

Université Laurentienne

Stage spécialisé avec essai d'analyse
présenté à l'Université Laurentienne
comme exigence partielle de la
maîtrise en service social

par

Marie-Pierre Corriveau

Un nouveau modèle d'intervention de crise
appliqué en contexte d'hébergement

Juin 2014

© Marie-Pierre Corriveau

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes m'ont apporté un immense soutien tout au long de mon parcours. À leur façon, elles ont été une source de motivation et d'inspiration. Elles m'ont donné la force de persévérer et de réussir avec succès mon projet de stage spécialisé avec essai. J'aimerais saisir l'opportunité pour les en remercier vivement.

D'abord, mes remerciements s'adressent à Mme Marie-Luce Garceau, ma directrice de stage spécialisé à l'École de service social de l'Université Laurentienne. J'ai été très touchée par la qualité de son soutien, la confiance et la latitude qu'elle m'a accordée ainsi que la disponibilité et l'attention qu'elle m'a offerte, et ce, jusqu'à la dernière minute. J'aimerais aussi offrir mes sincères remerciements à Mr. Pierre Turcotte, directeur de l'École de service social de l'Université Laval et deuxième lecteur désigné pour l'évaluation de mon essai. Son expérience et sa connaissance du milieu a grandement contribué à ma réussite.

J'aimerais également remercier Mme Hélène Lacroix, ma superviseuse de stage spécialisé et travailleuse sociale chevronnée, pour son soutien constant et sa présence bienveillante auprès de moi pendant ces mois d'apprentissage. Notre rencontre a été très enrichissante à plusieurs niveaux et a contribué à stimuler mon intérêt et mes connaissances. J'aimerais aussi remercier toutes les personnes que mon expérience de stage spécialisé m'a amené à rencontrer au Centre de Crise de Québec (CCQ). Ces rencontres, fort nourrissantes, ont éveillé en moi beaucoup d'enthousiasme pour l'intervention en situation de crise. Tout d'abord, Mme Christiane Allard qui a permis la réalisation de ce projet en acceptant ma candidature comme stagiaire à la Résidence Thérapeutique de l'est (RTE). Je remercie chaleureusement Nathalie Perron et Marie-Josée Bégin, mes intervenantes ressources au CCQ, toutes les deux sources d'inspiration et dont l'enseignement me sert quotidiennement dans mes interventions de première ligne. Je remercie tous les intervenants et toutes les intervenantes qui ont croisé mon chemin à la RTE, en particulier, Concepcion, Lyne, Sandra, Constance et Marie-Pier. Parmi les personnes auprès desquelles j'ai eu la chance d'intervenir, je nommerais, bien sûr, Marc et Paul, dont je partage l'histoire de vie dans cet essai de stage spécialisé et dont je ne peux révéler la véritable identité, et plusieurs autres que je n'oublie pas.

Merci aussi à mon employeur, les Forces canadiennes, qui a rendu possible et accessible mon retour aux études de maîtrise en service social.

Je pense aussi à mes proches, qui d'une manière ou d'une autre, m'ont manifesté leur encouragement et m'ont aidé à garder les pieds sur terre et le cœur à la bonne place pendant ces mois de travail intellectuel intense. Enfin, merci à Rick mon conjoint, Olivier, Élisabeth, Émy et Ryan, nos enfants, d'avoir accepté, avec les conséquences sur la vie familiale que l'on connaît, que mon projet d'études prenne forme. C'est maintenant terminé! Merci d'être le socle de mon bien-être.

RÉSUMÉ

Au Québec, l'intervention de crise est teintée d'un historique politique et institutionnel. Suite à la désinstitutionnalisation hospitalière, entreprise dans les années 1970, les centres de crise ont vu le jour au milieu des années 1980 dans un effort de désengorgement des urgences des hôpitaux offrant des services en psychiatrie. Presque 30 ans après la création des centres de crise, il importe de bien connaître l'intervention de crise et sa typologie, les bases de l'intervention ainsi que ses étapes, et le portrait de la clientèle qui utilise ces services, et les problématiques pour lesquelles ces personnes les consultent.

Par ailleurs, qu'en est-il des techniques d'intervention actuelles ? Se basent-elles encore et principalement sur le modèle d'intervention élaborée par le psychiatre Gerald Caplan et ses successeurs, une approche qui se veut cognitive et axée sur les capacités de résolution de problème des individus ? Selon les auteures Suzanne Larose et Marie Fondaire (2011), une dimension systémique doit être ajoutée à l'intervention en situation de crise. Elles ont donc élaboré un nouveau modèle qu'elles présentent dans leur livre intitulé : *Détresse psychologique en situation de crise*. Ainsi, au-delà du modèle classique, ces auteures présentent une perspective intéressante pour un stage spécialisé en intervention en situation de crise. C'est pourquoi nous avons choisi de l'utiliser et de présenter des études de cas en fonction de leurs critères.

Selon le type, la gravité et l'urgence de la crise, certaines personnes sont invitées à séjourner pendant quelque temps au sein des résidences thérapeutiques des centres de crise. À cet égard, comment décide-t-on de la durée optimale du séjour pour chacun des usagers afin d'assurer le rétablissement de cette personne, qu'elle ait retrouvé un équilibre et acquis des compétences d'adaptation lui permettant de faire face à des situations de crise futures ?

Voilà quelques questions que nous nous sommes posées sur la pratique de l'intervention en situation de crise et auxquelles cet essai de stage spécialisé cherche à répondre à l'aide d'une réflexion théorique basée sur le modèle de Suzanne Larose et Marie Fondaire (2011).

