est manquant sur le territoire. Afin d'obtenir ces services, les personnes doivent multiplier les demandes d'aide. Le tableau 19 affiche l'offre de service du RESCICQ (2013) comparativement à celle de la ligne info-social 811 (CISSSAT, 2015).

Tableau 19

Offre de service du RESCICQ et de la ligne info-social 811

Info-social 811	Centre d'intervention de crise 24/7
Soutien téléphonique 24/7	Soutien téléphonique 24/7
Un service d'intervention dans le milieu au besoin	Un service mobile d'intervention 24/7
Intervention multicientèle	Suivi à court et à moyen terme
Référence vers une ressource appropriée dans le réseau de la santé et des services sociaux ou une ressource communautaire.	
	Services aux proches
	Services aux partenaires
	Hébergement 24/7

Ces deux organismes dispensant de l'intervention de crise présentent des similarités quant au soutien téléphonique 24/7, à la possibilité d'obtenir les services d'un intervenant se déplaçant dans le milieu naturel et des interventions avec des clientèles multiples (anxiété, dépression, deuil, séparation, etc.). Le tableau 19 met toutefois en évidence les particularités qui sont propres au centre d'intervention de crise tels que les suivis à court et à moyen terme, les services aux proches, les services aux partenaires et l'hébergement de crise 24/7.

5.1.2 Liste d'attente et CIC

La région du Bas-St-Laurent et l'Abitibi-Témiscamingue présentent des caractéristiques démographiques comparables et la réalité des listes d'attente nommée par les participants est également présente dans cette région. Malgré la présence d'un CIC, les services de première ligne en santé mentale adulte dispensés par le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent (CISSSBSL) ne s'améliorent pas. En 2016-2017, selon le rapport des activités de cette année, plus de 319 personnes sont en attente depuis plus de 30 jours avant d'obtenir des services. De plus, le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-St-Laurent (CPSICBSL), une structure de services qui n'est pas présente en A-T, cumule 9829 interventions téléphoniques directes auprès de la personne en crise ou de leurs proches. Près de la moitié de ces appels sont effectués par des hommes (44,65%). Le CPSICBSL affiche 273 séjours (1378 jours) en ce qui a trait au service d'hébergement de crise pour l'année 2016-2017. Au cours de cette année, 69,8% de ces séjours étaient dû à un hébergement de crise alors que 30,2 % étaient des hébergements transitoires. Le rapport annuel de cet organisme identifie que 132 hommes et 97 femmes ont utilisé ce service d'hébergement. Pour ce qui est du service mobile d'intervention 24/7, 49 interventions (individuelles ou de groupes) ont été effectuées sur le territoire du Bas-St-Laurent (BSL). Dulac (2004), constate que des ressources pour les hommes en difficulté sont manquantes au Québec. L'étude de Rondeau et al. (2004), ayant pour échantillon des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, révèle qu'il y a un manque d'hébergement pour les hommes en difficulté. Les services actuellement offerts ne permettent pas de répondre aux besoins des hommes. Ceux-ci sont ne pas adaptés à leur réalité, car les listes d'attente associées aux services ne permettent pas de répondre à la perception d'urgence de leur situation. Les hommes démontreraient une réticence à effectuer une demande d'aide. Cela implique que cette demande se ferait plus tardivement ou ne s'effectuerait tout simplement pas (Dulac 1997). Les hommes, généralement, seraient enclins à consulter des ressources formelles (organismes communautaires, CISSS) après que leur réseau proximal n'ait pu régler leurs difficultés (Dulac, 2004). Dulac (2001) considère que : « Les perceptions des hommes influencent directement leur utilisation des services et remettent en cause l'acceptabilité de ces derniers, d'autant plus si leur accessibilité est limitée. »

Il serait donc illusoire de penser que l'implantation d'un CIC pourrait éliminer l'existence d'une liste d'attente pour obtenir des services suite à une consultation pour une situation de crise. Il importe aussi d'évaluer la présence de services complémentaires qui viendront répondre aux besoins importants de la population de ces régions. Toutefois, avant que la personne traversant une situation de crise ne soit référée à une liste d'attente pour un service adapté, il est important de s'assurer que les coordonnées des organismes offrant des services complémentaires pouvant lui être utiles pendant cette période lui soient transmises et les services expliqués.

5.1.3. Connaissance des services d'intervention de crise actuellement offerts en A-T

Les discussions lors des entrevues individuelles permettent de constater que les participants connaissent plusieurs organismes offrant de l'intervention de crise, mais peu les services qui y sont dispensés. L'intervenant #3 constate : « *On ne sait pas tous les services qu'il peut y avoir.* » L'analyse de contenu des verbatim confirme que quatre organismes sur les onze nommés par les répondants sont bien connus par les participants, soit le centre hospitalier, la ligne info-social 811, la LITPSAT et la SQ. Il existe actuellement un bottin des organismes communautaires de l'A-T disponible sur le web (version 2011-2012 https://www.aqis-iqui.qc.ca/docs/Documentation/bottin_ressources_eskers_abitibi.pdf et version 2015 http://www.ciissat.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/agence/publications/OrganismesCommunitaires/Bottin_Organismes_communautaires.pdf) ainsi que des sites qui regroupent l'information sur les services (ex : www.arrondissement.com; <http://www.mrar.qc.ca/fr/repertoire/organismes/index.cfm>) mais il semble que de la publicité devrait être effectuée afin de rendre l'existence de ce contenu et de ces sites disponible et connu. Toutefois la composante financière peut être un enjeu considérable pour plusieurs organismes lorsque vient le temps de défrayer des frais publicitaires. Duval, Fontaine, Fournier, Garon et René (2005) nomment que : « Les sources de financement et l'importance des ressources financières constituent deux facteurs déterminants dans les pratiques des organismes communautaires. Ces derniers, pour la plupart, dépendent de moyens financiers relativement instables » (p. 110). Il convient de se questionner sur l'aisance des personnes vivant des situations de crise à consulter le web, de l'accessibilité

de ces ressources (connexion accessible et efficace sur tout le territoire, niveau d’alphabétisation des utilisateurs, compréhension des terminologies utilisées dans les bottins et sites web, facilité de navigation sur les sites pour trouver l’information pertinente), de leur actualisation (bottin répertorié le plus récent date de 2015) ainsi que du format de diffusion de ces ressources (bottin téléchargeable, site web). Les propos tenus par les intervenants interrogés quant aux services existants et aux ressources du CISSSAT permettent aussi de croire que même à l’intérieur de ces services, des incompréhensions et de la méconnaissance sont présentes. Il faudrait donc développer des canaux de communication à plusieurs niveaux.

5.2 Considérants à retenir pour l’implantation d’un centre d’intervention de crise

Les données recueillies auprès des intervenants et des proches démontrent un écart de convenance entre les besoins des personnes vulnérables et les services offerts. L’implantation d’un CIC semble une avenue pouvant réduire cet écart. Trois recommandations quant à l’implantation d’un tel service découlent des résultats obtenus lors des entrevues et sont présentées selon les paramètres de gestion et d’organisation présentés par Rossi et Freeman, 1993).

