



MÉMOIRE
présenté au
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
par le
Regroupement des Services d'Intervention de Crise du Québec
dans le cadre des
Consultations concernant les effets de la pandémie
sur la santé mentale

Février 2021

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE	4
Des constats relayés par nos membres	4
Historique, mission et membrariat du RESICQ	5
Liste des membres du RESICQ selon leur région administrative et leur offre de service	6
Répartition géographique des centres et services communautaires d'intervention de crise	7
L'OFFRE DE SERVICE	7
Une offre de service à trois volets	7
Ligne téléphonique d'intervention de crise et de soutien 24 h /24, 7 j/7	7
Hébergement de crise 24 h/24, 7 j/7	8
Intervention de crise dans la communauté	8
Des services intégrés	8
Des services complémentaires	9
Une solution de remplacement moins stigmatisante	10
Offre de service intégrée des services d'intervention de crise 24 h/7 j	11
DES EXPERTS EN INTERVENTION DE CRISE	12
Formation provinciale sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7	12
Définition de la crise	12
Typologie de la crise	13
La crise : un processus à trois phases	13
LE DÉPLOIEMENT DU SUIVI ÉTROIT AU QUÉBEC	14
Le rôle des centres d'intervention de crise	14
Le suivi étroit	14
Le rôle des centres et services d'intervention de crise dans le déploiement du suivi étroit	15
Recommandation	15
LE DÉPLOIEMENT DU TRAITEMENT INTENSIF BREF À DOMICILE (TIBD) AU QUÉBEC	16
Les avantages du modèle TIBD	16
Des aspects à considérer pour un déploiement réussi	16
Recommandation	17
LE DÉPLOIEMENT D'ESCOUADES 24/7 AU QUÉBEC	17
Fonctionnement	17
Recommandation	18
VISION DE L'OFFRE DE SERVICE INTÉGRÉE DES SERVICES D'INTERVENTION DE CRISE 24 h/7 j	19
POUR UNE STRATÉGIE NATIONALE DES SERVICES D'INTERVENTION DE CRISE	20
Un périmètre défini en cohérence avec les autres démarches structurantes impactant le champ de la santé mentale	21
Progression de la crise et les étapes de la prise en charge dans l'intensité de services	22
CHEMINEMENT D'UN USAGER AU SEIN DU CONTINUUM EN SANTÉ MENTALE	23
VERS L'AVENIR	24

LEXIQUE

AAOR :	Accueil-Analyse-Orientation-Référence
AVD/AVQ :	Activité de la vie domestique/ Activité de la vie quotidienne
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC :	Centre local de services communautaires
FACT :	Flexible assertive community treatment
GASMA :	Guichet d'accès en santé mentale adulte
GMF :	Groupe de médecine de famille
PAJ-SM :	Programme d'accompagnement justice- santé mentale
PASM :	Plan d'action en santé mentale
RESICQ :	Regroupement des Services d'intervention de crise du Québec
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
PQPTM :	Programme québécois pour les troubles mentaux
PSOC :	Programme de soutien aux organismes communautaires
SBNI :	Suivi de base non intensif
SIM :	Suivi intensif dans le milieu
SMA :	Santé mentale adulte
SIV :	Suivi d'intensité variable
TIBD :	Traitement intensif bref à domicile

Mémoire rédigé par :

Guillaume Le Moigne, Vice-président du RESICQ
Directeur général du Centre de crise Le Transit, Montréal
Hugues LaForce, Secrétaire du RESICQ
Directeur du Centre d'intervention de crise Tracom, Montréal

CONTEXTE

Le Regroupement des Services d'Intervention de Crise du Québec (ci-après le RESICQ) a rédigé ce mémoire suite à sa participation, à titre d'observateur, aux consultations des 19 et 20 janvier 2021 portant sur les effets de la pandémie sur la santé mentale.

Parmi les constats et les affirmations qui ont retenu notre attention lors de ces consultations, il y a :

- la pandémie exacerbe des problèmes qui existaient avant (pauvreté, exclusion, isolement, condition des femmes, troubles mentaux, difficultés d'accès aux services ...);
- plus elle dure, plus la pandémie entraîne des troubles mentaux;
- les jeunes de moins de 40 ans sont plus à risque de développer des idées suicidaires et des troubles anxieux et dépressifs;
- il manque de ponts entre les services offerts par le réseau communautaire et le réseau public;
- un meilleur accès aux services est nécessaire, mais il faut aussi mieux gérer les flux de clientèles entre les prestataires de soins et de services;
- il faut offrir une réponse aux besoins des personnes qui soit différente du modèle biomédical;
- les services de proximité sont à privilégier; l'Escouade 24/7 dans la région du Bas-Saint-Laurent est un modèle à suivre;
- les organismes communautaires devraient être plus impliqués dans la réorganisation des guichets d'accès en santé mentale et mieux arrimés au Service Info-Social;
- les organismes communautaires ne sont pas suffisamment subventionnés; ils veulent que leur expertise soit reconnue, être traités sur une base égalitaire avec le réseau public et souhaitent faire partie de la conception des programmes et des comités de suivi.

Des constats relayés par nos membres

Depuis le début de la pandémie, les membres du RESICQ ont maintenu leur offre de service tout en s'adaptant aux mesures exceptionnelles décrétées dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

À travers les observations faites par nos membres, nous constatons un niveau de détresse nettement plus élevé, une fragilisation généralisée de la population qui se traduit par de nombreuses nouvelles demandes de services pour une clientèle qui consulte pour la première fois et une chronicisation dans la crise d'une clientèle déjà connue.

En outre, nous remarquons de manière globale une augmentation de la prévalence de l'anxiété, du stress, de la dépression, de l'impulsivité, de l'irritabilité, de l'insomnie, de la perte d'appétit, des troubles de concentration et mnésiques ou une lassitude plus marquée.

Au quotidien, les éléments suivants ont eu une incidence plus marquée sur le niveau de détresse observé et les populations auprès desquelles nous intervenons:

- l'impact de l'information (inflation des médias sociaux, sources d'information non fiables, polarisation des opinions concernant la pandémie);
- l'impact du confinement (condition de confinement précaire, appauvrissement des liens sociaux et isolement, conflits conjugaux, transition numérique vers le télétravail, burnout familial, personne victime de violence conjugale, sédentarité qui a un impact sur la santé mentale);
- la santé mentale des travailleurs essentiels (augmentation du stress, anxiété, peur de contaminer ses proches, pression de performance, ESPT (état de stress post-traumatique), sursollicitation de leurs mécanismes d'adaptation, fatigue généralisée, pression du « sauveur »);
- la santé mentale des jeunes (isolement, appauvrissement du réseau social, questionnement sur leur avenir, crainte d'être en échec scolaire, sensation de sacrifier un moment important de leur vie);
- la santé mentale des personnes ayant des troubles préexistants (personne ayant un trouble préexistant au niveau de la santé mentale, personne qui reçoit du soutien d'un organisme communautaire);
- la santé mentale des personnes qui vivent dans la précarité (personne incapable d'effectuer du télétravail pour cause financière ou physique, personne à faible revenu, personne migrante, personne en situation d'itinérance, personne seule ou esseulée, personne handicapée, personne âgée et isolée);
- les impacts économiques présents et futurs (propriétaires d'entreprise qui ont dû fermer, employés licenciés, crainte de l'austérité, baisse de revenus et du niveau de vie, perte d'un membre de la famille qui subvenait aux besoins à cause de la COVID19);
- l'impact du déconfinement (peur persistante d'être exposé à la maladie, syndrome de la cabane, mysophobie, peur d'une perte de confort procuré par les conditions de travail à distance);
- l'impact du deuil (deuils complexes, deuils éloignés pour les populations migrantes, perte de statut).

En définitive, que ce soit avant, durant ou après la pandémie, tous les acteurs œuvrant auprès de populations plus à risque de développer ou d'aggraver un trouble mental s'entendent pour dire que le niveau de détresse chez la population générale et certains groupes de personnes en particulier est élevé et qu'il ira en augmentant. Par conséquent, un accroissement de la demande pour des services en santé mentale est prévisible et il faudra en tenir compte au cours des prochaines années dans la planification des services.

À cet effet, il faut rappeler qu'avant même que la pandémie frappe le Québec, de nombreux participants avaient déjà souligné, à l'occasion du *Forum Adulte et santé mentale* des 28 et 20 octobre 2019, l'importance de rendre les services d'intervention de crise communautaires plus accessibles à la grandeur du Québec.

Aussi, dans son *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 - Faire ensemble et autrement*¹, le ministère de la Santé et des Services sociaux avait également énoncé un ensemble de mesures à mettre en place ou à consolider dont l'accès à des services d'intervention de crise (mesure 28) et au suivi étroit (mesure 29) dans tous les territoires des centres intégrés.

Pour les raisons précédentes et d'autres qui seront abordées dans ce mémoire, les membres du RESICQ sont convaincus que leur offre de service, leur expertise en intervention de crise et le professionnalisme de leurs intervenants doivent être mis à contribution dans la recherche de solutions aux difficultés liées à l'accès et à la continuité des services en santé mentale.

A travers cette approche, nous souhaitons être des acteurs contribuant à des solutions durables au bien-être des Québécois et au développement de nouvelles perspectives innovantes qui visent à renforcer la population face aux bouleversements présents et à venir qu'elle est susceptible d'expérimenter.