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
RÉSUMÉ.....	3
TABLE DES MATIÈRES.....	4
LISTE DES TABLEAUX.....	7
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
MISE EN CONTEXTE DE L’ESSAI DE STAGE SPÉCIALISÉ.....	4
1.1 Intérêt, question de départ et problématique.....	4
1.2 Milieu de stage.....	7
1.3 Caractéristiques du milieu de stage.....	10
1.4 Stage spécialisé.....	12
1.5 Essai de stage spécialisé.....	13
CHAPITRE II	
INTERVENTION DE CRISE.....	15
2.1 Présentation du modèle classique d’intervention en situation de crise.....	15
2.1.1 Définition de la crise.....	16
2.1.2 Typologies de la crise.....	20
2.1.3 Étiologie de la crise.....	22
2.1.4 Processus de la crise.....	25
2.2 Intervention de crise.....	28
2.2.1 Historique de l’intervention de crise.....	28
2.2.2 Bases de l’intervention en situation de crise selon le modèle classique.....	35
2.2.3 Étapes et stratégies.....	36
2.3 Intervention de crise en contexte d’hébergement.....	40

CHAPITRE III

HÉBERGEMENT DE CRISE : EXEMPLE DU CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC47

3.1 Hébergement comme stratégie de soutien.....	48
3.1.1 Cheminement de la demande.....	49
3.1.2 Référence en hébergement : fonctionnement au quotidien	50
3.2 Typologies de crise selon les catégories du Centre de Crise de Québec	52
3.2.1 Crises de types psychosociales	53
3.2.1.1 Crise situationnelle/d'adaptation et maturation/transition	54
3.2.1.2 Crise relationnelle	56
3.2.1.3 Crise et état de vulnérabilité	57
3.2.2 Crise associée à une pathologie.....	58
3.2.2.1 Différents troubles en santé mentale.....	60
3.2.3 Crise associée à un traumatisme.....	63
3.2.3.1 Multi-problématiques.....	65
3.3 Brève analyse de la durée des séjours	68
3.3.1 Méthodologie.....	69
3.3.2 Rapport sur la durée de séjour	71
3.3.2.1 Portrait des personnes hébergées présentant un problème de dépendance	76
3.3.2.2 Portrait des personnes hébergées présentant un problème de rupture amoureuse	80
3.3.2.3 Piste de recherche	85
3.3.2.4 Compétences acquises	86

CHAPITRE IV

UNE NOUVEAU MODÈLE D'INTERVENTION DE CRISE87

4.1 Critique du modèle classique selon Larose et Fondaire.....	88
4.2 Proposition d'un nouveau modèle d'intervention en situation de crise	90
4.2.1 Caractéristiques du nouveau modèle	91
4.2.2 Quatre situations types	95
4.2.2.1 Bris dans la trajectoire, un territoire divisé.....	96
4.2.2.2 Accident de parcours, effritement du territoire.....	97
4.2.2.3 Parcours accidenté, un territoire brûlé	98
4.2.2.4 Territoire de protection, un accident de parcours	99
4.2.3 Spécifications sur l'intervention de crise selon le nouveau modèle.....	101
4.2.3.1 Limites de la recherche de solutions et l'importance du délai.....	101
4.2.3.2 Comprendre le sens de la crise	103
4.2.3.3 <i>Timing</i> , le facteur propice au changement	104
4.2.3.4 Écoute, empathie, intuition et créativité	105
4.2.3.5 La collaboration interprofessionnelle	107
4.2.3.6 Particularités du travail au quotidien – l'équipe d'hébergement	108

CHAPITRE V	
ÉTUDES DE CAS	111
5.1 Méthodologie utilisée pour les études de cas	112
5.2 Étude du cas de Marc	114
5.2.1 Séjour de Marc au CCQ	114
5.2.2 Analyse de la situation selon le modèle	118
5.2.3 Retour sur l'intervention.....	122
5.3 Étude du cas de Paul	124
5.3.1 Séjour de Paul.....	125
5.3.2 Analyse de la situation selon le modèle	128
5.3.3 Retour sur l'intervention.....	132
5.4 Pertinence du modèle de Larose et Fondaire auprès de la clientèle en hébergement de crise	135
CONCLUSION.....	141
BIBLIOGRAPHIE.....	145
ANNEXE A : JOURNAL DE BORD	150
ANNEXE B : CONTRAT D'APPRENTISSAGE DU STAGE SPÉCIALISÉ	152

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Risques relatifs de problème de consommation de substances selon le trouble mental, par raison de population générale	66
Tableau 2	Tableau comparatif des durées de séjours entre différents organismes offrant un service d'hébergement de crise.....	72
Tableau 3	Distribution des personnes hébergées selon l'âge	76
Tableau 4	Nombre de séjours des personnes hébergées.....	77
Tableau 5	Distribution de la durée du dernier séjour des personnes hébergées qui indiquent une problématique de dépendance.....	78
Tableau 6	Tableau comparatif entre les problèmes de dépendance selon la durée du séjour	79
Tableau 7	Tableau comparatif entre les problèmes de dépendance selon la durée du séjour - seconde version	79
Tableau 8	Problèmes de dépendance.....	81
Tableau 9	Types de problématiques	82
Tableau 10	Diagnostics et axes	82
Tableau 11	Durée du séjour des personnes hébergées pour une problématique de rupture amoureuse.....	83
Tableau 12	Distribution des personnes hébergées pour une problématique de rupture selon leur tranche d'âge	84
Tableau 13	Distribution des personnes hébergées pour une problématique de rupture selon leur sexe.....	84
Tableau 14	Comparaison des principes du modèle de Caplan et du nouveau modèle d'intervention de crise	94

INTRODUCTION

En ce qui concerne l'intervention en situation de crise, une avancée phénoménale à été fait dans les années 1990. Plusieurs facteurs expliquent l'intérêt des chercheurs dans ce domaine, notamment, plusieurs bouleversements sociaux du à la première et deuxième guerre mondial, l'immigration massive dans les années 1920 à 1930, une urbanisation rapide suivi de la grande dépression. Plus près de nous, dans les années 1970, un mouvement de désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques a eu un effet de débordement dans les urgences. Tel que mentionné par Lefebvre, dans son travail intitulé *La désinstitutionnalisation de l'intervention en situation de crise : une histoire à réinventer*, « ces bouleversements sociaux ont augmenté la détresse et l'anxiété dans la population, à tel point que les services hospitaliers et médicaux ne surent répondre aux problèmes socio-psychologiques, qui remettaient en cause leurs acquis théoriques et pratiques » (Lefebvre, 1991, p.24). De plus, l'apparition de nouvelles formes de déstabilisation transitoire et non dues à des causes pathologiques parmi le nombre de personnes en crise dans les urgences, ont favorisé le questionnement sur les façons d'intervenir, un rapprochement avec la communauté pour offrir une réponse plus rapide et pertinente était requis. L'émergence d'initiatives telles que les centres de crise a fait son apparition dans les années 1990, pour offrir un service alternatif à la communauté.

