

LA PROTECTION DES PERSONNES
DONT L'ÉTAT MENTAL PEUT ENTRAÎNER UN DANGER
POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI
(ARTICLE 8 DE LA LOI L.R.Q., C. P-38.001)

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION
D'UN MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES
SUR LE TERRITOIRE DU QUÉBEC MÉTROPOLITAIN
(1^{ER} AVRIL 2002 AU 30 JUIN 2003)

PIERRE RACINE
AVEC LA COLLABORATION DE LOUISE GRÉGOIRE

DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE
AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

FÉVRIER 2005

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire du rapport :

Sylvie Bélanger
Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
Centre de documentation
2400, avenue D'Estimauville
Beauport (Québec) G1E 7G9
Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût du rapport : 25,00 \$
plus TPS (1,75\$) : 26,75 \$
payable à l'avance par chèque à l'ordre du CHUQ-CHUL

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM
Dépôt légal : Bibliothèque du Canada, 2005
Dépôt légal : Bibliothèque du Québec, 2005
ISBN : 2-89496-280-2

Citation proposée : RACINE, P., et L. GRÉGOIRE (avec la collaboration de). *La protection des personnes dont l'état mental peut entraîner un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (article 8 de la loi L.R.Q., c. P-38.001). Évaluation de l'implantation d'un modèle d'organisation de services sur le territoire du Québec métropolitain (1^{er} avril 2002 au 30 juin 2003)*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, 2005, 184 p.

MEMBRES DU COMITÉ DE SUIVI

Christiane Allard	Centre de crise de Québec, coordonnatrice
Éric Boulay	Maison de Lauberivière, coordonnateur
Louise Cormier	Le Cercle Polaire, coordonnatrice
Benoît Côté	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement, directeur général
Patricia Dumas	La Boussole, directrice générale
Michel Fillion	Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix, chef d'administration des programmes
François Gamache	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, agent de formation
Claire Garneau	Centre de prévention du suicide de Québec, directrice générale
Louise Grégoire	Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, coordonnatrice, équipe Organisation des services et évaluation
Marlène Imbeault	Centre de santé et de services sociaux de Québec-Sud, Point de service Haute-Ville, gestionnaire du programme adulte et santé mentale adulte
Josée Laflamme	Sûreté du Québec, sergente
Daniel La Roche	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, adjoint au directeur régional de la santé mentale, de l'intégration et de l'adaptation sociales
Louise Larouche	Centre de crise de Québec, directrice générale
Lise Lavoie	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement, coordonnatrice
Céline Morand	Centre de santé de Portneuf, directrice des programmes Famille-Enfance-Jeunesse, santé mentale et services courants
Natalie Petitclerc	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, conseillère
Lucie Plourde	Centre de crise de Québec, intervenante
Lise Poirier	Association des personnes utilisatrices de ressources
Pierre Racine	Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, agent de recherche, équipe Organisation des services et évaluation
Jacinthe Saindon	Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec, psychiatre, urgentologue
Vincent Mathieu	Service de police de la Ville de Québec, adjoint opérationnel à la gendarmerie
Marie Vallée	Association des personnes utilisatrices de ressources

MEMBRES DU COMITÉ OPÉRATIONNEL

Christiane Allard	Centre de crise de Québec, coordonnatrice
Mario Beaulieu	Centre de prévention du suicide de Québec, agent de liaison
Benoît Côté	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement, directeur général
Marc-André Dufour	Centre de prévention du suicide de Québec, coordonnateur clinique
Claire Garneau	Centre de prévention du suicide de Québec, directrice générale
Louise Larouche	Centre de crise de Québec, directrice générale
Lise Lavoie	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement, coordonnatrice
Natalie Petitclerc	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, conseillère
Lucie Plourde	Centre de crise de Québec, intervenante
Pierre Racine	Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, agent de recherche, équipe Organisation des services et évaluation
Marie Vallée	Association des personnes utilisatrices de ressources

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont d'abord à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale¹ pour le financement de l'évaluation d'un modèle d'organisation de services d'intervention de crise en santé mentale.

Nous voulons aussi exprimer toute notre reconnaissance aux deux organismes mandataires du projet, le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) et le Centre de crise de Québec (CCQ), ainsi qu'au Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ), pour leur participation à la présente étude. De façon particulière, nous remercions M^{me} Lise Lavoie, coordonnatrice de PECH, M^{me} Christiane Allard, coordonnatrice du CCQ, et M. Marc-André Dufour, coordonnateur clinique du CPSQ, qui se sont toujours montrés attentifs à nos demandes.

Les corps policiers ainsi que les organismes communautaires La Boussole et Le Cercle Polaire se sont avérés des partenaires importants dans ce projet, et nous les remercions pour leur précieuse collaboration.

Nous nous en voudrions enfin d'oublier M^{me} Claire Marmen, qui a réalisé l'édition finale du présent rapport.

1. Le terme « Agence » sera dorénavant utilisé afin d'alléger le texte.

RÉSUMÉ

Le 1^{er} juin 1998 entre en vigueur la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001). Cette loi modifie la Loi sur la protection du malade mental et complète les dispositions du Code civil en matière de garde en établissement et d'évaluation psychiatrique. Une modification importante, introduite dans cette loi par l'article 8, permet à un policier d'amener une personne contre son gré, sans autorisation du tribunal, dans un établissement de santé lorsque son état mental présente un danger « grave et immédiat » pour elle-même ou pour autrui. Cet article donne également à un policier la possibilité d'interpeller un intervenant de services d'aide en situation de crise, afin d'évaluer l'état mental de la personne. L'évaluation vise à éviter l'internement non volontaire, à désamorcer la crise et ainsi, à éviter la judiciarisation de l'usager. Elle constitue une intervention centrale dans la mesure où l'application de l'article 8 a pour effet de priver temporairement une personne de ses droits pour assurer sa protection.

Afin de répondre aux exigences de cette nouvelle loi, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) demande aux régies régionales (devenues depuis les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux) de rendre disponibles et accessibles des services d'intervention de crise en santé mentale à l'ensemble de la population et aux policiers de leur territoire, et ce, sur une base de 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (24/7).

Le modèle d'organisation de services retenu par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RRSSS) mandate deux organismes communautaires : le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) pour répondre aux policiers, et le Centre de crise de Québec (CCQ) pour répondre à la population, aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux et aux organismes communautaires. De plus, les mandataires créent un partenariat privilégié avec les organismes de parents et de proches de la personne atteinte d'une maladie mentale, en l'occurrence La Boussole et Le Cercle Polaire. Les principaux mandats sont de garantir l'accès 24/7, d'assurer le suivi, le soutien et l'orientation de la personne en détresse, de veiller aux arrimages avec les partenaires, d'assurer le suivi de la situation et d'offrir un soutien aux ressources. La clientèle se compose de toute personne adulte (18 ans ou plus) résidant sur le territoire du Québec métropolitain et vivant des crises de nature psychosociale ou psychiatrique, ces crises comportant des éléments qui laissent supposer l'existence d'un danger « grave et immédiat ». Le service offert est un service d'évaluation, d'intervention et d'orientation; l'évaluation est faite dans le milieu de vie naturel de la personne et se veut rapide.

Le modèle d'organisation de services, implanté en 2002, a été expérimenté sur une période de quinze mois (avril 2002 à juin 2003). En raison de son caractère novateur, la RRSSS de Québec en a demandé l'évaluation à la Direction régionale de santé publique (DSP). Cette évaluation répond aux deux questions suivantes : dans quelle mesure le modèle d'organisation de services retenu s'implante-t-il comme prévu ? des améliorations doivent-elles être apportées au modèle ?

L'analyse des **données quantitatives** montre qu'au cours de la période d'implantation, 501 demandes de services ont été adressées à PECH et 333 au CCQ. Les principaux référents sont les policiers, en ce qui concerne PECH, et les proches-tiers personnes pour le CCQ. L'ensemble du territoire est desservi et les usagers résident principalement dans les arrondissements La Cité, Limoilou, Des Rivières et Charlesbourg. Le service est disponible sur la base 24/7 et les demandes se répartissent presque également sur les trois quarts de travail. Le délai moyen de réponse à la demande est de 19,8 minutes pour PECH et de 38,1 minutes pour le CCQ. Quant au délai moyen de réponse des policiers aux demandes venant du CCQ, il est de 14 minutes. La majorité des demandeurs utilisent le service pour la première fois.

La clientèle rejointe durant la période de l'étude comprend autant d'hommes que de femmes; la moyenne d'âge est de 40,7 ans. L'utilisateur est le plus souvent célibataire, vit seul, et l'aide sociale est sa principale source de revenus. La majorité des usagers ont un réseau social, mais limité et non satisfaisant. Le profil des usagers de PECH et du CCQ diffère par le nombre de personnes souffrant de maladie mentale (trouble autorapporté) : deux fois plus pour les usagers de PECH que pour ceux du CCQ. Cependant, les usagers des deux organismes ont des idées suicidaires ou homicidaires dans des proportions assez semblables. Après évaluation, les intervenants de PECH et du CCQ jugent le degré de dangerosité comme « non grave et non immédiat » pour 76 % des usagers, et comme « grave et immédiat » pour 22,8 % des usagers. L'article 8 n'a été appliqué que pour 4,7 % des demandes totales, ce qui reflète l'esprit de la Loi, qui fait de cet article une mesure d'exception.

La majorité des interventions sont faites au domicile, pour une durée moyenne de 95 minutes pour PECH et de 79 minutes pour le CCQ. La majorité des policiers sont présents au moment de l'intervention de PECH, pour une durée de moins de 30 minutes dans plus de 9 cas sur 10. En ce qui concerne les policiers présents à la suite d'une demande du CCQ, la durée de la présence excède 30 minutes dans plus de 6 cas sur 10. À la suite de l'évaluation et de l'intervention, la majorité des usagers sont orientés vers les services offerts par les mandataires eux-mêmes. Enfin, les accompagnements à l'urgence physique des hôpitaux ont lieu majoritairement à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA); la durée d'attente à l'urgence est en général de moins de 30 minutes et la grande majorité des policiers qui accompagnent les usagers et les intervenants sont présents dans cette urgence pendant moins de 20 minutes.

Les derniers résultats quantitatifs portent sur les données transmises par le Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ). En effet, même si cet organisme n'est pas désigné comme mandataire, la collecte d'information sur l'utilisation de ses services par des personnes en crise, et auxquelles l'article 8 de la Loi pourrait être appliqué, est apparue pertinente.

Au cours des six derniers mois d'implantation, le CPSQ a répondu à 205 demandes pour lesquelles la crise comportait des éléments laissant supposer l'existence d'un danger « grave et immédiat ». Les demandes viennent principalement de la

personne elle-même ou des proches—tierces personnes. La majorité des usagers vivent dans les arrondissements Sainte-Foy–Sillery, La Cité et Beauport. Les demandes se produisent davantage durant les quarts de soir/nuit et de fin de semaine. Le profil de la clientèle est semblable à celui de la clientèle des organismes mandataires. L'intervention téléphonique, qui a été privilégiée par rapport à l'intervention dans le milieu naturel de l'utilisateur, dure en moyenne 31,7 minutes, et la majorité des usagers sont orientés vers les services du CPSQ.

L'analyse des **données qualitatives** décrit les **perceptions** des principaux acteurs visés par la mise en place du modèle d'organisation de services. En ce qui a trait au *fonctionnement* du modèle, les résultats montrent que les trajectoires de services ont été implantées telles que prévues et qu'elles sont perçues comme simples, claires et précises. La clientèle rejointe correspond à celle prévue. L'intervention à domicile a été mise en place et les acteurs soulignent que cette approche doit être maintenue car elle donne aux usagers et aux familles un meilleur accès aux services, contribue à diminuer leur sentiment d'exclusion et les amène à se sentir davantage en confiance. Cette approche facilite l'observation de la réalité tout en permettant une meilleure évaluation des facteurs de risque et la collecte d'information privilégiée. Quant à la grille de collecte de données, elle semble appréciée par la majorité des intervenants, qui la trouvent facile et rapide à remplir; elle présente en outre à leurs yeux l'intérêt de brosser un portrait de la situation de l'utilisateur.

La collaboration avec les partenaires était un élément central du modèle d'organisation de services. De manière générale, les résultats montrent que la collaboration des organismes mandataires avec leurs partenaires n'entraîne pas de problèmes majeurs. Avec les policiers, les principales difficultés sont liées aux attentes; ceux-ci espéraient en effet que les intervenants trouvent rapidement un moyen de les libérer le plus tôt possible afin de pouvoir ainsi répondre à d'autres appels. Les différences d'approche entre intervenants et policiers sont également relevées, les approches respectives n'étant pas toujours comprises de part et d'autre. Les difficultés éprouvées avec les CLSC se rapportent surtout aux communications : le personnel des CLSC s'est parfois avéré difficile à joindre, il tardait à effectuer les retours d'appel et à l'occasion demandait aux intervenants de dire aux usagers d'appeler eux-mêmes au CLSC. Les difficultés éprouvées avec les urgences physiques hospitalières sont reliées au temps d'attente, qui peut devenir un problème important, et à la méconnaissance, chez une partie du personnel, des responsabilités et des rôles confiés aux mandataires. Aucun problème n'a été relevé avec l'urgence psychiatrique de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHA). La collaboration avec les ambulanciers s'est avérée parfois frustrante, dans la mesure où ceux-ci ne prenaient pas toujours les intervenants au sérieux et refaisaient leurs évaluations. La collaboration avec La Boussole et Le Cercle Polaire est apparue comme très bonne. Quant au CPSQ, les intervenants ont peu de relations avec cet organisme, et ceux qui ont dû l'interpeller émettent des opinions partagées.

Des séances d'information (d'une durée de 3 heures) et de formation (d'une durée de 7 heures), destinées à faire connaître les modifications apportées par la Loi et à présenter le modèle d'organisation de services, ont été offertes aux établissements

du réseau de la santé et des services sociaux et aux organismes communautaires du Québec métropolitain (251 personnes rejointes), aux tables territoriales de la région de Québec, ainsi qu'aux organismes de Charlevoix (66 personnes rejointes) et de Portneuf (24 personnes). Des intervenants de PECH ont en outre rencontré plus de 600 policiers municipaux et une vingtaine de chefs d'équipe de la Sûreté du Québec.

En ce qui a trait à l'*appréciation* du modèle d'organisation de services, la majorité des acteurs s'en montrent satisfaits, croient en son avenir et souhaitent son maintien. Ils soulignent cependant que pour en assurer la pérennité, le nombre des ressources humaines devrait être ajusté en fonction de l'augmentation des demandes. Le CPSQ émet pour sa part des réserves sur le modèle, non pas pour les usagers dont la situation comporte un danger « grave et immédiat », mais pour toutes les autres situations. De plus, il relève des difficultés qui ont trait à la création de zones grises, à la non-reconnaissance de l'expertise du CPSQ et à la compétition entre les trois organismes régionaux (PECH, CCQ, CPSQ).

Les résultats de l'évaluation montrent que les mandataires ont concrétisé le modèle d'organisation de services tel que prévu et qu'ils ont satisfait à l'esprit de la Loi. Plus précisément, le modèle retenu répond aux exigences du MSSS, soit faire en sorte que l'application de l'article 8 de la Loi demeure une mesure exceptionnelle et assurer une orientation rapide des usagers par la mise en place de trajectoires de services simples et claires. La clientèle rejointe est une clientèle vulnérable, et l'approche utilisée (intervention dans le milieu naturel de l'utilisateur) correspond aux besoins des usagers et des familles. Malgré certaines réserves, l'ensemble des acteurs s'accordent sur l'utilité de ce service et les intervenants des organismes mandataires soulignent l'utilité de la grille de collecte de données. Enfin, un nombre important de personnes ont été informées et formées, tandis que plusieurs établissements et organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux ont été approchés afin de développer le partenariat, élément central de ce modèle.

Cependant le modèle, évalué après une expérimentation de quelques mois, ne saurait être définitif; des améliorations peuvent assurément y être apportées. À la lumière de l'évaluation, des pistes de réflexion et d'action ont d'ailleurs été dégagées. Elles se rapportent principalement aux thèmes suivants : l'offre de service, le type d'approche, la complémentarité et la continuité des services, le partenariat, le système de monitoring ainsi que les activités d'information et de formation.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	15
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	17
INTRODUCTION	19
CHAPITRE 1 CONTEXTE, MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES PROPOSÉ ET MODALITÉS DE SUIVI.....	21
1.1 Contexte	21
1.2 Modèle d'organisation de services proposé.....	22
1.3 Modalités de suivi	26
CHAPITRE 2 OBJET D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE	27
2.1 Objet d'évaluation	27
2.2 Méthodologie	28
2.2.1 Cadre d'analyse, stratégie d'évaluation et déroulement de l'étude.....	28
2.2.2 Sources, traitement et analyse des données	30
CHAPITRE 3 CLARIFICATION DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES PROPOSÉ (PHASE <i>PRÉPARATOIRE</i>)	33
CHAPITRE 4 RÉSULTATS DE L'IMPLANTATION (PHASE <i>SUIVI D'IMPLANTATION</i>)	39
4.1 Demande de services, clientèle, intervention et offre de service de PECH et du CCQ	39
4.2 Demande de services, clientèle, intervention et offre de service du CPSQ.....	47
4.3 Perception des principaux acteurs au regard du fonctionnement du modèle	49
CHAPITRE 5 APPRÉCIATION DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES ET DE L'UTILITÉ DES SERVICES	55
5.1 Appréciation du modèle d'organisation de services.....	55
5.2 Appréciation du service et de son utilité	56
CHAPITRE 6 DISCUSSION	61
6.1 Forces et limites de l'étude	61
6.2 Expérimentations faites dans d'autres régions sociosanitaires	62
6.3 Des résultats révélateurs	63
6.3.1 Forces du modèle d'organisation de services.....	64
6.3.2 Pistes de réflexion et d'action	67

CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE.....	75
ANNEXES	79
Annexe 1 Grille de collecte de données – Guides d’entrevue – Questionnaires	81
Annexe 2 Stratégie d’information et de formation.....	127
Annexe 3 Données PECH – CCQ (1 ^{er} avril 2002 au 30 juin 2003)	135
Annexe 4 Données CPSQ (1 ^{er} janvier 2003 au 30 juin 2003)	153
Annexe 5 Appréciation des service de PECH et du CCQ – par les usagers	163
Annexe 6 Appréciation des services du CCQ – par les familles	173
Annexe 7 Appréciation des services de PECH – par les policiers	179

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1 :	Principaux paramètres du modèle d'organisation de services proposé	25
Tableau 2 :	Taux de réponse selon le groupe d'acteurs et la source de données	31
Tableau 3 :	Synthèse sur les demandes de services – PECH et CCQ	41
Tableau 4 :	Synthèse sur la clientèle et l'évaluation du danger – PECH et CCQ	43
Tableau 5 :	Synthèse sur l'intervention et l'offre de service – PECH et CCQ....	45
Tableau 6 :	Points saillants – PECH ET CCQ.....	46
Tableau 7 :	Synthèse sur les demandes de services, la clientèle, l'intervention et l'offre de service - CPSQ	48
Tableau 8 :	Points saillants sur le fonctionnement du modèle d'organisation de services.....	53
Tableau 9 :	Points saillants sur l'appréciation du modèle d'organisation de services, du service et de son utilité	60
Figure 1	Trajectoire générale de services.....	24
Figure 2	Cadre d'analyse.....	29
Figure 3	Trajectoire de services de PECH	34
Figure 4	Trajectoire de services du CCQ	35
Figure 5	Distribution des demandes de services selon l'organisme mandataire, l'estimation du degré de dangerosité et la réponse de l'utilisateur aux services proposés (1 ^{er} avril 2002 au 30 juin 2003)	40

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APUR :	Association des personnes utilisatrices de ressources
CCQ :	Centre de crise de Québec
CHA :	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec
CHUL :	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUQ :	Centre hospitalier universitaire de Québec
CPSQ :	Centre de prévention du suicide de Québec
CSMQ :	Comité de la santé mentale du Québec
DSP :	Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
HDQ :	Hôtel-Dieu de Québec
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec
PECH :	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement
RRSSS :	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
TPL :	Trouble de personnalité limite
L.R.Q., c. P-38.001 :	Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

INTRODUCTION

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001)¹

[...] introduit plusieurs changements quant aux règles relatives à la garde en établissement pour raison de dangerosité et celles concernant l'évaluation psychiatrique justifiant une telle garde. L'une des modifications importantes se situe à la 8e clause. Cette clause permet à un agent de la paix d'amener une personne contre son gré, sans autorisation du tribunal, à un établissement de santé lorsque son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Avant que cet acheminement n'ait lieu, l'article 8 prévoit qu'un intervenant de service d'aide en situation de crise estime l'état mental de la personne. Cette intervention vise, suivant les orientations du ministère, à éviter l'internement non volontaire et à désamorcer la crise. Dans ce processus de déjudiciarisation, les policiers et les intervenants d'un service d'aide en situation de crise jouent un rôle important. (Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), juin 2001, p. 1)

L'application de l'article 8 a pour effet de priver temporairement une personne de ses droits pour assurer sa protection.