5.2.1 Recommandation #1 : Accessibilité des services : Choisir des modalités qui permettent une intervention rapide

La perception de la trajectoire des services a été explorée dans le cadre de cette étude. Le cycle des services offerts, selon les intervenants et les proches, laisse croire que les services actuels ne permettent pas de répondre adéquatement aux situations d’intervention de crise. L’intervenant #7 mentionne que : « *Ce n’est pas que la personne n’a pas de services, elle se présente, on la voit, mais après ça elle n’a plus de services. Elle est mise sur une liste d’attente pour rencontrer quelqu’un, mais des suivis y’en a pas. Ça prend beaucoup de temps pour avoir un suivi* ». L’intervenant #5 soulève : « *On ne sait pas où envoyer les personnes en crise, donc on les retourne chez elle, elles sont sur les listes d’attente pis là il y a un long moment d’attente, puis un moment donné qu’est-ce qu’on apprend, ils sont décédés, ils se suicident, ils font un autre acte criminel. C’est lourd et c’est long parce*

qu'on n'a pas ces ressources-là. » Séguin et al., (2012) appuient l'importance du caractère immédiat de l'intervention en situation de crise. En effet, ils mentionnent que :

En raison du niveau de désorganisation et de la nécessité de soulager la souffrance et la tension ressenties, certaines personnes en situation de crise peuvent adopter des comportements à risque, tels que l'agressivité, l'abus d'alcool et de drogue, la fuite, voire le suicide ou l'homicide. (Séguin et al., 2012 ; p. 35)

L'intervention devant être effectuée rapidement, elle doit être offerte selon des modalités flexibles et adaptée aux besoins immédiats. L'entretien de crise peut être réalisé par clavardage, au téléphone ou en personne et l'endroit a plus ou moins d'importance (Séguin et al, 2012). Afin de répondre à l'immédiateté d'une telle situation, un centre d'intervention de crise devrait offrir une réponse simultanée à la demande. Des modalités synchrones doivent donc être privilégiées soit par téléphone, par clavardage ou en face à face.

Il est donc recommandé que l'offre de service du CIC inclue des services offerts en modes synchrones.

5.2.2 Recommandation #2 : Structure organisationnelle adaptée aux besoins régionaux selon les ressources disponibles en A-T

La région du Bas-St-Laurent, qui se compare à l'A-T en termes de population, possède un CIC. Le service est accessible par la porte d'entrée des services de crise soit la ligne d'intervention téléphonique. Le CIC du Bas-St-Laurent offre de l'hébergement dans cinq MRC. En ce qui a trait au déplacement d'urgence 24/7, le CIC couvre la MRC Rimouski-Neigette. Pour les autres MRC, le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-St-Laurent (CPSICBSL; 2017) mentionne que :

Le service d'urgence 24/7 est assumé par les CSSS après évaluation de la demande. Seuls les intervenants autorisés à le faire peuvent contacter l'intervenant de garde du CSSS et cette modalité diffère selon les MRC. Dans plusieurs MRC, seuls les intervenants du CPSICBSL possèdent les informations pour rejoindre l'intervenant de garde, en dehors des CSSS eux-mêmes. (page web du CPSICBSL)

La structure de celui-ci, conforme aux normes du RESCICQ en terme de services offerts grâce au partenariat avec le CISSS, pourrait servir de modèle au comité d'implantation pour un CIC en A-T. Selon les participants de la présente étude, l'hébergement de crise ainsi que des services disponibles en tout temps sont manquants ou inaccessibles entre autres en raison de l'étendue du territoire.

Selon les répondants, la distance entre les villes et les villages pourrait contraindre l'efficacité et la rapidité des services de déplacement d'urgence. Afin de pallier à cette contrainte, un siège social pourrait être établi dans l'une des cinq MRC avec des points de services dans les autres MRC. Près du tiers de la population de l'A-T habite en milieu rural (Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, 2015). La population rurale du BSL représente 50,1% de la population (ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation, 2017). L'implantation de points de services dans les différentes MRC qui composent le Bas-St-Laurent a pu augmenter leur degré d'efficacité et de rapidité de celui-ci. Certains participants ont nommé leur inquiétude quant au dédoublement des services dans le cas où une implantation aurait lieu. L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (2010) mentionne que : « Pour être reconnu, un organisme n'entraîne aucun dédoublement de services sur le territoire » (p. 27). Selon la théorie des processus de Rossi et Freeman (1993), si un tel organisme est implanté, celui-ci devra être élaboré selon les particularités régionales et adapté en fonction des ressources existantes. Considérant ceci, des partenariats avec des organismes existants dans les villes et villages doivent être favorisés. De plus, ces ententes de collaboration pourraient augmenter la crédibilité des services auprès de certaines populations. Par exemple, les centres d'amitié autochtones pourraient augmenter leur offre de services en incluant un volet crise en partenariat avec le CIC.

Afin de répondre à l'immédiateté de la situation, il est donc recommandé que le comité d'implantation d'un CIC favorise la mise en place d'un siège social dans l'une des cinq MRC de l'A-T et des points de services dans les autres MRC.

5.2.3 Recommandation #3 : Mandataire du CIC

La synthèse des réponses ne permet d'établir de façon de tranchée la désignation d'un mandataire pour l'implantation d'un CIC, c'est-à-dire un organisme communautaire existant, un nouvel organisme ou le CISSSAT. Par contre, la collaboration avec ces deux entités semble de mise pour un fonctionnement optimal selon les participants. Grenier et Fleury (2009) appuient l'importance de la collaboration entre les organismes notamment pour les centres de crise :

La plupart des relations que les organismes communautaires en santé mentale entretiennent avec leurs différents partenaires sont de nature informelle, c'est-à-dire basées sur la confiance mutuelle au lieu d'une entente écrite. Les relations formelles, beaucoup moins nombreuses, engagent principalement les centres de crise et d'écoute, les ressources d'hébergement, les organismes d'intégration au travail et les organismes de suivi. Elles visent souvent la coordination des interventions dans le cas d'individus représentant un danger sérieux pour eux-mêmes ou pour les autres, d'où l'implication fréquente du corps policier et des services correctionnels parmi les ressources intersectorielles. (p. 114-115)

Treize participants sur quinze (87%) émettent l'hypothèse que la mise en place d'un centre d'intervention de crise amènerait un désengorgement des services de la Sûreté du Québec (SQ). Dix participants sur quinze (66%) nomment également que cela pourrait avoir un impact favorable sur le désengorgement du CISSSAT. Une collaboration et un arrimage entre ces deux services (SQ et CISSSAT) pourraient optimiser les ressources existantes en plus de favoriser la pérennité du financement. Un temps de transition est à prévoir s'il y a l'implantation d'un CIC en région afin que celui-ci soit connu par la population. Afin de faciliter l'intégration de ce service dans la communauté, l'intervenant #2 mentionne : « *Pour l'implantation, je te dirais de la pub, de la pub, de la pub pour vendre tes services. Tu as besoin d'être connu pour que ça marche. Si tu n'es pas connu c'est comme n'importe quoi, même au privé ou en santé, si tu n'es pas connu ton projet mène à mourir.* » Le proche #15 ajoute quelques moyens concrets afin de faire connaître un CIC par la population. Il nomme que : « *Il doit y avoir de la publicité, que le monde sache où appeler dans ce moment-là. Il doit y avoir des affiches, des pamphlets envoyés dans les publi-sacs, des publicités à la télévision. Il faut que ça soit vu par tout le monde.* »

Il est donc recommandé que le comité d'implantation du CIC se base sur une structure existante et fonctionnelle et privilégie des partenariats avec les organismes existants.