Historique, mission et membrariat du RESICQ

Le RESICQ a été créé en 2003. Il a pour mission de regrouper, représenter et soutenir les centres d'intervention de crise du Québec. Les buts et les objectifs du regroupement sont:

- concerter et mobiliser les organismes membres de la Corporation en lien avec l'offre de service des centres d'intervention de crise;
- représenter, promouvoir et défendre les intérêts des membres de la Corporation auprès des instances concernées;
- faire connaître les services, les pratiques et l'expertise des centres d'intervention de crise;
- promouvoir des pratiques communautaires et alternatives en intervention de crise ayant pour fondement la primauté de la personne, la continuité, la cohérence et la qualité de l'intervention offerte par les membres;
- enrichir les pratiques d'intervention de crise à l'aide de différents moyens tels que des formations, conférences ou autres;
- favoriser des échanges de services, de soutien et d'information entre les membres;
- œuvrer pour que la population du Québec ait accès à des services des centres d'intervention de crise.

Le regroupement rassemble aujourd'hui vingt-et-un centres et services communautaires d'intervention de crise en santé mentale répartis dans douze régions administratives du Québec.

Plusieurs d'entre eux ont ouvert leurs portes en 1986-1987 dans la foulée de la mise en place, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, d'un ensemble de mesures visant à diminuer la congestion dans les urgences hospitalières. L'une de ces mesures fût l'implantation de services d'intervention de crise 24 h/24, 7 j/7, étroitement liés à un service d'hébergement temporaire dans le but de:


- répondre aux besoins des adultes en état de crise situationnelle, de détresse émotionnelle ou de crise d'adaptation;
- prévenir les hospitalisations inutiles;
- réduire la pression sur les urgences.

Ainsi, depuis plus de trois décennies, les organismes membres du RESICQ reçoivent les demandes d'aide d'adultes:

- ayant des idées suicidaires ou d'homicide;
- vivant une perte, une rupture, un échec ou un événement traumatique occasionnant une détresse psychologique importante;
- traversant une période de désorganisation psychiatrique liée à un trouble mental comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression majeure, l'anxiété et les troubles de la personnalité;
- souvent aux prises avec un problème de dépendance concomitant.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 - Faire ensemble et autrement*, 87 p.

Liste des membres du RESICQ en fonction de leur région administrative et de leur offre de service

	Intervention téléphonique 24 h/24, 7 j/7	Hébergement de crise 24 h/24, 7 j/7	Suivi de crise (face à face, téléphone, visio.)
RÉGION ADMINISTRATIVE 01 - BAS-SAINT-LAURENT			
La Bouffée d'Air du KRTB	✓	✓	✓
Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-St-Laurent	✓	✓	✓
RÉGION ADMINISTRATIVE 03 - QUÉBEC			
Centre de crise de Québec	✓	✓	✓
RÉGION ADMINISTRATIVE 04 - MAURICIE			
La Chrysalide – Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	✓	✓	✓
RÉGION ADMINISTRATIVE 05 - ESTRIE			
Le Passant – Maison d'hébergement pour personnes en difficulté		✓	
Entr'elles – Hébergement de crise pour femmes		✓	✓
RÉGION ADMINISTRATIVE 06 - MONTRÉAL			
Centre L'Autre Maison inc.	✓	✓	✓
Centre d'intervention de crise Tracom	✓	✓	✓
Centre de crise Le Transit	✓	✓	✓
Association IRIS	✓	✓	✓
Centre de crise de l'Ouest de l'île	✓	✓	✓
RÉGION ADMINISTRATIVE 07 - OUTAOUAIS			
Centre d'aide 24/7		✓	
RÉGION ADMINISTRATIVE 08 - ABITIBI-TEMISCAMINGUE			
Besoin d'aide 24/7 (en voie de devenir un centre d'intervention de crise)	✓		✓
RÉGION ADMINISTRATIVE 13 - LAVAL			
L'îlot – Centre de crise et de prévention du suicide de Laval	✓	✓	✓
RÉGION ADMINISTRATIVE 14- LANAUDIÈRE			
Les Services de crise de Lanaudière	✓	✓	✓
RÉGION ADMINISTRATIVE 15- LAURENTIDES			
Centre de crise Soleil Levant	✓	✓	
RÉGION ADMINISTRATIVE 16- MONTRÉGIE			
Centre de crise et de prévention du suicide du Haut-Richelieu-Rouville	✓	✓	✓
Le Tourant – Centre de crise et de prévention du suicide	✓	✓	✓
La Maison sous les Arbres – Centre d'intervention de crise et de prévention du suicide	✓	✓	✓
Contact Richelieu-Yamaska – Centre d'intervention de crise et d'hébergement	✓	✓	✓
La Traversée – Centre de crise et de prévention du suicide	✓	✓	✓
RÉGION ADMINISTRATIVE 17 – CENTRE-DU-QUÉBEC			
La Chrysalide – Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	✓	✓	✓

Répartition géographique des centres et services communautaires d'intervention de crise



L'OFFRE DE SERVICE

Au milieu des années 1980, la ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Thérèse Lavoie-Roux, choisissait d'accorder principalement à des organismes à but non lucratif le mandat d'offrir des services d'intervention de crise en santé mentale. À l'époque, la volonté gouvernementale était de favoriser une approche non médicale des problèmes de santé mentale et de fournir des services d'intervention de crise souples et rapidement accessibles à la population du Québec.

Trente années plus tard, chacun des centres ou services d'intervention de crise membres du RESICQ propose une gamme de services tenant compte des besoins de la population, des attentes des partenaires locaux et des moyens financiers à sa disposition par le biais d'un financement du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) ou d'une entente de services avec un CISSS ou un CIUSSS.

Une offre de service à trois volets

La plupart des membres du RESICQ propose une offre de service à trois volets. Tous sont dotés minimalement d'un service d'hébergement de crise, sauf un membre présentement en démarche pour devenir un centre d'intervention de crise avec un service d'hébergement (Abitibi-Temiscamingue).

La majorité dispose également d'un service d'intervention téléphonique 24 h/24, 7 j/7, et d'un service d'intervention de crise dans le milieu. Ces services sont généralement modulés en fonction des paramètres suivants:

Ligne téléphonique d'intervention de crise et de soutien 24 h /24, 7 j7

- Principale voie d'accès de la population et des partenaires pour effectuer une demande d'aide;
- Intervention et soutien psychologique visant l'apaisement de la souffrance, la sécurité de la personne, la recherche de solutions et la prise d'actions;
- Estimation du risque d'un passage à l'acte suicidaire ou d'homicide;
- Orientation vers d'autres ressources ou organisations convenant mieux à la situation présentée;
- Volet de service offert dans l'attente d'une évaluation psychosociale ou en complémentarité avec le service de suivi de crise dans la communauté;
- Avec le consentement de la personne, concertation, soutien et échange d'informations avec les membres de son réseau familial, social et professionnel;
- Échange d'informations avec la personne demandant ou recevant des services d'intervention de crise.

Hébergement de crise 24 h/24, 7 j/7

- Lits de crise en chambre individuelle ou partagée dans un milieu de vie accueillant;
- Séjour de courte durée en fonction des objectifs convenus;
- Milieu favorisant la reprise d'une routine de vie saine et le rétablissement;
- Soutien psychologique et pratique offert en continu aux personnes pour les appuyer dans la recherche de solutions et leurs efforts afin de diminuer leur détresse et résoudre leurs difficultés;
- Accompagnement dans la prise régulière de la médication;
- Échanges avec le réseau d'aide ou l'entourage de la personne, liaison avec les partenaires de soins et de services actuels ou à venir.

⇒ **En 2019-2020, les vingt-et-un membres du RESICQ ont offert 42 219 jours en hébergement de crise à travers le Québec.**

Intervention de crise dans la communauté (suivi de crise, application de la Loi P-38, suivi post-hébergement...)

- Rencontres à domicile, dans un lieu public ou au centre d'intervention de crise et rendez-vous téléphoniques;
- Service destiné à tous les types de crise (psychosociale, psychotraumatique et psychopathologique), avec ou sans la présence d'idéations suicidaires ou de manifestations psychotiques;
- Estimation du niveau de dangerosité autodirigée ou hétérodirigée et mise en place d'un filet de sécurité;
- Désescalade de la situation de crise : recherche de moyens d'apaiser la souffrance; exploration, avec la personne et son entourage, des solutions tentées ou à envisager pour tolérer ou réduire l'intensité des sentiments ressentis, reprendre espoir et s'accorder du temps pour considérer d'autres options;
- Suivi de courte durée dont la longueur et la fréquence sont adaptées à la situation;
- Soutien psychologique et pratique offert aux personnes afin de les appuyer dans la recherche de solutions à leurs difficultés et dans la réalisation des objectifs prévus au plan d'intervention;
- Rencontres avec le réseau d'aide ou l'entourage de la personne, liaison avec les partenaires de soins et de services actuels ou à venir et accompagnement au besoin;
- Si nécessaire, orientation, liaison et accompagnement vers d'autres organismes communautaires et publics de la 1^{re} ou de la 2^e ligne.