Dans le contexte de l'application de la Loi, le MSSS demandait aux régies régionales (aujourd'hui les agences) d'implanter ou de consolider des services de crise accessibles à l'ensemble de la population du territoire et aux policiers appelés à intervenir en vertu de l'article 8 de la Loi, pour une réponse 24/7. Afin de satisfaire à cette demande du MSSS et de se conformer à la Loi, la Régie régionale de Québec a mandaté, en avril 2002, deux organismes communautaires, soit PECH et le CCQ. Le modèle d'organisation de services² étant novateur, l'Agence en a demandé l'évaluation à sa DSP.

Le présent rapport fait état des résultats de l'évaluation d'implantation du modèle mis en place en avril 2002. Ce projet s'est échelonné sur une période de vingt et un mois et s'est déroulé en trois phases. Une première phase dite *préparatoire*, d'avril à décembre 2002 (neuf mois), visait le partage d'une vision commune du projet, la détermination des trajectoires de services et la conception d'un instrument de collecte de données. La deuxième phase, celle du *suivi d'implantation*, s'est échelonnée de janvier à juin 2003 (six mois). Elle consistait en la mise en place et en l'évaluation de l'implantation du modèle. Enfin, de juillet à décembre 2003 (six mois), la collecte de données qualitatives et l'analyse de contenu ont été finalisées.

1. L'expression « la Loi » sera dorénavant utilisée afin d'alléger le texte.

2. Le terme « modèle » sera dorénavant utilisé afin d'alléger le texte.

Ce rapport compte six chapitres. Le premier présente le contexte et le modèle proposé. Le deuxième traite des objectifs d'évaluation et de la méthodologie utilisée. Le troisième décrit la phase *préparatoire*. Les quatrième et cinquième chapitres traitent respectivement des résultats de la phase *suivi d'implantation* ainsi que de l'appréciation du modèle et de l'utilité des services. Le dernier chapitre, enfin, présente les forces et les limites de l'étude, l'expérimentation de modèles mis en place dans d'autres régions sociosanitaires, les principales forces du modèle d'organisation de services ainsi que des pistes de réflexion et d'action qui se seront dégagées à la faveur de l'évaluation.

CHAPITRE I

CONTEXTE, MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES PROPOSÉ ET MODALITÉS DE SUIVI

I.1 CONTEXTE

Le 1^{er} juin 1998, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001) entre en vigueur. Cette loi modifie la Loi sur la protection du malade mental et complète les dispositions du Code civil en matière de garde en établissement et d'évaluation psychiatrique. Elle constitue une mesure d'exception et permet, sous certaines conditions, de passer outre au consentement de la personne et de la priver temporairement de sa liberté, par une mise sous garde, lorsque celle-ci présente un danger « grave et immédiat » pour elle-même ou pour autrui.

Le MSSS en confie la mise en œuvre aux régies régionales de l'époque, et leur demande d'implanter ou de consolider des services de crise 24/7 accessibles à l'ensemble de la population de leur territoire et aux services policiers appelés à intervenir en vertu de l'article 8 de la Loi. Le document ministériel spécifie que :

Les services de crise doivent être mis en place près des milieux de vie des personnes, être accessibles, coordonnés et adaptés à la réalité de chacun des milieux. Ils sont essentiels comme mesure de premiers recours. Cette intervention rapide et efficace peut être suffisante pour désamorcer la crise. On peut ainsi éviter le deuxième recours, tel que prévu dans la nouvelle loi, dont l'objet est de forcer la personne à être amenée, avec ou sans l'aide d'un agent de la paix, dans un établissement pour y subir un examen psychiatrique.
(RRSSS, novembre 2001)

C'est ainsi qu'à l'été 2000, la RRSSS invitait deux organismes communautaires en santé mentale, PECH et le CCQ, à préparer une proposition d'organisation de services pour l'application de l'article 8 de la Loi. Cette proposition devait tenir compte et incorporer les préoccupations et les besoins des proches de la personne en crise. En novembre 2001, elle procédait à une consultation régionale afin d'obtenir l'appui des partenaires quant au choix des organismes désignés et au projet d'organisation de services. Le conseil d'administration de la RRSSS¹ acceptait la proposition d'organisation de services (13 décembre 2001) et en avril 2002, les budgets pour implanter le modèle proposé étaient accordés.

1. Bien que le projet ait été démarré par les régies régionales, l'expression « Agence » sera dorénavant utilisée afin de respecter la nouvelle appellation.

1.2 MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES PROPOSÉ

Le modèle d'organisation de services proposé pour le territoire du Québec métropolitain s'appuie sur deux organismes communautaires, soit PECH pour répondre aux demandes venant des policiers, et le CCQ pour répondre aux demandes transmises par la population, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires. Ces deux organismes communautaires ont été désignés « *en tenant compte de la réalité de PECH qui a développé, depuis 1994, une pratique d'intervention de crise en partenariat avec les services policiers [...] et du CCQ qui intervient depuis dix ans en situation de crise auprès des citoyens. Il faut cependant préciser que cette organisation de services ne confine pas l'intervention de crise en santé mentale uniquement vers le Centre de crise et PECH. Elle vient plutôt renforcer ce qui se fait déjà en intervention de crise en santé mentale et n'annule aucunement les rôles et responsabilités des autres acteurs (CH, CLSC, Centre de prévention du suicide, Info-Santé, organismes communautaires) dans ce domaine* ». (RRSSS, décembre 2001)

L'équipe de PECH est composée de dix-huit personnes représentant huit équivalents temps plein répartis ainsi : deux postes de jour, quatre postes de soir/nuit et deux postes de fin de semaine. Ceux qui travaillent de jour se trouvent dans les locaux de PECH, tandis que les intervenants qui se partagent les horaires soir/nuit et fin de semaine sont à leur domicile, sur appel. L'équipe du CCQ est pour sa part composée de quatre intervenants équivalents temps plein qui se partagent des gardes de 24 heures. Il s'agit d'une équipe mobile et ces intervenants, peu importe leur horaire, travaillent sur appel à partir de leur domicile. Ils sont soutenus par les agents d'intervention rattachés aux résidences d'hébergement du CCQ et par des personnes en disponibilité, identifiées sur une liste de rappel. Les intervenants de PECH et du CCQ viennent en majorité de disciplines universitaires ou collégiales : service social, psychologie, psycho-éducation, droit et criminologie.

Les mandats assumés par PECH et le CCQ sont les suivants :

- *garantir l'accès à un système de garde 24/7 et en intervention directe avec les services policiers interpellés immédiatement sur les lieux de la situation de crise (PECH); en intervention directe dans le milieu de la personne visée par la situation de crise où il n'est pas nécessaire que les services policiers soient interpellés (CCQ);*
- *assurer le soutien de la personne visée pendant la situation de crise et le suivi approprié au besoin;*
- *assurer les arrimages et les références aux ressources appropriées pour garantir la continuité des services dans le respect des droits de la personne et des proches;*
- *assurer le suivi de la situation et le soutien aux ressources impliquées, en continuité auprès de la personne et des proches visés. (RRSSS, décembre 2001)*

La *clientèle ciblée* est constituée des personnes adultes (18 ans ou plus) vivant des crises de nature psychosociale ou psychiatrique qui comportent des éléments laissant supposer l'existence d'un danger « grave et immédiat »; ces personnes résident sur le territoire du Québec métropolitain (sont donc exclus les résidents des territoires de Charlevoix et de Portneuf).

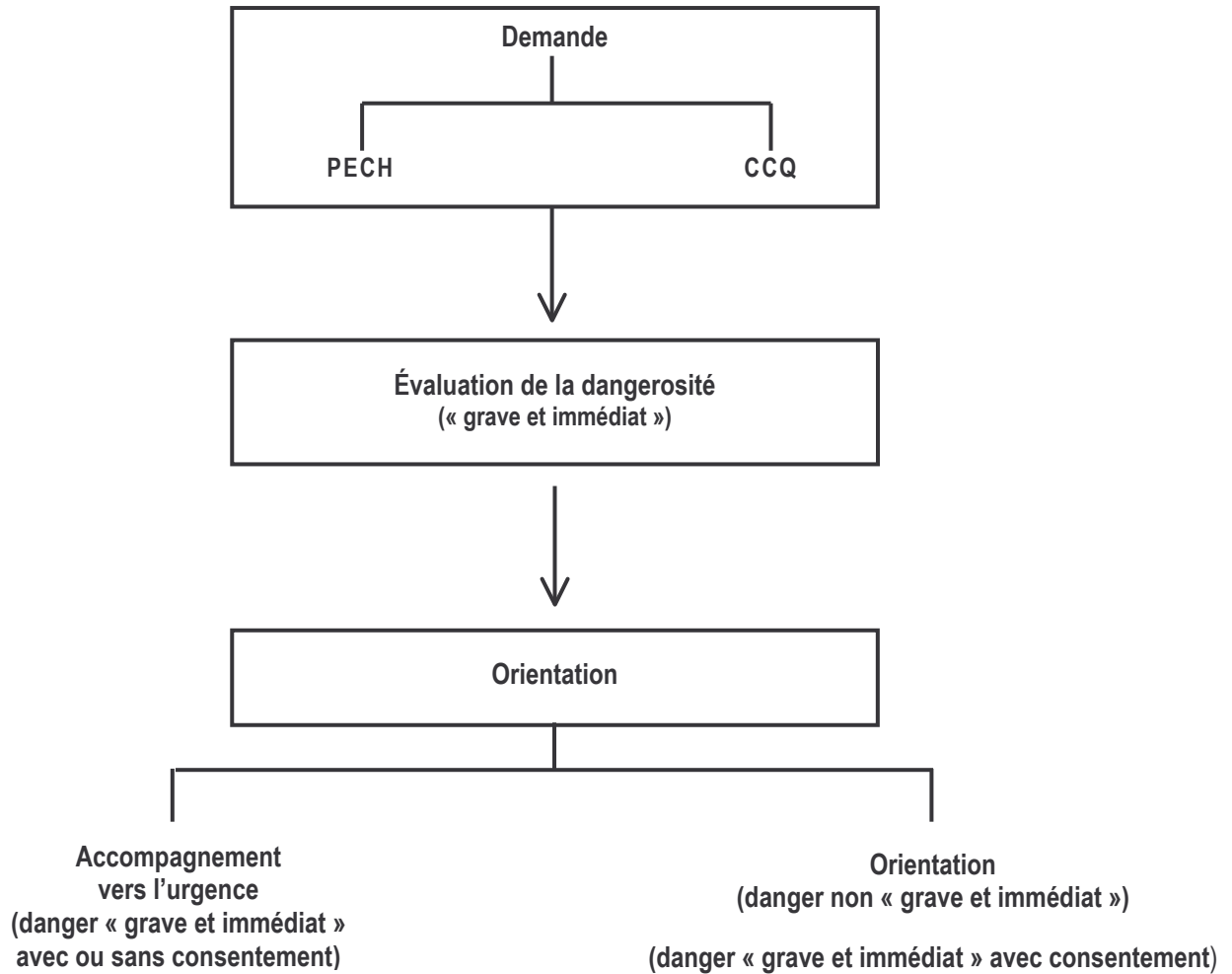
Le *service offert* consiste en l'évaluation, l'intervention et l'orientation à l'égard de toute personne qui fera une demande à PECH et au CCQ. Ce service se veut une réponse rapide (court délai), offert dans le milieu où vit la personne et en partenariat avec l'ensemble des organismes engagés auprès des personnes qui vivent des crises de nature psychosociale ou psychiatrique.

La *trajectoire générale de services* consiste à transmettre une demande à un des mandataires désignés, lequel enverra sur place des intervenants chargés d'évaluer la situation, de déterminer si la personne en crise présente un danger « grave et immédiat », et de l'orienter vers les services les plus adéquats. Dans une situation où le danger est « grave et immédiat », les intervenants tenteront d'obtenir le consentement de l'usager afin d'éviter l'application de l'article 8 de la Loi (voir la figure 1).

Le modèle devait également tenir compte des préoccupations et des besoins des proches de la personne en crise; des liens devaient donc être créés entre ces derniers et les mandataires. À cet égard, l'Agence désigne deux organismes communautaires, La Boussole et Le Cercle Polaire. Ces deux organismes offrent des services de soutien aux familles et aux proches des personnes atteintes d'une maladie mentale qui résident sur le territoire du Québec métropolitain. Plus précisément, La Boussole offre une aide à la préparation d'une requête pour l'obtention d'une garde provisoire (examen clinique psychiatrique) avec accompagnement à la cour.

Figure 1

Trajectoire générale de services



**Tableau 1 : Principaux paramètres du modèle
d'organisation de services proposé**

Thème	Paramètres
Mandataires	<ul style="list-style-type: none"> • PECH – réponse aux policiers • CCQ – réponse à la population, aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux et aux organismes communautaires
Mandats	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir l'accès aux services 24/7 • Assurer le suivi et le soutien à la personne • Orienter et assurer les arrimages nécessaires • Assurer le suivi de la situation et le soutien aux ressources en cause
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Toute personne adulte (18 ans ou plus) • Vivant des crises de nature psychosociale ou psychiatrique qui comportent des éléments laissant supposer l'existence d'un danger « grave et immédiat » • Résidant sur le territoire du Québec métropolitain
Service	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation, intervention et orientation • Dans le milieu de vie de la personne • Rapide • En partenariat
Liens privilégiés	<ul style="list-style-type: none"> • Organismes communautaires offrant des services de soutien aux proches et aux familles des personnes atteintes d'une maladie mentale : La Boussole et Le Cercle Polaire

Le modèle retenu par l'Agence a donc pour finalité d'« *en arriver à déployer des services d'intervention de crise accessibles sur l'ensemble du territoire du Québec métropolitain, en accord et en concertation avec les nouveaux services policiers regroupés du même territoire, les autres services de crise déjà en place et les organismes de parents et de proches de la personne atteinte de maladie mentale* » (RRSSS, décembre 2001). Certains effets devraient découler de cette finalité, et sont définis ainsi par l'Agence :

- *doter le territoire du Québec métropolitain d'une organisation de services officielle, formelle et reconnue comme responsable de l'intervention de crise en santé mentale dans le contexte de l'application de l'article 8 de la Loi;*
- *compter sur des interventions précoces et rapides lors de situation de crise en santé mentale, et ce, pour l'ensemble du territoire du Québec métropolitain. En corollaire, cela permettra d'éviter une détérioration appréhendée de la situation;*
- *améliorer le soutien aux policiers dans la gestion des crises psychosociales et dans les situations d'urgence auprès des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui;*
- *compter sur des services de suivi adaptés aux besoins des personnes en situation de crise;*
- *contribuer à diminuer les hospitalisations en psychiatrie ainsi que la judiciarisation des personnes et des situations;*

- *assurer un meilleur arrimage et une plus grande concertation intersectorielle, notamment par le développement de protocoles d'entente autour de l'intervention de crise en santé mentale;*
- *permettre le développement et l'accessibilité de formations régionales spécifiques en intervention de crise, et ce, sur une base continue. (RRSSS, 2001)*

I.3 MODALITÉS DE SUIVI

Dans le but de suivre l'ensemble de ses travaux, l'Agence a mis sur pied deux comités : le Comité de suivi et le Comité opérationnel.

Le Comité de suivi, formé des représentants des organisations en cause, a pour mandat « *de suivre de près l'évolution de l'application de la loi portant sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et pour solutionner les difficultés rencontrées au fur et à mesure de leur apparition, et ce, en concertation avec les différents partenaires impliqués* » (RRSSS, 2001). Les principaux objectifs sont :

- de proposer des solutions concrètes et rapides aux problèmes que pose l'intervention dans le contexte de la Loi;
- de proposer des moyens et actions susceptibles d'améliorer les services offerts aux personnes, aux familles et aux proches, ainsi qu'aux différents partenaires (policiers, citoyens, groupes de soutien, etc.);
- de repérer les besoins en formation et de collaborer à y répondre;
- d'élaborer et de mettre en place des structures de services de crise en santé mentale pour les territoires de Portneuf et de Charlevoix;
- de définir les différents objets d'évaluation en rapport avec la mise en œuvre du projet, l'efficacité de celui-ci et le degré de satisfaction de l'ensemble des partenaires.

Le Comité opérationnel se compose des gestionnaires des organismes mandataires, de représentants du CPSQ et de l'Association des personnes utilisatrices de ressources (APUR) ainsi que de l'agent de recherche de la DSP. Ce comité a pour mandats :

- de coordonner les opérations;
- de fournir au Comité de suivi toute l'information et la documentation dont il a besoin pour mener à bien son mandat;
- de planifier les rencontres du Comité de suivi.