Encore aujourd'hui, l'œuvre de Gérald Caplan en intervention en situation de crise reste le modèle le plus utilisé au sein des services offrant de l'intervention de crise. Certes plusieurs ont écrit sur l'intervention de crise. Toutefois les fondements de Caplan sont demeurés. Et pourtant, malgré une certaine tendance caplanienne, les travaux de Suzanne Larose et Marie Fondaire, *Détresse psychologique en situation de crise*, demeurent moins connus. Mais, ces travaux ont particulièrement retenu mon attention et ont inspiré mon projet d'intervention et mes quelques mois de stage en intervention de crise en milieu d'hébergement que j'ai effectués, en 2013, au Centre de crise de Québec.

Grâce à cette expérience, j'ai été témoin de l'apport indéniable de l'intervention de nature psychosociale auprès de la clientèle concernée, mais aussi de la présence de défis liées notamment au contexte structurel et organisationnel dans lequel s'exerce ce type d'intervention.

Je vous propose donc au chapitre 1, d'effectuer une mise en contexte du milieu dans lequel j'ai fait mon stage spécialisé, soit le Centre de crise de Québec, et plus particulièrement à la résidence thérapeutique de l'est (RTE). Ce chapitre me permettra de présenter mes intérêts professionnels, les raisons du choix de ce milieu de stage spécialisé, les questions de départ et la problématique générale de mon stage spécialisé. Je décrirai ma façon de procéder durant ce stage spécialisé et comment mon expérience se transposera dans un essai.

Un des mes objectifs en décidant d'effectuer un stage spécialisé avec essai était de joindre la théorie à la pratique. Par conséquent, je présenterai, au chapitre 2, l'intervention de crise à partir du modèle classique de l'intervention. On verra la définition d'une situation de crise, les typologies, l'étiologie et le processus de la crise. Ensuite, j'aborderai l'historique, les bases et les étapes et les stratégies de l'intervention de crise afin de bien camper les théories sous-jacentes à l'intervention que j'ai effectuée au sein de la résidence thérapeutique de l'est soit l'intervention de crise. Finalement, comme mon stage spécialisé a eu lieu en contexte d'hébergement, je présenterai les éléments particuliers à ce contexte.

Je préciserai mon expérience en milieu de stage au chapitre 3 en présentant l'hébergement de crise comme stratégie de soutien. On verra par la suite comment s'effectuent les demandes d'hébergement, le système de référence, le fonctionnement quotidien de la résidence thérapeutique de l'est. Par la suite, j'aborderai la typologie de crise selon les catégories utilisées au CCQ, En dernier lieu, j'amorcerai la discussion sur les durées de séjour en relation avec la recherche statistique que j'ai effectuée.

Au chapitre 4, le nouveau modèle de Larose et Fondaire (2011) sera présenté. Plus particulièrement, on verra une critique que font Larose et Fondaire du modèle classique de l'intervention de crise qui mène à la présentation de leur propre modèle d'intervention en situation de crise. On abordera les caractéristiques particulières de ce modèle ainsi que des situations types.

Le chapitre 5 portera sur deux études de cas qui m'ont permis de bien comprendre le modèle de Larose et Fondaire et la pertinence de son utilisation en hébergement de crise. Ces études m'ont amenée à identifier certaines tendances et particularités dans les trajectoires et les territoires des personnes qui vivent une situation de crise. Finalement, une brève conclusion permettra de faire un retour sur l'ensemble de l'essai de stage spécialisé

CHAPITRE I

MISE EN CONTEXTE DE L'ESSAI DE STAGE SPÉCIALISÉ

Ce chapitre expose le contexte dans lequel je présente cet essai de stage spécialisé, les raisons de mon choix de milieu de stage ainsi que mes intérêts de développement professionnel. Je décrirai ma façon de procéder durant ce stage et comment mon expérience se transposera dans un essai.

1.1 Intérêt, question de départ et problématique

J'aborde cet essai avec l'optique de développer une évaluation critique de ma propre pratique et des pratiques en vigueur dans les organismes de services sociaux et ce, afin de devenir un agent d'évolution dans notre profession. Mon objectif repose sur le postulat que la créativité au plan de la pratique professionnelle ne peut venir que d'un lien étroit entre la théorie et la pratique, c'est-à-dire d'une analyse critique et d'une évaluation systématique de l'action.

Comme travailleuse sociale, dans le cadre du développement de mes connaissances et de mes habiletés ainsi que d'une compétence avancée de l'intervention sociale, tout particulièrement auprès des individus, j'ai cherché à perfectionner mes connaissances en intervention de crise. Plus spécialement, je souhaitais travailler auprès d'une clientèle vivant une période difficile, hébergée temporairement dans un centre de crise et dont le but est de retrouver un niveau de fonctionnement comparable à celui qu'elle connaissait avant l'évènement déclencheur de la situation de crise. Je présente donc ici le cheminement qui a précisé mon intérêt pour un stage spécialisé en intervention de crise.

Lorsqu'on s'intéresse à une problématique en service social ou à un organisme offrant des services sociaux, on cherche tout d'abord à connaître son histoire afin de comprendre son évolution et comprendre ses particularités. Ainsi, dans le cadre de cet essai, j'ai effectué un stage spécialisé au Centre de crise de Québec. Il m'apparaît donc important de voir l'évolution de l'intervention de crise au Québec mais surtout le développement des centres de crise.

La recension des écrits montre qu'au Québec, l'intervention de crise est teintée d'un historique politique et institutionnel. Les centres de crise ont vu le jour au milieu des années 1980, suite à la vague de désinstitutionnalisation hospitalière entreprise dans les années 1970. Dans le but de désengorger les urgences des hôpitaux, les personnes vivant une crise psychosociale et celles ayant des troubles de santé mentale, mais ne requérant pas une hospitalisation étaient redirigées vers ces ressources communautaires. Si cette réorganisation des services publics en santé mentale a fait couler beaucoup d'encre dans les années 1990, il semble bien que de nos jours peu d'analyses font état de la situation actuelle et elles se sont trop peu penchées, selon moi, sur les pratiques courantes.