Des services intégrés

Le modèle d'organisation des services implanté dans la majorité des centres et services communautaires d'intervention de crise a l'avantage de proposer à la population des services intégrés d'intervention de crise. Ainsi, sous la même enseigne, les personnes en détresse peuvent bénéficier d'une combinaison de services leur permettant généralement de passer au travers de la phase aigüe de leurs difficultés.

Un bénévole du centre de prévention du suicide téléphone au centre d'intervention de crise. À l'issue d'un appel-conférence, l'intervenante du centre d'intervention de crise prend la relève auprès d'un jeune homme suicidaire. Préférant ne pas avoir à se rendre à l'hôpital, il se montre ouvert à passer quelques jours au service d'hébergement de crise. La routine de vie au centre et des rencontres quotidiennes l'amènent à reprendre une meilleure hygiène de vie, à exprimer sa souffrance et à reprendre espoir. De retour chez lui, il bénéficie d'un suivi de quelques rencontres avec une intervenante au cours duquel il explore des moyens de s'activer et de socialiser. Entre les rencontres, il utilise le service d'intervention téléphonique pour de l'aide ponctuelle. À l'occasion de leur dernier entretien, l'intervenante lui rappelle qu'il peut demander de l'aide directement au centre d'intervention de crise s'il lui arrive de traverser une autre période de détresse.

Comme en témoigne la vignette plus haut, l'offre de service à trois volets confère la capacité de déployer autour de la personne en crise un véritable filet de sécurité et une aide soutenue dans la communauté, et ce, souvent sans avoir à recourir à d'autres organismes. Cela diminue conséquemment les bris dans la continuité des services et l'obligation pour la personne d'avoir à composer avec de multiples acteurs alors qu'elle se sent au plus bas.

Des services complémentaires

La collaboration entre les centres et les services communautaires d'intervention de crise et les établissements du réseau public de la santé et des services sociaux ne date pas d'hier. Les membres du RESICQ ont toujours coopéré au fil du temps avec les professionnels de 1^{re} ligne et de 2^e ligne des centres hospitaliers et ceux des CLSC, des CSSS et, plus récemment, des CISSS et des CIUSSS.

Les mises en situation ci-dessous sont des exemples courants de collaboration où les services d'intervention de crise des membres du RESICQ sont offerts concurremment ou en continuité avec ceux des professionnels du réseau public de la santé et des services sociaux.

Un résident en psychiatrie à l'urgence contacte le centre d'intervention de crise au sujet d'un homme en détresse qui a des idées suicidaires. À l'issue d'une rencontre d'évaluation avec un intervenant, il est convenu que l'homme soit hébergé au centre d'intervention de crise au lieu d'être gardé à l'urgence ou retourné chez lui. Pendant le séjour, le client explore avec les intervenants les causes de sa souffrance. À son départ, quelques rencontres de suivi de crise lui fournissent le soutien nécessaire en attendant qu'il débute sa participation à un groupe d'entraide pour hommes séparés.

Une psychologue d'une équipe en santé mentale de 1^{re} ligne communique avec le centre d'intervention de crise. Une cliente souffrant d'un trouble de la personnalité vit une rupture amoureuse qui réactive ses comportements autodestructeurs. Quelques jours en hébergement de crise lui permettent de remettre en pratique ses stratégies d'autorégulation. De retour chez elle, elle bénéficie d'un suivi de crise jumelé au service d'intervention téléphonique 24 h/24, 7 j/7. Après deux semaines, la cliente, la psychologue et l'intervenant du centre d'intervention de crise conviennent que le pire de la crise est passé et que le soutien du centre d'intervention de crise n'est plus nécessaire.

Une travailleuse sociale à l'unité psychiatrique contacte un centre d'intervention de crise pour une patiente hospitalisée à cause d'un premier épisode de manie. Bien que suffisamment rétablie pour quitter l'hôpital, elle ne se sent pas prête à retourner chez elle. La cliente et l'intervenant du centre d'intervention de crise optent pour un séjour d'une semaine au centre afin qu'elle s'habitue à la prise de médicaments et reprenne une routine de vie plus normale après un mois et demie d'hospitalisation.

Une infirmière en clinique externe appelle au centre d'intervention de crise en présence de son patient. Celui-ci peine à faire face à la réapparition de pensées psychotiques. L'homme ne veut pas être hospitalisé ni être hébergé au centre d'intervention de crise. Il accepte, par contre, que sa médication soit ajustée. L'intervenant du centre d'intervention de crise lui propose d'utiliser le service d'intervention téléphonique 24 h/24, 7 j/7 afin de l'aider, d'ici à la prochaine rencontre avec l'infirmière, à rester ancré dans la réalité lorsque ses idées paranoïdes deviennent trop envahissantes.

Un intervenant du centre d'intervention de crise reçoit un appel du service Info-Social. Avec le consentement de la personne, une conférence téléphonique a lieu. L'homme vit du découragement à la suite d'une perte d'emploi. Il s'est remis à consommer de la cocaïne et n'a plus les moyens de payer son loyer. Un séjour en hébergement de crise lui est proposé moyennant l'engagement de ne pas consommer pendant le séjour. Avec le soutien des intervenants, il évalue ses options. Après quelques jours, il contacte un ami qui accepte de l'héberger temporairement et il décide de reprendre ses rencontres avec l'association Cocaïnomanes Anonymes.

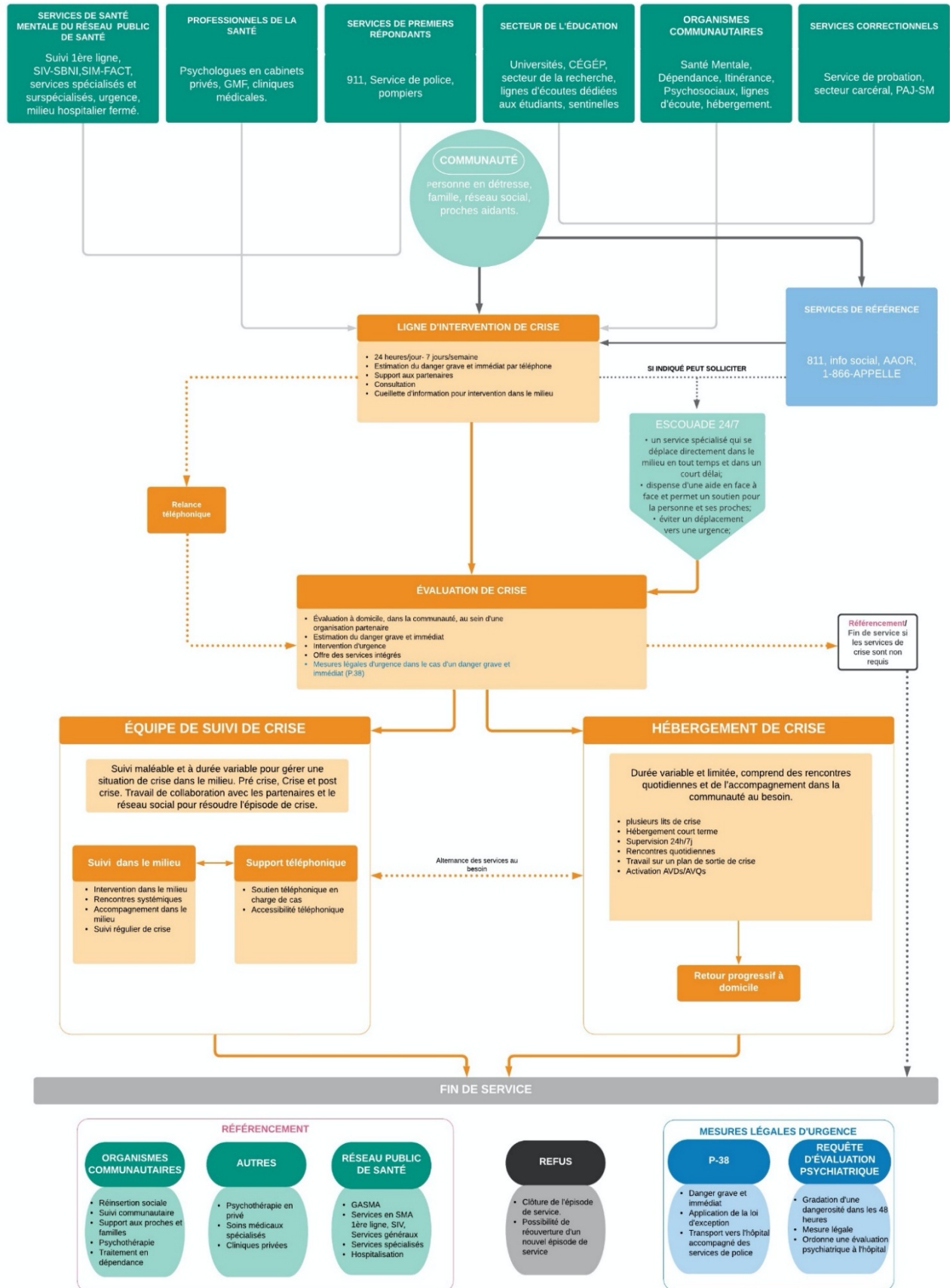
Une solution de remplacement moins stigmatisante

Toutes les situations décrites précédemment illustrent bien la gamme de services offerte par les membres du RESICQ et les occasions de collaboration avec les établissements publics du réseau de la santé. Par contre, la contribution des membres du RESICQ à l'offre de service en santé mentale ne s'arrête pas là. En acceptant directement les demandes de services des organismes communautaires, des CÉGEP et universités, des services policiers, des personnes elles-mêmes ou des membres de la famille et de l'entourage, les centres et services communautaires d'intervention de crise aident encore davantage à réduire la pression exercée sur le réseau public de la santé pour des services et des soins en santé mentale.