CHAPITRE 2

OBJET D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

En raison de l'aspect novateur du modèle, l'Agence a jugé bon d'en évaluer l'implantation afin d'apporter un soutien aux principaux acteurs intéressés. Le présent chapitre décrit l'objet d'évaluation et les principaux éléments reliés à la méthodologie retenue.

2.1 OBJET D'ÉVALUATION

L'objet d'évaluation est le *modèle d'organisation de services* implanté pour l'application de l'article 8 de la Loi sur le territoire du Québec métropolitain. De l'évaluation ressortent deux questions principales auxquelles sont rattachées des activités d'évaluation particulières.

1. Dans quelle mesure le modèle d'organisation de services retenu s'implante-t-il comme prévu ?

Activités d'évaluation :

- vérification de la réalisation des mandats;
- description de la population rejointe par rapport à celle visée;
- vérification du service offert par rapport à celui prévu;
- vérification des trajectoires de services utilisées par rapport à celles prévues.

2. Le modèle d'organisation de services retenu requiert-il des améliorations ?

Activités d'évaluation :

- vérification des perceptions de la clientèle au regard du service reçu (appréciation et utilité perçue);
- vérification des perceptions des partenaires au regard du service reçu (appréciation et utilité perçue);
- vérification des perceptions des mandataires au regard du service offert (utilité perçue);
- détermination des facteurs ayant facilité ou entravé l'implantation du modèle;
- propositions d'ajustements au modèle s'il y a lieu.

L'Agence souhaitait également mettre en place un système de suivi continu de la clientèle et des services offerts; une attention particulière a donc été apportée à l'élaboration de la grille de collecte de données.

2.2 MÉTHODOLOGIE

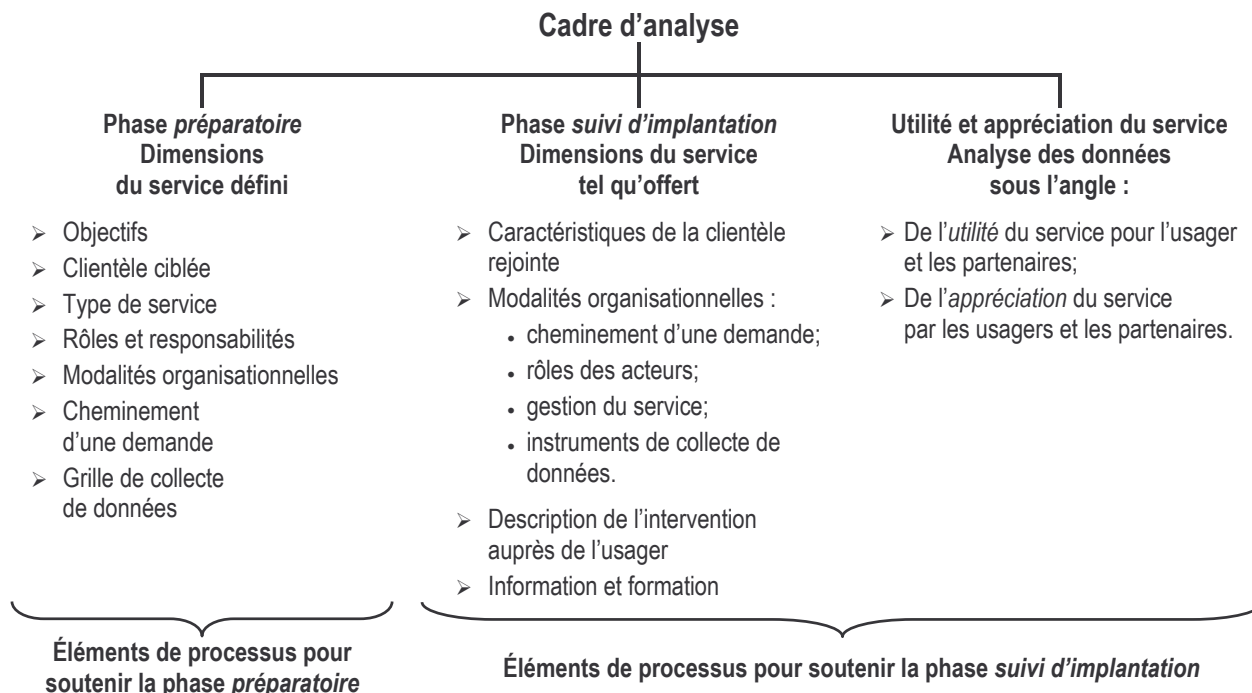
La méthodologie est précisée à partir des thèmes suivants : le cadre d'analyse, la stratégie d'évaluation ainsi que le déroulement de l'étude d'une part, et d'autre part les sources, le traitement et l'analyse des données.

2.2.1 CADRE D'ANALYSE, STRATÉGIE D'ÉVALUATION ET DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Le *cadre d'analyse* retenu afin d'évaluer l'implantation du modèle est une adaptation du cadre conceptuel de Bellavance (1985), qui propose une perspective systématique et qui offre une grille d'analyse comportant deux volets : la phase *préparatoire* et la phase *suivi d'implantation* (voir la figure 2). La phase *préparatoire*, particulièrement utile dans un contexte d'implantation, permet de connaître les différents éléments du service tel qu'il a été conçu. Cette connaissance servira à comparer le degré de similitude entre le service initialement défini et le service mis en place, de même qu'à expliquer les modifications apportées en cours de route. La phase *suivi d'implantation* permet de recueillir des informations sur les caractéristiques de la clientèle rejointe, d'examiner les modalités organisationnelles qui ont été réalisées et de décrire l'intervention faite auprès de l'utilisateur. Les informations tirées de ces deux phases permettront de vérifier dans quelle mesure les paramètres fixés ont été respectés, d'expliquer les raisons et les conséquences des changements apportés et, de façon globale, de juger de la faisabilité de la mise en place du service. L'utilité du service, enfin, est mesurée partiellement par les perceptions des usagers, de leurs familles, des partenaires et des mandataires.

En résumé, l'évaluation de l'implantation procède : 1) de la mesure des écarts entre ce qui a été prévu et ce qui a été réalisé; 2) de l'exploration des causes de ces écarts; 3) du recueil des perceptions sur l'utilité du service; 4) d'une appréciation globale de la faisabilité de l'implantation du service obtenue par l'appréciation des usagers, de leurs familles, des partenaires et des mandataires.

Figure 2



Adapté de Bellavance, 1985.

La *stratégie d'évaluation* s'appuie sur une approche participative. Dans cette perspective, les mandataires (gestionnaires et intervenants) et les partenaires (corps policiers, réseau de la santé et des services sociaux et organismes communautaires) sont mis à contribution à toutes les étapes de l'évaluation, de façon à aplanir les difficultés appréhendées ou effectives et à optimiser la contribution de chacun. Cette approche exige également que les responsables de l'évaluation participent aux réunions des comités instaurés pour veiller à l'implantation du modèle proposé. Leur participation assure la circulation de l'information produite et sa prise en compte au moment des décisions.

L'étude s'est étendue sur une période de vingt et un mois. La phase *préparatoire* a duré neuf mois (avril à décembre 2002) et la phase *suivi d'implantation*, six mois (janvier à juin 2003). Au cours de ces quinze premiers mois, les données sur la clientèle et les services ont été recueillies au moyen d'une grille de collecte de données. Mais comme l'évaluation visait de façon particulière le fonctionnement du modèle implanté, trois groupes d'acteurs (usagers et familles, partenaires, intervenants et gestionnaires des organismes mandataires) ont été sollicités pour donner leur appréciation du fonctionnement du modèle et sur l'appréciation et l'utilité du service. À cette fin, le processus d'élaboration des instruments de collecte de données, de collecte comme telle et d'analyse de l'information aura nécessité six mois.

2.2.2 SOURCES, TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

Les sources de données ont été diverses et, lorsque cela s'est avéré nécessaire, validées et acceptées par le Comité opérationnel.

Afin de décrire la clientèle et l'offre de service, une grille de collecte de données (voir l'annexe 1) a été élaborée à partir des instruments que possédaient déjà les deux organismes mandataires, et qui ont été ajustés en fonction des objectifs du modèle. Les variables ont été regroupées sous six thèmes : demande, délai, profil sociodémographique, évaluation, intervention et accompagnement à l'urgence de l'hôpital. Cette grille a connu un certain nombre de modifications et des variables ont été ajoutées à la fin de la phase *préparatoire*, soit : utilisation du service par l'utilisateur au cours des six derniers mois et nombre de fois où ce service a été utilisé (section *demande*); délai entre l'appel des intervenants du CCQ et l'arrivée des policiers (section *délai*); existence d'un problème de santé mentale, type de crise, élément déclencheur et idées suicidaires ou homicidaires (section *évaluation*); soutien à l'intervention auprès des partenaires (section *intervention*). Pour les six derniers mois de l'implantation, les intervenants du CPSQ ont également rempli la grille de collecte de données.

Afin de connaître l'appréciation du service et l'utilité perçue, deux types d'outils de collecte de données ont été conçus : des **guides d'entrevue semi-dirigée**, destinés aux gestionnaires des organismes communautaires visés et des organismes mandataires, et des **questionnaires**, destinés aux usagers, à leurs familles, aux policiers et aux intervenants des organismes mandataires (voir le tableau 2). Afin de conserver la confidentialité et l'anonymat des usagers et des familles, les questionnaires ont été envoyés à partir de chacun des organismes mandataires, et une enveloppe-réponse affranchie a été jointe au questionnaire.

Tableau 2 : Taux de réponse selon le groupe d'acteurs et la source de données

Groupe d'acteurs	Source de données	Entrevues prévues ou questionnaires transmis	Entrevues réalisées ou questionnaires retournés	%
Usagers				
• PECH	Questionnaire	255	40*	16,5
• CCQ	Questionnaire	70	17*	26,6
Familles				
• CCQ	Questionnaire	40	20*	55,5
Partenaires				
• Policiers	Questionnaire	130	40	30,8
• La Boussole	Entrevue semi-dirigée	1	1	100,0
• Le Cercle Polaire	Entrevue semi-dirigée	1	1	100,0
• CPSQ	Entrevue semi-dirigée	1	1	100,0
Mandataires				
• Gestionnaires	Entrevue semi-dirigée	2	2	100,0
• Intervenants				
○ PECH	Questionnaire	20	12	60,0
○ CCQ	Questionnaire	4	4	100,0

* Outre les questionnaires retournés complétés, douze ont été retournés pour cause d'adresse inexacte dans le cas des usagers de PECH, six dans le cas des usagers du CCQ et quatre dans celui des familles.

En complément à ces sources de données, la participation de l'agent de recherche, responsable de l'évaluation, au Comité de suivi et au Comité opérationnel a permis d'obtenir de l'information sur le fonctionnement du modèle par l'observation participante. Cette approche permet une compréhension et une appréciation plus justes de ce qui se passe sur le terrain car elle donne lieu à des échanges avec les acteurs tout au long de l'expérimentation (Gauthier, 1984).

Le **traitement** et **l'analyse des données** tiennent compte de la nature des données recueillies. Les données **quantitatives** sont traitées sous forme de distributions de fréquence (pourcentage) et de moyennes. Elles ont été recueillies au cours de la phase *préparatoire* et de la phase *suivi d'implantation* et elles ont été agrégées au moment de l'analyse, cette dernière ne révélant pas de différences importantes entre les données de chacune des phases. Les données **qualitatives**, recueillies auprès des acteurs par observation directe, entrevues semi-dirigées ou questionnaires, ont été traitées par analyse de contenu selon les techniques propres aux méthodes qualitatives (Huberman et Miles, 1991; Deslauriers, 1991).

Dans le but de faciliter la lecture des résultats, les données des deux organismes mandataires ont été fusionnées lorsqu'elles ne présentaient pas de différences significatives. Les différences signalées ne l'ont pas été dans le but de comparer les organismes entre eux, mais dans celui de faire ressortir des caractéristiques qui leur sont propres. De fait, il n'est pas possible de comparer les organismes mandataires, ceux-ci se distinguant par leur structure, leurs services, leur trajectoire et leurs référents.

CHAPITRE 3

CLARIFICATION DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES PROPOSÉ (PHASE *PRÉPARATOIRE*)

La phase *préparatoire* a été l'occasion de préciser cinq objets : les trajectoires de services, la participation du CPSQ, le type d'intervention, la grille de collecte de données et les stratégies d'information et de formation.

Les ***trajectoires de services*** déposées initialement par chacun des organismes mandataires étaient très complexes. Cette phase aura permis de « construire » des figures plus simples et de mettre en évidence les caractéristiques propres à chacun des deux organismes. Ces trajectoires de services font ressortir une différence essentielle entre PECH et le CCQ. Au CCQ, la demande est « filtrée », par des intervenants, à deux moments. Le premier « filtre » est fait à l'accueil où l'intervenant, après analyse de la demande, oriente la personne vers les services « réguliers » du CCQ ou vers l'équipe mobile (qui s'occupe de l'application de l'article 8 de la Loi). Le second « filtre » est fait lorsque l'intervenant de l'équipe mobile analyse à son tour la demande et détermine si la situation peut être résolue par une intervention téléphonique ou si les intervenants doivent se rendre dans le milieu de vie de la personne. PECH ne procède en revanche à aucun « filtre », car ses règles de fonctionnement prévoient que dès réception d'un appel d'un policier, des intervenants vont sur place évaluer la situation. Cependant, les policiers eux-mêmes peuvent agir comme « filtres », dans la mesure où toutes les situations de crise ne sont pas automatiquement orientées vers PECH (voir les figures 3 et 4).

Figure 3

Trajectoire de services de PECH

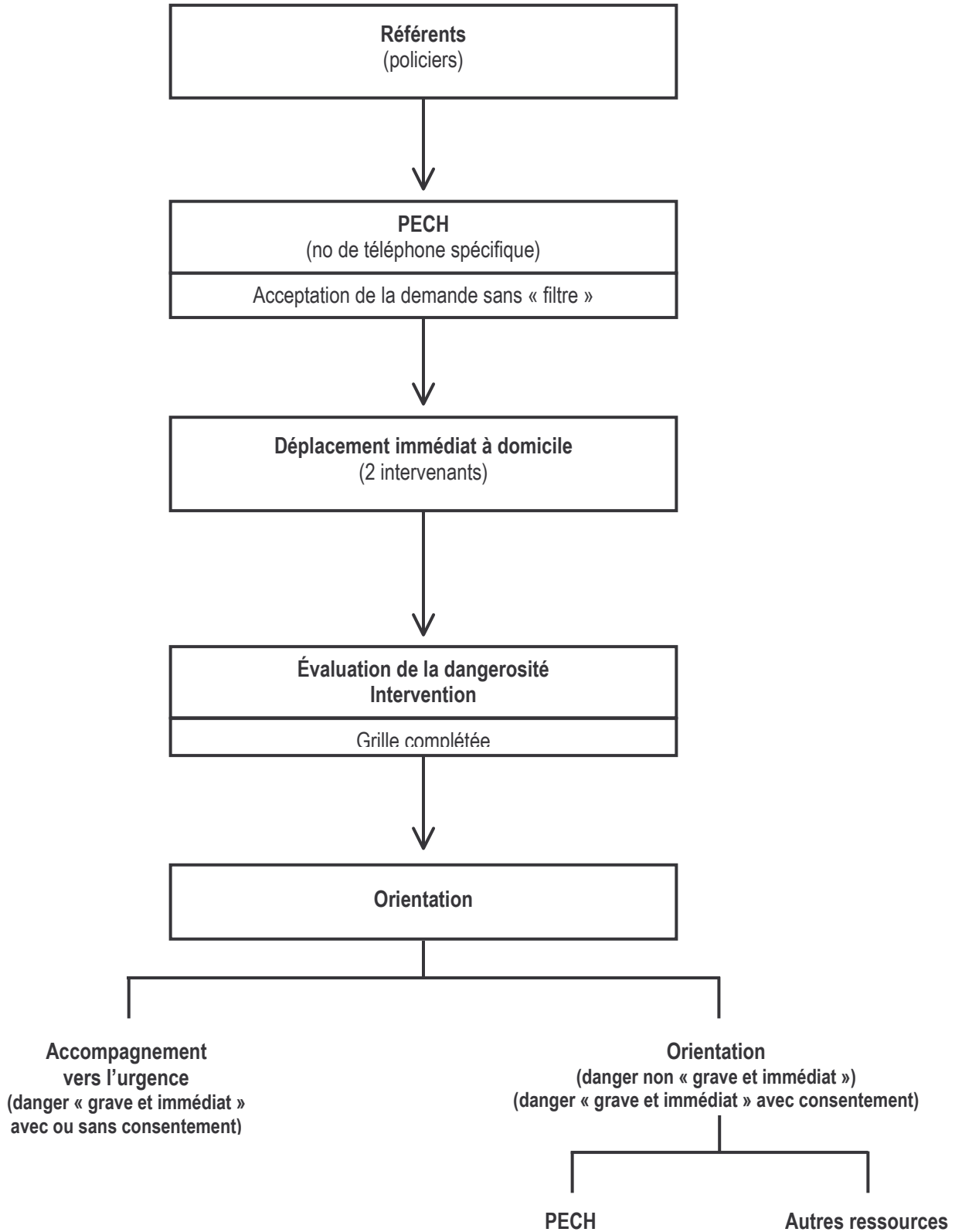
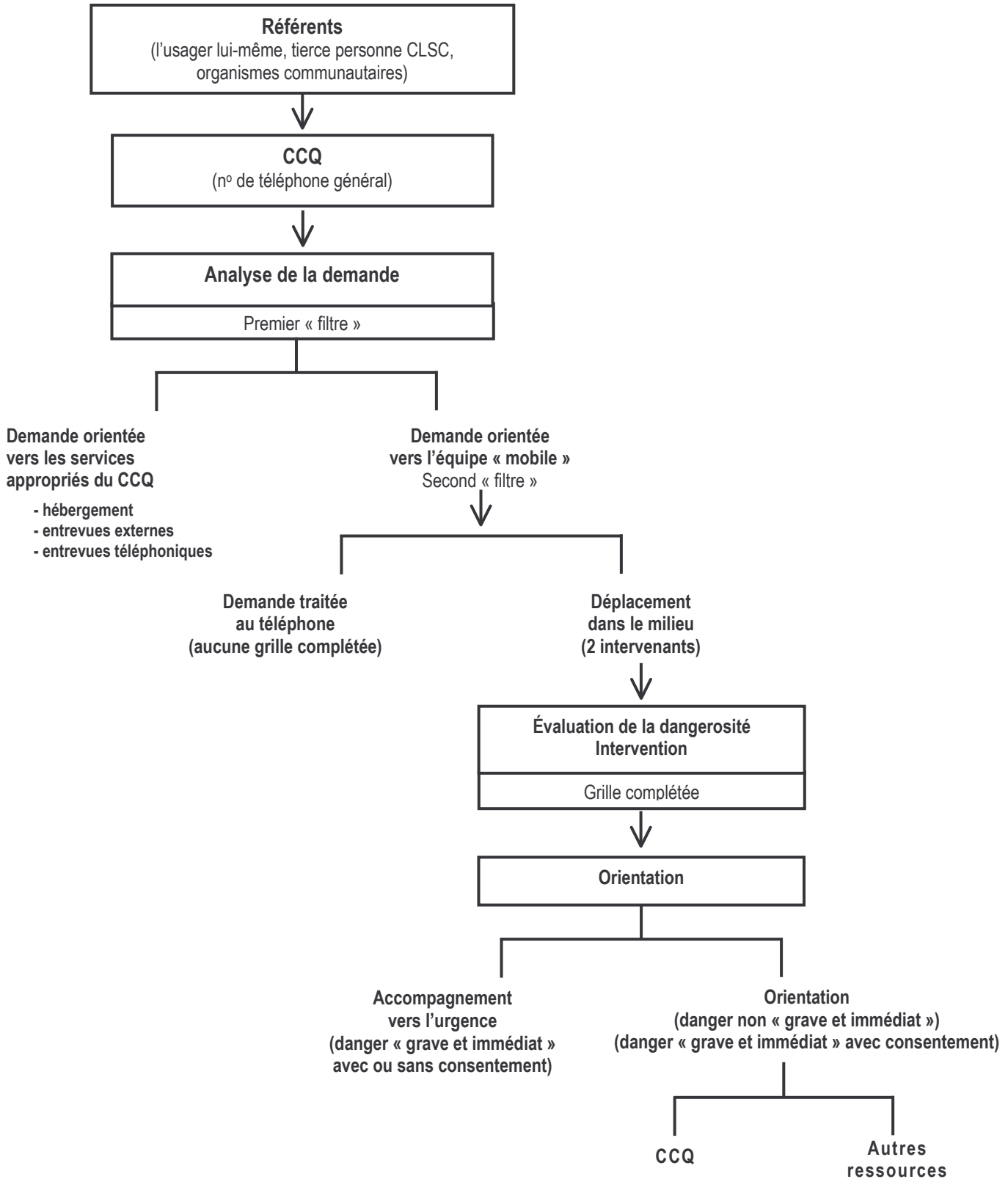