6-LIMITES ET BIAIS

Cette section vise à présenter les limites et biais qui ont pu teinter cette recherche. Tout d'abord, l'étudiant-chercheur a effectué l'ensemble des étapes de la recherche, c'est-à-dire, le recrutement, l'animation des entrevues individuelles, l'analyse des données et la compilation des résultats. Malgré la supervision de la directrice de recherche, cette façon de procéder a pu avoir un effet sur son objectivité dans la cueillette et l'analyse des données. De plus, deux limites sur le plan du recrutement sont présentes. Cette recherche recrutait principalement des intervenants du milieu communautaire et des employés de service d'urgence (policiers) pour la collecte des données. N'ayant pas obtenu de convenance éthique de la direction du CISSSAT pour ce projet, les intervenants travaillant au sein de cette organisation n'ont pas été consultés dans le cadre de leur fonction sur la pertinence de l'implantation d'un centre d'intervention de crise. Également, il existe un biais dans la procédure de recrutement, car nous n'avons pas eu accès aux gens qui ne reçoivent pas de services à ce moment. Les résultats auraient pu varier si ces personnes avaient été questionnées dans le cadre de cette recherche.

7-CONCLUSION

Tout bien considéré, les résultats et l'interprétation de ceux-ci permettent d'affirmer que l'écart de convenance rapporté par des acteurs-clés entre les services offerts (PEX) et les besoins de la population (PAD) soutient la pertinence de la mise en place d'un centre d'intervention de crise. Cette recherche a contribué à documenter les services de crise existants et connus en interrogeant les intervenants et les proches de personnes susceptibles de bénéficier d'un tel service. Les résultats des discussions ont permis de formuler trois recommandations qui ont dans un premier temps pour but d'optimiser les services actuellement dispensés et de préciser les considérants à retenir pour l'implantation d'un centre d'intervention de crise.

Ce qui ressort le plus de cette étude est une méconnaissance de l'offre de services des organismes existants. On peut se questionner si ces résultats sont généralisés pour l'ensemble de la population. De toute façon, une plate-forme web publique permettrait aux personnes de consulter l'offre de services de chacun des organismes d'aide et d'y faire appel en cas de besoin. Ce mode d'information contribuerait à utiliser de façon optimale les organismes déjà en place dans l'attente de l'implantation d'un centre d'intervention de crise et même une fois son implantation réalisée, pour consulter le bon service.

Si les instances décisionnelles optent pour la mise en place d'un CIC, un partenariat avec les organismes existants semble être de mise. Un arrimage entre eux permettrait d'optimiser les services offerts en plus d'éviter le dédoublement de ceux-ci.

Tel que mentionné par deux participants et au même titre que les services existants, le centre de crise devra être connu par la population. De la publicité devra être effectuée afin de promouvoir les services dispensés.

Les quelques résultats présentés laissent place pour de futures recherches en matière d'intervention de crise et de services offerts à la population. Il sera possible entre autres d'évaluer le fonctionnement du centre de crise à savoir s'il est adapté aux besoins et à la population de l'A-T.

Suite à la réorganisation des services par l'adoption de la loi 10, une vague de changement dans le réseau de la santé et des services sociaux a pu être observée. Celle-ci amène une réflexion et l'ouverture à de nouvelles pratiques. L'implantation d'un centre d'intervention de crise semble être favorable pour une bonification des services actuellement dispensés à la clientèle.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (2010). *Cadre de référence balisant les relations entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, l'agence et les services communautaires*. Rouyn-Noranda : Gouvernement du Québec.
- Agence de la santé et des services sociaux de Laval. (2011). *Les organismes communautaires : une contribution essentielle à Laval*. Laval : Auteur
- Andreoli, A., Lalive, J. et Garonne, G. (1986). *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Paris: SIMEP.
- Arrondissement on s'y retrouve. (2018). *Bottin des organismes* [Site Web]. Consulté le 31 mai 2018 à <https://www.arrondissement.com/>
- Bannister, J., Hugo, M. et Smout, M. (2002). A comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 504–508.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France. (L'ouvrage original a été publié en 1977).
- Boucher, K. et Laprise, R. (2001). La psychologie communautaire et le changement social. Dans F. Dufort et J. Guay (Dir.), *Le soutien social selon une perspective communautaire* (p. 118-156). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Calvisi, V., Damsa, C., Di Clemente, T., Hauptert, J., Massarczyk, O., Predescu, A., Pull, C. et Vasilescu, M.C. (2003). L'intervention de crise dans un service d'urgences psychiatriques diminue le nombre d'hospitalisations volontaires en psychiatrie. *Annales Médico Psychologiques*, 161, 693–699.
- Carey, R.J et Posovac, E. (2007). *Program Evaluation: Methods and Case Studies*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Centre d'études sur le stress humain (2017). *Stresseurs* [Site Web]. Consulté le 30 avril 2018 à <http://www.stresshumain.ca/le-stress/quest-ce-que-le-stress/stresseurs/>
- Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent (2017). *Rapport annuel des activités 2016-2017*. [s.l.] : Auteur.

- Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent. (2018). *Déplacement d'urgence 24/7* [Page Web]. Consulté le 11 janvier 2018 à <http://www.centredecrisebsl.qc.ca/deplacement-durgence-247/#> Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2015). *Bottins des organismes communautaires*. Rouyn-Noranda : Auteur.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (2015). *Le suicide en Abitibi-Témiscamingue*. Rouyn-Noranda : Auteur.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2015). *Les personnes vivant avec des incapacités en Abitibi-Témiscamingue*. Rouyn-Noranda : Auteur.
- Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2016). *Rapport annuel de gestion 2015-2016*. [s.l.] : Auteur.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2015). *Un accès téléphonique rapide à des services psychosociaux pour la population. La ligne INFO-SOCIAL est maintenant accessible en Abitibi-Témiscamingue !* Rouyn-Noranda : Auteur.
- Coward, R.T. et Cutler, S.J. (1989). Informal and Formal Health Care Systems for the Rural Elderly. *Health Services Research*, 23(6), 785-806.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.
- Desrosiers, H. et Kishchuk, N. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : applications en promotion de la santé et en toxicomanie*. Québec : ministère de la santé et des services sociaux.
- Devault, A. et Fréchette, L. (2002). *Le soutien social et l'intervention de nature psychosociale ou communautaire* [Rapport de recherche]. Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), Université du Québec en Outaouais.
- Dubos, R.J. (1982). *Les célébrations de la vie*. Paris : Stock.
- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal : Université McGill.
- Dulac, G. (2001). *Aider les hommes... aussi*. Montréal : VLB éditeur.
- Dulac, G. (2004). *Inventaire des ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Montréal : Université McGill.
- Duval, M., Fontaine, A., Fournier, D., Garon, S., et René, J.-F. (2005). *Les organismes communautaires au Québec*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Fortin, D. et Perrault, F. (1993). Vécu et perception des usagers d'un centre de crise. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 287-301. Gagné, M. et St-Laurent, D. (2008). Évolution du suicide au Québec. *Frontières*, 21(1), 44-52.

- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal : Éditions Sciences et culture.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz.
- Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. [s.l.] : Émond, V. et Lesage, A.
- Grenier, G. et Fleury, M.-J. (2009). Les organismes communautaires en santé mentale au Québec : rôle et dynamique partenariale. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 101-126.
- Institut de la statistique du Québec. (2014). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011, Méthodologie et description de la population visée*. [s.l.] : Auteur.
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *Estimation de la population des régions administratives*. [s.l.] : Auteur.
- Krueger, R.A. et Casey, M. A. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Lazarus, R. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- Lecomte, Y. et Lefebvre, Y. (1986). L'intervention en situation de crise, *Santé mentale au Québec*, XI(2), 122-142.
- Lefebvre, Y. (1991). La désinstitutionnalisation de l'intervention en situation de crise : une histoire à réinventer. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 23-39.
- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress : des conclusions scientifiques, une présentation facile*. Montréal : Éditions au Carré.
- Martinez, J., Pampalon, R., Hamel, D. et Raymond, G. (2004). *Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être ?* [Rapport de recherche]. Institut nationale de santé publique.
- Massé, L. (2009) L'évaluation des besoins, Un outil pour la planification. Dans M. Alain, et D. Dessureault (Dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'interventions psychosociales* (p. 73-100). Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation. (2017). *Bas-Saint-Laurent : portrait régional*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Mouvement de la relève d'Amos-région. (2011). *Répertoire des organismes et des entreprises de la MRC d'Abitibi* [Site Web]. Consulté le 31 mai 2018 à <http://www.mrar.qc.ca/fr/repertoire/organismes/index.cfm>

- Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue. (2015). *Population selon le milieu rural et urbain, MRC de l'Abitibi-Témiscamingue*. Rouyn-Noranda : Auteur.
- Office des personnes handicapées du Québec. (2011). *Estimation de population*. Drummondville : Auteur.
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *Rapport mondial sur les handicap (résumé)*. Malte : Auteur.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, Calif. : Sage.
- Piaget, J. (1974). *La prise de conscience*. Paris : Presses universitaires de France.
- Philibert, M.D., [s.d]. *Handicaps, incapacités, limitation d'activités et santé fonctionnelle* [Site web]. Consulté le 18 janvier 2017 http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/F010_Handicaps_Incapacite.pdf
- Radio-Canada. (2016). *L'Abitibi-Témiscamingue affiche toujours le taux de suicide le plus élevé au Québec* [Site Web]. Consulté le 10 novembre 2016 à <http://ici.radio-canada.ca/regions/abitibi/2016/02/05/004-taux-suicide-abitibi-temiscamingue-ligne-psychosociale.shtml>
- Regroupement des Services Communautaires d'Intervention de Crise du Québec. (2013). *Des services de crise communautaires 24/7 pour la population en détresse*. Montréal : Auteur.
- Regroupement des Services d'Intervention de Crise du Québec. (2016). *Rapport d'activités 2015-2016 Regroupement des Services d'Intervention de Crise du Québec*. [s.l.] : Auteur.
- Rondeau, G., Mercier, G., Camus, S., Cormier, R., Gagnon, L., Gareau, P., Garneau, L., Lavallée, M., Roy, C., Saint-Hilaire, Y. et Tremblay, G. (2004). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Québec : ministère de la santé et des services sociaux.
- Rossi, P. et Freeman, H. (1993). *Evaluation : a systematic approach*. Newbury Park, CA : Sage.
- Rossi, P., Freeman, H., & Lipsey, M. (1999). *Evaluation: A systematic approach (6th ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Roy, P. et Tremblay, G. (2012). « Comprendre les masculinités rurales : un portrait basé sur la santé psychologique ». *Service social*, 58(1), n° 1, 68-84.

- Sabourin, G., Couture, G., Morin, D. et Proulx, J. (2013). *Intervention de crise auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles envahissants du développement : une recension critique des écrits en consultation avec les parties prenantes* [Rapport de recherche]. Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.
- Santé Canada, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- Séguin, M., Brunet, A. et LeBlanc, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Séguin, M., Brunet, A. et LeBlanc, L. (2012). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. 2^{ème} édition. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Tassé, M.J., Havercamp, S.M. et Thompson, C. (2006). *Practice guidelines in working with individuals who have developmental disabilities*. Concord, NC: PBH.
- Touchette, L. et Pauzé, R. (2007). Considérations théoriques et méthodologiques lors de l'évaluation de programmes d'intervention de crise. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 22 (1), 151–176.
- Tremblay, G., Roy, B., Bizot, D., deMontigny, F., Houle, J., Le Gall, J., Cazale, L., Beaudet, L., Chamberland, L., Paré, L., Séguin, M., Villeneuve, P., Lajeunesse, S., Dupéré, S., Léveillé, S. et Roy, V. (2016). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé* [Rapport de recherche]. Université Laval.
- Tremblay, M. (2001). *L'adaptation humaine : un processus biopsychosocial à découvrir*. Montréal : Éditions Saint-Martin.

ANNEXE A

**INVITATION ÉLECTRONIQUE À PARTICIPER AU
PROJET (INTERVENANT)**



INVITATION ÉLECTRONIQUE À PARTICIPER AU PROJET (INTERVENANT)

*« Consultation des acteurs-clés sur la pertinence de l'implantation d'un centre
d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue »*

Par la présente, j'aimerais vous informer qu'une recherche visant à documenter les services de crise existants en Abitibi-Témiscamingue sera effectuée et vous êtes cordialement invité à y participer en tant qu'intervenant travaillant pour un organisme dont la clientèle est touchée par les services offerts en situation de crise. Plus précisément, cette recherche portera sur la consultation des acteurs-clés quant à la pertinence et les considérants (lieu privilégié, services offerts, etc.) dans l'implantation d'un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue. Pour ce faire, la contribution d'intervenants en contexte de crise ayant au minimum deux années d'expérience est sollicitée. Votre participation permettra de nous partager vos connaissances, vos expériences et vos opinions quant à l'offre actuelle de services en situation de crise en Abitibi-Témiscamingue ainsi que sur la potentielle implantation d'une nouvelle ressource d'intervention en région.