Ainsi, trente ans après la création des centres de crise, je me suis questionnée sur le portrait de la clientèle qui utilise leurs services, et sur les problématiques pour lesquelles les usagers consultent. Par ailleurs, je me suis demandé quelles étaient les pratiques et les techniques actuelles d'intervention en situation de crise.

Suzanne Larose et Marie Fondaire (2011), les auteures du livre *Détresse Psychologique en situation de crise*, stipulent que le modèle d'intervention élaborée par le psychiatre Gerald Caplan, et fondé sur « une approche principalement cognitive, axée sur les capacités de résolution de problème des individus » (p. 107) reste encore aujourd'hui la référence théorique utilisée par les services en intervention de crise. Dans la dernière décennie, le recueil de Larose et Fondaire est un des rares, sinon le seul, qui réfléchisse aux pratiques actuelles de l'intervention de crise en service social et qui remet en question la pertinence du modèle traditionnel de l'intervention de crise dans de nombreuses situation

de crise. Cet ouvrage, qui utilise « la science du terrain et le savoir expérientiel » (Guay, cité dans Larose et Fondaire, 2011, p. 9) propose un modèle renouvelé de l'intervention de crise. De plus, il s'agit d'un outil invitant à la réflexion et au questionnement sur les pratiques actuellement utilisées. J'ai donc souhaité expérimenter cette approche, dans un organisme pourvoyeur de services de crise.

Par ailleurs, selon le type, la gravité et l'urgence de la crise, certaines personnes sont invitées à séjourner pendant quelque temps au sein des résidences thérapeutiques des centres de crise. À cet égard, le CCQ m'a demandé d'étudier brièvement la question des séjours. Je me suis donc questionnée sur cette durée des séjours. Plus précisément, je me suis demandée quels étaient les facteurs à considérer afin de décider d'une durée de séjour pouvant aider, de façon optimale, les usagers à retrouver un équilibre et acquérir des compétences d'adaptation leur permettant de faire face à leur situation actuelle et à prévenir d'éventuelles situations de crise ? Voilà donc quelques-unes des questions que je me suis posée sur la pratique de l'intervention en situation de crise en service social et auxquelles je cherchais à répondre à partir de mon expérience de stage spécialisé.

Dans ce stage spécialisé et afin de lier la pratique au savoir et d'inscrire ma démarche à l'intérieur d'une réflexion théorique, l'application des concepts de l'approche présentée par Larose et Fondaire (2011) me permettait de camper ma démarche dans un cadre théorique systémique. En effet, l'approche de Larose et Fondaire s'inscrit dans un cadre systémique qui se transpose lorsque les auteures considèrent et analysent la situation d'un usager en crise et ce en fonction de l'évènement, de la représentation qu'il s'en fait, et de la trajectoire et du territoire de ce dernier. Selon Larose et Fondaire,

ces quatre volets permettent de saisir la crise à la fois dans sa globalité systémique et dans sa symptomatologie individuelle, en éclairant ce qui entoure dans l'espace et dans le temps l'expérience de la crise de la personne (Larose et Fondaire, 2011, p. 49).

Comme le Centre de Crise de Québec (CCQ), mon milieu de stage spécialisé, a participé au développement des pratiques en situation de crise dont Suzanne Larose et Marie Fondaire (2011) ont développé les bases dans leur livre, un stage au sein de cet organisme était tout indiqué.

Je m'apprêtais donc à étudier en profondeur les différents types de crises vécues par les personnes en contexte d'hébergement, à évaluer l'ensemble du fonctionnement social des personnes rencontrées en utilisant le cadre théorique proposé par Larose et Fondaire. De plus, je souhaitais tenter de voir comment il est possible d'optimiser l'aide offerte à ces personnes en étudiant entre autres les variables telles que la durée d'hébergement. Le CCQ, ayant peu exploré l'impact des durées de séjour, il cherchait à obtenir une première exploration concernant la durée des séjours des résidents. Par conséquent, la question suivante m'a été ainsi posée : existait-il une corrélation entre les caractéristiques des différentes crises et les durées de séjour ?

Mon projet de stage s'inscrivait dans une démarche qui me permettait de comprendre les différents problèmes rencontrés par les personnes en situation d'hébergement de crise, d'intervenir auprès de ces personnes ainsi que d'étudier et observer les périodes de séjour adéquates afin d'optimiser le retour à l'équilibre des personnes hébergées. Et ce à l'intérieur d'une réflexion théorique qui m'a permis d'intégrer et de développer mes capacités à utiliser les concepts de l'approche de Larose et Fondaire (2011), qui offre un cadre théorique systémique, dans un processus d'intervention en service social (cinq étapes d'intervention).

1.2 Milieu de stage

Le CCQ a accepté ma candidature afin que je puisse effectuer un stage spécialisé, durant le quart de travail de soirée et intégrer une équipe d'intervenants et d'intervenantes d'une de leurs résidences d'hébergement. Durant la période de stage, j'ai donc intégré une équipe d'intervenants et d'intervenantes d'une des résidences d'hébergement du CCQ, la

résidence thérapeutique de l'est (RTE). Cette résidence répond aux besoins d'individus aux prises avec des situations de crise de nature psychosociale et/ou psychiatrique du secteur de l'Est de Québec (CCQ, 2012b, s.p.).

Le CCQ est un organisme communautaire à but non lucratif de première ligne qui offre un service d'intervention de crise à toute la population, âgée de 14 ans et plus, de la région de Québec. Le CCQ a vu le jour en 1987, dans le contexte de la désinstitutionalisation des services en santé mentale. Depuis, leur engagement est d'offrir une réponse rapide et ponctuelle à toute personne en situation de crise en offrant des services adaptés, leur évitant ainsi une possible hospitalisation. Le CCQ offre :

des services de crise gratuits et disponibles 24/7 regroupant l'intervention de crise téléphonique, des entrevues en face à face, de l'hébergement de crise, de l'hébergement thérapeutique, des interventions dans le milieu (équipe mobile) ainsi qu'un soutien post-crise (CCQ, 2012a, s.p.).

