
Évaluation du projet « L'Appoint – l'Entremise: vers un réseau intégré de services d'intervention de crise pour la sous-région Est » .

Première collecte de données – printemps 1999

Responsables du rapport

Sylvie Cadorette

Hélène Fleury

Alain Lesage

Signature

Signature

Signature

Partenaires du rapport: Lise Boies, François Chanel, Sylvie Cadorette, Hélène Fleury, Michel Lefebvre, Alain Lesage

Partenaires décideurs administratifs et cliniques: Jean-Jacques Leclerc, Paul Leguerrier, Raymond Morissette, Edwidge Rouleau

Agents de recherche: Catherine Briand, Claire Page

Collaborateurs: Normand Carpentier, Diane Frezza, Jean-François Montreuil

Centre de recherche Fernand-Seguin, Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, janvier 2000

ISBN-2-922577-28-7

Résumé

Suite à l'autorisation de la Régie régionale de poursuivre le développement d'un réseau de services d'intervention de crise dans la sous-région Est, on a assisté à la création d'un nouveau centre de crise, l'Appoint, rattaché à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dans le cadre d'une entente entre la Régie régionale, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et le CLSC Hochelaga-Maisonneuve un projet d'évaluation de l'Appoint a été réalisé conjointement par l'Appoint, l'Entremise et le Module de soutien évaluatif au développement des services du Centre de recherche Fernand-Seguin et de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Ce rapport présente les résultats d'une première collecte de données au printemps 1999 (une deuxième étant prévue au printemps 2000) et contient deux parties. La première est consacrée à la présentation de résultats découlant des travaux de groupes de discussion formés dans le but d'obtenir la vision particulière de chacun des protagonistes du réseau. La mise en commun du contenu des discussions fait ressortir trois éléments d'importance: la définition du mandat de l'Appoint, la nécessité d'un partenariat efficace et l'impact de la formation du personnel en fonction des besoins de la population. Des tableaux synthèses présentent également une description de la clientèle de l'Appoint et l'utilisation des différents services. La seconde partie quant à elle est consacrée aux réactions et recommandations des responsables des centres de crise l'Appoint et l'Entremise. Ceux-ci insistent sur la nécessité d'approfondir au niveau sous-régional la réflexion sur les besoins de la population. La réponse aux besoins de crise occasionne d'importantes remises en question des rôles secondaires à son appartenance à un réseau en mouvance.

En conclusion, l'Appoint est une ressource jeune en processus de différenciation des autres ressources, qui en contrepartie doivent s'ajuster à leur tour. Le partenariat qui résulte de la rencontre de ces cultures organisationnelles peut permettre la définition et la consolidation d'un meilleur réseau intégré de crise dans l'Est de Montréal.

Contenu

RÉSUMÉ.....	1
CONTENU.....	2
INTRODUCTION	3
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	5
<i>L'histoire de l'Appoint.....</i>	<i>5</i>
<i>Le travail quotidien à l'Appoint.....</i>	<i>7</i>
<i>Les liens entre l'Appoint et l'Entremise</i>	<i>13</i>
<i>Les liens entre l'Appoint et les autres partenaires.....</i>	<i>17</i>
<i>Les difficultés identifiées et rencontrées par l'Appoint</i>	<i>19</i>
<i>Les attentes et suggestions.....</i>	<i>22</i>
ANALYSE DES RÉSULTATS: RÉACTIONS ET RECOMMANDATIONS	26
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	31

Introduction

En juin 1998, la Régie régionale autorisait un projet commun d'expérimentation en vue d'un réseau d'un service d'intervention en cas de crise pour la sous-région Est. Ce projet a donné lieu à la création d'un nouveau centre de crise, l'Appoint, rattaché à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Le protocole d'entente établi entre la Régie régionale, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et le CLSC Hochelaga-Maisonneuve, responsable du centre de crise l'Entremise, prévoyait que le Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (ci-après le Module) évaluerait le fonctionnement de la démarche, proposerait des correctifs et formulerait des recommandations sur la pertinence de maintenir ce type de projet.

Il a été choisi plutôt de développer un projet qui soutiendrait le développement de l'Appoint. Le projet a été écrit et sera réalisé et rapporté conjointement par l'Appoint, l'Entremise et le Module (voir le projet développé en date du 1^{er} avril 1999 et entériné par la suite par la Régie Régionale, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et le CLSC Hochelaga-Maisonneuve).

C'est donc dans cette perspective que le rapport actuel est présenté, rendant compte d'une part, d'une description brève de leurs clientèles et leurs besoins et, d'autre part, des analyses de données recueillies au cours des discussions de groupes réunissant les principaux acteurs impliqués.

Ces cinq discussions de groupes ont eu lieu au printemps 1999 et étaient composés de la façon suivante :

1. quatre intervenants de l'Appoint;
2. trois intervenants de l'Entremise;
3. deux responsables de l'Appoint, une responsable et un consultant clinique de l'Entremise et la personne chargée du projet à la Régie régionale;

4. quatre représentants des partenaires de la sous-région Est impliqués ou requérant l'intervention de crise (urgences, services sociaux, suivis communautaires et intensifs);
5. deux intervenants de l'Appoint et deux intervenants de l'Entremise pour la discussion autour d'histoires de cas : succès, non-succès, zone grise).

L'analyse du contenu de ces groupes de discussion a été effectuée autour des six grandes questions suivantes :

1. Quelle est l'histoire du développement de l'Appoint?
2. Quel est le travail quotidien de l'Appoint?
3. Quel lien l'Appoint a-t-il avec l'Entremise?
4. Quel lien l'Appoint a-t-il avec les autres services?
5. Quelles difficultés l'Appoint rencontre-t-il?
6. Quelles attentes avez-vous à l'égard de l'Appoint pour le futur? Avez-vous des suggestions?

Le modèle de Contandriopoulos (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996), qui identifie quatre champs fondamentaux à l'offre locale de soins (structure, culture, comportements et stratégies), a été utilisé pour guider l'analyse de chacune des questions. Le logiciel Atlas-ti (Scientific Software Development's, 1997) a été utilisé comme support technique à l'analyse.

Ce rapport présente donc, en première partie, la synthèse des discussions pour chacun des thèmes soulevés par chacune des questions traitées tout en présentant les données quantitatives en regard de la clientèle et de leurs besoins. En deuxième partie, une brève analyse est effectuée permettant de mettre en perspective le contexte vécu par l'Appoint et d'identifier certaines voies de changement en regard des difficultés rencontrées.