En effet, dans bien des cas, les services offerts par les membres du RESICQ permettent à des personnes en détresse d'éviter de se présenter à l'urgence hospitalière ou au CLSC en leur fournissant le soutien nécessaire afin de tolérer ou d'apaiser leur souffrance et pour s'engager dans des actions concrètes menant à l'amélioration de leur santé et de leur situation.

Il arrive aussi que les centres et services communautaires d'intervention de crise constituent la seule option pour des personnes qui, par crainte d'être stigmatisées ou pour d'autres raisons, ne souhaitent pas ou ne désirent plus demander des services dans le réseau public de la santé et des services sociaux. Offrir à ces personnes une solution de remplacement au réseau public et la liberté de choisir est un devoir.

OFFRE DE SERVICE INTÉGRÉE DES SERVICES D'INTERVENTION DE CRISE 24h/7j



DES EXPERTS EN INTERVENTION DE CRISE

Au Québec, les centres d'intervention de crise ont vu le jour dans le contexte de la désinstitutionnalisation, ce qui a mené à une offre de service devant répondre aux besoins d'une clientèle hétérogène. Spécialisés, professionnels, souples et humains, les services sont adaptés à la réalité et aux besoins de leur spécificité territoriale et de ses humains qui la composent.

L'expertise qui s'est créée au sein des centres et services d'intervention de crise apporte une compréhension plus large des enjeux présents et à venir. En ayant développé une expertise sur la crise en tant que telle, terme souvent banalisé ou utilisé dans des contextes moins appropriés, nous apportons un cadre conceptuel sur la compréhension d'un tel phénomène, de ses impacts, mais aussi des solutions à mettre en place pour en limiter ses conséquences.

La formation provinciale sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7

En partenariat avec le MSSS, le RESICQ s'est impliqué dans le développement, la bonification et le déploiement de la formation provinciale en intervention de crise dans le milieu 24/7 créée par M^{me} Monique Séguin, Ph. D. professeure au Département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais. Cette formation fait partie du processus obligatoire de formation des professionnels qui travaillent en centre d'intervention de crise et est reconnue par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) et l'Ordre des psychologues du Québec. À cet effet, le RESICQ compte parmi ses membres plusieurs formateurs accrédités qui dispensent cette formation à l'interne et auprès de plusieurs partenaires dont le réseau de la santé et des services sociaux.

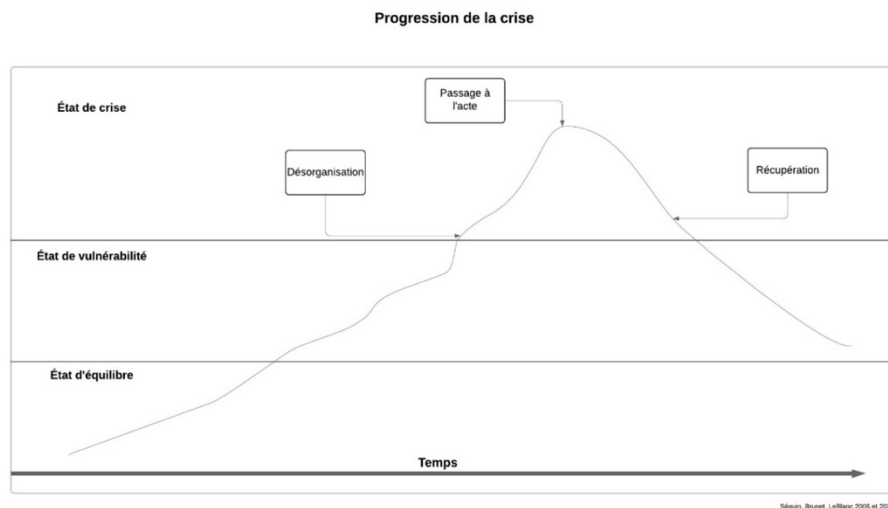
En s'associant à la création d'une telle formation, le RESICQ souhaitait:

- doter l'intervention en situation de crise de la transmission d'un cadre conceptuel et d'un langage clinique commun;
- augmenter la compétence clinique dans ce contexte d'intervention;
- contribuer à avoir une compréhension plus ajustée des besoins populationnels;
- acquérir une expertise propre à l'intervention de crise dans le milieu 24/7.

Définition de la crise

Selon Caplan², la crise se définit par la présence d'un événement adverse, perçu comme étant insurmontable, qui induit un stress et provoque une désorganisation importante relativement à laquelle les stratégies d'adaptation habituelles ne permettent pas de retrouver le niveau de fonctionnement psychosocial antérieur à la crise. Cette théorie postule que la résolution attendue face à la crise est possible en recourant à une aide spécifique.

La compréhension de la crise tient du fait qu'il ne s'agit pas d'une réaction isolée, mais d'un processus d'équilibre qui s'effrite graduellement amenant une personne à périliter provoquant une perte de sa capacité à se réguler ou à trouver des mécanismes d'adaptation adaptés pour diminuer sa détresse.



² Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. N. Y. Basic Books

Une crise est non discriminatoire, car elle touche tout le monde quels que soient les mécanismes d'adaptation que la personne a développés dans sa vie ou de sa structure psychologique. Dans tous les cas, la crise provoque une détresse importante qui ne peut être résolue par les méthodes conventionnelles de résolution de problèmes connues par la personne qui voit les événements comme étant insurmontable.

La crise : un processus à trois phases³

La crise étant un processus, l'individu aux prises avec un tel phénomène progresse à travers trois phases: la phase d'équilibre, la phase de vulnérabilité et la phase de crise.

La *phase d'équilibre* est un état permettant un maintien de l'individu face aux événements stressants habituels auxquels il fait face grâce à des mécanismes d'adaptation et de résolution de problème que cette personne a développés.

La *phase de vulnérabilité* est l'exposition d'un individu face à des facteurs de stress prolongés pour lesquels ses mécanismes de résolution de problèmes sont de moins en moins capables de répondre à la situation. Ces facteurs amènent la personne à plonger littéralement dans un monde émotif où les stratégies d'adaptation qu'elle tente de mettre en place sont altérées ou erronées. Cela crée un cercle vicieux amenant la personne à considérer négativement sa situation et à percevoir l'épreuve qu'elle traverse comme infranchissable.

La *phase de crise* survient lorsque les étapes énoncées ci-haut ont été franchies. Fragilisé et délesté de ses capacités à faire face à la situation, le processus de crise aboutit à un état de désorganisation intense qui correspond à une perte avec la réalité progressive. Cette première étape de la crise peut durer de 6 à 8 semaines provoquant une tension accumulée qui s'exprime par des réactions physiques (fatigue, insomnie, irritabilité), cognitives (baisse des capacités à la rationalisation), sociales (retrait, isolement). Cette étape peut aboutir à un passage à l'acte (aussi nommé « agir ») si des stratégies de désescalade n'ont pas été mises en place. Ce passage à l'acte s'exprime différemment dépendamment de la nature de la crise et de l'individu. La gravité de cet « agir » est variable et constitue la dépressurisation de cette tension accumulée: tentative de suicide, passage à l'acte hétéroagressif verbal ou physique, comportement destructeur, fuite....

Dans ce processus, les intervenants de crise sont devenus les experts de la compréhension des facteurs amenant la personne à entrer en crise. D'autre part, ces professionnels ont développé des habiletés propres à cette spécialité selon les phases de ce processus par leurs savoir-être, leurs savoir-faire, leur créativité et leurs connaissances psychosociales qu'ils ont su développer dans ce contexte d'intervention.

Typologie de la crise

Selon Séguin, Brunet et Leblanc⁴, il existe trois types de crises: psychosociale, psychotraumatique et psychopathologique. Celles-ci entrent facilement en corrélation avec les situations que nous rencontrons actuellement auprès de la population dont les indicateurs de détresse sont particulièrement marqués.

Crise psychosociale:

- Problèmes sociaux préexistants ou antérieurs à la situation de la pandémie (pauvreté qui rend les conditions de confinement précaire; ostracisation d'un groupe discriminé ou marginalisé, car associé à la prolifération du virus: itinérance, population étrangère, travailleurs essentiels);
- Problèmes sociaux provoqués par la situation d'urgence (éclatement de la famille; désorganisation des réseaux sociaux; destruction des structures de soutien, de la confiance et des ressources communautaires; augmentation de la violence conjugale; perte d'un emploi, de revenus ou d'un statut);
- Problèmes sociaux provoqués par la priorisation des enjeux de santé publique (affaiblissement des structures communautaires ou des mécanismes de soutien traditionnels).