Concrètement, votre participation à ce projet de recherche consistera à :

- Participer (assister et partager son opinion) à une entrevue individuelle de 30 à 45 minutes abordant les services d'intervention de crise disponibles en Abitibi-Témiscamingue.
- Valider les informations concernant votre contribution dans une version préliminaire du rapport.

Si vous êtes intéressés à participer ou avez des questions à propos de ce projet ou de votre participation, je vous invite à lire attentivement le formulaire de consentement joint à cet envoi et à me contacter dans les dix prochains jours aux coordonnées ci-dessous afin de m'aviser de votre intérêt à participer au projet.

MERCI!

Marc-André Brassard, étudiant à la maîtrise en psychoéducation
Sous la direction de Marie-Hélène Poulin, Ph. D., professeure
Département des sciences du comportement humain et social
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445 boulevard de l'Université
Rouyn-Noranda, QC J9X 5E4
Téléphone : 819-762-0971 poste 2614
Courriel : marc-andre.brassard@uqat.ca

ANNEXE B

**INVITATION ÉLECTRONIQUE À PARTICIPER AU
PROJET (PROCHE)**



INVITATION ÉLECTRONIQUE À PARTICIPER AU PROJET (PROCHE)

*« Consultation des acteurs-clés sur la pertinence de l'implantation d'un centre
d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue »*

Par la présente, j'aimerais vous informer qu'une recherche visant à documenter les services de crise existants en Abitibi-Témiscamingue sera effectuée et vous êtes cordialement invité à y participer en tant que proche d'une personne ayant utilisé les services disponibles en raison d'une situation de crise. Plus précisément, cette recherche portera sur la consultation des acteurs-clés quant à la pertinence et les considérants (lieu privilégié, services offerts, etc.) dans l'implantation d'un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue. Pour ce faire, la contribution de proches d'une personne utilisant les services disponibles d'intervention de crise tels que vous est sollicitée. Pour être admissible, vous devez habiter en Abitibi-Témiscamingue depuis au moins 5 ans. Votre participation permettra de nous partager vos connaissances, vos expériences et vos opinions quant, aux besoins des personnes vulnérables, à l'offre actuelle de services en situation de crise en Abitibi-Témiscamingue ainsi que sur la potentielle implantation d'une nouvelle ressource d'intervention en région.

Concrètement, votre participation à ce projet de recherche consistera à :

- Participer (assister et partager son opinion) à une entrevue individuelle de 30 à 45 minutes abordant les services d'intervention de crise disponibles en Abitibi-Témiscamingue.
- Valider les informations concernant votre contribution dans une version préliminaire du rapport.

Si vous êtes intéressé à participer à ce projet, veuillez laisser vos coordonnées à l'organisme qui vous a remis cette lettre d'invitation ou contacter directement l'étudiant-chercheur,

Marc-André Brassard. Après ce contact, je vous appellerai ou vous écrirai pour répondre à vos questions, noter vos disponibilités et vous informer des suites.

MERCI!

Marc-André Brassard, étudiant à la maîtrise en psychoéducation

Sous la direction de Marie-Hélène Poulin, Ph. D., professeure

Département des sciences du comportement humain et social

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

445 boulevard de l'Université

Rouyn-Noranda, QC J9X 5E4

Téléphone : 819-762-0971 poste 2614

Courriel : marc-andre.brassard@uqat.ca

ANNEXE C
DOCUMENT INFORMATIF



Document d'informations

Par
Marc-André Brassard
2016

But de la recherche

La participation à cette étude comporte comme avantage principal de contribuer à documenter et à connaître les services de crise existants, mais aussi la possibilité d'exprimer votre point de vue sur l'implantation d'une nouvelle ressource. Grâce à votre participation, une connaissance des éléments facilitants ou des obstacles possibles quant à la potentielle implantation d'un centre de crise sera développée.

Objectifs de ce document.

Ce document a pour objectif de faire un portrait statistique des problématiques vécues par la population. De plus, une description de l'offre de service du Regroupement des Services Communautaires d'intervention de Crise du Québec (RESCICQ) sera incluse. Cette description vise à illustrer ce que les autres régions offrent comme type d'intervention dans leur centre de crise. Cela vous permettra également de forger une opinion quant à la structure et à l'offre de services.

Ce document a aussi pour objectif de vous aider à poser un regard critique sur les services offerts en intervention de crise.

Portrait de la situation en Abitibi-Témiscamingue

Quelques statistiques comparatives en fonction des problématiques vécues avec une région similaire à la nôtre et desservie par un centre de crise.

Type de problématique	Abitibi-Témiscamingue	Bas-St-Laurent
Déficiência intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme	0,8%	1%
Suicide complété	16 à 21 décès pour 100 000 personnes	16 à 21 décès pour 100 000 personnes
Ensemble des troubles mentaux	11,7 %	11,7%
Troubles anxio-dépressifs	7,3%	6,7%
Troubles schizophréniques	0,4%	0,4%

Institut national de santé publique du Québec (2009-2010), Institut de la statistique du Québec (2014), OPHQ (2011).

Ces statistiques démontrent des similarités entre nos deux régions.

Le suicide en Abitibi-Témiscamingue

Le taux de prévalence des comportements suicidaires en Abitibi-Témiscamingue est le plus élevé au Québec (Radio-Canada, 2016). En 2011, le taux était estimé à 29 suicides complétés pour l'ensemble de la région. Cela situe le taux de mortalité par suicide supérieur à celui du reste du Québec (MSSS, fichier des décès, 2007 à 2011).

Description du Regroupement des Services Communautaires d'intervention de Crise du Québec (RESCICQ)

Mission

Ce regroupement a pour mission de promouvoir des pratiques communautaires et alternatives en intervention de crise.