Présentation des résultats

L'histoire de l'Appoint

Au cours des dix dernières années, qui ont été marquées par la poursuite du mouvement de désinstitutionalisation et du virage ambulatoire, on a tenté de réintégrer dans la communauté un grand nombre de personnes atteintes de troubles de santé mentale graves et persistants. Ainsi, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine en est venu à compter environ jusqu'à 1300 usagers ou usagères vivant dans ses ressources d'hébergement. Les services existants parvenaient de plus en plus difficilement à répondre de façon satisfaisante aux multiples besoins de cette clientèle. L'engorgement des services d'urgence, les allées et venues entre l'urgence et le domicile se terminant souvent par une hospitalisation, les réponses inadéquates apportées aux problèmes psychosociaux rencontrés par cette clientèle, l'absence de prise en charge des clients qui en auraient eu besoin, l'absence de services disponibles en dehors des heures d'ouverture des services de psychiatrie (sans tenir compte de l'urgence), commandaient un changement.

Depuis plus d'une dizaine d'années, des idées sur des services novateurs, de nouvelles façons de faire étaient discutées. On a tenté d'améliorer la situation en établissant un partenariat plus efficace entre l'urgence de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et l'Entremise, un centre de crise rattaché au CLSC Maisonneuve-Rosemont. Les résultats escomptés n'ont pas été atteints. Du côté de l'urgence, certains professionnels déploraient des critères d'accès au centre jugés trop sélectifs, une démarche de référence vue comme exagérément fastidieuse et le manque fréquent de places. Par ailleurs, l'équipe de l'Entremise croyait ne pas disposer des ressources nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle présentant des troubles mentaux graves dans la communauté, tant en raison de la complexité des problèmes que cette clientèle présente habituellement que de l'ampleur de ses besoins. De plus, l'Entremise tenait à

conserver sa mission première, soit l'aide dans les situations de crises psychosociales plutôt que psychiatriques.

L'intention de développer un nouveau service a commencé à se concrétiser en 1996, alors que l'Hôpital Louis-H. Lafontaine prévoyait le retour dans la communauté de 130 personnes et qu'un certain budget à cet égard était disponible. On a alors pris soin de visiter d'abord différents centres de crise et de réaliser un sondage auprès des représentants des secteurs d'hébergement, des pavillons, des résidences d'accueil et des ressources intermédiaires, en vue de connaître leurs difficultés et d'identifier les besoins prioritaires.

L'intention de développer l'Appoint répondait au besoin de diminuer le recours à l'urgence lorsque des problèmes survenaient dans les ressources d'hébergement. L'idée de départ était de développer une ressource pour soutenir les services existants, un service disponible le soir, la fin de semaine, alors que l'équipe traitante n'est pas disponible. On prévoyait d'ailleurs limiter, durant la journée, les activités à l'intervention auprès des personnes hébergées et de développer des services plus complets pour les heures de soirée, de nuit et les fins de semaine.

De son côté, la Régie régionale a émis des réticences face au projet, étant donné qu'un centre de crise, l'Entremise, existait déjà dans l'Est de Montréal. Deux centres de crises rattachés au réseau de la santé dans cette sous-région apparaissaient excessifs. La Régie régionale est venue à accepter la création de l'Appoint dans le cadre d'un projet pilote, en insistant sur la nécessité d'établir un réel partenariat avec l'Entremise et de répondre à tout citoyen de la sous-région de l'Est de Montréal, connu ou non de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Il a aussi été convenu que le Module de soutien évaluatif du centre de recherche Fernand-Seguin procéderait à l'évaluation de l'Appoint à différentes étapes de son évolution.

Au début, l'idée de créer l'Appoint a plutôt été mal accueillie par les intervenants de l'Entremise. Pour certains, il s'agissait de représailles de la part de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine qui, il y a une dizaine d'années, avait tenté d'obtenir son propre centre de crise. Les intervenants ont exprimé la crainte de se faire *avaler* par l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, que cette démarche aboutisse à une fusion des deux ressources ou parfois pire, à la fermeture de l'Entremise.

À l'été 1997, les équipes de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et de l'Entremise ont travaillé conjointement à l'élaboration du projet de l'Appoint. L'hébergement a commencé en juin 1998. Depuis, le rôle de l'Appoint ne cesse d'évoluer en concertation avec l'Entremise, à partir de problématiques concrètes vécues dans le milieu. Ainsi, l'intervention de jour s'élargit graduellement, plus que prévu initialement. L'accès tend à s'ouvrir à toute personne dans le besoin sur le plan psychiatrique, qu'elle soit suivie ou non en psychiatrie, mais dont le lieu de résidence se situe dans l'Est de Montréal. Le rôle de l'Appoint par rapport à l'Entremise se confirme graduellement. Les intervenants de chacune des ressources développent peu à peu une relation de confiance et de collaboration. La ressource est de plus en plus connue. Des partenariats se développent avec les différentes ressources du milieu.

Le travail quotidien à l'Appoint

Par son travail quotidien, l'Appoint se veut avant tout complémentaire aux services existants de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Son rôle consiste à assister les équipes traitantes et autres services en vue d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins d'une clientèle présentant des problèmes psychiatriques. L'Appoint évitera de se substituer aux équipes traitantes ou de dupliquer quelque service que ce soit. Les activités de l'Appoint se regroupent sous trois principaux volets, soit l'accueil téléphonique, l'intervention dans le milieu et l'hébergement. L'intensité de l'intervention de chacun des volets suit une progression. Autant que possible, la crise est résolue dans le milieu par une intervention téléphonique. Si nécessaire, l'équipe mobile d'intervention se rend sur les lieux pour tenter de

résoudre la crise sur place. La personne peut au besoin être hébergée à l'Appoint ou référée à un service approprié.

Volet téléphonique

L'Appoint répond aux demandes le jour, le soir et la nuit, tous les jours de la semaine. L'accueil téléphonique se fait par l'infirmière le jour et le soir. L'éducateur spécialisé prend la relève la nuit. Ce volet consiste, entre autres, à recevoir les demandes d'hébergement provenant des services d'urgence, des équipes traitantes ou autres, et à leur donner suite. Répondre aux appels des clients, de leurs proches ou des responsables des résidences protégées fait aussi partie de ce volet. Lorsqu'une personne s'adresse directement à l'Appoint durant le jour, alors que l'équipe traitante qui assure son suivi sur le plan psychiatrique est en service, l'intervention consiste à référer cette personne à son intervenant principal, à la faire patienter si possible lorsque la réponse tarde à venir. Il arrive que l'intervention téléphonique faite par l'Appoint soit suffisante pour résoudre la crise. Autrement, l'Appoint se charge de faire les arrangements nécessaires pour que la personne reçoive une réponse adéquate à son besoin.