Cet organisme vient en aide à plus de 4 000 hommes et femmes par année. Des personnes qui, avec ou sans problème de santé mentale, vivent une situation de crise liée à différents facteurs psychosociaux tels : une rupture, un deuil, une perte d'emploi, une désorganisation, un traumatisme, un état suicidaire, etc. La philosophie de ses interventions se base sur le volontariat de la personne. Le CCQ « favorise l'autonomie, se centre sur les besoins de l'individu et nuance leurs rapports au diagnostic psychiatrique, et ce, dans un cadre éthique et confidentiel » (CCQ, 2012a, s.p.). Plus précisément, la mission de cet organisme adopte des valeurs de coopération comme le montre l'énoncé de sa mission :

La mission du Centre de crise de Québec est d'intervenir auprès des personnes vivant une crise, qu'elle soit situationnelle ou reliée à un problème de santé mentale. Celles-ci peuvent demander directement de l'aide ou être référées. Le Centre réalise sa mission dans une perspective de partenariat et de collaboration autant avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux qu'avec les organismes communautaires voués à la santé mentale ou à d'autres problématiques touchant des personnes aux prises avec une santé mentale vulnérable. Les services sont dispensés dans l'optique d'offrir à la population une alternative à l'hospitalisation en

psychiatrie et une ressource pouvant les supporter dans une période difficile de leur vie (CCQ, 2012c, p.6).

Ce milieu d'intervention me permettait d'effectuer une démarche de développement d'une compétence avancée en intervention sociale au sein d'un organisme prônant des principes et des valeurs similaires à celles transmises par le service social. Ces valeurs sont les suivantes :

- le respect de la dignité de tout être humain;
- la croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer;
- la reconnaissance de la nécessité de percevoir et de comprendre l'être humain en tant qu'élément de système interdépendant et potentiellement porteur de changement;
- le respect des droits des personnes, des groupes et des collectivités;
- le respect du principe d'autonomie de la personne et du principe d'autodétermination;
- la reconnaissance du droit de tout individu en danger de recevoir assistance et protection selon ses besoins;
- la promotion des principes de justice sociale.

Considérant la mission et la raison d'être du CCQ, cet organisme me permettait de développer mes compétences en intervention dans le respect d'une identité professionnelle intrinsèque au service social. Il faut cependant spécifier que dans l'esprit dans lequel est effectuée l'intervention, celle de la RTE est teintée de la couleur de différentes disciplines professionnelles. Effectivement, il s'agit d'une équipe multidisciplinaire d'intervenantes et d'intervenants possédant chacun leur cadre de valeurs et leur mode opératoire. Il peut devenir un défi pour une ou un intervenant débutant dans la profession de trouver son identité professionnelle dans un tel milieu. Toutefois, relativement à mon emploi de travailleuse sociale au sein des Forces canadiennes, j'aurai à intégrer une équipe multidisciplinaire composée de travailleurs sociaux, de psychiatres, d'infirmiers en santé mentale et de médecins militaires pour fournir aux militaires des soins traumatologiques,

psychosociaux et de santé mentale. En ce sens, un stage au CCQ était tout indiqué afin de peaufiner mes expériences de travail ainsi que mes perspectives d'intervention. Finalement, considérant que la majorité des interventions entreprises dans mon milieu de travail sont effectuées auprès d'une clientèle masculine formée typiquement d'usagers qui ont pour caractéristique d'être plus « stoïques à l'égard de leur corps et restent insensibles aux signaux d'alarme jusqu'à ce que l'éclatement les force à agir » (Tremblay, 1996), cela les mène souvent à consulter en état de crise. Ainsi, mes expériences sont transférables.

1.3 Caractéristiques du milieu de stage.

Selon le type, la gravité et l'urgence de la crise, certaines personnes sont invitées à séjourner pendant quelque temps au sein des résidences thérapeutiques des centres de crise. Durant la période mon stage, comme je l'ai déjà mentionné, j'ai joint l'équipe de la Résidence thérapeutique de l'est (RTE) qui répond aux besoins d'individus aux prises avec des situations de crise de nature psychosociale et/ou psychiatrique du secteur de l'Est de la ville de Québec (CCQ, 2012b, s.p.).

La RTE compte neuf lits, dont six sont dédiés à l'hébergement de crise et trois à l'hébergement des personnes référées par l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ). Dans le second cas, les usagers sont reçus en hébergement surtout pour effectuer une transition post-hospitalière vers leur milieu de vie existant ou un nouveau milieu de vie. Ce type d'hébergement offre le soutien nécessaire visant une meilleure réintégration à la communauté ou permet de transiter vers des services alternatifs du réseau de santé mentale pour les personnes qui se retrouvent sur des listes d'attente avant d'avoir accès, par exemple, à un service de soutien communautaire à intensité variable. Dans le cadre de l'hébergement de crise, l'objet spécifique de l'intervention vise à désamorcer l'état de détresse. L'objectif principal est de stabiliser les tensions de la personne, selon le niveau d'urgence et de conscience de la dangerosité de sa situation. L'intervention est de courte durée et comporte des objectifs réalisables à court terme. Finalement, l'intervention « consiste à favoriser l'expression, identifier les déclencheurs, prévenir la dangerosité,

réduire les facteurs de risque, responsabiliser la personne et orienter vers les services adaptés selon les besoins » (La Chrysalide, 2012, s. p.).

En milieu d'hébergement de crise, les intervenants pratiquent principalement deux types d'intervention, l'intervention stratégique (en groupe ou individuelle) et les rencontres individuelles (suivis avec plan d'intervention). Au sein des résidences, les intervenants utilisent une approche d'intervention de crise dont le concept central est « ici et maintenant » ainsi que des techniques telles que la verbalisation, la généralisation et la normalisation. Également, on retrouve l'utilisation de l'approche de résolution de problèmes. En effet, étant donné que les résidents ne sont pas généralement en état de désorganisation sévère, leur capacité de prendre un certain recul permet aux intervenantes et intervenants d'appuyer leur autodétermination. Avec une clientèle volontaire, il est plus indiqué de travailler avec les concepts de motivation, de capacités et d'opportunités. Par ailleurs, j'ai pu constater que l'approche cognitivo-comportementale est peu utilisée à la RTE. Toutefois, les intervenantes et intervenants remplissent davantage un rôle d'enseignant (tout particulièrement afin de donner des informations).