Figure 4

Trajectoire de services du CCQ



Le **CPSQ** n'ayant pas été désigné comme mandataire par l'Agence, il a interpellé le Comité de suivi sur la place qu'il devait occuper quant à l'application de l'article 8 de la Loi. En novembre 2001, dans un document intitulé *Proposition du Centre de prévention du suicide de Québec concernant la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (L.R.Q., c. P-38.001), l'organisme plaidait la nécessité de lui reconnaître une place en faisant valoir des arguments tels que :

- la détention d'un mandat régional en intervention de crise 24/7 pour le Québec métro et les régions de Charlevoix et de Portneuf;
- l'existence d'une structure 24/7, à laquelle est rattachée un personnel permanent;
- l'existence d'une intervention téléphonique 24/7;
- une expertise de pointe en santé mentale, et plus particulièrement dans des contextes d'intervention de crise suicidaire;
- des interventions auprès d'une clientèle de personnes qui vivent des situations à urgence élevée, dont une partie sont susceptibles de présenter, pour elles-mêmes ou pour autrui, un danger qualifié de « grave et immédiat ».

Après plusieurs discussions, le CPSQ a été intégré à la démarche d'évaluation d'implantation. Ses intervenants ont été dès lors appelés à remplir la grille de collecte de données, retenue par le Comité opérationnel, pour les usagers vivant des crises qui comportent des éléments laissant supposer l'existence d'un danger « grave et immédiat ». De plus, le CPSQ est devenu membre du Comité opérationnel.

Le **type d'intervention** proposé initialement par PECH, soit l'évaluation de l'utilisateur au poste de police, a suscité des échanges de vues divergents. Les représentants de l'APUR ont mis en évidence un certain nombre d'éléments négatifs pour l'utilisateur, tels que : l'augmentation du stress, l'environnement inadéquat et l'image plus négative de l'utilisateur. À la suite des discussions et après adhésion des membres du Comité de suivi à ces arguments, PECH accepte de changer son type d'intervention en privilégiant l'**intervention dans le milieu naturel de l'utilisateur**, sauf lorsque ce dernier est arrêté dans la rue par un policier car alors, l'évaluation ne peut se faire qu'au poste de police.

En ce qui a trait à la **grille de collecte de données**, il est convenu, après discussion, que les deux organismes mandataires utilisent une grille unique, dont les variables se regroupent autour de six thèmes : demande, délai, profil sociodémographique de l'utilisateur, évaluation, intervention et accompagnement à l'urgence de l'hôpital (voir l'annexe 1). Afin d'interpréter correctement les données du chapitre 4, il importe de savoir que les intervenants de PECH et du CCQ remplissaient la grille à la fin de l'évaluation, qui intégrait également une partie intervention, tandis que les intervenants du CPSQ la remplissaient à partir de l'information recueillie au début de l'intervention téléphonique.

La détermination de **stratégies d'information** et **de formation** était justifiée dans la mesure où il fallait faire connaître aux partenaires ce nouveau modèle. Des discussions ont donc eu lieu avec les membres du Comité opérationnel afin de faire le point sur les stratégies proposées et les contenus à livrer aux partenaires (voir l'annexe 2). Deux équipes ont été mises en place et se sont partagé l'ensemble des groupes à qui étaient offertes les séances de formation ou d'information. Ces équipes étaient composées d'une représentante de PECH, d'une représentante du CCQ, d'un représentant du CPSQ qui abordait la problématique du suicide et les services offerts par son organisme (± 30 minutes), et d'un bénéficiaire de La Boussole ou du Cercle Polaire qui témoignait de sa réalité et qui présentait les services offerts par l'un ou l'autre de ces organismes (± 30 minutes).

CHAPITRE 4

RÉSULTATS DE L'IMPLANTATION (PHASE *SUIVI D'IMPLANTATION*)

Les données quantitatives recueillies au cours de l'étude permettent de dresser un portrait des demandes de services reçues, de la clientèle desservie, de l'intervention réalisée et de l'offre de service aux usagers. Ces données se rapportent aux mandataires (PECH et CCQ) d'une part (section 4.1) et, d'autre part, au CPSQ (section 4.2). Une troisième section aborde la perception des principaux acteurs en ce qui a trait au fonctionnement du modèle mis en place (section 4.3).

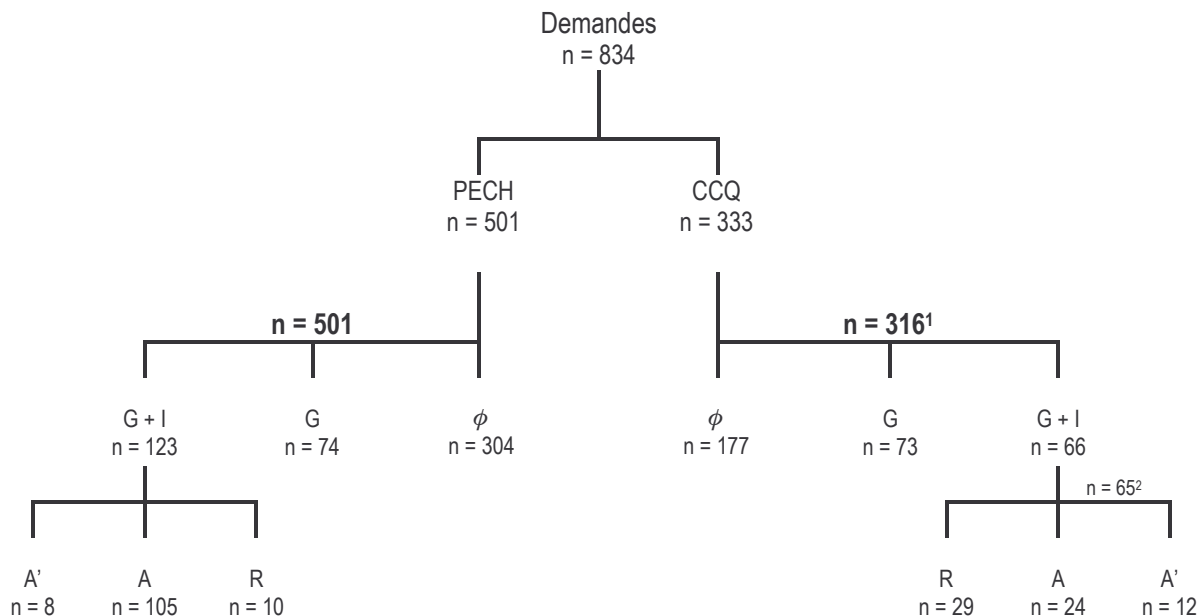
4.1 DEMANDE DE SERVICES, CLIENTÈLE, INTERVENTION ET OFFRE DE SERVICE DE PECH ET DU CCQ

La demande de services, la clientèle, l'intervention et l'offre de service sont décrites sur la base de l'ensemble des demandes de services adressées à PECH et au CCQ entre le 1^{er} avril 2002 et le 30 juin 2003. Pendant cette période de quinze mois, 834 demandes de services ont été reçues au total; 501 (60,1 %) étaient adressées à PECH et 333 (39,9 %) au CCQ. La figure 5 présente la distribution des demandes de services selon l'organisme auquel elles ont été adressées, l'estimation du degré de dangerosité et la réponse de l'utilisateur aux services qui lui étaient proposés. L'article 8 de la Loi a dû être appliqué pour 39 demandes de services.

Afin de bien interpréter ces données, il convient de rappeler que la trajectoire de PECH ne comporte aucun *filtre* et que dans celle du CCQ, deux étapes font office de *filtres*. Ces *filtres* sont en quelque sorte des évaluations par lesquelles l'équipe mobile du CCQ peut juger de façon plus précise de la nécessité de se déplacer dans le milieu naturel de l'utilisateur. Le nombre de demandes traitées par le CCQ doit donc être considéré comme un sous-ensemble du nombre total de demandes.

Figure 5

**Distribution des demandes de services
selon l'organisme mandataire, l'estimation du degré de dangerosité
et la réponse de l'utilisateur aux services proposés
(1^{er} avril 2002 au 30 juin 2003)**



Application de l'article 8 de la Loi
(L.R.Q., c. P-38.001)
n = 39

1. 17 valeurs manquantes
2. 1 valeur manquante

Légende

- ϕ Aucun danger grave et immédiat
- G Danger grave
- I Danger immédiat
- R Refus de l'utilisateur d'être accompagné à l'urgence
- A Acceptation de l'utilisateur d'être accompagné à l'urgence
- A' Autre

Les **demandes** acheminées à PECH viennent en majorité de la police municipale (76,8 %). Pour le CCQ, 90,9 % des demandes viennent de trois sources, soit : les proches et les tierces personnes (41,4 %), les partenaires (29,7 %) et l'utilisateur lui-même (19,8 %). Les usagers de PECH résident principalement dans les territoires de La Cité (30,4 %), de Limoilou (12,6 %) et de Charlesbourg (10,5 %); ceux du CCQ habitent surtout La Cité (18,4 %), Des Rivières (17,5 %) et Charlesbourg (12,4 %). PECH se distingue par le pourcentage d'utilisateurs sans domicile fixe : 7,5 % contre 1,2 % au CCQ, soit six fois plus (voir les tableaux 1 et 2 de l'annexe 3). Les demandes se distribuent sur les trois quarts de travail, et se répartissent ainsi : 39,9 % pour le quart de jour, 32 % pour celui de soir/nuit et 28,1 % la fin de semaine. Pour PECH, les demandes se répartissent presque également sur les trois quarts de travail tandis que pour le CCQ, une majorité des demandes (44,6 %) sont faites le jour. PECH répond dans un délai de moins de 30 minutes à 9 demandes sur 10 (90,3 %), dont un peu plus de 1 demande sur 2 (51,1 %) entre 20 et 29 minutes, pour un délai moyen de 19,8 minutes¹. Le CCQ répond dans un délai de moins de 50 minutes à près de 3 demandes sur 4 (71,3 %), dont près de 1 sur 2 (47,6 %) entre 30 et 49 minutes, pour un délai moyen de 38,1 minutes (voir les tableaux 3 et 4 de l'annexe 3). Les policiers répondent aux demandes venant du CCQ dans un délai de moins de 20 minutes, dans près de 8 cas sur 10 (79,3 %), pour un délai moyen de 14 minutes; pour 1 usager sur 10 (10,3 %), le délai de réponse peut dépasser 60 minutes (voir le tableau 5 de l'annexe 3). Les données montrent enfin que pour la période d'observation, 86,1 % des usagers utilisaient ce service pour la première fois. Pour ceux qui y avaient déjà eu recours (13,9 %), plus de 3 usagers sur 4 (77,1 %) l'avaient auparavant utilisé à une ou deux reprises (respectivement 30 % et 47,1 %) (voir les tableaux 6 et 7 de l'annexe 3).

Tableau 3 : Synthèse sur les demandes de services – PECH et CCQ

Variables	Nb*	%
• Origine		
○ police municipale (PECH)	383/499	76,8
○ proches-tierces personnes (CCQ)	138/333	41,4
• Arrondissements		
○ La Cité	211/825	25,6
○ Limoilou / Des Rivières / Charlesbourg	288/825	34,9
• Quart de travail		
○ jour	332/833	39,9
○ soir/nuit	267/833	32,0
○ fin de semaine	234/833	28,1
• Délai de réponse des intervenants		
○ moins de 30 minutes (PECH) – délai moyen de 19,8 minutes	440/487	90,3
○ moins de 50 minutes (CCQ) – délai moyen de 38,1 minutes	199/279	71,3
• Délai de réponse des policiers à la suite d'une demande du CCQ		
○ moins de 20 minutes – délai moyen de 14 minutes	23/29	79,3
• Première utilisation du service par l'utilisateur		
○ oui	441/512	86,1
• Utilisation antérieure du service		
○ 1 ou 2 fois	54/70	77,1

* Le dénominateur est indiqué, car les données manquantes ont été exclues des calculs.

1. Délai moyen : calcul basé sur les données des six derniers mois d'implantation.

La **clientèle** est constituée, en parts égales, d'hommes et de femmes (respectivement 49 % et 51 %). Près des trois quarts des usagers (73,5 %) ont entre 25 et 54 ans (25-34 ans = 20,4 %; 35-44 ans = 30,8 %; 45-54 ans = 22,3 %); les usagers de PECH ont un âge moyen de 40,5 ans et ceux du CCQ de 40,9 ans¹. Plus de 1 usager sur 2 (57 %) est célibataire, et près de 1 sur 4 (24,8 %) est séparé ou divorcé. Plus de la moitié (58,3 %) vivent seuls et un peu plus de 1 sur 5 (21,1 %) avec d'autres adultes. Davantage d'usagers de PECH que du CCQ vivent seuls : 66,9 % contre 45 %. Près de 1 usager du CCQ sur 3 vit avec d'autres adultes : 29,5 %, contre 15,6 % pour PECH. Quant aux sources de revenus, plus de 1 usager sur 2 (58,3 %) est prestataire de l'aide sociale; cependant, PECH compte deux fois plus d'usagers dans cette catégorie que le CCQ (69,8 % contre 36,6 %) (voir le tableau 8 de l'annexe 3).

La majorité des usagers (83,6 %) ont un **réseau social**, qu'ils qualifient de limité dans des proportions importantes (82,8 % pour PECH et 72,1 % pour le CCQ). Les usagers qui ont un réseau social limité en sont insatisfaits (PECH = 74,4 %, CCQ = 68,4 %) (voir les tableaux 9 et 10 de l'annexe 3).

Le profil de santé des usagers diffère d'un organisme mandataire à l'autre. Dans le cas des usagers de PECH, la majorité (79,8 %) ont un diagnostic (autorapporté) de maladie mentale ou à tout le moins, un problème relié à la santé mentale. Ainsi, plus de 1 usager sur 2 (52,9 %) aurait un diagnostic (schizophrénie, trouble de personnalité limite, dépression, etc.), et plus de 1 sur 4 (26,9 %) un second diagnostic de maladie mentale ou un autre trouble associé (toxicomanie, anxiété, etc.). Quatre types de crise ressortent : anxieuse, relationnelle, d'adaptation et psychotique (respectivement 26,3 %, 20,6 %, 19,3 % et 19,3 %). Le tiers des usagers (33 %) ont des idées suicidaires et les idées homicidaires, plus rares, frappent 6,5 % d'entre eux. Quant aux usagers du CCQ, près de 1 sur 2 (42,5 %) n'aurait aucun diagnostic de maladie mentale ou de problème relié à la santé mentale. Plus du tiers (36,3 %) auraient un diagnostic (trouble bipolaire, dépression, trouble de comportement, etc.), et près de 1 sur 10 (8,2 %) un second diagnostic de maladie mentale ou un autre trouble associé (toxicomanie, anxiété, etc.). Trois types de crise ressortent : suicidaire, psychotique et relationnelle (respectivement 23,4 %, 18,5 % et 16,6 %). Près de 1 usager sur 2 (45,7 %) a des idées suicidaires, et près de 1 sur 10 (9,1 %) a des idées homicidaires. Les éléments déclencheurs appartiennent, pour près de 2 usagers sur 3 (63,3 %), tant de PECH que du CCQ, à la catégorie *autre*, ce qui reflète une multitude de situations très difficiles à regrouper (ex. : hallucination-délire, fraude-cambriolage, voie de faits, violence, abus sexuel, querelle, etc.), et un peu plus de 1 usager sur 5 (21,1 %) relie l'élément déclencheur à une perte, qu'elle soit humaine (séparation, décès, etc.), matérielle, financière ou physique (voir les tableaux 11 à 14 de l'annexe 3)².

Les intervenants de PECH et du CCQ évaluent le degré de dangerosité comme « non grave et non immédiat » chez plus de 1 usager sur 2 (58,5 %), comme « grave mais non immédiat » chez près de 2 usagers sur 5 (17,5 %), et comme « grave et

1. Âge moyen : calcul basé sur les données des six derniers mois d'implantation.

2. Dans ce paragraphe, les résultats qui se rapportent aux variables problème de santé mentale, type de crise, élément déclencheur, idées suicidaires et homicidaires doivent être considérés « avec réserve », car les intervenants peuvent avoir interprétés différemment la façon d'y répondre.

immédiat » chez plus de 1 usager sur 5 (22,8 %). Cependant, l'article 8 de la Loi n'a été appliqué que pour 39 des 829 demandes (4,7 %). Les données montrent que les policiers ont dû appliquer l'article 8 quatre fois plus souvent aux usagers du CCQ qu'à ceux de PECH (8,8 % contre 2 %) (voir le tableau 15 de l'annexe 3).