Le tableau I présente les données, sur une période de trois mois, de l'utilisation du service téléphonique à l'Appoint. Un total de 955 appels téléphoniques ont été effectués durant les mois de mai à juillet 1999. Ce tableau nous apprend qu'une majorité de personnes (75.7%) ont appelé à partir de leur domicile et dans la majeure partie des cas (82.5%) l'intervention s'est limitée à un conseil téléphonique. Dans 10% des cas, les personnes ont été référées pour des services liés à l'hébergement. Il faut préciser que ces données n'indiquent pas le nombre de personnes ayant utilisé les services, mais bien le nombre d'appels effectués au centre, en d'autres termes, il se peut qu'une personne ait fait plusieurs appels.

En dehors des heures de jour, alors que l'équipe traitante n'est pas disponible, l'équipe de l'Appoint procède à une prise en charge plus complète de la

personne. Une évaluation plus approfondie de la situation est alors réalisée. Autant que possible, la crise est résolue par l'intervention téléphonique. Au besoin, l'intervenant peut décider de dépêcher une équipe d'intervention dans le milieu ou proposer l'hébergement de la personne en situation de crise ou encore la référer à l'urgence. Dans le cas où aucune place ne serait disponible à l'Appoint, la personne peut être référée à l'Entremise.

Tableau I : Statistique d'appels de l'Appoint pour la période de mai, juin et juillet 1999

Statistiques d'appels		Période de trois mois Mai à juillet 1999	
Nombre d'appels totaux		955	
Provenance de l'appel (type de ressource)			
Appartement autonome	723	75.7%	
Appartement supervisé ou chambre/pension	84	8.8%	
Résidence d'accueil	40	4.2%	
Pavillon	4	0.4%	
Foyer de groupe/maison de transition	35	3.7%	
Urgences	10	1.0%	
Autres	59	6.2%	
Conséquences*			
Conseil téléphonique	808	82.5%	
Référence à l'hébergement	99	10.1%	
Référence à l'urgence	20	2.0%	
Référence à l'équipe d'intervention	17	1.7%	
Référence à un autre organisme	35	3.6%	

* Les données disponibles ne concordent pas avec le total.

Volet intervention dans le milieu

Une équipe mobile d'intervention, rattachée à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, se rend sur les lieux de la crise pour une évaluation plus complète de la situation à la demande de l'infirmière de l'Appoint, et ce, dans les 30 à 60 minutes suivant l'appel. Dès qu'elle se déplace, l'équipe assume la responsabilité des dispositions à prendre. Si la crise ne peut être résolue sur les lieux, l'équipe peut amener la personne à l'Appoint ou à un autre service tel que l'urgence, selon le besoin.

L'équipe d'intervention dans le milieu est toujours composée par une infirmière et une travailleuse sociale. Huit équipes sont de garde tour à tour. Après plus d'une année de fonctionnement, nous constatons que ce volet est moins utilisé. Il semble que les situations de crise se règlent plus au moyen de l'intervention téléphonique et leur recours à l'hébergement. Dans la période de mai à juillet 99, l'Appoint a eu recours 17 fois à l'équipe d'intervention dans le milieu.

Volet hébergement

Une personne peut être admise en hébergement à toute heure du jour et de la nuit, 24h sur 24h. L'Appoint peut accueillir neuf résidants en chambre individuelle et dispose d'un lit supplémentaire de dépannage. Au moins deux intervenants sont présents le jour, le soir et la nuit. Le plus souvent, deux éducateurs spécialisés et une infirmière forment l'équipe de jour. Lorsque la personne est hébergée à l'Appoint, l'équipe qui assure son suivi régulier en psychiatrie demeure responsable du plan d'intervention. L'Appoint n'élabore pas de plan d'intervention pour la personne, ne travaille pas expressément à la résolution de la crise. *« Nous, on fera pas la résolution de la crise mais on va s'assurer que ça sera fait. On joue plus un rôle de médiation là-dedans, on va s'assurer que le monde se parle pour arriver à une entente pour réintégrer la personne le plus rapidement possible dans les meilleures conditions possibles. »* Le rôle de l'Appoint n'est pas de prendre en charge mais de maximiser ce qui existe déjà. Le but est de répondre aux attentes de l'équipe traitante. Il peut s'agir par exemple de fournir à la personne un milieu favorisant la stabilisation de son état, compléter les données par une observation plus soutenue, soutenir la personne dans sa réflexion sur un aspect particulier, superviser la prise de médicaments, surveiller les réactions à la médication, fournir un environnement propice au maintien ou à l'amélioration du sommeil ou de l'alimentation, surveiller des signes vitaux ou autres paramètres.

La supervision sur le plan de la médication demeure une dimension particulièrement importante dans le travail quotidien. *« On a souvent des*

problèmes avec les médicaments. Les patients n'ont pas de dosette. Ils ont ça dans une boîte, tout mélangé. J'ai déjà eu à démêler des boîtes de pilules et ce, sans prescription. C'est une réalité. Maintenant, dès qu'ils arrivent, on les organise. On leur montre comment ça fonctionne. » Réviser les ordonnances, trier les médicaments en main, vérifier si les médicaments pris correspondent aux médicaments prescrits, faire des démarches auprès des médecins, psychiatres et pharmaciens pour les ajustements ou renouvellements de prescriptions ou pour les approvisionnements constituent une grande part du soutien apporté. Par mesure de sécurité, les médicaments sont gardés sous clé.

Une relation d'aide est établie avec les résidants tout au long de leur séjour. Le personnel tente d'initier un certain processus de résolution de problèmes. On essaie de voir avec la personne l'aide qu'elle pourrait se procurer auprès des organismes communautaires, comment elle pourrait enrichir son réseau de soutien. On essaie de responsabiliser davantage les résidants en les aidant à identifier et à utiliser d'autres ressources de soutien disponibles. Mais l'intervention a des limites étant donné la courte durée du séjour dans un centre de crise. De plus en plus, on demande aux clients de rester au moins 24 heures de façon à pouvoir initier un certain processus d'aide. En général, la durée du séjour est de moins de 6 jours, peu de personnes seront hébergés plus de 10 jours (tableau II). Ces limites sont appliquées avec une grande souplesse pour tenir compte des besoins des personnes. L'Appoint n'offre pas de suivi en externe, ni de soins de réadaptation.