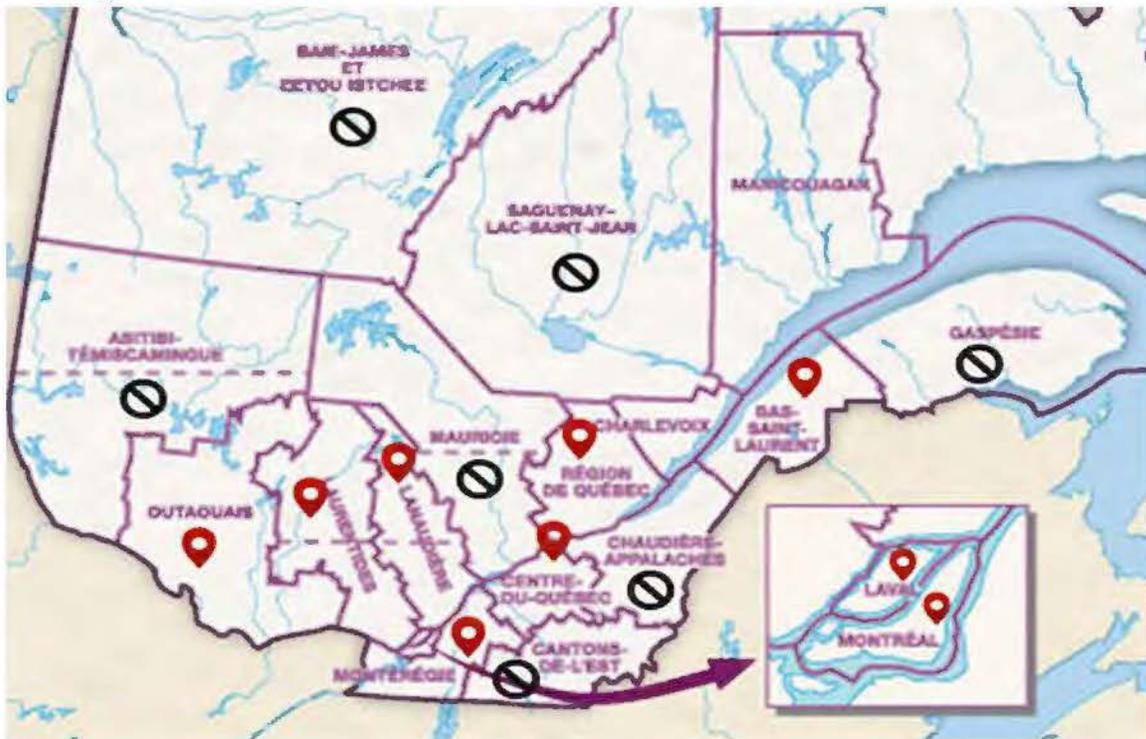
Valeurs

La primauté de la personne, la continuité, la cohérence et la qualité de l'intervention font partie des valeurs prônées par l'ensemble des centres de crise.

Services pouvant être offerts par un centre d'intervention de crise :

- ✚ Intervention téléphonique 24/7
- ✚ Service mobile d'intervention face à face 24/7
- Hébergement de crise 24/7
- ✚ Suivi de crise ou post-crise courts terme
- ✚ Services aux proches et à la famille de la personne vulnérable
- ✚ Services aux partenaires (Expertise-conseil et formation)

Où sont situés les centres d'intervention de crise au Québec ?



Régions couvertes	Régions non-couvertes
Bas-Saint-Laurent	Saguenay-Lac-Saint-Jean
Capitale-Nationale	Mauricie
Outaouais	Estrie
Montréal	Abitibi-Témiscamingue
Laval	Nord-du-Québec
Lanaudière	Côte-Nord
Laurentides	Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine
Montérégie	Chaudière-Appalaches
Centre-du-Québec	

Un centre d'intervention de crise a pour objectif de :

- ✚ Rendre disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine une intervention directe et immédiate à toute personne de la population générale en situation de crise et qui nécessite une intervention en face à face.
- ✚ Désamorcer la crise et estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire.
- ✚ Prévenir la détérioration de la situation et soutenir la personne par une réponse rapide.
- ✚ Protéger la personne et ses proches.
- ✚ Retrouver l'équilibre fonctionnel antérieur à la crise.
Éviter le recours non essentiel aux urgences hospitalières.



ANNEXE D
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
VERSION INTERVENANT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VERSION INTERVENANT

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE : *Consultation des acteurs-clés sur la pertinence de l'implantation d'un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue.*

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE :

Marc-André Brassard

Étudiant-chercheur à la maîtrise en psychoéducation UQAT

Marie-Hélène Poulin Ph. D. Ps. Éd.

Directrice de recherche et professeure en psychoéducation UQAT

Département des sciences du développement humain et social

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : Aucun

DURÉE DU PROJET : 1^{er} mai 2017 au 1^{er} août 2017

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DÉLIVRÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT LE : 10 AVRIL 2017

PRÉAMBULE

La recherche pour laquelle vous êtes invité à participer vise à décrire les besoins des personnes vulnérables en lien avec l'offre actuelle de services aux personnes en situation de crise en Abitibi-Témiscamingue.

Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements suivants.

Ce formulaire de consentement vous explique les objectifs de l'étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, les mesures de confidentialité, vos droits à titre de participant, de même que les coordonnées de l'étudiant-chercheur responsable.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à Marc-André Brassard et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUT DE LA RECHERCHE

Cette recherche porte principalement sur l'évaluation de la pertinence pour un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue. De plus, les considérants (lieu privilégié, services offerts, etc.) seront recueillis auprès des acteurs-clés comme vous. Des proches d'une personne ayant utilisé les services disponibles en raison d'une situation de crise seront aussi consultés pour compléter le portrait et recueillir leurs perceptions. Les intervenants et les proches seront rencontrés individuellement. Suite à l'analyse de ces informations, des recommandations seront formulées et transmises pour l'évaluation des besoins et la coordination de la possible implantation d'un centre de crise en Abitibi-Témiscamingue.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Dans le cadre de cette recherche, vous aurez à participer à une entrevue avec l'étudiant-chercheur d'une durée de 30 à 45 minutes. Cette rencontre abordera la pertinence d'implanter un nouveau milieu d'intervention et des questions concernant les services actuellement offerts pour les personnes vivant une situation de crise dans la région. Un document d'information vous sera remis avant cette rencontre par courriel ou par la poste afin de permettre aux participants d'avoir un langage commun quant aux services pouvant être offerts par un centre de crise.

Cette entrevue aura lieu à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue au campus situé dans votre ville de résidence (Rouyn-Noranda, Val-d'Or et Amos). Vos disponibilités seront prises en considération et vous serez informés au moins deux semaines à l'avance de la date, du local et de l'heure de la rencontre. La rencontre sera enregistrée sur bandes audio et vidéo. Les enregistrements serviront à retranscrire la discussion pour des fins d'analyses.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

La participation à cette étude comporte comme avantage principal le fait de contribuer à documenter les services de crise existants, mais aussi la possibilité d'exprimer votre point de vue sur la pertinence et les considérants entourant l'implantation d'une nouvelle ressource.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

La participation à cette étude n'engendre aucun risque. Le principal inconvénient découlant de votre participation concerne le temps requis afin de participer à l'entrevue d'une durée de 30 à 45 minutes. Vous pourriez aussi vivre un malaise à partager des informations devant l'étudiant-chercheur. De plus, il pourrait vous prendre une quinzaine de minutes pour consulter le document permettant de vous préparer aux discussions.

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ

Plusieurs précautions seront prises tout au long de l'étude afin d'assurer le respect de la confidentialité. Tous les enregistrements des entrevues, les notes d'entretiens et les retranscriptions intégrales des discussions seront conservés dans un classeur verrouillé, et celui-ci ne sera accessible qu'à l'étudiant-chercheur responsable soit Marc-André Brassard et sa directrice, Marie-Hélène Poulin.