Tableau 4 : Synthèse sur la clientèle et l'évaluation du danger – PECH et CCQ

Variables	Nb*	%
Profil sociodémographique		
• Femme	423/830	51,0
• Entre 25 et 54 ans – âge moyen de 40,7 ans	584/795	73,5
• Célibataire	458/803	57,0
• Vit seul	475/815	58,3
• Prestataire de l'aide sociale	434/744	58,3
• Existence d'un réseau social	642/768	83,6
• Réseau social limité, non satisfaisant	438/552	79,3
○ PECH	99/133	74,4
○ CCQ	52/76	68,4
Profil de santé		
• Problème de santé mentale		
○ aucun	86/354	24,3
○ 1 problème	231/354	65,2
• Principaux problèmes de santé mentale		
○ schizophrénie	51/163	14,4
○ dépression	40/163	11,3
○ trouble de personnalité limite	35/163	9,9
• Type de crise		
○ anxieuse, relationnelle, d'adaptation et psychotique (PECH)	195/228	85,5
○ suicidaire, psychotique et relationnelle (CCQ)	92/157	58,5
• Élément déclencheur : perte humaine, matérielle, financière ou physique	80/379	21,1
• Idées suicidaires		
○ PECH	76/230	33,0
○ CCQ	70/153	45,7
• Idées homicidaires		
○ PECH	15/230	6,5
○ CCQ	14/154	9,1
Évaluation du danger		
• Danger « non grave et non immédiat »	485/829	58,5
• Danger « grave et non immédiat »	145/829	17,5
• Danger « grave et immédiat »	189/829	22,8
• Application de l'article 8 de la Loi	39/829	4,7

* Le dénominateur est indiqué, car les données manquantes ont été exclues des calculs.

Plus des trois quarts des **interventions** (76,3 %) se déroulent au domicile des usagers et près de 9 usagers sur 10 (86,6 %) consentent à l'intervention, une plus grande proportion étant constatée chez ceux rencontrés par PECH (92,2 % contre 78,1 %). La durée de l'intervention se situe entre 60 et 120 minutes pour près de 2 usagers sur 3 (59,8 %), avec une durée moyenne¹ de 95 minutes pour PECH et de

1. Durée moyenne : calcul basé sur les données des six derniers mois d'implantation.

79 minutes pour le CCQ (voir le tableau 16 de l'annexe 3). En ce qui concerne les demandes venant de PECH, les policiers sont présents dans plus de 3 cas sur 4 (76,6 %) avec une durée de moins de 30 minutes pour 9 situations sur 10 (90,3 %), dont près des deux tiers (62,2 %) se situent entre 10 et 19 minutes. En ce qui concerne les demandes venant du CCQ, les policiers ont été appelés 1 fois sur 5 (20,1 %) et sont demeurés sur place plus de 30 minutes pour près des deux tiers des cas (62,9 %), dont un peu plus de 1 sur 4 (27,4 %) dépassant les 50 minutes (voir le tableau 17 de l'annexe 3).

L'**offre de service** proposée aux usagers évalués consiste le plus souvent en une orientation (70,5 %), laquelle est acceptée neuf fois sur dix (91,2 %)¹, en un accompagnement à l'urgence physique d'un hôpital (25,1 %), lequel est accepté huit fois sur dix (83,8 %), et plus rarement (4,4 %), en ces deux types de services (voir le tableau 18 de l'annexe 3). Une proportion importante des orientations se rapportent aux services offerts par les mandataires eux-mêmes (PECH = 44,2 %; CCQ = 68,2 %)². Sinon, les orientations se rapportent aux CLSC (respectivement 22,1 % et 14,2 %) et aux organismes communautaires (respectivement 16,6 % et 8 %) (voir le tableau 19 de l'annexe 3).

Les intervenants du CCQ offraient un soutien professionnel aux partenaires qui orientent vers cet organisme; c'est ainsi qu'un peu plus de 1 partenaire sur 3 (36,3 %) ayant eu recours au CCQ a pu bénéficier de ce service (voir le tableau 20 de l'annexe 3).

L'**accompagnement à l'urgence physique d'un hôpital** est accepté par 7 usagers sur 10 (70,4 %); ceux de PECH sont beaucoup plus nombreux à l'accepter que ceux du CCQ (respectivement 87,8 % et 49,2 %). Les usagers sont conduits en majorité (68,1 %) à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA) et, dans une moindre mesure (13,3 %), au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). La durée d'attente dans les urgences physiques des hôpitaux est de moins de 30 minutes pour près de 3 usagers sur 4 (70 %), plus souvent pour les usagers accompagnés par PECH (81,1 %) que pour ceux accompagnés par le CCQ (50 %) (voir le tableau 21 de l'annexe 3). Les policiers ne sont présents que dans 1 cas sur 4 (27,7 %), et la durée de leur présence à l'urgence physique ne dépasse pas 20 minutes dans 82,2 % des cas (voir le tableau 22 de l'annexe 3).

1. Information disponible uniquement pour les six derniers mois d'implantation.
2. Information disponible uniquement pour les six derniers mois d'implantation.

Tableau 5 : Synthèse sur l'intervention et l'offre de service – PECH et CCQ

Variables	Nb*	%
Intervention		
• À domicile	636/834	76,3
• Consentement à l'intervention	713/823	86,6
• Durée de l'intervention : entre 60 et 120 minutes	492/823	59,8
○ durée moyenne PECH : 95 minutes		
○ durée moyenne CCQ : 79 minutes		
• Présence des policiers (PECH)	384/501	76,6
○ temps de présence : moins de 30 minutes	347/384	90,3
• Présence des policiers (CCQ)	65/323	20,1
○ temps de présence : plus de 30 minutes	39/62	62,9
Offre de service		
• Orientation : vers les services offerts par les mandataires ou les partenaires	579/821	70,5
• Accompagnement à l'urgence physique d'un hôpital	206/821	25,1
• Principal hôpital		
○ Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA	77/113	68,1
• Durée d'attente dans les urgences physiques des hôpitaux : moins de 30 minutes	75/107	70,0
• Présence des policiers	31/112	27,7
○ temps de présence : moins de 20 minutes	23/28	82,2

* Le dénominateur est indiqué, car les données manquantes ont été exclues des calculs.

Tableau 6 : Points saillants – PECH ET CCQ

POINTS SAILLANTS
Demande <ul style="list-style-type: none">• Demandes : 834 réparties entre PECH (60,1 %) et CCQ (39,9 %)• Demandeurs : PECH (police municipale) et CCQ (proche, tierces personnes et partenaires)• Arrondissements : concentration autour de La Cité, Limoilou, Des Rivières et Charlesbourg• Répartition de la demande sur les trois quarts de travail• Délai moyen de réponse : PECH, 19,8 minutes; CCQ, 38,1 minutes• Délai moyen de réponse des policiers aux demandes du CCQ : 14 minutes• Première utilisation du service : presque 9 usagers sur 10
Clientèle rejointe <ul style="list-style-type: none">• Données sociodémographiques : autant d'hommes que de femmes, âge moyen de 40,7 ans, célibataires ou divorcés, vivant seuls ou avec d'autres adultes, et prestataires d'aide sociale• Réseau social : limité et insatisfaisant
Évaluation <ul style="list-style-type: none">• Problème de santé mentale : 2 usagers sur 3• Problème de santé mentale associé à un autre problème de santé mentale ou problématique psychosociale : 1 usager sur 3• Idées suicidaires : 4 usagers sur 10• Idées homicidaires : PECH, 6,5 %; CCQ, 9,1 %• Danger évalué comme « grave et immédiat » avec application de l'article 8 : 39/ 829 (4,7 %)
Intervention réalisée <ul style="list-style-type: none">• Type d'intervention : à domicile• Consentement à l'intervention : 9 usagers sur 10• Durée moyenne de l'intervention : PECH, 95 minutes; CCQ, 79 minutes• Présence des policiers :<ul style="list-style-type: none">○ auprès des usagers de PECH : 3 demandes sur 4; durée de leur présence = moins de 30 minutes pour 9 usagers sur 10○ auprès des usagers du CCQ : 1 demande sur 5; durée de leur présence = plus de 30 minutes pour plus de 6 usagers sur 10• Offre de service :<ul style="list-style-type: none">○ 3 usagers sur 4 orientés vers les services des mandataires ou d'autres services○ 1 usager sur 4 accompagné à l'urgence physique d'un hôpital
Accompagnement à l'urgence physique d'un hôpital <ul style="list-style-type: none">• Acceptation de l'accompagnement : 7 usagers sur 10• Principal hôpital : Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA• Durée d'attente : moins de 30 minutes pour près de 3 usagers sur 4• Présence des policiers à l'urgence : 1 cas sur 4; durée de la présence = moins de 20 minutes pour plus de 8 policiers sur 10

4.2 DEMANDE DE SERVICES, CLIENTÈLE, INTERVENTION ET OFFRE DE SERVICE DU CPSQ

Avant de présenter les données quantitatives venant du CPSQ, il convient de rappeler les différences dans le recueil des données. Au-delà du fait que les intervenants du CPSQ utilisaient la même grille de collecte de données que les organismes mandataires, trois points importants sont à signaler :

1. la durée de la collecte de données : quinze mois pour les organismes mandataires et six mois pour le CPSQ;
2. la collecte de données : les intervenants des organismes mandataires se déplaçaient dans le milieu naturel de l'utilisateur afin d'évaluer la situation tandis que ceux du CPSQ évaluaient la situation à partir d'une intervention téléphonique. Par conséquent, l'information relative à certaines variables de la grille de collecte de données n'a pu être recueillie;
3. la gravité et l'immédiateté du danger : les intervenants des organismes mandataires inscrivaient cette information à la **fin** de leur intervention, tandis que ceux du CPSQ l'inscrivaient au **début** de la prise d'appel.

De janvier à juin 2003 (six mois), le CPSQ a rempli 205 grilles de collecte de données, lesquelles ont permis de décrire les demandes de services, la clientèle, l'intervention et, l'offre de service.

Les **demandes** viennent de la personne elle-même pour 2 usagers sur 3 (65,4 %), et des proches-tiers personnes pour le quart (25,8 %). Les principaux arrondissements sont ceux de Sainte-Foy-Sillery (18,5%), de La Cité (15%) et Beauport(14,5 %). Les demandes se répartissent sur les trois quarts de travail, de la façon suivante : 46,8 % pour le soir/nuit, 31,7 % la fin de semaine (et particulièrement le soir/nuit, où sont faites 75,4 % de ces demandes) et 21,5 % le jour (voir les tableaux 1 à 3 de l'annexe 4).

La **clientèle** du CPSQ a un profil assez semblable à celui des usagers de PECH et du CCQ : autant d'hommes que de femmes (respectivement 49,3 % et 50,7 %); principales catégories d'âge entre 25 et 54 ans (77,6 %) avec un âge moyen, légèrement plus jeune, de 37,9 ans; plus de 1 usager sur 2 (54,1 %) est célibataire et près de 1 sur 4 (24,9 %) est séparé ou divorcé; près de la moitié (48,6 %) vivent seuls; plus du tiers des usagers (36,2 %) sont prestataires de l'aide sociale. Plus de 8 usagers sur 10 (86,2%) ont un réseau social qu'ils qualifient majoritairement de limité (93,5 %) et de non satisfaisant (68,1 %). Ils ont des idées homicidaires dans une proportion de 4,2 %. Pour près de 9 usagers sur 10 (89,4 %), l'élément déclencheur de la crise appartient à la catégorie perte, qu'elle soit humaine, matérielle, financière ou physique (voir les tableaux 4 à 7 de l'annexe 4). Étant donné que les intervenants du CPSQ notaient le degré de dangerosité au début de la prise d'appel, il est impossible de connaître le nombre de demandes associées à un danger « grave et immédiat ». Cependant, l'analyse des données montre la présence de policiers et une orientation vers une urgence physique hospitalière

pour 21 demandes (10,2 %), ce qui permet de croire que l'article 8 de la Loi aurait pu s'appliquer à certains de ces cas.

Le **type d'intervention** retenu par le CPSQ est l'intervention téléphonique (96,1 %), qui dure moins de 30 minutes pour plus de 1 usager sur 2 (58,1 %), la durée moyenne étant de 31,7 minutes (voir le tableau 8 de l'annexe 4).

L'**offre de service** proposée aux usagers est majoritairement une orientation (89,7 %). Le tiers des orientations, soit 32,2 %, sont faites vers les services offerts par le CPSQ (voir les tableaux 10 et 11 de l'annexe 4).

Tableau 7 : Synthèse sur les demandes de services, la clientèle, l'intervention et l'offre de service - CPSQ

Variables	Nb*	%
Demande		
• Origine		
○ personne elle-même	134/205	65,4
○ proche-tiers personnes	53/205	25,8
• Arrondissements		
○ Sainte-Foy-Sillery	32/173	18,5
○ La Cité	26/173	15,0
○ Beauport	25/173	14,5
• Quart de travail		
○ jour	44/205	21,5
○ soir/nuit	96/205	46,8
○ fin de semaine	65/205	31,7
Profil sociodémographique		
• Femme	104/205	50,7
• Entre 25 et 54 ans – âge moyen de 37,9 ans	132/170	77,6
• Célibataire	98/181	54,1
• Vit seul	86/177	48,6
• Prestataire de l'aide sociale	46/127	36,2
• Existence d'un réseau social	131/152	86,2
• Réseau social limité, non satisfaisant	79/116	68,1
Évaluation		
• Élément déclencheur : perte humaine, matérielle, financière ou physique	161/180	89,4
• Idées homicidaires	6/144	4,2
Intervention		
• Intervention téléphonique	197/205	96,1
• Intervention d'une durée de moins de 30 minutes	118/203	58,1
○ durée moyenne : 31,7 minutes		
Offre de service		
• Orientation	182/203	89,7

* Le dénominateur est indiqué, car les données manquantes ont été exclues des calculs.

4.3 PERCEPTION DES PRINCIPAUX ACTEURS AU REGARD DU FONCTIONNEMENT DU MODÈLE

Les données sur le fonctionnement du modèle d'organisation de services ont été recueillies à partir de la **perception** des gestionnaires et des intervenants des organismes mandataires (PECH et CCQ) et des gestionnaires des organismes communautaires (La Boussole et Le Cercle Polaire). Les points suivants ont été abordés : les trajectoires de services, la clientèle, le type d'intervention, la grille de collecte de données, la collaboration avec les partenaires et les activités d'information et de formation offertes aux partenaires.

Les **trajectoires de services** dévolues à chacun des organismes mandataires ont été implantées telles que prévues. Les organismes communautaires travaillant auprès des proches ont souligné qu'elles étaient simples, claires et précises.

La **clientèle rejointe** correspond elle aussi à celle prévue. Les gestionnaires des organismes mandataires s'étonnent de ce que sur l'ensemble des clients desservis, un aussi faible pourcentage d'entre eux aient été connus de leur service; ils estiment cette proportion entre 5 % et 10 % de leur clientèle. Des intervenants de PECH constatent par ailleurs que le nombre d'utilisateurs vivant des crises psychosociales, sans problème de santé mentale, ou ayant des problèmes de toxicomanie est en augmentation.

Le **type d'intervention** retenu (dans le milieu naturel de l'utilisateur) fait l'unanimité auprès des acteurs interrogés sur ce point. Il est considéré comme essentiel parce qu'il assure les utilisateurs et les familles d'un meilleur accès au service, contribue à réduire leur sentiment d'exclusion et les amène à se sentir davantage en confiance. Ce type d'intervention est décrit comme plus « humain ». Les intervenants des organismes mandataires font valoir qu'il facilite l'observation de la réalité, qu'il permet une meilleure évaluation des facteurs de risque et des causes reliés à la crise ainsi que la collecte d'information privilégiée auprès des proches. Certains de ces intervenants soulignent toutefois que parce qu'ils ont peu d'information sur l'utilisateur (ex. : celui-ci a-t-il un dossier judiciaire ?) et son environnement, l'intervention à domicile comporte pour eux toujours un risque.

La **grille de collecte de données**, modifiée au cours de la phase *préparatoire*, fait l'unanimité auprès des intervenants des organismes mandataires. Selon eux, elle est facile et rapide à remplir (cocher les réponses), et les variables retenues permettent de dresser rapidement un portrait de la situation de l'utilisateur. Des modifications sont cependant suggérées. Ainsi :

- des intervenants s'interrogent sur la pertinence de conserver les variables pour lesquelles l'information est difficile à documenter (ex. : sources de revenus, satisfaction à l'égard du réseau social, etc.);
- certaines variables devraient être mieux définies afin d'éviter les interprétations possibles de la part des intervenants;
- des intervenants de PECH souhaiteraient que des espaces soient ajoutés à la grille afin de pouvoir nuancer certaines informations;

- des intervenants du CCQ souhaiteraient une amélioration de la section *intervention* afin que celle-ci reflète davantage l'ensemble des actions réalisées.

Quant aux gestionnaires des organismes mandataires, ils soulignent que cette grille est bien acceptée par leurs intervenants et qu'elle devrait être officialisée comme système de monitoring, en autant que les commentaires émis de part et d'autre soient pris en compte.

La **collaboration avec les partenaires** est un élément central dans l'opérationnalisation du modèle. C'est pourquoi la présente évaluation traite du point de vue des intervenants et des gestionnaires des organismes mandataires (PECH et CCQ) quant aux rapports avec les policiers, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires et les ambulanciers. Le point de vue des gestionnaires des organismes communautaires qui offrent des services aux familles et aux proches des personnes souffrant de maladie mentale (La Boussole et Le Cercle Polaire) a également été recueilli afin de connaître leur perception quant à la collaboration des organismes mandataires.

➤ POINT DE VUE DES INTERVENANTS DES ORGANISMES MANDATAIRES

La collaboration avec les **policiers** est perçue, globalement, comme positive. De façon générale, ils connaissent bien la Loi et le rôle des intervenants, et reconnaissent l'expertise de ces derniers; il n'empêche que certains policiers ignorent cette loi et ne savent pas s'ils peuvent se fier à l'évaluation des intervenants de PECH et du CCQ. Deux problèmes principaux sont évoqués. L'un se rapporte aux attentes des policiers : certains d'entre eux s'attendent à ce que des solutions soient trouvées rapidement et qu'ainsi, ils puissent être libérés promptement afin de répondre à d'autres appels d'urgence, ce qui n'est pas toujours le cas. L'autre se rapporte aux approches. Celle des intervenants consiste à écouter, à concilier, à rassurer afin de désamorcer la crise et d'éviter l'hospitalisation, ce qui réclame du temps, tandis que celle des policiers consiste plutôt à intervenir rapidement; ces deux approches peuvent parfois s'opposer, ce qui entraîne certaines frictions. Des intervenants de PECH ont relevé des problèmes de communication et des intervenants du CCQ des délais de réponse parfois longs, selon l'arrondissement de l'utilisateur.

Sur la collaboration avec les **CLSC**, les intervenants ont un avis mitigé. En effet, certains disent n'avoir aucune difficulté tandis que d'autres en relèvent plusieurs, telles que : difficulté à joindre les professionnels, retours d'appels qui tardent, demandes pour que l'utilisateur appelle lui-même au CLSC et refus d'orientations pour diverses raisons (liste d'attente, réticence envers un client qui a des problèmes judiciaires, etc.). Cependant, les intervenants soulignent une certaine ouverture de la part des CLSC et estiment qu'avec le temps, ce service étant nouveau, un partenariat saura se développer au fur et à mesure que des protocoles seront mis en place.