Crise psychotraumatique:

- Problèmes provoqués par la situation d'urgence (deuil, détresse, les troubles de l'anxiété, notamment l'état de stress post-traumatique);
- Problèmes liés à la situation et à l'incertitude (angoisse liée au manque d'information ou aux informations erronées, au manque de ressources primaires comme la sécurité, l'éducation ou l'alimentation);

Crise psychopathologique :

- Problèmes préexistants (trouble mental grave, conduites addictives);
- Émergence de troubles sévères et persistant en santé mentale.

³ Formation provinciale sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7. Monique Séguin & Nadia Chawky, 2015, 2^e édition

⁴ Brunet, A., LeBlanc, L. et Séguin, M. (2012, 2^e édition). *Intervention en situation de crise et contexte traumatique*, 240 p.

LE DÉPLOIEMENT DU SUIVI ÉTROIT AU QUÉBEC

En 2010, le MSSS publiait deux documents de référence en prévention du suicide : le Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux⁵ et le Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux⁶.

Ces guides avaient l'objectif de fournir des balises aux CSSS concernant l'organisation optimale des services en prévention du suicide dans leur territoire. Dans ces documents, le rôle des centres de crise dans l'organisation de services à mettre en place était expliqué.

Le rôle des centres d'intervention de crise

Dans le *Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*, le rôle des centres d'intervention est défini de la façon suivante :

« Les centres de crise sont des organismes communautaires qui interviennent auprès de personnes traversant une crise, notamment une crise suicidaire. Ils peuvent fournir des services sur un ou plusieurs territoires. Ces organismes accueillent la personne suicidaire, estiment la dangerosité d'un passage à l'acte et gèrent immédiatement une crise. Certains services ou centres de crise peuvent assurer le suivi, de courte durée ou étroit, de la personne suicidaire et la relancer, en fonction de la dangerosité du passage à l'acte. Ils peuvent aussi référer vers d'autres services plus appropriés à sa condition. Ces organismes offrent un service d'hébergement de crise qui peut remplacer avantageusement l'hospitalisation de la personne suicidaire ».

Le tableau qui suit donne une idée d'ensemble des actions à accomplir par le CSSS et chacun des autres partenaires du RLS dans le cadre du plan d'intervention en prévention du suicide.

ACTIONS À ACCOMPLIR POUR INTERVENIR AUPRÈS D'UNE PERSONNE SUICIDAIRE								
ACTEURS DU RLS	Accueillir	Estimer la dangerosité du passage à l'acte	Gérer immédiatement la crise	Effectuer le suivi de courte durée	Référer ou orienter	Effectuer le suivi étroit	Accompagner à l'urgence hospitalière	Hospitaliser ou héberger
Centres de santé et de services sociaux	●	●	●	●	●	●	●	
Urgences hospitalières	●	●	●		●			● Hospitaliser
Centres de prévention du suicide	●	●	●	●	●	●	●	
Centres de crise	●	●	●	●	●	●	●	● Héberger
Milieus de vie avec des sentinelles		▲			● Orienter		●	
Centres de réadaptation		●	●	●	●	●	●	● Héberger
Cliniques médicales ou GMF	●	●			●		●	
911 ou services policiers		■			●		●	

Légende

- Action accomplie
- ▲ Action accomplie partiellement : vérification du degré d'urgence de la situation
- Action accomplie partiellement : estimation de l'urgence suicidaire

Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux

Le suivi étroit

Dans ces mêmes guides, le suivi étroit est défini comme « une mesure visant à s'assurer que la personne qui est ou qui a été en danger grave de passage à l'acte et qui quitte l'organisation ayant effectué la gestion de la crise suicidaire (ex. : hôpital, centre de crise) puisse avoir accès à un suivi rapidement et de façon intensive ».

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Prévention du suicide - Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*, 74 p.

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Prévention du suicide – Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, 93 p.

La raison évoquée pour justifier le déploiement de cette mesure est que « La personne suicidaire qui a été admise à l'hôpital est sujette à poser ou à répéter un geste suicidaire pendant une période qui va des jours suivant son admission à trois mois après l'obtention de son congé de l'hôpital, et particulièrement dans les premiers jours de ce congé. Il importe que ces personnes puissent alors bénéficier d'un suivi étroit ».

Les modalités du suivi étroit sont aussi précisées :

- « La planification du suivi est importante. Elle doit être envisagée et organisée dès le début de l'hospitalisation ou de l'hébergement »;
- « La première rencontre organisée dans le cadre du suivi étroit devrait avoir lieu dans les 24 à 48 heures suivant la sortie soit de l'hôpital ou de l'urgence, médicale ou psychiatrique, soit du centre d'hébergement. Si la personne a un problème de santé mentale et qu'elle a été en danger grave de passage à l'acte, la première rencontre de suivi devrait se tenir dans les 24 heures »;
- « La fréquence des rencontres et la durée du suivi doivent être modulées en fonction des besoins de la personne suicidaire et du jugement clinique de l'intervenant. Toutefois, dans les premiers temps qui suivent la fin de l'hospitalisation ou de l'hébergement, cette personne devrait être vue et évaluée au moins chaque semaine »;
- « L'évaluation de l'état suicidaire de la personne doit être faite à chaque rencontre organisée dans le cadre du suivi étroit. Il est raisonnable d'estimer que la crise suicidaire est résorbée quand la personne n'a plus d'idées suicidaires pendant trois rencontres consécutives ».

Le rôle des centres et services d'intervention de crise dans le déploiement du suivi étroit

Le RESICQ est d'avis que l'offre de service à trois volets dispensée par ses membres et les liens partenariaux étroits qu'ils ont développés avec les centres hospitaliers et les services de 1^{re} ligne des CISSS et des CIUSSS en font des acteurs incontournables dans le déploiement du suivi étroit à travers le Québec.

D'ailleurs, plusieurs membres du RESICQ offrent déjà le suivi étroit dans leur réseau local de services dont L'Îlot - Centre de crise et de prévention du suicide de Laval, le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-St-Laurent (Rimouski) et le Tourmant - Centre de crise et de prévention du suicide (Valleyfield). Certains ont aussi contribué à son déploiement comme le Centre de crise Le Transit (Centre-Est de Montréal) dans le territoire du CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal.

De nombreux arguments militent en faveur d'accorder le mandat du suivi étroit aux membres du RESICQ :

- Leurs équipes sont constituées de professionnels expérimentés et formés à l'évaluation du risque suicidaire afin de répondre aux besoins de la personne suicidaire à risque élevé de passage à l'acte. Leurs intervenants reçoivent de la supervision clinique continue;
- Leurs professionnels possèdent une solide formation en intervention de crise leur permettant d'intervenir sur d'autres dimensions de la situation de crise qu'uniquement sur le risque suicidaire;
- Les centres et services d'intervention de crise sont les seuls à proposer une offre de service complète et flexible dans la communauté (ligne d'intervention téléphonique, suivi de crise, hébergement de crise, orientation) et leurs services sont accessibles 24h/24, 7j/7;
- Leur offre de service est souple et adaptable. L'intensité des services offerts et leur durée peuvent être modulés en fonction des besoins cliniques de la personne suicidaire;
- Les services sont confidentiels et chaque usager possède un dossier informatisé pour assurer la continuité et la sécurité des suivis;
- Les interventions effectuées auprès de la personne suicidaire sont réalisées en collaboration et en complémentarité avec les différentes organisations du territoire, ce qui favorise le partage du risque;
- Les liens de collaboration avec les centres hospitaliers (urgence, clinique externe et unité) et les services de 1^{re} ligne sont déjà bien établis;
- Selon des données récentes sur le suicide dévoilées par l'INSPQ⁷, les taux d'hospitalisations pour tentative de suicide sont à la hausse au Québec alors que les taux de suicide sont à la baisse, ce qui laisse présager une forte demande pour le suivi étroit qui devrait normalement être offert à toute personne ayant fait une tentative de suicide.

Recommandation

Le RESICQ recommande de confier aux centres et services communautaires d'intervention de crise le mandat d'offrir le suivi étroit dans toutes les régions du Québec.

⁷ Le suicide au Québec : 1981 à 2017 – Mise à jour 2020

LE DÉPLOIEMENT DU TRAITEMENT INTENSIF BREF À DOMICILE (TIBD) AU QUÉBEC

Au Québec, les centres d'intervention de crise ont été mis sur pied dans le contexte de la désinstitutionnalisation de la psychiatrie. Les mandats suivants leur ont alors été confiés afin de répondre aux besoins de la population directement dans la communauté:

- Offrir des services de crise 24 h/24, 7 j/7;
- Évaluer la dangerosité et répondre aux besoins d'adultes en situation de crise;
- Désengorger les urgences des hôpitaux;
- Offrir une alternative non médicale et éviter les hospitalisations en psychiatrie;
- Faciliter l'accès aux ressources existantes.

Il apparaît donc essentiel aux membres du RESICQ de participer aux initiatives qui font la promotion des mandats pour lesquels ils ont été créés.

À cet égard, un projet récent de Traitement Intensif Bref à Domicile, aussi appelé Hospitalisation à domicile, a vu le jour dans le territoire du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal avec le Centre d'intervention de crise Tracom. Ce projet s'est avéré suffisamment concluant pour amorcer une démarche menant éventuellement à sa pérennisation.

De même, des discussions entre le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et le Centre d'intervention de crise Le Transit ont déjà été amorcées pour entreprendre une implantation de ce type de projet.