L'étudiant-chercheur portera une attention particulière à l'anonymat des participants en ne divulguant aucune information nominale et en codifiant votre identité. C'est-à-dire qu'un code servant à repérer vos propos dans l'enregistrement sera utilisé et uniquement connu par l'équipe de recherche (étudiant-chercheur et sa directrice). L'enregistrement de l'entrevue sera détruit après la retranscription. Les dossiers de l'étude seront conservés pour une période maximale de cinq ans.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue pour la participation à l'entrevue. Il s'agit d'une participation volontaire et non rémunérée.

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS ET CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les résultats de ce projet ne seront pas commercialisés. L'équipe de recherche affirme ne pas être en conflit d'intérêts réels, éventuels ou apparents.

DIFFUSION DES RÉSULTATS

À la fin du projet de recherche, l'étudiant-chercheur produira un mémoire de maîtrise qu'il sera possible de consulter à la bibliothèque de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Un rapport sera également rédigé et déposé Comité aviseur pour l'évaluation des besoins et la coordination de l'implantation d'un centre de crise en Abitibi-Témiscamingue présentant les résultats rendus anonymes de cette étude. Une copie vous sera également remise par voie électronique puisque vous aurez permis de recueillir ces données. Vous aurez l'occasion de valider une version préliminaire du rapport avant son dépôt final. Vous aurez alors deux semaines pour faire part de vos réactions et

commentaires. Vous serez invités à assister à la présentation orale et publique du rapport final le cas échéant.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE.

Nous vous assurons que votre participation à cette étude est volontaire et que vous pouvez, en tout temps, vous retirer sans aucune justification de votre part. Votre désir de vous retirer de l'étude n'entraînera aucun préjudice à votre égard. En cas de retrait, vous aurez la possibilité de demander à ce que les données vous concernant soient détruites dans la mesure où, selon le stade de la recherche, il sera possible de les retracer et de les éliminer des documents produits. Il sera toutefois impossible de détruire les données vous impliquant dans les enregistrements avant la retranscription de celles-ci.

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Vice-rectorat à l'enseignement, à la recherche et à la création

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

445, boulevard de l'Université, bureau B-309

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4

Téléphone : 819 762-0971 poste 2252

cer@uqat.ca

CONSENTEMENT

Je soussigné(e), accepte volontairement de participer à l'étude *Consultation des acteurs-clés sur la pertinence de l'implantation d'un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue*.

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

Ce consentement a été obtenu par :

Nom du chercheur ou de l'agent de recherche (lettres moulées)

Signature

Date

QUESTIONS

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez joindre :

Marc-André Brassard, 819-762-0971 poste 2614, marc-andre.brassard@ugat.ca

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

ANNEXE E
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
VERSION POUR LES PROCHEs

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
VERSION POUR LES PROCHES

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE : *Consultation des acteurs-clés sur la pertinence de l'implantation d'un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue.*

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE :

Marc-André Brassard

Étudiant-chercheur à la maîtrise en psychoéducation UQAT

Marie-Hélène Poulin Ph. D. Ps. Éd.

Directrice de recherche et professeure en psychoéducation UQAT

Département des sciences du développement humain et social

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : Aucun

DURÉE DU PROJET : 1^{er} mai 2017 au 1^{er} août 2017

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DÉLIVRÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT LE : 10 AVRIL 2017

PRÉAMBULE

La recherche pour laquelle vous êtes invité à participer vise à décrire les besoins des personnes qui présentent des vulnérabilités ainsi qu'à évaluer si les services actuellement offerts aux personnes vivant des situations de crise sont suffisants en Abitibi-Témiscamingue.

Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements suivants.

Ce formulaire de consentement vous explique les objectifs de l'étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, les mesures de confidentialité, vos droits à titre de participant, de même que les coordonnées de l'étudiant-chercheur responsable.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au responsable de l'étude, Marc-André Brassard, et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUT DE LA RECHERCHE

Cette recherche porte principalement sur l'évaluation de la pertinence pour un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue. De plus, les considérants (lieu privilégié, services offerts, etc.) seront recueillis auprès des acteurs-clés comme vous. Des intervenants travaillant pour un organisme dont la clientèle est touchée par les services offerts en situation de crise seront aussi consultés pour compléter le portrait et recueillir leurs perceptions. Les intervenants et les proches seront rencontrés individuellement. Suite à l'analyse de ces informations, des recommandations seront formulées et transmises Comité aviseur pour l'évaluation des besoins et la coordination de l'implantation d'un centre de crise en Abitibi-Témiscamingue

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE.

Dans le cadre de cette recherche, vous aurez à participer à un entretien avec l'étudiant-chercheur d'une durée de 30 à 45 minutes. Cette rencontre abordera la pertinence d'implanter un nouveau milieu d'intervention et des questions concernant les services actuellement offerts pour les personnes vivant une situation de crise dans la région. Un document d'information vous sera remis avant cette rencontre par courriel ou par la poste afin de vous permettre d'avoir un langage commun quant aux services pouvant être offerts par un centre de crise.

Cette entrevue aura lieu à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue au campus situé dans votre ville de résidence (Rouyn-Noranda, Val-d'Or et Amos). Vos disponibilités seront prises en considération et vous serez informés au moins deux semaines à l'avance de la date, du local et de l'heure de la rencontre. La rencontre sera enregistrée sur bandes audio et vidéo. Les enregistrements serviront à retranscrire la discussion pour des fins d'analyses.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

La participation à cette étude comporte comme avantage principal le fait de contribuer à documenter les besoins des personnes susceptibles de bénéficier des services d'un centre de crise et les services de crise existants en Abitibi-Témiscamingue, mais aussi la possibilité d'exprimer votre point de vue sur la pertinence et les considérants entourant l'implantation d'une nouvelle ressource.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

La participation à cette étude n'engendre aucun risque. Le principal inconvénient découlant de votre participation concerne le temps requis afin de participer à l'entrevue d'une durée de 30 à 45 minutes. Vous pourriez aussi vivre un malaise à partager des informations devant l'étudiant-chercheur. De plus, il pourrait vous prendre une quinzaine de minutes pour consulter le document permettant de vous préparer aux discussions.

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ

Plusieurs précautions seront prises tout au long de l'étude afin d'assurer le respect de la confidentialité. Tous les enregistrements des entrevues, les notes d'entretiens et les retranscriptions intégrales des discussions seront conservés dans un classeur verrouillé, et celui-ci ne sera accessible qu'à l'étudiant-chercheur responsable soit Marc-André Brassard et sa directrice, Marie-Hélène Poulin.

L'étudiant-chercheur portera une attention particulière à l'anonymat des participants en ne divulguant aucune information nominale et en codifiant votre identité. C'est-à-dire qu'un code servant à repérer vos propos dans l'enregistrement sera utilisé et uniquement connu par l'équipe de recherche (étudiant-chercheur et sa directrice). L'enregistrement de l'entrevue sera détruit après la retranscription. Les dossiers de l'étude seront conservés pour une période maximale de cinq ans.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue pour la participation à l'entrevue. Il s'agit d'une participation volontaire et non rémunérée.