La collaboration avec les **urgences hospitalières physiques** est généralement perçue comme bonne, bien que des obstacles demeurent. Ainsi le temps d'attente, que les intervenants trouvent souvent long, constitue pour eux un problème. La méconnaissance, de la part du personnel, des responsabilités et des rôles confiés à PECH et au CCQ dans le cadre de la Loi fait que ces milieux n'accordent pas de crédibilité aux organismes mandataires ou ne les prennent pas au sérieux. Quant à la collaboration avec l'**urgence hospitalière psychiatrique** de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHA), elle est perçue comme très bonne.

Les rapports avec les **organismes communautaires** donnent lieu à des commentaires partagés, selon l'organisme. La collaboration avec La Boussole est perçue comme très bonne, et les intervenants estiment que les familles et les proches obtiennent rapidement le soutien nécessaire; une réserve, relative au fait que le service de soir et de fin de semaine est peu développé, est cependant émise par un intervenant de PECH. Les intervenants disent recourir très rarement aux services du Cercle Polaire mais lorsqu'ils le font, la collaboration avec l'organisme est bonne. De même, les intervenants ont peu de liens avec le CPSQ; ceux qui en ont eu émettent toutefois des commentaires mitigés. La collaboration, jugée bonne par certains, pourrait être améliorée selon d'autres qui ressentent, parfois, que chacun « travaille sur son propre terrain ». Enfin, un intervenant de PECH s'interroge sur le chevauchement potentiel de services lorsque le CPSQ communique avec les policiers.

La collaboration avec les **ambulanciers** est variable, et qualifiée uniquement par les intervenants du CCQ. Si d'aucuns ont eu de bonnes expériences, d'autres relèvent que des ambulanciers ne semblent pas les prendre au sérieux et même, veulent carrément refaire leur évaluation, une attitude que l'intervenant comme l'usager ont du mal à accepter.

➤ POINT DE VUE DES GESTIONNAIRES DES ORGANISMES MANDATAIRES

Les gestionnaires de **PECH** ne relèvent aucun problème avec les policiers, les urgences hospitalières physiques et psychiatrique et les organismes communautaires. Ils déplorent cependant le peu de contacts avec les CLSC et souhaitent les développer davantage. Les gestionnaires du **CCQ** soulignent que certains policiers appellent les ambulanciers avant même l'arrivée des intervenants, alors que ce recours aurait pu être évité si les policiers avaient attendu leur évaluation. La diversité des protocoles instaurés par les CLSC complique l'arrimage avec chacun d'eux. Les gestionnaires du **CCQ** n'éprouvent aucun problème avec l'urgence hospitalière psychiatrique, mais en dénombrent quelques-uns avec les urgences hospitalières physiques, tels que : l'accessibilité à l'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ), le fait que le CHUQ souhaite que les demandes soient transférées à cet hôpital et la non-reconnaissance de la qualité du travail des intervenants de l'organisme. En outre, ils s'étonnent du faible nombre d'orientations venant des organismes communautaires.

➤ **POINT DE VUE DES GESTIONNAIRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
QUI OFFRENT DES SERVICES AUX FAMILLES ET AUX PROCHES**

Les gestionnaires des **organismes communautaires** La Boussole et Le Cercle Polaire ne signalent aucun problème de collaboration avec les organismes mandataires. Ils considèrent que la réponse est rapide et efficace, et que les intervenants ont l'expertise requise. Cependant, ils s'interrogent sur le nombre d'orientations qui leur sont faites et soupçonnent que leurs services sont sous-utilisés. Enfin, La Boussole constate que l'implantation du service a changé ses relations avec le CCQ, celles-ci passant d'un rapport de *négociation* à un rapport d'*intervention*.

ACTIVITÉS D'INFORMATION ET DE FORMATION

Les partenaires ont bénéficié d'**activités d'information et de formation** nombreuses et variées. En ce qui a trait aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux (CLSC et centres de santé) et aux organismes communautaires provenant du Québec métropolitain, 251 personnes ont été rejointes entre mars et mai 2003. Les activités réalisées étaient soit des rencontres d'information de trois heures, soit des journées de formation de sept heures. Pour les territoires de Charlevoix et de Portneuf, au cours de la même période, respectivement 66 et 24 personnes ont été soit informées, soit formées. De la formation a également été offerte à quatorze personnes rattachées au Centre local d'emploi. L'équipe de formation a enfin rencontré les représentants des tables territoriales de la région de Québec. Ces personnes se sont dites grandement satisfaites; elles ont apprécié le fait d'obtenir des clarifications sur la Loi et le caractère concret des rencontres.

PECH a pour sa part formé plus de 600 policiers municipaux et une vingtaine de chefs d'équipe de la Sûreté du Québec, lesquels servaient d'agents multiplicateurs auprès de leurs membres. Cette formation avait pour but de sensibiliser les policiers à la Loi et aux phénomènes de crises, et ceux qui l'ont reçue se sont dits très satisfaits du contenu présenté.

**Tableau 8 : Points saillants sur le fonctionnement
du modèle d'organisation de services**

POINTS SAILLANTS
<p>Trajectoires de services</p> <ul style="list-style-type: none">• Implantées telles que prévues• Qualifiées de simples, claires et précises
<p>Clientèle rejointe</p> <ul style="list-style-type: none">• Correspond à celle prévue• Majoritairement non connue des services des organismes mandataires• Certains intervenants de PECH constatent une augmentation du nombre d'usagers sans problème de santé mentale qui vivent des crises psychosociales et du nombre de toxicomanes
<p>Type d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none">• Intervention dans le milieu de vie de l'utilisateur à maintenir• Permet, aux usagers et aux familles, d'avoir davantage accès aux services, de diminuer leur sentiment d'exclusion et de se sentir davantage en confiance• Permet aux intervenants d'observer la réalité, d'améliorer l'évaluation des facteurs de risque et des causes reliés à la crise, et de recueillir une information privilégiée auprès des proches
<p>Grille de collecte de données</p> <ul style="list-style-type: none">• Facile et rapide à remplir• Permet de brosser rapidement un portrait de l'utilisateur• Deux réserves principales : la collecte d'information sur un certain nombre de variables est difficile, et d'autres devraient être mieux définies afin d'éviter des interprétations possibles
<p>Collaboration avec les partenaires</p> <p><u>Point de vue des intervenants des organismes mandataires</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Avec les policiers :<ul style="list-style-type: none">○ collaboration jugée positive de façon générale○ deux problèmes évoqués : les policiers s'attendent à ce que les intervenants trouvent des solutions rapidement, ce qui n'est pas toujours le cas; les différences d'approches entre intervenants et policiers peuvent causer des frictions• Avec les CLSC :<ul style="list-style-type: none">○ aucune difficulté pour certains intervenants et des difficultés pour d'autres, telles que : difficulté à joindre les professionnels, retours d'appels qui tardent, demandes que l'utilisateur appelle lui-même, etc.• Avec les urgences hospitalières physiques :<ul style="list-style-type: none">○ collaboration généralement bonne○ deux réserves : le temps d'attente parfois long et la méconnaissance, de la part du personnel, des mandats et des rôles confiés à PECH et au CCQ• Avec l'urgence hospitalière psychiatrique :<ul style="list-style-type: none">○ aucun problème• Avec les organismes communautaires :<ul style="list-style-type: none">○ pas de problèmes majeurs• Avec les services ambulanciers :<ul style="list-style-type: none">○ aucune difficulté pour certains intervenants et des difficultés pour d'autres, telles que : évaluations faites de nouveau par les ambulanciers, ne pas être pris au sérieux

**Tableau 8 : Points saillants sur le fonctionnement
du modèle d'organisation de services
(suite)**

POINTS SAILLANTS (suite)
<p>Collaboration avec les partenaires (suite)</p> <p><u>Point de vue des gestionnaires des organismes mandataires</u></p> <ul style="list-style-type: none">• PECH et le CCQ ne relèvent pas de problèmes importants avec les partenaires, sauf avec les CLSC <p><u>Point de vue des organismes communautaires qui offrent des services aux familles et aux proches</u></p> <ul style="list-style-type: none">• La Boussole et Le Cercle Polaire ne relèvent aucun problème de collaboration avec les organismes mandataires <p>Activités d'information et de formation</p> <ul style="list-style-type: none">• Séances d'information ou de formation offertes :<ul style="list-style-type: none">○ à 251 personnes issues des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires du Québec métropolitain○ à 90 personnes des territoires de Charlevoix et de Portneuf○ à 600 policiers municipaux et à 20 chefs d'équipe de la Sûreté du Québec

CHAPITRE 5

APPRÉCIATION DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES ET DE L'UTILITÉ DES SERVICES

L'information sur *l'appréciation du modèle d'organisation de services* a été recueillie à partir de la perception des intervenants et des gestionnaires des organismes mandataires (PECH et CCQ) et des gestionnaires des organismes communautaires (La Boussole, Le Cercle Polaire et le CPSQ). L'information sur *l'appréciation du service et de son utilité* a été recueillie à partir de la perception des usagers, des familles, des policiers, des intervenants et des gestionnaires des organismes mandataires et des gestionnaires des organismes communautaires.

5.1 APPRÉCIATION DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES

➤ POINT DE VUE DES INTERVENANTS ET DES GESTIONNAIRES DES ORGANISMES MANDATAIRES ET DES GESTIONNAIRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Tous les acteurs en cause sont satisfaits du modèle d'organisation de services, croient en son avenir et souhaitent son maintien. Les *intervenants des organismes mandataires* font ressortir plus particulièrement l'accessibilité aux services 24/7, la rapidité et la complémentarité des services, le soutien aux usagers et aux familles et le suivi post crise. La majorité des intervenants et des gestionnaires des organismes mandataires soulignent toutefois que dans la mesure où le nombre de demandes risque de continuer à augmenter, la pérennité du modèle sera difficile à assurer sans l'ajout de ressources humaines. La seule perspective de créer une liste d'attente est par ailleurs inconcevable pour des organismes qui doivent répondre à des personnes en situation de crise.

Intervenants et gestionnaires font état d'autres difficultés qui ne sont pas liées directement au modèle. Des *intervenants de PECH* constatent ainsi : 1) que leur formation ne leur permet pas toujours de faire face à la diversité des problèmes des usagers; 2) que le manque d'accessibilité à certaines ressources ne permet pas d'assurer un suivi répondant aux besoins de l'utilisateur; 3) que l'organisation du travail peut parfois devenir « lourde » (ex. : outre son suivi communautaire, l'intervenant de jour doit assumer la garde, ce qui peut diminuer son efficacité et augmenter son niveau de stress). Les difficultés relevées par les *gestionnaires du CCQ* se rapportent à l'organisation du travail, plus précisément : 1) la précarité des ressources humaines, qui fragilise l'équipe mobile, par un roulement de personnel potentiellement plus important; 2) les arrimages à faire entre l'équipe de base du CCQ et l'équipe mobile. Les *gestionnaires de La Boussole* et du *Cercle Polaire*, qui offrent des services aux familles et aux proches des usagers, souhaiteraient s'assurer que le CCQ orientent ces personnes, si nécessaire, vers leurs services, ce dont ils doutent.

➤ **POINT DE VUE DES GESTIONNAIRES DU CPSQ**

Les **gestionnaires du CPSQ** ont une autre perception du modèle. L'intervention dans le milieu naturel leur apparaît pertinente pour les usagers dont le degré de dangerosité est « grave et immédiat », mais ils se demandent si une étape de « filtrage » ne devrait pas être ajoutée afin de s'assurer de la nécessité de chacun des déplacements effectués. L'implantation du modèle a par ailleurs mis en lumière, selon eux, des difficultés déjà présentes ou engendrées par cette implantation, soit :

- une certaine confusion quant au rôle du CPSQ, introduite au moment des formations offertes aux partenaires, car on les a alors informés que PECH et le CCQ étaient mandatés pour répondre à toutes les crises psychosociales, y compris les crises suicidaires. Des partenaires (dont les policiers) se sont alors demandé s'ils pouvaient encore interpellier le CPSQ pour les crises suicidaires;
- la confusion de certaines personnes qui, en raison de l'arrivée de « nouveaux » mandataires, ne savent plus à qui s'adresser pour recevoir des services;
- le risque que les trois organismes régionaux consacrent davantage d'énergie à la façon de s'entendre entre eux plutôt qu'à l'offre de service aux usagers; ainsi, de souligner le CPSQ à titre d'exemple, au moment de l'élaboration d'un programme de formation sur l'intervention de crise suicidaire à l'intention des médecins, il est apparu nécessaire que le CPSQ et le CCQ participent tous deux à la formation.

5.2 APPRÉCIATION DU SERVICE ET DE SON UTILITÉ

Les données sur l'appréciation du service et de son utilité ont été recueillies à partir des usagers qui ont reçu des services de PECH et du CCQ, des familles qui ont eu recours au CCQ, des policiers qui ont interpellé PECH, des intervenants et des gestionnaires des organismes mandataires et des gestionnaires des organismes communautaires¹.

➤ **POINT DE VUE DES USAGERS ET DES FAMILLES**

Le point de vue des **usagers** de PECH et du CCQ a été sollicité pour les trois volets suivants : 1) les interventions effectuées par les intervenants (l'approche); 2) la satisfaction quant à l'aide apportée et à son utilité; 3) l'approche du personnel des urgences hospitalières physiques et psychiatrique, et la satisfaction à l'égard des services qui y ont été reçus. Le point de vue des **familles** qui ont fait une demande au CCQ se rapporte uniquement aux deux premiers volets.

1. Le nombre de personnes rejointes apparaît au tableau 2 de la p. 31.

Les résultats relatifs aux **interventions effectuées par les intervenants** découlent d'une vingtaine d'énoncés proposés aux usagers et aux familles (voir l'annexe 1, « Questionnaire aux usagers et aux familles »), pour lesquels ils devaient répondre « être ou non en accord ». L'analyse des données montre qu'ils sont majoritairement « en accord »¹ avec les énoncés proposés. Les **usagers** et les **familles** soulignent que les services offerts leur ont permis de diminuer l'intensité de la crise et d'envisager des solutions. Ils estiment avoir été respectés, compris, soutenus, apaisés et sécurisés par les intervenants. Ils relèvent également que les intervenants ont pris le temps de bien comprendre ce qu'ils vivaient, de les informer, soit de leur propre état de santé dans le cas des usagers, soit de l'état de santé de la personne dont s'occupait la famille. Les solutions qui leur ont été proposées leur convenaient; ils ont été orientés vers d'autres ressources et ont été informés de l'existence des services en rapport avec leur situation. Les intervenants de PECH comme ceux du CCQ ont suggéré aux **usagers** de faire appel à leur famille, lorsque ceux-ci en avaient une. La majorité des **usagers** de PECH et du CCQ (respectivement 72,2 % et 57,7 %) disent toutefois ne pas avoir été informés de leurs droits. Les deux organismes mandataires expliquent ces taux de réponse par le fait que les droits des usagers sont invoqués uniquement lorsque ceux-ci refusent les services et doivent être dirigés vers l'urgence hospitalière physique. Enfin, les **usagers** et les **familles** ayant eu recours au CCQ précisent que la réponse à la demande d'aide a été rapide (voir les tableaux 1 à 3 des annexes 5 et 6).

La quasi-totalité des **usagers** ayant reçu des services des organismes mandataires sont **très satisfaits** de l'aide apportée (PECH = 100 %; CCQ = 93,7 %) et la trouvent **utile** (PECH et CCQ : 100 %). De façon plus particulière, en ce qui concerne les services du CCQ, la totalité des **familles**, s'en disent satisfaites et les trouvent utiles (voir les tableaux 4 et 5 des annexes 5 et 6). Les **usagers** précisent quant à eux que cet organisme leur a apporté l'aide, l'écoute, la sécurité et le soutien dont ils avaient besoin. Tant les **usagers** que les **familles** suggéreraient à leur entourage de faire appel à ce service dans une situation similaire à la leur. Les principales raisons invoquées sont : la compétence et les connaissances des intervenants, l'écoute, le soutien et la rapidité de la réponse à la demande (voir le tableau 5 des annexes 5 et 6). En ce qui concerne PECH, un certain nombre d'usagers précisent que sans ce service, ils auraient été arrêtés; ils ont trouvé « rassurante » la présence des intervenants dans l'ambulance, qui leur a du reste évité d'être attachés. Quant aux **familles**, ce service leur a permis d'être soutenues, de gérer et de désamorcer la crise, d'orienter l'utilisateur vers les bons services, en plus de correspondre à leurs besoins.

Pour le point de vue des **usagers** de PECH comme du CCQ sur les services reçus dans les **urgences hospitalières physiques et psychiatrique**, les énoncés visaient autant l'approche que la satisfaction. Ces usagers (n = 25) considèrent que le temps d'attente et l'approche du médecin sont adéquats. L'énoncé portant sur le sentiment d'avoir été traité avec dignité et respect montre toutefois qu'à cet égard, la perception des usagers diffère d'un mandataire à l'autre quant à l'urgence hospitalière psychiatrique. En effet, presque deux fois moins d'usagers du CCQ

1. Proportions variant entre 74,3 % et 100 % pour les usagers de PECH; entre 53,3 % et 100 % pour les usagers du CCQ; entre 88,2 % et 100 % pour les familles qui ont interpellé le CCQ.

sont en accord avec cet énoncé (CCQ = 57,1 %; PECH = 100 %). Ils se disent néanmoins satisfaits des services reçus tant à l'urgence hospitalière physique que psychiatrique. Enfin, la présence des intervenants de PECH et du CCQ leur est apparue sécurisante (voir les tableaux 6 et 7 des annexes 5 et 6).

➤ POINT DE VUE DES POLICIERS SUR LES SERVICES DE PECH

Il convient d'abord de préciser que 40 policiers ont répondu au questionnaire et que dans une proportion de plus de 9 sur 10, ils ont affirmé connaître la façon de contacter PECH et le rôle de l'organisme dans le cadre de l'application de l'article 8 de la Loi (voir le tableau 1 de l'annexe 7).

La totalité des **policiers** se disent satisfaits de l'offre de service de PECH. Ils considèrent comme adéquats le délai de réponse entre l'appel et l'arrivée des intervenants, de même que la disponibilité et l'efficacité (expertise) de ces derniers. En outre, la mobilité des intervenants leur apparaît comme un facteur facilitant dans les situations de crise. Ils estiment que les interventions de PECH permettent de désamorcer la crise, de trouver des solutions de remplacement à l'urgence et d'obtenir le consentement de l'utilisateur si son état nécessite qu'il reçoive des soins d'urgence. De plus, selon 97,1 % des policiers, ce service a contribué à diminuer l'application de l'article 8 de la Loi, ou à l'appliquer uniquement lorsque les diverses solutions possibles avaient été envisagées. Les policiers estiment que la présence des intervenants de PECH facilite l'accompagnement d'un usager à l'urgence d'un hôpital, et que cette présence permet de diminuer le temps passé par le policier à l'urgence physique d'un hôpital avec un usager (voir les tableaux 1 à 3 de l'annexe 7).