Les interactions de groupe se manifestent de façon spontanée, c'est-à-dire de façon informelle et stratégique; les intervenantes et intervenants doivent animer et gérer un groupe de résidents. L'intervention informelle peut aussi s'opérer en individuel dans les aires communes.

Les rencontres individuelles s'effectuent selon cinq étapes d'intervention. Selon le vocabulaire utilisé par l'organisme, il y a les rencontres d'accueil, les rencontres pour formuler des objectifs à atteindre durant le séjour et un plan d'intervention, les suivis et les bilans de fin de séjour. Ces rencontres offrent aux personnes une grande place pour ventiler (exprimer leurs émotions) et répondre à leur besoin d'être entendu dans leur souffrance. Il y a donc beaucoup d'interactions qui viennent normaliser et généraliser le vécu afin d'accompagner les résidents dans l'atteinte de leurs objectifs de séjour.

1.4 Stage spécialisé

Le CCQ m'a offert un milieu de stage encadré dans lequel j'étais jumelée avec une intervenante de l'équipe de soir. Les premières semaines de mes 450 heures de stage, ont servi à intégrer le milieu et à apprendre son fonctionnement. Par la suite, j'ai graduellement assumé des activités d'intervention de nature plus informelles puis effectué des rencontres individuelles telles des rencontres d'accueil et de suivi. Les interventions se situaient dans une approche systémique et holistique afin de s'adapter aux besoins spécifiques des résidents.

J'ai effectué la majorité des heures de stage en soirée, de 15 h 30 à 23 h 30 durant lesquelles j'ai totalement intégré les activités assumées par l'équipe du soir. La routine de l'équipe d'intervenantes ou d'intervenants de soir débute par une réunion de transition entre l'équipe de jour et l'équipe de soir afin d'échanger toutes les informations pertinentes sur les derniers développements de la situation des résidents hébergés, sur les accueils planifiés de la soirée et sur toutes les autres informations importantes au déroulement de la soirée. Dans le jargon de l'organisation, cet échange d'information se nomme le « topo ».

Il est de la responsabilité de l'équipe du soir de s'assurer du bon déroulement du souper qui se prend en groupe. L'équipe du soir doit aussi veiller à ce que les tâches communes soient accomplies par les résidents. Ces tâches servent surtout à mobiliser les résidents dans l'action. Il est à noter que toutes les interactions informelles avec les résidents peuvent servir à créer des liens de confiance permettant ainsi d'établir une meilleure relation et d'assurer des suivis significatifs pour un retour à l'équilibre.

En soirée, les intervenantes et les intervenants effectuent les accueils planifiés de nouvelles personnes, et si une place se libère, relancent les individus sur la liste d'attente pour leur offrir un accueil la soirée même ou la journée suivante. Cette équipe effectue, au besoin, des interventions individuelles avec les résidents, rédigent des bilans de départ lors de la fin de séjour d'un ou d'une résidente, participent à la vie en groupe en accompagnant

dans les activités de soirée tels : jeux de sociétés, cuisines, musique et activités artistiques, etc. De plus, l'équipe assure une présence professionnelle et veille au bon fonctionnement de la résidence, accompli des tâches de nature plus logistique telles refaire les chambres suivant un départ et veiller à la sécurité des résidents. En fin de soirée, un climat de relaxation est encouragé afin de favoriser une bonne routine de nuit et de sommeil. Le quart de soir se termine avec le « topo » à l'équipe de nuit.

Afin d'accomplir les tâches associées à mon projet de stage spécialisé, j'ai eu accès aux postes informatiques du centre ce qui m'a permis d'avoir accès aux dossiers des résidents qui sont hébergés tout en partageant les aires communes de travail des intervenants et intervenantes. Tout au long du stage, un journal de bord a été maintenu pour marquer l'évolution de mes apprentissages (on trouvera un canevas de mon journal de bord en annexe A). Pour assurer l'atteinte des objectifs d'intervention ainsi que des objectifs d'apprentissage, un contrat d'apprentissage (annexe B) a été utilisé. Grâce aux supervisions et aux consultations académiques continues, mon plan de projet a pu être respecté et a permis l'évaluation de la progression et l'atteinte des résultats escomptés. J'ai aussi planifié mon horaire afin de pouvoir effectuer une collecte de données et d'amorcer une étude sur les durées de séjours. Les semaines qui ont suivi le stage spécialisé ont servi à écrire mon rapport de stage. Ce rapport a aussi permis de démontrer que j'ai atteint les objectifs décrits dans mon projet de stage spécialisé¹. Dans le respect du cours normal du programme de maîtrise en service social de l'Université Laurentienne, j'en arrive maintenant à la prochaine étape soit celle du présent essai de mon stage spécialisé.

1.5 Essai de stage spécialisé

Le présent essai de stage spécialisé se veut un travail d'analyse critique dont je présente ici le contenu. Dans un continuum progressif entre mon projet de stage spécialisé, le stage lui-même, la scolarité et la pratique professionnelle, cet essai reflète le résultat de

¹ Le rapport de stage spécialisé a été présenté en juillet 2013. Il a fait l'objet d'une évaluation de la part des membres de mon comité de stage spécialisé et de ma superviseure. Ce document a été accepté avec succès.

l'acquisition de connaissances théoriques et l'ensemble de mes apprentissages en lien avec la pratique professionnelle dans le domaine du service social, tout particulièrement, en intervention en situation de crise. Dans le but de lier la théorie à la pratique, je présenterai les théories sous-jacentes à l'intervention que j'ai effectuée au sein de la RTE, en l'occurrence l'intervention de crise et les concepts de la théorie systémique qui sont au fondement de l'approche de Larose et Fondaire (2011). Je présenterai l'hébergement de crise comme stratégie de soutien et débiterai la discussion sur les durées de séjour en relation avec la recherche statistique effectuée. Le nouveau modèle de Larose et Fondaire sera ensuite exposé pour ensuite l'appliquer à deux études de cas ; s'en suivra une discussion sur la pertinence de son utilisation en hébergement de crise.