Les avantages du modèle TIBD:

- Désengorger les urgences psychiatriques et soulager la pression sur les services en santé mentale;
- Modèle éprouvé au Québec (Québec) et à l'étranger (Royaume Unis, France, Australie...);
- Fournit une intensité de service équivalente à l'hospitalisation traditionnelle;
- Peut agir en amont ou en aval d'une hospitalisation en milieu fermé écourtant cette dernière;
- Occasionne de moindres coûts pour le système de santé;
- Intervention focalisée sur les besoins de la personne et non sur les critères de l'établissement (approche non hospitalo centrée);
- Permet une meilleure participation de la famille et des différents soutiens sociaux;
- Permet une complémentarité des services et une interrelation plus souple;
- Représente un point d'ancrage entre le communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux;
- Évite le phénomène des portes tournantes et la sollicitation abusive des services d'urgence (911, ambulance, triage...);
- Évite la stigmatisation de l'hospitalisation;
- Évite les effets nocifs d'une hospitalisation prolongée sur la santé;
- Offre des services dans la communauté 24/7;
- Répond aux prérogatives des précédents PASM en offrant davantage de services de proximité.

Des aspects à considérer pour un déploiement réussi

- L'établissement d'un plan stratégique permettrait de situer ce nouveau continuum de service en préservant l'autonomie des centres d'intervention de crise tout en développant de nouvelles approches de soins dans la communauté.
- Ce nouveau continuum de service devra aussi s'arrimer avec d'autres services existants et s'appuyer sur un travail de collaboration entre cette nouvelle équipe et les acteurs locaux.
- L'implantation de la TIBD aura notamment pour impact d'augmenter l'affluence de la clientèle dans les centres d'intervention de crise, et ce, 24 h/24, 7 j/7. Il s'avère dès lors nécessaire de consolider le mandat initial des centres d'intervention de crise tout en veillant à ce que cette nouvelle offre de service puisse s'appuyer sur leur ancrage dans la communauté.
- En raison de très nombreux points communs existants avec la mission globale des centres d'intervention de crise et le mandat de la TIBD, le RESICQ appuie que des formes de partenariats puissent prendre forme entre les institutions qui seront à l'initiative de ce projet. Le nouveau continuum de service et l'affluence attendue nécessiteront de nouvelles ressources pour les centres d'intervention de crise. Les partenariats peuvent prendre plusieurs formes en fonction des besoins populationnels: hybridation de service avec des équipes mixtes d'intervenants, lits réservés pour la TIBD, ressources en coordination et liaison.

- L'hybridation des équipes est une véritable plus-value, mais les disparités salariales existantes entre les intervenants des deux milieux au sein d'une même équipe peuvent créer des défis de collaboration.
- Des défis territoriaux pourront survenir, car la clientèle reçoit des services en raison du territoire d'appartenance et des disparités peuvent exister si les secteurs adjacents se développent de manière inégale. L'implantation d'un tel modèle préconise une homogénéisation des services au niveau régional.

Recommandation

Le RESICQ appuie le déploiement du Traitement Intensif Bref à Domicile (TIBD) et recommande que ce type de projet soit développé conjointement avec les centres d'intervention de crise déjà implantés sur les territoires où cette nouvelle offre de service sera créée.

LE DÉPLOIEMENT D'ESCOUADES 24/7 AU QUÉBEC

En opération depuis le 1^{er} octobre 2018 dans le Bas-Saint-Laurent, l'Escouade 24/7 est issue d'un partenariat novateur basé sur l'expertise de deux centres d'intervention de crise membres du RESICQ (Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du BSL et La Bouffée d'Air du KRTB). L'Escouade 24/7 a été développée en partenariat avec le CISSS du Bas-Saint-Laurent. Cette offre de service permet d'offrir un soutien de proximité, personnalisé et adapté à toutes les personnes vivant un épisode de crise en tout temps, dans un délai réduit, et ce, malgré les défis de distance.

Inspiré du système de pompiers volontaires, l'Escouade 24/7 est composée de 14 professionnels établis sur le territoire et disponibles en tout temps pour répondre à des besoins urgents. De par leur expertise, les centres d'intervention de crise s'intègrent dans cette offre de service en assurant l'encadrement, la formation et la supervision des intervenants.

Plus spécifiquement, cette unité mobile d'intervention de crise permet aux personnes :

- d'obtenir un service spécialisé directement dans son milieu en tout temps;
- de recevoir une aide en face à face;
- d'obtenir un soutien pour soi et sa famille;
- de retrouver l'équilibre;
- d'éviter un déplacement vers une urgence.

Fonctionnement

Principalement, l'Escouade 24/7 est déployée lorsqu'une intervention téléphonique est impossible ou qu'elle ne suffit pas à désamorcer la crise, à estimer sa dangerosité ou à s'assurer de la sécurité d'une personne. Les intervenants de l'Info-Social, la Bouffée d'Air du KRTB ou la ligne d'intervention de crise 1 866-APPELLE établissent alors le contact avec l'équipe mobile. L'Escouade 24/7 peut également être sollicitée par les services de l'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Depuis son implantation, le succès de ce projet est incontestable et a eu des effets impressionnants dans le milieu : satisfaction accrue des partenaires, diminution des applications de la P-38, excellente réceptivité de la population, partage des compétences et reconnaissance mutuelle des expertises.

Si cette offre de service se déploie actuellement dans le Bas-Saint-Laurent, nous sommes convaincus que ce modèle put être implanté dans des milieux ayant la même densité de population ou plus urbanisés.

À ce propos, la Ville de Toronto a récemment recommandé de former quatre équipes de travailleurs de crise non armés, qui ne seraient pas des policiers, pour répondre à des appels de crise en santé mentale. Similaire à l'Escouade 24/7, ce projet serait à l'initiative d'une collaboration entre la ville et des organismes communautaires de crise, qui seraient responsables de gérer ces équipes.⁸

En répondant immédiatement à ce type d'appels, les intervenants de crise seraient en mesure :

- d'agir sur la détresse des personnes dans le milieu;
- d'évaluer la dangerosité;
- de désamorcer et de désescalader les situation de crise;
- de soutenir les policiers dans leur travail en apportant une expertise de crise;
- d'encourager une approche psychosociale de résolution de la crise;

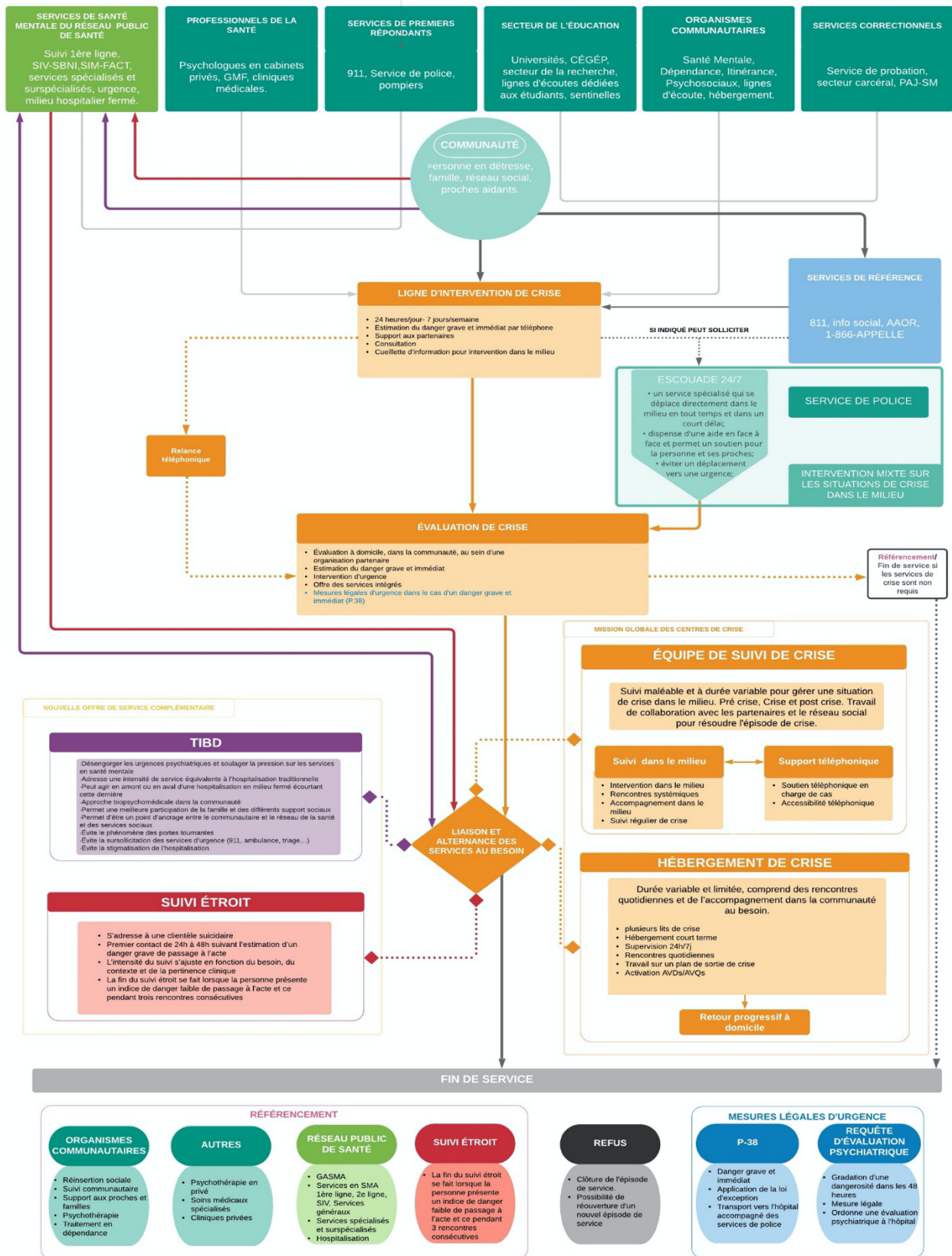
⁸ Community Crisis Support Service Pilot <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2021/ex/bgrd/backgroundfile-160016.pdf>