Pour la totalité des policiers, ce service est **utile** par le soutien apporté dans la gestion des crises psychosociales et les situations d'urgence, du fait qu'ils ne sont pas spécialisés dans ce type de problèmes (voir le tableau 4 de l'annexe 7). L'intervention de PECH a en outre un effet direct sur leur travail car elle leur permet de se libérer plus rapidement du domicile ou de l'urgence, de diminuer leur temps d'intervention et ainsi, de répondre plus rapidement à d'autres appels. Les policiers estiment également que ce service est **utile** pour l'utilisateur et la famille. Selon eux, **l'utilisateur** a ainsi un accès à l'expertise et à la compétence d'intervenants, ce qui permet un meilleur suivi, un soutien, une orientation vers les ressources adéquates, en plus d'aider à désamorcer la crise. Quant à la **famille**, elle bénéficie avec ce service d'un soutien important, d'un certain suivi et d'information sur la maladie, les ressources, etc.

Les trois quarts des policiers (n = 30) ont suivi la formation offerte par PECH. Au terme de cette formation, les ressources disponibles dans le milieu de vie de leur clientèle leur étaient devenues plus familières. En outre, pour plus de 2 policiers sur 3, la formation aura contribué à démystifier la maladie mentale ainsi qu'à diminuer leurs préjugés et leurs appréhensions par rapport à la clientèle ciblée (voir le tableau 6 de l'annexe 7).

➤ POINT DE VUE DES INTERVENANTS ET DES GESTIONNAIRES
DES ORGANISMES MANDATAIRES ET DES GESTIONNAIRES
DE LA BOUSSOLE ET DU CERCLE POLAIRE

De façon générale, les intervenants et les gestionnaires des organismes mandataires de même que les gestionnaires de La Boussole et du Cercle Polaire considèrent que le service offert est **utile** pour l'utilisateur et la famille.

Pour **l'utilisateur**, ils font ressortir l'importance de l'intervention dans son milieu naturel, ce type d'intervention ayant pour effets de créer un lien privilégié avec l'utilisateur, de le sécuriser, de l'orienter vers les services qui correspondent à ses besoins, voire d'éviter l'hospitalisation et la judiciarisation. Ils soulignent également l'importance de l'accessibilité du service et de la rapidité de la réponse. Pour la **famille**, le soutien apporté (accompagnement, orientation vers les ressources les plus adéquates, etc.) est considéré comme étant au cœur du service; sont ensuite évoqués la sécurité, le réconfort et la dédramatisation de la situation. Enfin, parce qu'il comporte des éléments d'éducation et qu'il crée des liens avec les réseaux, ce service donne des outils aux familles.

Les **intervenants** et les **gestionnaires des organismes mandataires** estiment que ce service est également utile pour le **policier**, car il leur permet de diminuer leur temps de mobilisation (que ce soit au domicile ou pour un accompagnement à l'urgence physique d'un hôpital), de se sentir soutenus dans leurs interventions auprès d'une clientèle peu ou mal connue, d'acquérir des connaissances et de développer certaines habiletés relativement à cette clientèle.

Tableau 9 : Points saillants sur l'appréciation du modèle d'organisation de services, du service et de son utilité

POINTS SAILLANTS
Appréciation du modèle d'organisation de services
<p>Point de vue des intervenants et des gestionnaires des organismes mandataires (PECH et CCQ) et des gestionnaires des organismes communautaires (La Boussole et Le Cercle Polaire)</p> <ul style="list-style-type: none">• Tous les acteurs sont satisfaits du modèle, croient en son avenir et souhaitent son maintien; cependant, les ressources humaines devront être ajustées en fonction de l'augmentation des demandes• Des difficultés non reliées au modèle lui-même sont ressorties :<ul style="list-style-type: none">○ formation qui devrait être complétée afin de faire face à la diversité des problèmes et situations (PECH)○ non-accessibilité à certains ressources (PECH)○ organisation du travail parfois lourde (PECH)○ précarité des ressources (CCQ)○ arrimages entre l'équipe de base et l'équipe mobile (CCQ) <p>Point de vue des gestionnaires du CPSQ</p> <ul style="list-style-type: none">• Ce modèle est « adéquat » pour les situations où le danger est considéré comme « grave et immédiat », mais il faudrait évaluer la nécessité de chacun des déplacements effectués• Quelques difficultés liées au modèle : une certaine confusion quant au rôle du CPSQ, confusion pour des personnes qui pourraient avoir de la difficulté à déterminer à quel organisme s'adresser en cas de besoin, risque que les trois organismes régionaux consacrent davantage d'énergie à établir les modalités de leur collaboration qu'à l'offre de service aux usagers
Appréciation du service et de son utilité
<p>Point de vue des usagers, des familles, des policiers, des gestionnaires de La Boussole et du Cercle Polaire ainsi que des intervenants et des gestionnaires des organismes mandataires</p> <ul style="list-style-type: none">• Tous apprécient le service reçu ou offert et le trouvent utile<ul style="list-style-type: none">○ usagers et familles :<ul style="list-style-type: none">▪ écoute, sécurise, soutient, désamorce la crise, oriente vers les bonnes ressources○ policiers :<ul style="list-style-type: none">▪ diminue le temps de présence des policiers au domicile de l'utilisateur ou à l'urgence physique de l'hôpital, facilite l'accompagnement à l'urgence, diminue l'application de l'article 8

CHAPITRE 6

DISCUSSION

L'implantation du modèle d'organisation de services retenu par l'Agence pour l'application de l'article 8 de la Loi (L.R.Q., c. P-38.001) a fait l'objet d'une évaluation visant à déterminer sa faisabilité, de même que l'utilité perçue par les partenaires et les personnes qui ont reçu le service. Le présent chapitre traite d'abord des forces et des limites de l'étude, qui sont reliées à la méthodologie utilisée et aux contraintes dues au contexte d'implantation. Sont ensuite présentées des expériences qui se sont déroulées dans d'autres régions sociosanitaires afin de mesurer les ressemblances ou les différences avec le modèle retenu pour la région du Québec métropolitain. Enfin, les principaux constats qui se dégagent des résultats de l'évaluation sont discutés et donnent lieu à des pistes de réflexion visant la consolidation du modèle implanté.

6.1 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

➤ FORCES

L'intégration d'un processus d'évaluation dès le tout début de l'implantation a permis de repérer tant les éléments positifs que négatifs et, pour ces derniers, d'apporter les correctifs nécessaires le plus rapidement possible. L'approche formative retenue a quant à elle permis de prendre en compte les divers constats établis et ainsi, de fournir des informations qui ont apporté un éclairage sur les changements susceptibles d'accroître l'efficacité du modèle. Les principaux acteurs ont su faire preuve de souplesse en procédant aux ajustements qu'un tel projet exige en phase d'implantation. La variété des sources de données (questionnaires, entrevues, participation aux comités) a permis d'obtenir des informations de nature différente et, pour certaines variables, de vérifier la convergence des informations recueillies.

Quoique l'étude soit terminée depuis environ une année, l'Agence a toujours eu accès aux informations nécessaires à sa réflexion, et a pu ainsi appuyer ses décisions sur les données les plus récentes.

➤ LIMITES

Le faible taux de réponse des usagers, des familles et des policiers quant à l'appréciation et à l'utilité du service constitue une limite, puisque la conséquence en est une faible représentativité des personnes ayant soit interpellé les mandataires, soit reçu les services. Une relance systématique de ces groupes aurait permis d'augmenter ces taux de réponse, ce qui n'a pas été fait. Toutefois, l'homogénéité des réponses recueillies révèle un taux de satisfaction élevé quant aux services reçus. En raison du manque d'information sur le suivi des usagers après qu'ils eurent reçu les services des mandataires, les arrimages avec le réseau

de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires, à la suite de l'intervention de crise, n'ont pu être véritablement mesurés. L'évaluation a été centrée sur la mise en œuvre du modèle, mais nul doute que les interfaces entre divers partenaires intéressés au suivi de la clientèle pourraient constituer un objet d'évaluation en soi. Le manque de fiabilité de certaines variables (ex. : problème de santé mentale autorapporté) a conduit, non pas à ne pas traiter l'information, mais à la présenter avec réserve. Enfin, les informations recueillies par ce type d'étude ne permettent pas de dégager des conclusions quant aux effets d'un tel service sur les usagers et l'organisation des services, au sens large du terme. Toutefois, elle permet de mettre en place les conditions optimales pour évaluer les effets sur la clientèle et l'organisation des services dans une seconde étape.

6.2 EXPÉRIMENTATIONS FAITES DANS D'AUTRES RÉGIONS SOCIOSANITAIRES

Les modèles d'organisation de services de sept régions sociosanitaires¹ ont été analysés afin d'établir en quoi celui de la région de Québec se distinguait. Tous ces modèles ciblent les clientèles vivant des crises psychosociales, y compris celles visées par l'article 8 de la Loi. Trois modèles se dégagent :

1. un modèle où le service est concentré en un endroit, accessible 24/7, qui couvre tous les types de crise psychosociale ou uniquement les personnes ayant des problèmes de santé mentale associés à un problème judiciaire;
2. un modèle où le service est concentré en deux endroits, soit un CLSC pendant les heures ouvrables avec une bascule vers les services d'Info-Santé, accessible 24/7, qui couvre tous les types de crise psychosociale;
3. un modèle où le service est concentré en trois endroits, soit un CLSC pendant les heures ouvrables avec une bascule vers les services d'Info-Santé (ces deux prestataires couvrant tous les types de crise psychosociale) et un centre de prévention du suicide (celui-ci couvrant la problématique suicidaire), accessible 24/7.

En général, les intervenants sociaux des CLSC sont au cœur de l'intervention. L'évaluation de base est faite à partir d'une **intervention téléphonique**, qui peut être complétée par une intervention **face à face** si l'état de la personne le justifie; la demande est alors orientée vers un autre intervenant du CLSC. À partir de ces informations, somme toute fragmentaires, il ressort que le modèle d'organisation de services de la région de Québec se démarque sensiblement de celui des autres régions sociosanitaires, d'abord en raison des éléments suivants :

- un des mandataires est exclusivement dédié aux policiers et l'autre s'adresse à la population en général, aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux et aux organismes communautaires;

1. Les sept régions sociosanitaires retenues sont l'Outaouais, l'Estrie, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, Montréal-Centre, les Laurentides, le Bas-Saint-Laurent et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

- les mandataires assument le service 24/7, sans bascule vers d'autres services;
- les mandataires répondent à tout type de crise psychosociale, y compris la clientèle P-38.001;
- les mandataires sont exclusivement des organismes communautaires;
- les mandataires privilégient l'intervention dans le milieu naturel de l'utilisateur, plutôt que l'intervention téléphonique.

Les évaluations réalisées dans deux régions sociosanitaires montrent que leur clientèle a un profil similaire à celle du Québec métropolitain, soit : autant d'hommes que de femmes, avec une moyenne d'âge de \pm 40 ans, qui règle générale vivent seuls, dont la principale source de revenus est l'aide sociale et qui ont des problèmes de santé mentale, souvent associés à d'autres problématiques. Ces deux études font ressortir d'autres similitudes avec la région de Québec. Ce sont principalement :

- la durée des interventions, qu'elles soient téléphoniques (75 minutes) ou en « face à face » (95 minutes);
- les points forts que les policiers attribuent au service (expertise, rapidité de réponse, disponibilité et mobilité des intervenants), et que relève l'une des deux études;
- la crainte du chevauchement de services exprimée par les organismes communautaires;
- des difficultés de divers ordres, comme la méconnaissance ou l'incompréhension des partenaires quant à la Loi ou aux mandats confiés aux intervenants qui offrent le service, l'augmentation du nombre de demandes ainsi que le manque de formation et d'information.

6.3 DES RÉSULTATS RÉVÉLATEURS

Des données, tant quantitatives que qualitatives, présentées tout au long du rapport, ont démontré que les mandataires avaient concrétisé les mandats qui leur avaient été confiés et que le modèle d'organisation de services avait été opérationnalisé tel que prévu; en somme, le modèle est fonctionnel. Par ailleurs les données qualitatives, d'ordre perceptuel, ont mis en lumière un certain nombre de difficultés à prendre en compte afin d'assurer la pérennité du modèle. La section qui suit traite donc des forces du modèle et des thèmes qui demandent réflexion, en plus de proposer des pistes d'action.

6.3.1 FORCES DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES

➤ UN MODÈLE QUI RÉPOND AUX EXIGENCES DU MSSS

L'information recueillie au cours de l'implantation permet d'affirmer que le modèle d'organisation de services retenu a répondu aux exigences du MSSS, lesquelles visaient la réponse à toute crise en santé mentale dans le contexte de l'application de l'article 8 de la Loi. C'est ainsi que les services ont été rendus disponibles aux policiers, à la population, aux établissements de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux organismes communautaires; ils ont été offerts sur tout le territoire du Québec métropolitain et étaient accessibles 24/7.

➤ UN MODÈLE QUI ASSURE L'APPLICATION « EXCEPTIONNELLE » DE L'ARTICLE 8 DE LA LOI

L'article 8 de la Loi se voulait une mesure d'exception, ce que reflètent les données recueillies. En effet, pour les trois quarts des usagers (76 %) dont la crise laissait supposer un danger « grave et immédiat » au moment de la référence, le danger s'est avéré « non grave et non immédiat » à la suite de l'évaluation effectuée par les intervenants des organismes mandataires. Ces usagers ont donc été orientés vers des services de première ligne, offerts par les organismes mandataires eux-mêmes, par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou par les organismes communautaires. Quant aux usagers dont l'évaluation confirmait un danger « grave et immédiat », soit plus de 1 sur 5 (22,8 %), la majorité ont été dirigés vers l'urgence physique d'un hôpital ou dans une résidence pour hébergement. Dans le cas des usagers dirigés vers l'urgence, l'intervention des intervenants a permis d'obtenir leur consentement et ainsi d'éviter l'application de l'article 8. Celui-ci n'a dû être appliqué que pour 1 usager sur 20 (4,7 %), une proportion qui respecte l'esprit même de l'article 8 qui se veut une *mesure d'exception*.

➤ UN MODÈLE QUI DESSERT UNE CLIENTÈLE VULNÉRABLE

Au-delà d'informations de base comme l'âge et le lieu géographique, les données ont permis de brosser un profil de la clientèle qui met en évidence un certain nombre d'éléments de vulnérabilité. La majorité des usagers ont un problème de santé mentale ou des problèmes multiples. Tous ont été aux prises avec de grandes difficultés au cours de leur existence, telles que des relations conflictuelles, des problèmes financiers importants, des problèmes de consommation de drogues ou d'alcool, des ruptures amoureuses, de la violence, des idées suicidaires. Enfin, la majorité de ces personnes vivent seules, avec le soutien de l'aide sociale, et ont un réseau social limité et peu satisfaisant.

➤ **UN MODÈLE OÙ L'INTERVENTION À DOMICILE CORRESPOND
AUX BESOINS DES USAGERS ET DES FAMILLES**

Le choix d'intervenir à domicile s'est avéré un choix judicieux, dans la mesure où tous les acteurs, les usagers et les familles témoignent des avantages de cette approche. Elle a permis de mieux cerner la situation de la personne, de l'orienter vers les services les plus adaptés à sa situation et de désamorcer la crise, ce qui était un des buts premiers de la démarche. De plus, elle a permis de soutenir la personne en crise et ses proches. Les usagers et les familles ont également souligné la rapidité et l'efficacité de l'intervention.

➤ **UN MODÈLE DONT LES TRAJECTOIRES DE SERVICES SONT OPÉRATIONNELLES**

Les trajectoires de services mises en place ont été élaborées en tenant compte de l'environnement de chacun des organismes mandataires et des référents qui leur étaient assignés. Les données quantitatives montrent que ces derniers ont transmis leur demande au bon mandataire. Les principaux utilisateurs ont jugé que ces trajectoires étaient simples et claires.

➤ **UN MODÈLE QUI A DÉMONTRÉ SON UTILITÉ**

Les informations recueillies au cours de l'implantation font ressortir l'utilité des services offerts par PECH et le CCQ. Les policiers, tout particulièrement, les considèrent comme un complément très important dans le contexte de leurs interventions auprès de la clientèle ciblée. De même, les familles et les usagers souhaitent le maintien de ces services. La Boussole et Le Cercle Polaire perçoivent également ces services comme complémentaires à ceux qu'ils offrent aux parents qui font appel à eux.

➤ **UN MODÈLE QUI CORRESPOND AUX ATTENTES DES POLICIERS**

Deux demandes venaient des corps policiers : un temps de réponse en deçà de 15 minutes, et un temps de présence au domicile et à l'urgence qui soit le plus court possible. Les données montrent que ces attentes ont été globalement atteintes. Le délai moyen de réponse a été de 14 minutes, le temps de présence au domicile de l'utilisateur se situe entre 10 et 19 minutes pour 2 policiers sur 3 et celui à l'urgence a été de moins de 20 minutes pour plus de 8 policiers sur 10.

➤ **UN MODÈLE OÙ LE PARTENARIAT EST AU CŒUR DE LA DÉMARCHE**

Le modèle d'organisation de services devait mettre à contribution divers partenaires. Dans les faits, cette démarche axée sur le partenariat a exigé des arrimages tantôt avec les policiers, tantôt avec certains des organismes communautaires les plus actifs auprès de la clientèle ciblée, tantôt avec des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement les

CLSC, les urgences physiques des hôpitaux et l'urgence psychiatrique d'un hôpital (Enfant-Jésus). Ces arrimages se sont établis à l'occasion de rencontres avec des partenaires, ou encore au cours des séances d'information et de formation. Certes, les données quantitatives ne permettent pas de juger du degré de complémentarité et de continuité des services auprès d'un usager; les données qualitatives montrent cependant que des démarches ont été entreprises et sont à poursuivre.

➤ **UN MODÈLE OÙ LA GRILLE DE COLLECTE DE DONNÉES EST UTILE**

Une grille de collecte de données a été élaborée pour les deux organismes mandataires, afin de s'assurer d'une collecte d'information commune pour un certain nombre de variables. Elle a été perçue comme fort utile car elle permettait de brosser rapidement tant le profil de l'utilisateur que le portrait de la situation, et aidait ainsi à orienter l'utilisateur vers les services et les soins les plus adéquats pour lui.