Le tableau II fournit les statistiques d'hébergement de l'Appoint pour les mois de mai à juillet 1999. Durant cette période, le centre a accueilli 128 personnes. Une majorité de personnes, soit 60.2%, provenait de leur domicile (appartement autonome). Les référents à la ressource sont variés, bien que près de 40% de ceux-ci proviennent des services de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. La durée de séjour se situe, pour près de la moitié des clients, entre 1 et 3 jours alors que 7%

reste plus de 10 jours. La majorité des clients est retournée à leur lieu d'origine après un séjour au centre.

Des discussions entre les intervenants, un journal de bord, des notes d'évolution pour chaque résidant favorisent la continuité de l'intervention. Les intervenants de l'Appoint transmettent à l'équipe traitante, par télécopieur, un rapport sur le séjour de la personne qui a été hébergée. Une réunion de service a lieu une fois par mois.

Le climat de travail qui règne à l'Appoint est décrit par les intervenants comme étant motivant, stimulant, valorisant et dynamique. Les problèmes sont rapidement identifiés et on tente d'appliquer des solutions dans les plus brefs délais possibles. L'intervention est vue comme un travail d'équipe. Leur rôle leur apparaît fort utile, puisque selon eux, l'Appoint apporte un soutien précieux aux responsables des résidences protégées ou des pavillons, alors que ceux-ci ne disposaient d'aucune ressource disponible, à part l'urgence, en dehors des heures d'ouverture habituelles des services. Les intervenants croient que leurs interventions permettent la réduction des visites à l'urgence et du nombre d'hospitalisations. Venir à l'Appoint, plutôt qu'à l'urgence, serait moins perçu comme un échec selon eux, et les personnes risqueraient moins de se sentir étiquetées. Le cadre mis en place à l'Appoint générerait moins d'anxiété, ce qui aurait comme effet de diminuer l'intensité de la crise. L'Appoint enrichit le réseau de soutien des clients. Le fait qu'il s'agisse d'une ressource attachée à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine peut représenter un avantage pour plusieurs clients déjà familiers avec cet établissement. Les intervenants disent observer régulièrement un niveau élevé de satisfaction chez les usagers de l'Appoint. Le nombre important d'appels téléphoniques et d'hébergement (tableaux I et II) témoignent de l'utilisation de ce service.

Tableau II: Statistique d'hébergement à l'Appoint pour la période de mai, juin et juillet 1999

Hébergement de crise	Période de trois mois Mai à juillet 1999	
Nombre total d'hébergement	128	
Provenance (type de ressource)		
Appartement autonome	77	60.2%
Appartement supervisé ou chambre/pension	14	10.9%
Résidence d'accueil	14	10.9%
Pavillon	6	4.7%
Foyer de groupe/maison de transition	14	10.9%
Autres	3	2.3%
Type de référent		
Suivi Intensif dans le Milieu de LHL (SIM)	9	7.0%
Équipe Louis-H. Lafontaine (LHL)	29	22.7%
Équipe Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)	14	10.9%
Intervenant en milieu de vie	22	17.2%
Urgence LHL	14	10.9%
Urgence HMR	6	4.7%
Usager	24	18.8%
Autres	10	7.8%
Durée de séjour		
1 à 3 jours	63	49.2%
4 à 6 jours	34	26.6%
7 à 10 jours	22	17.2%
+ de 10 jours	9	7.0%
Sortie de l'Appoint pour...		
Lieu d'origine	10	80.5%
	3	
Changement de ressource	8	6.3%
Urgence	10	7.8%
Famille ou proche	4	3.1%
Autres	3	2.3%

Les liens entre l'Appoint et l'Entremise

Les différences entre l'Appoint et l'Entremise sont discutées. Tout d'abord, la définition de la crise diffère de façon substantielle d'un centre à l'autre. À l'Appoint, la crise est comprise dans un sens très large. Certains la définissent comme étant « *quelqu'un qui appelle, une personne ou un organisme* ». La crise se situe sur le plan psychiatrique : décompensation, réajustement de la médication, attente d'hébergement, etc. Par contre, l'Entremise s'intéresse à la

crise de nature psychosociale, comme par exemple des problèmes en rapport avec l'argent, un divorce, un deuil.

Une autre différence a trait à la clientèle desservie. Bien que l'Appoint reçoive de plus en plus de demandes en provenance d'aidants naturels ou d'organismes communautaires pour des gens ne bénéficiant pas d'un suivi psychiatrique alors qu'elles en auraient besoin, la majorité de la clientèle de l'Appoint bénéficie d'un suivi régulier en psychiatrie pour des troubles mentaux graves (tableau III) (suivi intensif dans le milieu (SIM), suivi par une équipe multidisciplinaire ou autres). Par exemple, l'Appoint reçoit en hébergement pour une fin de semaine, un homme de 26 ans, schizophrène, dont le frère vient de décéder de façon violente. Malgré une forte médication, la condition de monsieur se détériore rapidement : agitation, sommeil perturbé, réapparition de certains symptômes psychotiques, etc. Le centre fournit à cette personne un milieu rassurant, une écoute active, une supervision de la prise de médicaments et un soutien centré sur l'ici et maintenant, ceci permet de préserver le résident d'une décompensation plus importante. La poursuite d'objectifs à long terme, tels que l'augmentation de l'autonomie, de la confiance en soi nécessite le soutien de l'équipe traitante chargée de son suivi et celui de sa famille.

TABLEAU III : SYNTHÈSE DES DIAGNOSTICS DE L'APPOINT

Diagnostic (axe I)	n	%
Maladie psychotique	25	50.0%
Maladie affective	8	16.0%
Tr lié à l'utilisation de substance	3	6.0%
Maladie anxieuse et Tr d'adaptation	4	8.0%
Autres	7	14.0%
Diagnostic différé ou absent	3	6.0%
TOTAL	50	100.0%

Quant à L'Entremise, elle vient en aide aux personnes vivant une crise psychosociale, que la personne soit suivie ou non en psychiatrie (tableau IV). Environ la moitié des usagers présentent des troubles psychiatriques ou sont suivis en psychiatrie. Cependant, la stabilité de leur condition sur le plan psychiatrique demeure un critère essentiel. Par exemple, l'Entremise reçoit une dame de 41 ans, présentant une grande tristesse et des idées suicidaires. Réticente à l'hébergement au centre de crise, l'intervention débute en externe. Une fois rassurée, elle accepte l'hébergement. Avec l'aide des intervenants, elle réfléchit sur le caractère irréversible du suicide, sur son désir de vivre, sur les facteurs qui contribuent à son insatisfaction, sur les décisions qu'elle prend en rapport avec ses besoins réels et sur les ressources disponibles. La cliente se mobilise. Elle choisit de participer à un programme offert à l'hôpital de jour et reprend une psychothérapie qu'elle avait abandonnée par le passé. Madame est satisfaite de sa démarche, bien que certains problèmes psychologiques ne pourront être résolus qu'au cours d'une psychothérapie.