- de favoriser le lien auprès de certaines minorités (communautés autochtones, allophones, LGBTQ2S+, des réfugiés, des personnes en situation d'itinérance, des personnes handicapées et des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie);
- de travailler sur le lien avec les individus pour éviter les recours coercitifs;
- de diriger les personnes vers les organismes et ressources au besoin;
- de proposer immédiatement l'offre de service intégrée des centres de crise s'il y a lieu (soutien téléphonique, suivi de crise, hébergement de crise)

Recommandation

Le RESICQ recommande l'implantation d'équipes d'intervention mobile de crise 24 h/24, 7 j/7 (Escouades 24/7) et demande que les centres d'intervention de crise puissent déployer cette offre de service à la grandeur du Québec.

VISION DE L'OFFRE DE SERVICE INTÉGRÉE DES SERVICES D'INTERVENTION DE CRISE 24h/7j



POUR UNE STRATÉGIE NATIONALE DES SERVICES D'INTERVENTION DE CRISE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS): « La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté ».⁹

La santé mentale fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble.

Toutefois, l'OMS détermine également les facteurs qui influencent la santé mentale d'un individu : sociaux, psychologiques et biologiques multiples. Elle avance que les pressions socio-économiques persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus et des communautés.⁹

Dans les projections de l'OMS concernant les populations adultes exposées à une situation de crise, les données indiquent que les troubles de santé mentale chez les populations adultes peuvent jusqu'à doubler par rapport à la situation post crise, et ce, jusqu'à douze mois après la situation d'urgence.¹⁰

L'OMS promeut un mouvement de désinstitutionnalisation dans laquelle le soin en santé mentale classique sera remplacé majoritairement par une santé mentale communautaire.¹¹

Celle-ci consiste à :

- intégrer les soins de santé mentale dans le système de premiers soins ;
- réadapter les patients hospitalisés sur le long terme en hôpital psychiatrique dans la communauté;
- mettre en œuvre des programmes de lutte contre la stigmatisation au sein des communautés;
- lancer des interventions préventives efficaces auprès de la population;
- assurer la pleine participation et l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté.

Chaque personne peut développer un trouble de santé mentale sans discrimination et il en va de même pour la crise qui est la manifestation aiguë d'une détresse intense. Caplan (1964) définit la crise comme « une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement dangereux qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de solution de problème ».

La crise revêt un aspect phénoménologique qui fait partie prenante de la santé mentale, mais qui ne s'en limite pas exclusivement. Sans discrimination, elle touche plus largement toute personne avec ou sans diagnostic en santé mentale vivant une situation de déséquilibre, de détresse ou de crise de nature psychosociale, psychiatrique ou psychotraumatique avec ou sans idées suicidaires.

La crise, bien que courte dans la durée, peut engendrer des conséquences graves pour la santé d'un individu et son entourage:

- une chronicisation de la crise avec une détérioration drastique de sa qualité de vie;
- un prodrome de trouble sévère et chronique en santé mentale;
- des conséquences majeures sur l'intégrité de la personne et de ses proches;
- des conséquences sur la communauté;
- des conséquences sur les institutions et les ressources en santé;
- une sursollicitation des services d'urgence et de 1^{er} ligne;
- des recours à des mécanismes légaux répétés de protection de la personne ou de la population.

Certaines des manifestations les plus fréquentes rencontrées des crises en santé mentale sont les suivantes :

- crise suicidaire ou autodestructrice;
- crise hétéroagressive ou destructrice;
- crise en santé mentale ou décompensation.

La crise englobe toutes les problématiques qui touchent à la santé mentale dans leurs manifestations les plus intenses et nécessite une réponse adaptée à cet égard. Dans cette optique, une intervention spécifique à la

⁹ La santé mentale: renforcer notre action <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

¹⁰ Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97944/9789242548532_fre.pdf?sequence=1

¹¹ Community mental health services will lessen social exclusion, says WHO <https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/en/>

situation de crise permet de résoudre la crise et de restaurer le fonctionnement antérieur de la personne. Elle contribue également à faire cheminer la personne dans le renforcement ou le développement de nouveaux facteurs de protection pour la rendre mieux outillée à faire face à une situation similaire. L'intervention de crise s'inscrit donc dans une dynamique de résilience communautaire qui s'accorde aisément avec d'autres stratégies en santé mentale puisqu'elle vise autant l'autonomisation que la protection de la personne.

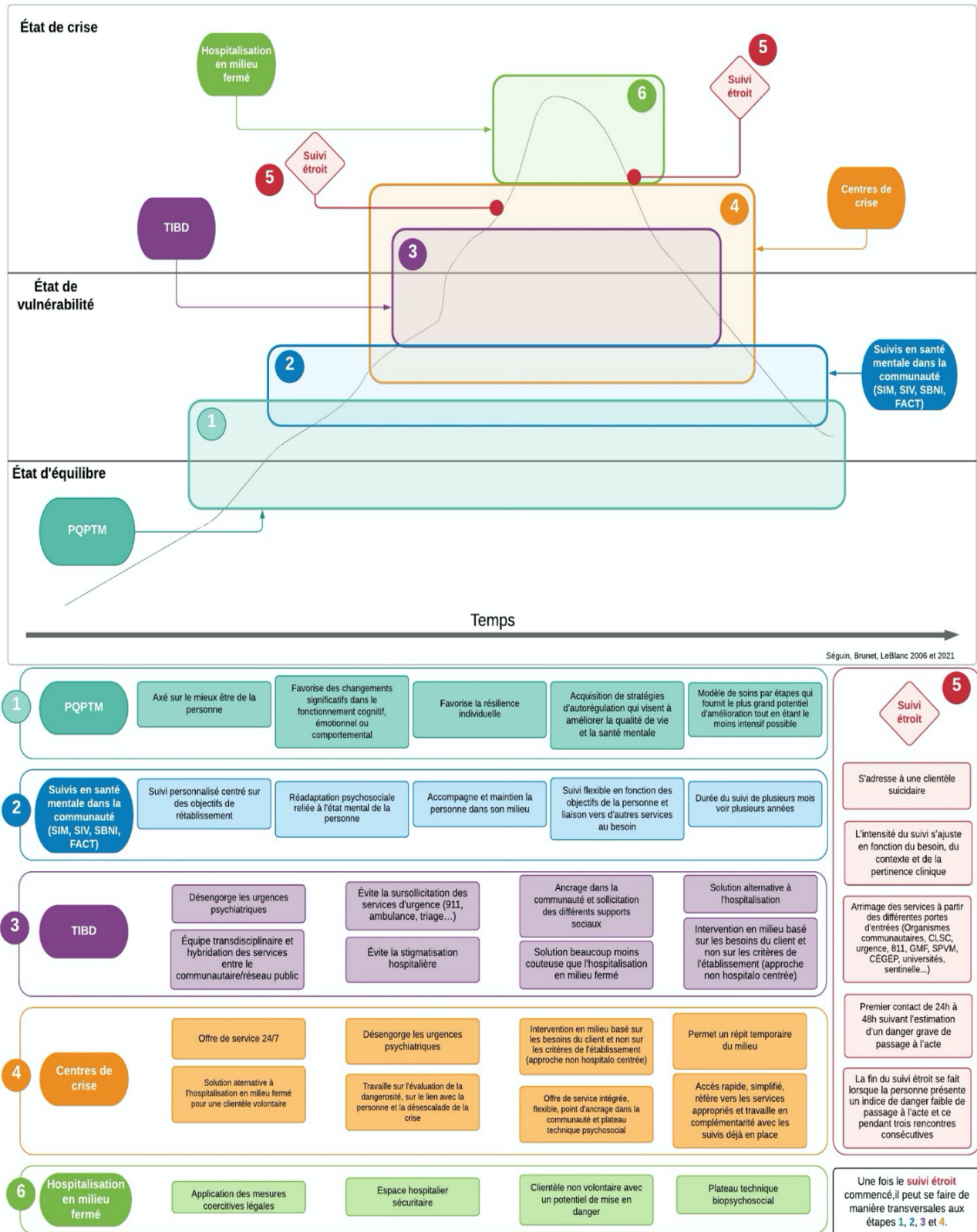
Au RESICQ, nous sommes d'avis que si un plan d'action interministériel propose des stratégies qui agissent en termes de promotion, de prévention ou de rétablissement au niveau de la santé mentale, il est également nécessaire d'adresser une attention particulière à l'intervention de crise. L'élaboration d'une stratégie nationale en intervention de crise permettra d'être à l'initiative d'une meilleure collaboration entre les acteurs concernés, de favoriser un déploiement structuré de services en intervention de crise et visera à homogénéiser cette offre de service à travers le Québec.