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS ET CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les résultats de ce projet ne seront pas commercialisés. L'équipe de recherche affirme ne pas être en conflit d'intérêts réels, éventuels ou apparents.

DIFFUSION DES RÉSULTATS

À la fin du projet de recherche, l'étudiant-chercheur produira un mémoire de maîtrise qu'il sera possible de consulter à la bibliothèque de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Un rapport sera également rédigé et déposé Comité aviseur pour l'évaluation des besoins et la coordination de l'implantation d'un centre de crise en Abitibi-Témiscamingue présentant les résultats rendus anonymes de cette étude. Vous aurez l'occasion de valider une version préliminaire du rapport avant son dépôt final. Vous aurez alors deux semaines pour faire part de vos réactions et commentaires. Vous serez invités à assister à la présentation orale et publique du rapport final le cas échéant. Une copie du rapport final vous sera remise par voie électronique.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE.

Nous vous assurons que votre participation à cette étude est volontaire et que vous pouvez, en tout temps, vous retirer sans aucune justification de votre part. Votre désir de vous retirer de l'étude n'entraînera aucun préjudice à votre égard sur la qualité des services offerts par les organismes communautaires qui ont sollicité votre participation à cette étude. En cas de retrait, vous aurez la possibilité de demander à ce que les données vous concernant soient détruites dans la mesure où, selon le stade de la recherche, il sera possible de les retracer et de les éliminer des documents produits. Il sera toutefois impossible de détruire les données vous impliquant dans les enregistrements avant la retranscription de celles-ci.

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Vice-rectorat à l'enseignement, à la recherche et à la création

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

445, boulevard de l'Université, bureau B-309

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4

Téléphone : 819 762-0971 poste 2252 cer@uqat.ca

CONSENTEMENT

Je soussigné(e), accepte volontairement de participer à l'étude *Consultation des acteurs-clés sur la pertinence de l'implantation d'un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue*.

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

Ce consentement a été obtenu par :

Nom du chercheur ou de l'agent de recherche (lettres moulées)

Signature

Date

QUESTIONS

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez joindre :

Marc-André Brassard, 819-762-0971 poste 2614, marc-andre.brassard@ugat.ca

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

ANNEXE F
CANEVAS D'ENTREVUE

Canevas d'entrevue

Données d'identification

Prénom	
Nom	
Milieu de travail	
Titre à l'emploi	
Adresse	
Téléphone	
Courriel	

Canevas d'entrevue des groupes de discussion avec les intervenants et les proches

Type de questions	Définition	Questions retenues pour les groupes de discussion
1. Ouverture	Permet au participants de parler tôt dans la discussion.	Dites-nous votre nom, dans quel domaine travaillez- vous et depuis combien de temps vous travaillez avec ou côtoyez des personnes ayant des vulnérabilités les rendant susceptibles de vivre une situation de crise ?
2. Introduction	Permet d'introduire le sujet de la discussion et de préparer la réflexion. Permet d'inciter les participants à échanger sur leurs perceptions.	Quelles sont les problématiques les plus susceptibles d'amener une personne à avoir recours à un service de crise, selon vous ?
3. Transition	Permet d'aller plus loin dans la réflexion des participants sur le sujet.	Quelles sont les ressources que vous utilisez ou celles que vous connaissez qui dispensent des services d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue ?
4. Questions clés	Permettent d'obtenir les informations ciblées pour l'étude. Environ de 2 à 5 questions abordant le sujet d'étude du chercheur	Selon vous, quels sont les lacunes, les zones grises, les vides de services, s'il y a lieu, dans les services pour personne vivant des situations de crise en A-T ?

5.		Selon vous, quels sont les avantages ou les inconvénients que pourrait avoir la mise en place de centres d'intervention de crise sur la population quant à l'engorgement des organisations (CISSSAT, organismes communautaires, SQ) en région ?
6.		Selon vous, quels services un centre de crise en A-T devrait-il offrir et qui ne sont pas actuellement offerts?
7.		Quels seraient les éléments organisationnels, géographiques, financiers facilitant l'implantation d'un centre de crise en Abitibi-Témiscamingue ?
8.		Quels seraient les éléments organisationnels, géographiques, financiers pouvant entraver l'implantation d'un centre de crise en Abitibi-Témiscamingue? (Les obstacles)
9. Fermeture	Permet de conclure la discussion du groupe	Advenant le cas qu'il y ait implantation d'un centre de crise en Abitibi-Témiscamingue, celui-ci devrait-il être associé au milieu communautaire ou au réseau de la santé et des services sociaux (CISSSAT) et pour quelles raisons ?
	Questions facultatives	Selon vous, l'implantation d'un centre de crise aurait-elle un impact sur le nombre d'admissions dans les centres hospitaliers ?

		Selon vous, où serait-il pertinent d'implanter un centre de crise sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue ?
--	--	--

ANNEXE G
CERTIFICAT ÉTHIQUE



Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue certifie avoir examiné le formulaire de demande d'évaluation éthique du projet de recherche et les annexes associées tels que soumis par :

M. Marc-André Brassard

Projet intitulé : « *Consultation des acteurs-clés sur la pertinence de l'implantation d'un centre d'intervention de crise en Abitibi-Témiscamingue* »

Décision :



Accepté



Refusé : Suite aux dispositions des articles 5.5.1, 5.5.2 et 5.5.4 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue



Autre :

Surveillance éthique continue :

Date de dépôt du rapport annuel : 10 avril 2018

Date de dépôt rapport final : À la fin du projet

Les formulaires modèles pour les rapports annuel et final sont disponibles sur le site web de l'UQAT : <http://recherche.uqat.ca/>

Membres du comité ayant participé à cette évaluation :

Nom	Poste occupé	Département ou discipline
Vera Heller	Membre professeur	Département des sciences en développement humain et social
Judy-Ann	Membre étudiant	Doctorat en sciences cliniques
Anaïs Lacasse	Présidente	Département des sciences de la santé



Date : 10 avril 2017

Pour toute question : cer@uqat.ca

ANNEXE H

**DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SERVICES DES DIVERS
ORGANISMES NOMMÉS PAR LES PARTICIPANTS**

Description de l'offre de services des différents organismes nommés par les proches et les intervenants.

Organismes nommés par les participants	Hébergement 24/7	Suivi à court/moyen terme	Soutien aux proches	Service mobile d'intervention	Service mobile d'intervention 24/7	Intervention téléphonique 24/7
811 (Info-social)		X	X	X	X	X
Hôpital/Urgence/CLSC/Accueil social	X	X	X	X		
Sûreté du Québec				X	X	X
Centre pour femme	X	X				X
Centre de prévention du suicide		X	X			
Ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue						X
Service d'aide et de traitement en apprentissage social (SATAS)		X				
Le groupe Image	X	X				
Maison d'hébergement (La Piaule, Chez Willie)	X	X				
Rétention et traitement des signalements en protection		X		X	X	X

de la jeunesse (RTS)						
Le Portail			X			
Le Pont		X		X		

Source : *Bottin des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue, 2015.*