TABLEAU IV: SYNTHÈSE DES DIAGNOSTICS DE L'ENTREMISE

Diagnostic (axe I)	n	%
Maladie psychotique	4	8.0%
Maladie affective	15	30.0%
Tr lié à l'utilisation de substance	6	12.0%
Maladie anxieuse et Tr d'adaptation	5	10.0%
Autres	13	26.0%
Diagnostic différé ou absent	7	14.0%
TOTAL	50	100.0%

Il existe une zone grise où la personne pourrait bénéficier autant d'un suivi à l'Entremise qu'à l'Appoint. L'exemple suivant illustre une telle situation. Il s'agit d'une jeune femme présentant un épisode psychotique pour la première fois. Malgré l'intensité assez importante de cet épisode, on préfère la garder à l'Entremise en raison de son jeune âge, de sa peur des milieux de soins

psychiatriques et du fait que ces manifestations surviennent pour la première fois. Devant l'agitation de la cliente et la difficulté à ajuster sa médication, les intervenants se demandent si l'Appoint est la ressource la plus appropriée. Bien que la nature du problème rejoigne davantage le monde de la psychiatrie que celui de l'intervention psychosociale, la décision de garder la dame à l'Entremise est prise en fonction du contexte. Il a été convenu par les intervenants et les responsables des deux ressources que dans ces situations de zone grise, l'important serait de se centrer d'abord sur les besoins de la personne, d'agir cas par cas, toujours pour le meilleur intérêt de la personne. Les intervenants des deux centres sont encouragés à se consulter lorsque ces situations se présentent. De plus, un retour sur ce qui a été fait est effectué en comité clinique afin d'augmenter l'efficacité de l'intervention et de la collaboration entre les centres pour les situations futures.

Une autre différence entre l'Appoint et l'Entremise a trait à la portée de l'intervention. L'Appoint se définit en quelque sorte comme un support à l'équipe traitante et aux ressources. L'Entremise pour sa part, assume directement la responsabilité du suivi de la personne, en interne ou en externe. Elle se dit avant tout au service des besoins exprimés par des individus qui font appel à ses services. L'Appoint et l'Entremise se distinguent par le type d'expertise développé : l'Appoint se caractérise par son expertise biopsychosociale avec des composantes pharmacologiques et l'Entremise est reconnu essentiellement pour son expertise en intervention psychosociale.

L'importance des contacts téléphoniques entre les intervenants des deux centres de crise dans le but de discuter de l'orientation des personnes ou des situations complexes est reconnue par l'ensemble des intervenants et responsables. Les relations sont décrites comme étant basées sur la confiance, la volonté de collaborer, l'ouverture et la simplicité. Cependant, l'estimation de la fréquence de ces contacts apparaît difficile. En fait, ceux-ci semblent, somme toute, assez rares. Peut-être un contact par semaine, peut-être deux ou trois. Apparemment,

ce nombre varierait d'une semaine à l'autre. « *On n'a pas encore le réflexe de s'appeler.* » Les intervenants de l'Appoint n'ont pas visité l'Entremise. Par contre, les responsables des centres se rencontrent sur une base régulière, soit par le biais d'un comité clinique réuni à toutes les deux semaines. Des comptes rendus sont présentés aux intervenants. Il arrive aux responsables de faire des représentations conjointes auprès d'autres services ou de ressources lors de colloques ou de congrès.

Bref, tous s'accordent pour dire que l'Appoint et l'Entremise ont développé des types d'expertise qui se complètent et qu'ils assument des rôles différents et essentiels. Les différences sont vues comme une force, une richesse pour la population desservie. On tient à les respecter, à les préserver. « *Ce qui importe, c'est que la personne soit aidée, que ce soit par l'une ou par l'autre des ressources. Continuer à se parler, à dépasser les structures.* » Une certaine crainte de voir les deux centres se fusionner persiste chez certains intervenants.

Les liens entre l'Appoint et les autres partenaires

Mis à part l'Entremise, les principaux partenaires de l'Appoint sont les équipes traitantes (clinique externe, hôpital de jour de différents hôpitaux, SIM, etc.), les urgences médicales et psychiatriques, les organismes communautaires et les ressources d'hébergement.

La collaboration avec le personnel des cliniques externes et de l'hôpital de jour apparaît satisfaisante. Des rencontres avec le personnel de l'hôpital de jour en vue de clarifier les rôles de chacun et de préciser des formes de collaboration ont eu lieu. Quelques ressources d'hébergement, l'Échelon entre autres, ont bénéficié de rencontres d'information offertes par l'Appoint. L'Appoint est considéré comme un service précieux par ces ressources. « *Ça pris du temps au début avant que les gens (des ressources d'hébergement) comprennent qu'ils pouvaient utiliser ce service là, mais une fois que ça été acquis, on a senti un*

grand soulagement, enfin on peut s'appuyer sur quelque chose quand on est en difficulté. »

Avec le personnel de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, la collaboration se base sur du cas par cas. La contribution de l'Appoint est reconnue et valorisée. Les échanges, de plus en plus fréquents (souvent par téléphone), apparaissent fructueux. Cependant, comme il sera discuté dans la partie traitant des difficultés, il semble qu'un meilleur partenariat avec l'équipe de l'urgence de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine pourrait être développé. La collaboration avec l'urgence psychiatrique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pose également certaines difficultés qui seront discutées plus en détails dans la section traitant de ce thème. Cette urgence ouvre ses portes de 8h à 16h du lundi au vendredi. L'urgence médicale prend la relève par la suite. L'absence d'infirmière de liaison, les longues périodes d'attente sont perçues comme des obstacles. L'obligation de passer d'abord par le médecin généraliste de garde, avant de voir le psychiatre, et ce même lorsqu'il s'agit d'une personne connue du milieu, alourdit passablement le processus. La responsable de l'Appoint a rencontré les infirmières de l'urgence afin de voir comment on pourrait améliorer le partenariat afin d'augmenter l'efficacité des services offerts de part et d'autre.

Pour ce qui est des organismes communautaires, il faudra encore un certain temps pour les connaître davantage et se faire connaître d'eux, étant donné leur nombre important et l'émergence continue de nouveaux organismes. La place de l'Appoint se fait graduellement et la collaboration avec les organismes communautaires est à développer. La collaboration de l'Appoint au regroupement des ressources communautaires en santé mentale est envisagée. À ce jour la participation de l'Appoint à la table qui regroupe l'ensemble des CLSC de la région Est est amorcée.