CHAPITRE II

INTERVENTION DE CRISE


Ce chapitre présente le modèle classique de l'intervention en situation de crise. Dans un premier temps, on verra la définition d'une situation de crise, ensuite on abordera les différentes typologies des situations de crise, l'étiologie de la crise et son processus. Dans un second temps, je décrirai l'intervention de crise en débutant par une présentation de son historique, puis de ses bases et de ses étapes et stratégies d'intervention. Finalement, comme il s'agit d'un essai concernant mon stage spécialisé, j'ai cru important de situer l'intervention de crise dans un contexte particulier, celui de l'hébergement dans les centres offrant des services de crise offerts dans la plupart des régions du Québec. Par ailleurs, il est important pour moi, dans ce chapitre, de démontrer que j'ai bien saisi l'ensemble des éléments théoriques concernant l'intervention de crise et qui ont été partie prenante de mon stage spécialisé et de mon vécu professionnel.

2.1 Présentation du modèle classique d'intervention en situation de crise

Le modèle classique d'intervention en situation de crise reste le modèle le plus couramment utilisé au sein des organismes offrant des services de crises. Il est donc nécessaire de bien définir les bases de ce modèle avant de s'aventurer à la critique d'un nouveau modèle, en l'occurrence, celui de Larose et Fondaire (2011). Pour y arriver, on verra la définition de ce qu'est une crise, ses différentes typologies, son étiologie et son processus. Une fois ces concepts établis, Je serai en mesure de présenter le modèle classique de l'intervention de crise selon Gérald Caplan.

2.1.1 Définition de la crise

On ne peut discuter de l'intervention de crise sans tout d'abord définir ce qu'est une crise. Le mot « crise » dérive du mot grec ancien *krinein* signifiant « point tournant » ou « décision » (Poirier, cité dans Larose et Fondaire, 2011, p. 20). Cela résonne avec le double sens que le mot revêt en chinois : l'idéogramme « crise » étant symbolisé par deux signes qui représentent le danger et l'opportunité (voir encadré ci-après). Les racines du mot « crise » illustrent la possibilité de changement ou d'évolution que peut générer une période de crise.

 <p>Idéogramme chinois représentant le mot « crise »</p>	<p><i>En Chine, l'idéogramme chinois qui représente le mot « crise » (weiji) symbolise à la fois l'opportunité et le danger. Il s'agit là de l'essence même de la crise. Par ailleurs, le terme anglais « crisis » vient du mot grec « krinein » qui signifie « de décider ». Dérivé du grec, le terme « crisis » indique un moment de décision, un jugement et un point tournant pendant lequel il se produira un changement pour le meilleur ou le pire dans la vie d'une personne (Garceau, 2013a, p. 1).</i></p>
---	--

Le dictionnaire *Le Robert illustré* (2012, p. 466) présente plusieurs définitions du mot « crise ». Ces définitions varient selon le contexte d'utilisation du mot. Je retiens quatre d'entre elles qui permettent d'avoir un bon aperçu de ce qu'est une crise. D'abord, une crise peut être entendue selon une perspective médicale comme étant une *manifestation brutale d'une maladie ou aggravation brusque d'un état chronique*, comme par exemple une crise d'appendicite. Ce mot peut aussi être employé pour décrire une *manifestation soudaine et violente (d'émotions) et même une manifestation hystérique*. De plus, la crise peut se définir comme un *malaise profond causé par des transformations psychologiques ou physiologiques*, comme par exemple, lorsqu'une personne traverse une période de crise telle une crise d'adolescence. Finalement, toujours selon *Le Robert illustré*, une crise décrit aussi une *phase grave dans une évolution*, comme par exemple lors d'une crise économique. J'inclurais à cette dernière définition les catastrophes et les désastres d'origine naturelle ou humaine qui marquent aussi un changement subit, souvent violent, et qui

transforme considérablement l'existence des personnes qui en sont les victimes. Ces définitions montrent certaines caractéristiques fondamentales d'une crise, elle est générée par un changement subit, elle provoque des émotions intenses, elle est une manifestation que toute personne peut s'attendre à vivre lors de son existence, et l'issue de la crise peut devenir favorable ou non.

Au cours des trente dernières années, plusieurs chercheurs ont présenté des définitions de la crise.

Selon Carey-Bélanger et Côté, une crise est :

une rupture brusque dans le mode habituel de fonctionnement d'une personne à la suite d'un événement précis; cette personne connaît alors une altération partielle ou totale de sa capacité de fonctionner. Cette rupture est nécessairement suivie, s'il n'y a pas de mort ou l'équivalent, d'une reprise partielle de contrôle et d'une nouvelle organisation personnelle, pouvant même atteindre un niveau de fonctionnement supérieur au niveau qui précédait la crise (Carey-Bélanger et Côté, 1982, cité dans Garceau, 2013, p. 1).

Pour Caplan, la crise se produit :

lorsqu'une personne affronte un obstacle qui l'empêche d'atteindre des objectifs de vie importants. Malgré la mise en œuvre des méthodes habituellement utilisées pour résoudre les problèmes, cet obstacle reste insurmontable pendant un certain temps. Il s'ensuit une période de désorganisation, de bouleversement, pendant laquelle l'individu tente de trouver une solution, mais en vain (Caplan, 1961, cité dans Aguilera 1995, p. 9).

Ainsi pour Caplan, comme pour Carey-Bélanger et Côté, « éventuellement, une certaine forme d'adaptation se produira après la crise, mais cette adaptation peut être ou non dans le meilleur intérêt de la personne ou de ses proches » (Garceau, 2013, p. 1).

Quant à Gilliland et James, ceux-ci indiquent que :

La crise survient lorsqu'un individu perçoit un événement ou une situation comme une difficulté insurmontable et qui excède les ressources et les mécanismes d'adaptation de cette personne. À moins que cette personne obtienne un soulagement, la crise pourrait causer potentiellement un dysfonctionnement affectif, cognitif et comportemental (traduction libre, 1997, p. 3).