➤ **UN MODÈLE QUI A EXIGÉ LA MISE EN PLACE
DE SÉANCES D'INFORMATION ET DE FORMATION**

L'entrée en vigueur de la loi L.R.Q., c. P-38.001, et plus particulièrement son article 8, introduisait « *plusieurs changements quant aux règles relatives à la garde en établissement pour raison de dangerosité et celles concernant l'évaluation psychiatrique justifiant une telle garde* » (CSMQ, juin 2001). Des séances d'information et de formation constituaient donc des activités importantes. Ces activités intégraient en général deux grands objectifs : 1) faire connaître les nouvelles dispositions de la Loi et aborder ce qu'est l'intervention de crise; 2) faire connaître le modèle d'organisation de services retenu dans la région du Québec métropolitain afin que les principaux acteurs sachent vers qui orienter et que leurs usagers puissent recevoir les services auxquels ils ont droit.

En résumé, les mandataires désignés par l'Agence ont mis en place le modèle d'organisation de services tel que prévu et ont réussi à satisfaire à la principale finalité poursuivie par l'Agence, soit : « *en arriver à déployer des services d'intervention de crise accessibles sur l'ensemble du territoire du Québec métropolitain, en accord et en concertation avec les nouveaux services policiers regroupés du même territoire, les autres services de crise déjà en place et les organismes de parents et de proches de la personne atteinte de maladie mentale* » (RRSSS, décembre 2001). Somme toute, l'implantation d'un nouveau modèle de services d'intervention de crise a eu les effets escomptés par l'Agence. Certes, il est impossible de mesurer avec exactitude ces effets et d'affirmer qu'ils ne sont dus qu'au modèle lui-même; cependant, les informations recueillies permettent de croire que le modèle tend à atteindre les objectifs fixés. (Les principaux « effets » escomptés par l'Agence sont précisés aux pages 25 et 26).

6.3.2 PISTES DE RÉFLEXION ET D'ACTION

Les informations présentées dans ce rapport d'évaluation montrent que le modèle d'organisation de services a été implanté tel que prévu. Elles montrent également qu'un certain nombre de thèmes mériteraient d'être discutés à nouveau. De fait, il serait illusoire de croire qu'à la suite d'une expérimentation de quelques mois, le modèle évalué est définitif et qu'aucune amélioration ne peut y être apportée. Aussi des pistes de réflexion et d'action sont-elles proposées en rapport avec les thèmes suivants : l'offre de service, le type d'intervention, la complémentarité et la continuité des services, le partenariat, le système de monitoring ainsi que les activités d'information et de formation.

➤ OFFRE DE SERVICE

Il importe de souligner que l'offre de service de crise en santé mentale n'est pas exclusive aux mandataires désignés (PECH et CCQ). Elle doit plutôt renforcer ce que fait déjà le réseau en santé mentale, et n'annule aucunement les rôles et les responsabilités des autres acteurs (CH, CLSC, CPSQ, Info-Santé, organismes communautaires) dans ce domaine. Cependant, l'implantation d'un nouveau service dédié à une clientèle que peuvent recouper plusieurs organismes a mis en lumière les préoccupations de certains partenaires. Ces préoccupations peuvent se résumer ainsi : la crainte que le nouveau service engendre davantage d'ambiguïté quant aux rôles des différents partenaires, la crainte de davantage de confusion chez certains partenaires lorsque vient le temps d'orienter un usager ou une famille, et le chevauchement de services. En fait, l'implantation du modèle d'organisation de services a contribué à mettre de nouveau au jour les difficultés dans l'offre régionale de service pour répondre aux situations de crise. Il faut envisager cette question du point de vue des usagers, de manière à « simplifier » l'accès aux services.

PISTES DE RÉFLEXION ET D'ACTION :

- faire connaître davantage le modèle d'organisation de services mis en place;
- définir davantage la clientèle cible;
- définir davantage les rôles des partenaires;
- positionner cette offre de service dans l'ensemble des services de crise de la région.

➤ TYPE D'INTERVENTION

Le type d'intervention retenu (à domicile) fait l'unanimité des divers groupes d'acteurs, ces derniers relevant son importance, sa pertinence et son utilité. Tous considèrent que l'intervention dans le milieu naturel de l'usager est souhaitable, car les intervenants ont plus de prise sur la situation et les individus au cours d'une intervention « face à face ». Cependant, tous conviennent aussi que ce type d'intervention exige du temps et se demandent s'il peut être maintenu avec les

ressources humaines actuelles, d'autant que le nombre de demandes semble vouloir croître. L'instauration d'une **liste d'attente** étant jugée inacceptable, il est légitime de s'interroger sur la pertinence de se rendre à domicile pour tous les types de demande. L'expérience du CCQ avec deux étapes de « filtrage », celle du CPSQ qui privilégie l'intervention téléphonique et le fait que d'autres régions sociosanitaires aient retenu l'intervention téléphonique comme approche appuient cette réflexion.

PISTES DE RÉFLEXION ET D'ACTION :

- réfléchir aux alternatives à l'intervention à domicile pour les usagers dont le degré de dangerosité est autre que « grave et immédiat » et déterminer les mécanismes de « filtre » nécessaires pour évaluer les différents niveaux d'urgence;
- trouver des moyens pour répondre à l'augmentation des demandes sans créer de liste d'attente.

➤ **COMPLÉMENTARITÉ ET CONTINUITÉ DES SERVICES**

Un des rôles confiés aux mandataires est d'assurer les arrimages et les orientations vers les ressources appropriées afin de garantir la complémentarité et la continuité des services. Les données montrent que les mandataires dirigent une proportion importante d'usagers vers leurs propres services (PECH : 44,2 %; CCQ : 68,2 %). On pourrait dès lors en conclure qu'ils ne jouent pas leur rôle de façon efficace. Il ne faut cependant pas oublier que ces organismes régionaux sont eux-mêmes pourvoyeurs de services, qu'ils sont dédiés à la réponse à la crise et qu'en ce sens, ils assument pleinement leur rôle. Les gestionnaires de PECH et du CCQ ont souligné que la majorité des usagers orientés vers leurs propres services étaient de « passage »; une courte période de prise en charge permet de maîtriser la crise, de trouver des solutions en repérant les services que requiert la situation de l'utilisateur et de faire des démarches en vue de réorienter ce dernier. Cependant, des usagers peuvent aussi bénéficier des services de ces organismes à moyen ou à long terme lorsqu'ils correspondent aux besoins de la personne (ex. : hébergement par le CCQ).

Les données montrent que des usagers ont été orientés vers d'autres services de première ligne que ceux offerts par les organismes mandataires; il serait néanmoins intéressant de savoir vers quels services ont été orientés les usagers après leur passage à PECH et au CCQ. Compte tenu que plus de huit usagers sur dix sont « nouveaux », que deux usagers sur trois ont des problèmes de santé mentale et que quatre usagers sur dix ont des idées suicidaires, la question suivante demeure : comment expliquer le peu d'orientations vers les CLSC, qui possèdent des équipes en santé mentale ? vers le CPSQ, qui est spécialisé dans la problématique du suicide ? vers La Boussole et Le Cercle Polaire, qui offrent du soutien aux familles et aux proches ?

PISTES DE RÉFLEXION ET D'ACTION :

- aborder les notions de complémentarité et de continuité;
- recueillir de l'information sur les services vers lesquels ont été orientés les usagers après leur passage à PECH ou au CCQ;
- recueillir de l'information sur l'intérêt des divers acteurs à mettre en place un système permettant de savoir ce qu'il est advenu des usagers orientés vers PECH et le CCQ.

➤ **PARTENARIAT**

Le développement du partenariat est un des enjeux importants dans la réussite du modèle d'organisation de services. Les intervenants des organismes mandataires ont fait part de difficultés, en particulier avec les CLSC, les urgences hospitalières physiques et les ambulanciers. En ce qui a trait aux **CLSC**, la détermination d'un certain nombre de problèmes par les intervenants a permis l'ébauche de solutions, dont la mise en place de protocoles où sont bien définis les rôles et les façons de faire de chacun. Pour ce qui est des **urgences hospitalières physiques**, une partie des intervenants et des gestionnaires des organismes mandataires déplorent les longs temps d'attente qui deviennent un problème pour l'utilisateur comme pour l'intervenant. En parallèle à ces commentaires, les données montrent que les trois quarts des usagers attendent moins de trente minutes à l'urgence hospitalière physique. Par conséquent, peut-on vraiment dire que les temps d'attente soient excessifs? D'autres problèmes, comme la non-reconnaissance de l'expertise des intervenants ainsi que la méconnaissance de la Loi et des responsabilités confiées aux mandataires, mériteraient également réflexion. Les intervenants font en outre état de difficultés avec certains **ambulanciers** (incompréhension des rôles des intervenants et non-reconnaissance de leur expertise). Ces derniers devraient donc être interpellés afin de préciser les points litigieux et de trouver les solutions appropriées.

PISTES DE RÉFLEXION ET D'ACTION :

- assurer le suivi des protocoles avec les CLSC;
- relever les difficultés éprouvées avec les urgences hospitalières physiques et organiser une rencontre afin de discuter des solutions possibles;
- relever les difficultés éprouvées avec les ambulanciers et organiser une rencontre afin de discuter des solutions possibles.

➤ **SYSTÈME DE MONITORAGE**

Les intervenants jugent que la grille de collecte de données est utile, relativement complète, facile et rapide à remplir. Des lacunes ont néanmoins été relevées :

1. la validité de certaines variables est mise en doute (ex. : le diagnostic de santé mentale, qui est autorapporté);

2. certaines variables sont sujettes à interprétation (ex. : les types de crise, les éléments déclencheurs, etc.);
3. pour certaines variables, il est difficile d'obtenir de l'information (ex. : qualification du réseau social, sources de revenus, etc.);
4. certaines questions ne devraient pas être communes aux deux organismes mandataires (exemple de variable à enlever pour PECH : soutien à l'intervention auprès des partenaires);
5. le manque de variables relatives au suivi ne permet pas de savoir jusqu'où il y a complémentarité et continuité des services (exemples de variables qui permettraient de décrire le suivi d'un usager : date de la fermeture de dossier, durée du suivi dans les organismes mandataires, orientation à la sortie, relance après tant de mois, etc.);
6. le manque d'espace pour nuancer des réponses.

À partir de ces éléments, il conviendrait d'amorcer une réflexion quant aux modifications souhaitables et mettre à contribution des intervenants des organismes mandataires. Il serait également important de s'assurer que l'Agence apporte son soutien aux mandataires dans le cadre de l'officialisation d'un système de monitoring et de traitement des données, système qui rendrait plus utile la collecte d'information (détermination d'un tronc commun et d'un certain nombre de variables propres à chacun des mandataires, qui tiennent compte de leurs particularités). Enfin, un guide d'utilisation devrait être conçu pour accompagner la nouvelle grille de collecte de données.

La mise en place d'un système de monitoring uniforme, synthétique, sous formes de catégories fermées et de champs libres où les intervenants peuvent inscrire de courtes synthèses dans leurs propres mots correspondraient aux principales critiques émises par les intervenants. Cette information informatisée sur les clients, les demandes et les interventions pourraient permettre une consultation rapide de banque de données, lors d'une nouvelle intervention et favoriser la transmission d'une synthèse des caractéristiques d'un client ou d'une intervention à un collègue qui assure un suivi. Les données informatisées, recueillies de façon systématique, faciliteraient la réalisation périodique d'un portrait de la clientèle et des interventions et le croisement de certaines variables. Les intervenants pourraient faire facilement et rapidement un bilan de leurs interventions, voir l'évolution de la clientèle et réajuster le tir au besoin. S'ils sont très utiles pour une meilleure connaissance et une amélioration du travail quotidien, de tels bilans sont aussi indispensables pour réorienter l'action, justifier ou défendre des budgets, de nouvelles demandes, pour informer les partenaires et les bailleurs de fonds des réalisations du service. Finalement, des données informatisées peuvent également permettre de réaliser d'autres évaluations plus rapidement, plus complètement et plus économiquement. (Urgence psychosociale, 2001)

PISTES DE RÉFLEXION ET D'ACTION :

- préciser les objectifs du système de monitoring;
- modifier la grille de collecte de données actuelle, la valider auprès des intervenants de PECH et du CCQ, et concevoir un guide d'utilisation;
- soutenir les mandataires pour l'informatisation de la grille de collecte de données;
- concevoir un plan d'analyse et déterminer qui fera l'analyse des données recueillies.

➤ **ACTIVITÉS D'INFORMATION ET DE FORMATION**

L'arrivée constante de nouvelles personnes, tant dans les corps policiers que dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et dans les organismes communautaires, commande que des activités de sensibilisation soient régulièrement offertes. Par ailleurs, des stratégies particulières devraient-elles être élaborées pour la population ?

PISTES DE RÉFLEXION ET D'ACTION :

- maintenir les activités de sensibilisation, offertes par PECH, auprès des corps policiers;
- élaborer un plan de diffusion et de promotion dédié à la population, aux organismes communautaires et au réseau de la santé et des services sociaux, et confier ce mandat au CCQ;
- discuter du rôle de l'Agence en matière d'information et de formation.

➤ **PÉRENNITÉ DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES**

Les données présentées montrent que le modèle d'organisation de services a été implanté tel que prévu et qu'il répond aux attentes de l'Agence comme à celles des usagers, des familles et des principaux partenaires. Le nombre de dossiers traités de juillet 2003 à juin 2004 est fort révélateur de l'importance que prend ce service. Les données montrent qu'au cours de la période d'implantation, il y avait, en moyenne, 60 demandes par mois; celles-ci ayant presque doublé de juillet 2003 à juin 2004 passant à 112 demandes par mois. Cela signifie que PECH est passé de 36 demandes par mois à 74 et que le CCQ est passé de 23 demandes par mois à 38. Rappelons que le nombre de demandes traitées par le CCQ n'est pas le reflet de l'ensemble des demandes reçues, celles-ci étant soumises à un double « filtrage », contrairement aux demandes acheminées à PECH.

Les pistes de réflexion et d'action proposées ici devraient être prises en compte pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action qui pourrait contribuer à assurer la pérennité de ce modèle.

CONCLUSION

L'implantation du modèle d'organisation de services, liée à l'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental peut entraîner un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001), montre que le modèle prévu a été implanté. Les mandataires ont rempli leurs mandats et assumé les rôles qui leur avaient été attribués. Quant à la clientèle desservie, elle était composée de personnes vulnérables et correspondait à la clientèle visée. Le modèle a réussi à faire en sorte que l'application de l'article 8 soit une exception, comme le veut la Loi. En outre les usagers, les familles et les partenaires ont exprimé leur satisfaction quant au service mis en place, et ont reconnu son utilité.

Plusieurs établissements répartis dans diverses régions sociosanitaires ont défini les principales conditions d'efficacité à la base de tout projet d'implantation de services d'intervention de crise. Ces conditions sont l'accessibilité des services, la rapidité de l'intervention, l'évaluation de la crise et de sa dangerosité, la masse critique de l'intervention de crise, l'intervention à court terme, la qualité du travail des ressources humaines et le partenariat. Il est intéressant de constater qu'elles sont toutes présentes dans le modèle mis en place sur le territoire du Québec métropolitain.

À quel avenir est promis ce modèle d'organisation de services, dans le contexte de l'arrivée des « réseaux locaux de services », de l'organisation des services en santé mentale et des prochaines orientations ministérielles?. C'est une question d'actualité qui devrait être en toile de fond de la réflexion qu'ont maintenant à poursuivre l'Agence et ses partenaires.

BIBLIOGRAPHIE

BELLAVANCE, M. *Les politiques gouvernementales : élaboration, gestion et évaluation*, Montréal, Agence d'Arc inc., 1985, 268 p.

CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE QUÉBEC. *Proposition du Centre de prévention du suicide de Québec concernant la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui L.R.Q., chapitre P-38.001*, Québec, 2001, 11 p.

CLSC DES FAUBOURGS. *Le Service urgence psychosociale-justice*, Montréal, 2000, 7 p.

CLSC LE NOROIS. *Analyse de l'impact de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001) sur le service Info-social*, Alma, Centrale Info-Santé CLSC, 2002, 102 p.

CLSC LE NOROIS. *Modèle d'application en CLSC de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (C-75) : région Saguenay-Lac-Saint-Jean*, Alma, Centrale Info-Santé CLSC, 2001, 42 p.

CLSC PRISIC05. *Le programme régional d'intervention de première ligne des CLSC de l'Estrie*, Sherbrooke, 1995.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. *Avis concernant l'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, juin 2001, 15 p.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. *La mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, septembre 2000, 106 p.

DESLAURIERS, J.P. *Recherche qualitative : guide pratique*, Montréal, McGraw-Hill, 1991, 142 p.

GUBA, E.G., et Y.S. LINCOLN. *Fourth Generation Evaluation*, Newbury Park, Sage Publication, 1989, 286 p.

HUBERMAN, A.M., et M.B. MILES. *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles, De Boeck – Wesmael, 1991, 480 p.

LABERGE, D., P. LANDREVILLE, D. MORIN et L. CASAVANT. *L'urgence psychosociale. Évaluation de la période de rodage*, Montréal, Université du Québec à Montréal et Université de Montréal, 1997, 91 p.

LAPERRIÈRE, A. « L'observation directe » dans Benoît Gauthier (sous la direction de), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1984, p. 223-246.

PATTON, M.Q. *Utilization-Focus Evaluation: The New Century Test*, 3^e édition, Newbury Park, Sage Publication, 1996, 430 p.

PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT (PECH) ET CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC (CCQ). *Offre de service présenté par PECH et le Centre de crise de Québec à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec dans le cadre de l'organisation de services pour l'application de l'article 8 de la loi C-75*, Québec, décembre 2000, 18 p.

RACINE, P. *Évaluation de la mise en place d'un modèle d'organisation de services pour le Québec métropolitain. Rapport d'étape I – L.R.Q., c. P-38.001*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, février 2003, 16 p. + annexes.

RACINE, P. *Évaluation de la mise en place d'un modèle d'organisation de services pour le Québec métropolitain. Rapport II – L.R.Q., c. P-38.001*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, mai 2003, 16 p. + annexes.

RACINE, P., et L. GRÉGOIRE. *Proposition d'évaluation*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, mai 2002, 6 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Désignation d'organismes dans le cadre de l'organisation des services en santé mentale pour l'application de l'article 8 de la Loi (L.R.Q., chapitre P-38.001) sur le territoire du Québec métropolitain*, document déposé au Comité plénier de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec le 13 décembre 2001, 9 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Résolution adoptée à la 78^e séance ordinaire du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec*, 13 décembre 2001, 3 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT. *Modalités d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui : L.Q., 1997, C.75*, Rimouski, 2001, 45 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT. *Réseau de services intégrés en intervention de crise*, Rimouski, 1999, 18 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Document de référence relatif à l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : L.Q., 1997, c.75*, Montréal, 1999, 7 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. *Ententes de services pour les situations de crise et suicide*, Saint-Jérôme, 2001, 57 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Urgence sociale 24/7 dans un continuum de services intégrés*, Gaspé, 2001, 20 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN. *Rapport d'évaluation du service Info-social : Résultats de la première année d'implantation 1999-2000*, Chicoutimi, 2000, 158 p.