Les difficultés identifiées et rencontrées par l'Appoint

La définition large et vague de la situation de crise à l'Appoint constitue pour les intervenants une des premières difficultés énoncées. Il en est de même pour le manque de précision concernant la clientèle à desservir, le mandat du centre, ainsi que le rôle spécifique des intervenants par rapport à celui des équipes traitantes. D'un côté, les responsables de l'Appoint privilégient l'approche du cas par cas, laissant l'histoire guider l'évolution plus spécifique du service à partir de besoins bien concrets et réels du milieu. De leur côté, les intervenants craignent qu'en l'absence de critères, l'Appoint se transforme en centre d'hébergement, puisqu'on y accueille des gens qui, pour toutes sortes de raisons, n'ont pas d'endroit pour se loger. C'est le cas par exemple d'un couple de personnes âgées qui venait de perdre son logement, et a été référé à l'Appoint par un service d'urgence. L'Appoint a dû héberger ce couple quelques jours à défaut d'une ressource appropriée. « *Est-ce qu'on va laisser les autres ou les événements nous définir ?* » L'Appoint risque d'être utilisé à mauvais escient soutiennent les intervenants, c'est-à-dire par des personnes qui s'ennuient ou manquent d'argent. La clientèle de l'Appoint présente des problèmes multiples et persistants, souvent des troubles de la personnalité. Il s'agit d'une clientèle qui devient facilement dépendante des services offerts. Certains usagers tendent déjà à utiliser de façon régulière la ressource pour des besoins divers, tels que téléphoner, venir prendre un café, etc. Souvent, c'est à partir du nombre de lits disponibles que l'on décidera d'admettre ou non une personne, à défaut de critères valides. L'Appoint risque de devenir rapidement surchargé en l'absence de limites. On craint qu'un jour, l'établissement de limites, qui deviendra nécessaire tôt ou tard, entraîne des frustrations chez la clientèle et les partenaires.

Le mandat large et peu défini de l'Appoint contribue en partie à la difficulté de faire connaître dans le milieu, le service qu'il offre. Par exemple, son rôle est parfois confondu avec celui d'une urgence ou encore celui d'une ressource de répit pour les familles, les résidences. « *On est pris comme un hébergement-répit : c'est un répit pour qui ? La mère, l'équipe traitante ? Même les ressources*

nous prennent pour un répit. » Encore beaucoup de gens ne savent pas ce qui est fait à l'Appoint, en quoi l'Appoint se distingue de l'Entremise.

Le manque de critères précis qui permettraient d'orienter les gens soit vers l'Appoint, soit vers l'Entremise complique le travail des intervenants des deux ressources. Certains intervenants de l'Entremise n'arrivent toujours pas à comprendre vraiment le rôle de l'Appoint. Il en est de même pour certains intervenants de l'Appoint, face à l'Entremise. Pour certains, un suivi en psychiatrie ou une médication psychiatrique signifie que la personne devrait systématiquement être orientée vers l'Appoint, alors que cet élément ne constitue qu'un indice pour d'autres.

Par ailleurs, un malaise est ressenti par les intervenants de l'Appoint, par rapport aux limites imposées à l'étendue de leur intervention. Il apparaît difficile d'intervenir de façon autonome et professionnelle dans un contexte où l'équipe de l'Appoint demeure sous l'autorité de l'équipe traitante. Jusqu'où intervenir ? Comment intervenir efficacement auprès des familles lorsque, pour le faire, il faut en aviser le travailleur social ? Le rôle se limite-t-il à du dépannage ? C'est donc presque toujours avec un sentiment d'hésitation que l'équipe intervient auprès de la clientèle. Les limites imposées sont par ailleurs soutenues par le manque d'informations communiquées à l'Appoint, à part une fiche d'appel contenant que quelques brefs renseignements sur les personnes référées. Ne disposant ni du dossier, ni du plan d'intervention, ni du diagnostic, il apparaît difficile d'intervenir d'une façon concertée avec l'équipe traitante.

Une autre difficulté par rapport à la transmission de l'information se fait sentir à l'intérieur même de l'équipe de l'Appoint. Une perte d'information entre les services de soir et de jour, malgré la tenue d'un journal de bord, est notée. Les échanges entre les intervenants sont insuffisants selon plusieurs. L'absence de rencontres formelles pour discuter des personnes hébergées compromet la continuité des soins d'un quart de travail à l'autre.

Une autre préoccupation des intervenants concerne la comorbidité d'un grand nombre de personnes reçues à l'Appoint, tout particulièrement les problèmes de toxicomanies (alcool, drogues, médicaments) ajoutés aux problèmes de santé mentale. *« Le mois passé, sur sept résidants, on en avait peut-être quatre qui présentaient des problèmes de toxicomanie. »* Les intervenants ne croient pas avoir l'expertise, ni les connaissances requises pour répondre aux besoins de cette clientèle.

Dans un autre ordre d'idées, il semble que certains ajustements restent à faire pour améliorer le partenariat établi avec les services d'urgence. Les intervenants de l'Appoint déplorent des transferts de l'urgence qu'ils considèrent parfois précoces, comme par exemple, celui d'un homme ayant présenté des symptômes de delirium tremens qui a dû être réorienté à l'urgence. *« Ce n'est pas qu'on ne veuille pas reprendre le patient, mais on voudrait qu'ils éliminent un certain nombre de choses avant de nous l'envoyer. »* De plus, des transferts *non urgents* demandés durant la nuit irritent le personnel de l'Appoint. Du côté de l'urgence, certaines tensions sont exprimées en regard de ce qui est perçu comme étant de la surévaluation faite par le personnel de l'Appoint avant d'accepter un client qui a déjà été évalué par le personnel de l'urgence. Il arrive que l'évaluation faite par l'Appoint soit perçue comme un manque de confiance de la part de l'équipe de l'Appoint envers le corps médical de l'urgence. On déplore aussi le manque de communication, de concertation et d'intégration entre les services. Quelques critiques portent sur le manque fréquent de places pour les clients référés par l'urgence, alors que des clients provenant de d'autres ressources sont hébergées. Certains perçoivent l'Appoint comme une duplication de l'urgence ou encore de l'Entremise si cette dernière assumait le rôle pour lequel elle a été créée initialement. De l'extérieur, plus particulièrement des ressources d'hébergement, on dit ressentir l'existence d'un conflit entre le personnel de l'urgence et les intervenants de l'Appoint. En fait, seulement deux

rencontres officielles réunissant l'Appoint et l'urgence ont eu lieu. Aucun lien formel, entente ou protocole n'a encore été établi entre les deux services.