Un périmètre défini en cohérence avec les autres démarches structurantes impactant le champ de la santé mentale

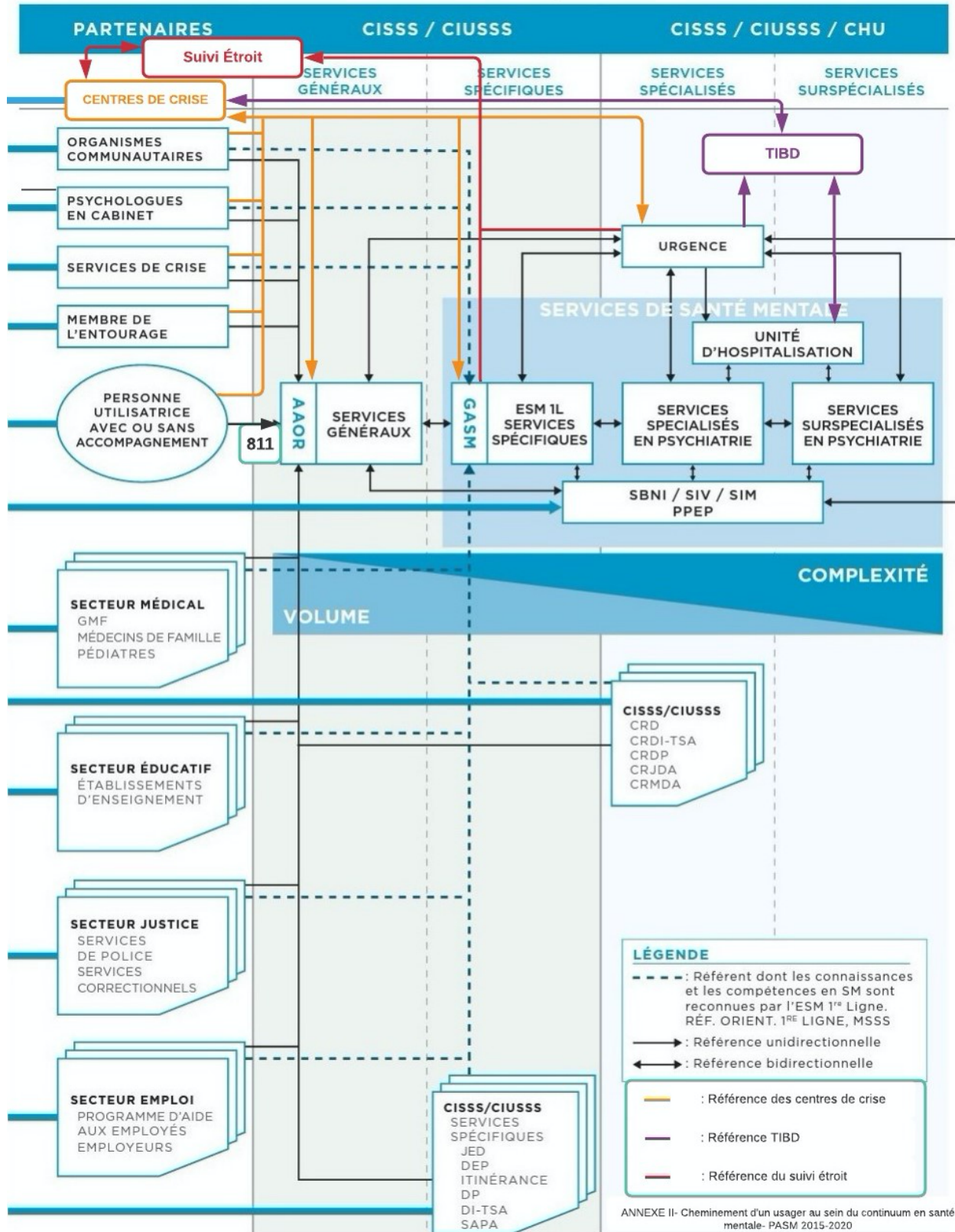
Nous recommandons qu'une telle stratégie nationale en intervention de crise puisse couvrir les champs suivants :

- La définition de critères qui définissent l'intervention de crise;
- L'identification des services qui font de l'intervention de crise via des mécanismes d'accréditation;
- L'identification d'un cadre conceptuel uniforme en intervention de crise et le partage d'outils en commun pour prévenir, intervenir et résoudre en contexte d'intervention de crise;
- L'information, l'éducation, la communication et la formation sur l'intervention de crise;
- L'évaluation de la dangerosité (autoagressive, hétéroagressive, menace à l'intégrité);
- L'homogénéisation des services d'intervention de crise à la grandeur du Québec;
- La collaboration, l'intégration et le déploiement des services d'intervention de crise via un plan de planification stratégique adapté aux réalités territoriales favorisant également des espaces de concertation entre les institutions;
- Le développement de nouveaux services et leurs intégrations dans une cohérence d'offres de services complémentaires (TIBD, suivi étroit, escouade 24/7) (cf. tableau *Vision de l'offre de service intégrée des services d'intervention de crise 24h/7j*) (cf. tableau *Cheminement d'un usager au sein du continuum en santé mentale- inspiré du PASM 15-20*);
- Le développement et la promotion d'interventions focalisées sur les besoins de la personne et non sur les critères de l'établissement (approche non hospitalo centrée);
- Une meilleure participation de la famille et des différents soutiens sociaux pour favoriser la préservation des liens sociaux;
- La définition d'une trajectoire et d'un continuum de service pour une personne en situation de crise dans lesquels :
 - Une prise en charge de la personne qui s'adapterait à l'intensité de la crise dans des étapes graduelles et définies (cf. tableau *Progression de la crise et les étapes de la prise en charge dans l'intensité des services*).
 - La priorisation des solutions alternatives aux mesures coercitives et à l'internement en milieu fermé permettrait de réduire le vécu traumatique potentiel que cet événement peut produire (cf. tableau *Progression de la crise et les étapes de la prise en charge dans l'intensité des services*).
 - L'établissement d'un modèle recommandé en termes de service d'intervention de crise qui favoriserait des services intégrés. Ce modèle permettrait à une personne en crise et à ses proches d'obtenir sans délai et 24 h/7 j des services d'accès simplifiés, adaptés à leurs réalités, non stigmatisants et qui constitueront une porte d'entrée pour des services en santé mentale (cf. *Cheminement d'un usager au sein du continuum en santé mentale- inspiré du PASM 15-20*).
 - Un meilleur arrimage avec Info-Social 811, les services de police, les AAORs garantirait une meilleure accessibilité aux services d'intervention de crise (« no wrong door ») (cf. tableau *Cheminement d'un usager au sein du continuum en santé mentale- inspiré du PASM 15-20*).
 - Une collaboration et une interrelation plus souple des centres d'intervention de crise avec le GASMA au moyen du travail de liaison d'un intervenant de crise servant de point d'ancrage avec les organismes communautaires du milieu et proposant directement des services de crise pour les personnes en attente de service qui le nécessitent (cf. tableau *Cheminement d'un usager au sein du continuum en santé mentale- inspiré du PASM 15-20*).
 - Un travail de collaboration des centres d'intervention de crise avec les listes d'attente en psychothérapie en proposant directement des services de crise pour les personnes en attente de service qui le nécessitent.

Progression de la crise et les étapes de la prise en charge dans l'intensité des services



CHEMINEMENT D'UN USAGER AU SEIN DU CONTINUUM EN SANTÉ MENTALE (inspiré du PASM 2015-2020)



VERS L'AVENIR

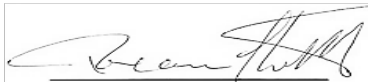
En présentant ce mémoire au ministère de la Santé et des Services sociaux, le RESICQ souhaite exprimer sa ferme volonté de participer de façon durable à l'amélioration de l'accès aux services d'intervention de crise, mais aussi à l'offre globale de soins et de services en santé mentale au Québec.

Confiants qu'ils peuvent faire une différence notable au plan de la complémentarité et de la continuité des services avec l'offre de service du réseau public et celle d'autres partenaires, les membres du RESICQ sont prêts à poursuivre et à consolider leur mandat de désengorgement des services hospitaliers et des services de 1^{re} ligne.

Également convaincus de la qualité des services que rendent leurs professionnels bien formés à la population, ils sont aussi disposés à s'engager dans de nouveaux mandats et de nouvelles collaborations comme le suivi étroit, l'hospitalisation à domicile, la mise sur pied d'escouades 24/7 et la formalisation des liens avec le GASMA et le service Info-Social à travers le Québec.

En terminant, soyez assuré, Monsieur le Ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, que le RESICQ et les centres et services d'intervention de crise qui en font partie envisagent avec optimisme la possibilité de passer du statut d'un des secrets les mieux gardés aux yeux de la population au statut plus convenable de véritable secret de Polichinelle.

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, mes salutations les plus cordiales,



Roxane Thibeault, Présidente du RESICQ

Directrice générale, La Maison sous les Arbres – Centre d'intervention de crise et de prévention du suicide