Quelques irritations sont exprimées par les intervenants de l'Appoint par rapport à l'urgence médicale. Notamment, le temps d'attente, atteignant parfois jusqu'à six heures, apparaît excessif. On s'y sent plus ou moins bien reçu. De plus, on a l'impression de devoir souvent *négoier* au téléphone avant de pouvoir amener un client. Lorsque l'urgence réfère des cas, les informations transmises sont souvent incomplètes ou pas tout à fait justes. Il devient difficile dans ces conditions d'orienter la personne vers la ressource la plus appropriée.

Quelques autres difficultés concernant le partenariat entre l'Appoint et d'autres partenaires sont mentionnées. Plus particulièrement, la collaboration avec l'équipe d'un hôpital général pour un suivi psychiatrique s'avère insatisfaisante à plusieurs égards : démarches souvent longues et pénibles avant d'être en mesure d'obtenir de l'information, difficulté à rejoindre les intervenants impliqués dans le traitement des usagers, omission des retours d'appels téléphoniques. De surcroît, les responsables des ressources d'hébergement critiquent, pour leur part, le manque de communication entre les services d'urgence en général, l'Appoint et eux. *« L'information ne circule pas, le patient va de l'Appoint à l'urgence, de l'urgence à son appartement supervisé, où je travaille, et je ne suis même pas mise au courant. Les appels demeurent sans suivi. »*

Les attentes et suggestions

Un certain nombre d'attentes ont été exprimées par les différents acteurs au cours des discussions. Elles ont trait à la définition du mandat de l'Appoint, au partenariat avec les autres services et à la formation du personnel. Premièrement, comme on pouvait s'y attendre, les intervenants de l'Appoint souhaitent que leur mandat soit précisé, ainsi que des critères qui cibleraient plus spécifiquement la clientèle à desservir. Ainsi, des limites pourraient être respectées, ce qui permettrait d'assurer une utilisation judicieuse du centre de

crise. De plus, on souhaiterait disposer de balises plus précises quant à l'aide à apporter aux personnes à domicile qui ne reçoivent aucun traitement psychiatrique alors qu'elles en auraient besoin. Des ressources d'hébergement, des lieux de dépannage apparaissent insuffisants.

Deuxièmement, plusieurs attentes traduisent le besoin d'améliorer le partenariat existant entre l'Appoint et plusieurs services alliés. Du côté de l'Appoint, on souhaiterait être davantage intégré à l'équipe traitante. Divers moyens sont proposés, comme par exemple, participer aux rencontres cliniques réunissant l'équipe traitante, les proches ou la famille ou les intervenants SIM. Les occasions d'échanger entre intervenants pourraient être créées en organisant des discussions de cas. De plus, l'accès des intervenants de l'Appoint au dossier médical et au plan d'intervention devrait être facilité.

Par rapport à l'arrimage entre l'Appoint et l'Entremise, l'ensemble des participants reconnaît d'emblée la nécessité de développer une collaboration plus étroite entre les deux ressources. Les ressources pourraient tirer parti l'une de l'autre en se consultant plus spontanément dans les situations complexes. La décision d'orienter une personne vers un centre ou l'autre devrait être prise de manière concertée, après discussion. Ainsi, les clients référés ne seraient plus acceptés de façon systématique aussitôt qu'ils sont référés par l'Entremise. Durant la nuit, l'équipe de l'Appoint pourrait cependant admettre temporairement des clients de l'Entremise au besoin. Pour améliorer les relations entre les deux centres, il est suggéré d'organiser des rencontres régulières entre les intervenants, des visites des centres de part et d'autre, des échanges de personnel durant quelques heures ou quelques jours ou encore des stages dans l'autre ressource. Des évaluations et des interventions conjointes pourraient être tentées. De même, des formations conjointes pourraient être envisagées. Cependant, le maintien et le respect des différences entre les deux centres demeurent extrêmement importants pour l'ensemble des participants, et fusionner les deux ressources seraient une erreur.

Par ailleurs, il importe également d'améliorer le partenariat entre l'Appoint et les services d'urgence en prenant des moyens pour faire connaître, de part et d'autres, les attentes, les rôles et les façons de faire de chacun, en établissant davantage des liens formels et aussi, des liens informels. Un mécanisme permettant de faire un retour sur les situations problématiques devrait être mis en place afin d'apporter les corrections requises. Du côté de l'Appoint, on souhaiterait bénéficier d'un accès direct au psychiatre de garde de l'urgence médicale, ce qui permettrait une intervention beaucoup plus rapide et efficace. Des ententes pourraient être établies pour les usagers connus. L'importance de ne pas surévaluer est mentionnée par plusieurs partenaires de l'Appoint. Une relation de confiance et de communication permettrait de ne pas dupliquer le processus d'évaluation et d'orienter adéquatement la personne en besoin. Des partenaires ne disposant d'aucune structure systématique d'évaluation mentionnent l'importance pour eux de recevoir un intervenant de l'Appoint pour évaluer la situation. Les opinions sont partagées en ce sens.

Enfin, on souhaite, à l'Appoint, collaborer bien davantage avec les organismes communautaires, dans le but de mieux outiller les personnes qui en ont le plus besoin. Des rencontres d'information et d'échanges avec les organismes communautaires du territoire desservi devraient avoir lieu au cours des prochains mois. De même, la représentation de l'Appoint aux tables de concertation de la région est prévue pour l'automne 1999.

Troisièmement, des attentes en rapport avec des besoins de formation sont exprimées par les intervenants de l'Appoint. Ces derniers ressentent le besoin de développer leurs connaissances sur l'intervention auprès de la clientèle présentant des problèmes de toxicomanie liés à des troubles mentaux, laquelle constitue une proportion croissante de la clientèle reçue à l'Appoint. Somme toute, le développement de l'expertise clinique par divers moyens revêt un grand intérêt. De plus, on souhaiterait développer encore davantage un rôle conseil

auprès des aidants naturels, des responsables des résidences d'accueil, des résidences protégées ou des organismes communautaires.

Cela dit, l'Appoint est une ressource *jeune*, en devenir. Il faudra se donner du temps pour améliorer les collaborations et l'arrimage entre les différents services. Tout compte fait, les participants constatent qu'une évolution certaine s'est produite au cours de la dernière année, bien que des ajustements restent à faire pour arriver à mettre en place le réseau intégré d'intervention de crise souhaité dans la sous-région Est.

Analyse des résultats: réactions et recommandations

La mise en place d'un réseau intégré de crise semble présenter actuellement pour l'Appoint certaines difficultés au niveau de l'identité de la ressource, de son mandat, ainsi que de son avenir. Ces inquiétudes auraient aussi été vécues par l'Entremise. La nécessité, perçue par les intervenants de l'Appoint, d'établir des critères et des balises fait écho à un processus analogue déjà rencontré par les gens de l'Entremise dans le passé. Cependant, l'Appoint étant un service de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et en même temps une ressource dans la communauté, il est d'autant plus important que son mandat soit clair afin de répondre adéquatement aux besoins exprimés par les partenaires. D'ailleurs, les rôles actuels de l'Appoint seraient quelques peu différents des rôles initiaux étant donné un travail quotidien qui évolue de plus en plus vers un support à l'urgence plutôt que simplement aux ressources d'hébergement.

Néanmoins, il est nécessaire d'approfondir au niveau sous régional une réflexion sur les besoins de la population de l'Est étant donné une difficulté importante vécue par les deux ressources pour se définir et avoir un mandat clair. La réponse aux besoins de crise occasionne d'importantes remises en question au niveau des rôles par son appartenance à un réseau en mouvance. Une meilleure planification des services, en regard de l'expérience vécue actuellement, est souhaitée et ce, en travaillant plus étroitement avec les alliés naturels comme les services des urgences.

D'ailleurs, de façon générale, les efforts faits dans le passé pour modifier la situation entre l'urgence et un centre de crise ont été jugés rares et insuffisants selon les responsables. On note que l'Appoint et l'Entremise peuvent être confrontés aux mêmes problèmes face à l'urgence, notamment la nécessité de mieux définir le rôle des ressources de crise au niveau de la prise en charge et de régler la problématique de la double évaluation, source d'une mésentente importante. Les responsables de l'Appoint précisent que des démarches

conjointes de rapprochement sont en cours et qu'ils souhaitent pouvoir ainsi établir de meilleures bases pour un réseau intégré de services.

Dans un autre ordre d'idée, l'insécurité vécue et rapportée dans le document par les intervenants de l'Appoint est expliquée par les responsables comme émergeant du travail dans la communauté, hors des murs de l'hôpital. Ce travail où ils sont confrontés aux cultures différentes de soins, au manque d'information, à l'absence de balises claires les placent devant de nouvelles responsabilités, d'où le désir de se redéfinir un «espace sécuritaire» d'intervention. «Les intervenants de l'Appoint ne doivent pas oublier les situations difficiles vécues où ils ont su s'adapter», expliquent les responsables de l'Appoint. Ils précisent également la nécessité de développer l'esprit d'équipe au sein des intervenants, de sécuriser les intervenants en les outillant, d'établir certaines balises et de bien faire comprendre leur mandat. Il est important pour eux de développer une expertise clinique en ce qui a trait à leur rôle de médiateur auprès des aidants naturels, des équipes de soins, des responsables des ressources d'hébergement et des organismes communautaires. C'est d'ailleurs ce rôle qui les différencie de plus en plus de l'Entremise.

Quoi qu'il en soit, les deux ressources sont d'accord pour maintenir un partenariat et mentionne l'importance de poursuivre l'actualisation du plan de collaboration. Elles mentionnent d'ailleurs la collaboration déjà établie entre les responsables et l'émergence d'une coopération concrète et efficace sur le terrain, entre les intervenants des deux ressources. Des formations communes sont proposées ainsi que des échanges d'intervenants d'un service à l'autre et des interventions conjointes lors des visites à domicile. Les deux ressources ont, selon les responsables, intérêt à amorcer des échanges afin de partager l'expertise, la mise sur pied immédiate de mécanismes de communication et d'entraide est essentielle. Le maintien de leurs caractéristiques propres est cependant primordial pour les deux ressources. L'Appoint et l'Entremise reconnaissent par ailleurs leur incapacité à répondre à tous les besoins de la population de l'Est.

Ces services sont témoins régulièrement des nombreux problèmes socio-économiques vécus par les utilisateurs. Bien qu'ils ne puissent pas agir directement sur ces aspects dans le cadre de leur mandat respectif, ils souhaitent contribuer à une réflexion avec les partenaires qui permettra la mise en place de ressources pouvant répondre aux besoins des personnes.

Enfin, les responsables semblent remarquer un impact du processus de recherche sur les contacts entre les intervenants de l'Entremise et l'Appoint. Les contacts semblent plus nombreux depuis les groupes de discussion.

Conclusion

Le centre de crise l'Appoint s'apprête à compléter sa deuxième année d'existence, et se trouve donc dans sa période d'implantation. De façon générale, on estime à deux ou trois ans la durée de cette période. Il serait donc peu pertinent de vouloir mesurer l'impact de l'Appoint sur la population ou sur le réseau de soins actuellement. C'est dans cette perspective que nous avons réalisé cette étude d'implantation.

Il est évident que l'Appoint est devenu un membre à part entière de ce réseau, comme en témoigne un niveau élevé d'activités réalisées en interface avec plusieurs partenaires déjà établis depuis plusieurs années. L'Entremise est l'un d'eux, et on assiste, par la création de l'Appoint, à un processus de différenciation de ces deux ressources, notamment au niveau de la clientèle desservie. Dans le cadre d'un travail quotidien en interface avec plusieurs partenaires, la rencontre de plusieurs cultures organisationnelles différentes peut devenir problématique. Il existe donc une exigence réelle d'arrimage entre les partenaires du réseau. Ainsi, comme l'Appoint doit s'adapter à de multiples autres ressources, celles-ci doivent maintenant composer et s'adapter aussi à l'Appoint.

Cette situation, très dynamique d'un point de vue organisationnel et humain, force toutes les ressources placées en partenariat, à une meilleure définition des territoires de compétence, des terrains d'intervention et des frontières délimitant l'action de leurs intervenants. La résolution de cette crise d'identité doit être amorcée et résolue par les responsables des ressources concernées en accord avec les intervenants et dans le plus grand bénéfice de la population à desservir. Cette réorganisation du réseau n'ayant en effet de sens, que si elle se fait pour les usagers.

La venue de l'Appoint sera peut-être l'élément déclencheur obligeant les différents partenaires du réseau à définir et à consolider dans les faits, un réseau intégré de service d'intervention de crise dans l'Est de Montréal.



Bibliographie

1. Contandriopoulos, AP et Souteyrand, Y. (1996). La construction de l'offre locale de soins. Dans: Contandriopoulos, AP et Souteyrand, Y. L'hôpital Stratège: dynamiques locales et offre de soins. Montrouge; John Libbey.
2. Thomas Muhr for Scientific Software Development's. (1997). Atlas-ti. The knowledge Workbench. Visual Qualitative Data Analysis Management Model Building. Short User's Manuel. Scientific Software Developments, Berlin.