Selon la littérature, l'inconfort causé par la crise est souvent perçu comme un facteur motivant la personne affectée à trouver des solutions. Pourtant, Poirier stipule qu'une crise n'est pas toujours propice à la créativité ou à poser des gestes adéquats. Selon cet auteur, « penser qu'une crise est toujours une occasion de croissance est un mythe » (Poirier, cité dans Larose et Fondaire, 2011, p. 20). En fait, l'issue d'une crise varie d'une personne à l'autre. Pour certains, il s'agit d'un moment où l'on peut faire certaines prises de conscience, faire appel à de nouvelles ressources ou habitudes de vie et sortir grandi de l'expérience. Pour d'autres, « les souffrances et les déséquilibres outrepassent largement les ressources et les capacités d'adaptation » (Poirier, cité dans Larose et Fondaire, 2011, p. 21).

Une crise survient donc lorsqu'une personne rencontre des obstacles importants et qu'elle ne parvient pas à maintenir un état d'équilibre ou d'homéostasie. « Lorsqu'elle perd ses moyens habituels de faire face aux événements stressants, on dira alors qu'elle est en état de vulnérabilité » (Garceau, 2013, p.2). De façon générale, une personne en état de vulnérabilité a de la difficulté à juger sa situation et les sentiments qu'elle ressent vont contribuer à accroître la tension. À long terme, il deviendra de plus en plus difficile à éliminer cette tension. Si la quête de solution s'avère infructueuse et que les échecs se succèdent ou si un événement déclencheur s'ajoute, la personne entre alors en état de crise (Garceau, 2013, p. 2). Elle sera en période de désorganisation et elle tentera, souvent sans succès, de trouver une solution valable pour rétablir son équilibre. Avec l'augmentation de la tension interne, on constatera des signes d'anxiété, une désorganisation dans le fonctionnement de la personne et, à la longue, une période prolongée de bouleversement émotionnel. Finalement, la résolution de crise dépendra du genre d'interaction que la

personne aura, pendant cette période, avec les personnes clés de son milieu émotionnel (Caplan, 1961, cité dans Aguilera, 1995, p. 9). Comme l'indique Séguin, une « personne ne peut tolérer longtemps sans dommage ce déséquilibre : une solution de la crise doit être envisagée. Consciemment ou inconsciemment, la personne prend des moyens pour retrouver un équilibre » (Séguin, 1991, p.31)

Il se peut qu'un individu connaisse une tension si grande qu'il ne peut pas la résoudre convenablement. Parmi les signaux de détresse qui montrent qu'une personne ne peut résoudre sa crise par elle-même, on retrouve les affects et comportements suivants : des idéations suicidaires ou homicides, l'abus croissant d'alcool ou de drogues (y compris les médicaments), des problèmes de violence ou d'impulsivité (et donc avec la justice), des difficultés à maîtriser ses affects et ses comportements, de la difficulté à utiliser adéquatement l'aide naturelle qui est disponible (Poirier, 2007).

Ainsi, au cœur de la crise, la personne affectée vit une détresse psychologique croissante qui envahit son quotidien et un déséquilibre prononcé dans son mode de vie et son fonctionnement social. On peut dire qu'une personne est en état de crise quand celle-ci ressent des sentiments de peur, de panique ou de détresse en rapport avec son déséquilibre. Selon les individus, nous retrouverons une ou plusieurs des caractéristique suivantes :

- « un état de déséquilibre avec l'environnement physique et social pouvant aller jusqu'à un état de choc ;
- un déséquilibre psychologique : la personne se sent menacée par son environnement;
- un état de stress imprévu dont la charge émotionnelle est forte ;
- une grande vulnérabilité et de la dépendance ;
- une incapacité cognitive à percevoir la situation réelle ;
- une situation de conflit entre les besoins et le vécu qui a déclenché la crise ;
- une incapacité à apprécier la crise dans sa signification réelle ;

- de l'anxiété, de la tristesse et de la tension ;
- de la colère, de l'impuissance et du désespoir ;
- des mécanismes d'adaptation bloqués ;
- des sentiments d'inefficacité ;
- des comportements régressifs : somatisation, fuite, déni ;
- de l'agitation, de la fatigue et de l'insomnie ;
- une perte d'estime de soi ;
- un sentiment de confusion ;
- des troubles physiques et psychosomatiques : maux de tête, ulcères, changements d'humeur ;
- de la culpabilité ou de la honte » (Garceau, 2013, p. 8)

C'est à ces affects que la crise réfère, plutôt qu'au déséquilibre comme tel (Poirier, 2007). Par ailleurs, comme l'indique Larose, Fondaire, et collab., 2011, il ne faudrait pas occulter que la crise a un impact sur l'environnement de la personne, sur l'ensemble des systèmes relationnels qui entourent la personne.

Nous venons de voir différentes définition d'une crise. Dans la prochaine section, nous verrons mieux la signification d'une crise en s'attardant sur les typologies présentées par quelques auteurs.

2.1.2 Typologies de la crise

Les situations de crise peuvent varier d'une personne à l'autre. En effet, les facteurs contribuant à la crise, les réactions des personnes, et l'issue de la crise sont rarement semblables. Ainsi, connaître les différents types de crise permet une évaluation plus précise des réactions d'une personne et de choisir les interventions les plus appropriées.

Afin de bien saisir les différentes situations de crise, plusieurs typologies ont été élaborées.

Déjà, en 1944, Lindemann soulevait l'importance de reconnaître le type de crise vécue par une personne afin de lui offrir une intervention adaptée (Séguin, 2013, p. 6). À la fin des années 1970 plusieurs auteurs classifient les différents types de crises selon une progression d'intensité. En 1976, Baldwin, et subséquemment Burgess en 1995, propose une progression d'intensité sur un continuum stress-crise. Ainsi, on retrouve en ordre croissant d'intensité la crise somatique, la crise de transition, la crise traumatique, la crise du développement humain, la crise psychopathologique, la crise d'urgence et la crise catastrophique (Séguin, et collab., 2006).

Même si elle met en relief l'éventail de types de crise, cette typologie comporte des limites. Selon Séguin et collab. (2006), ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives, ce qui rend le choix de l'intervention difficile. Ensuite, cette typologie ne tient pas compte de la subjectivité et des différences individuelles dans la réaction au stress.

De son côté, Golan (1978) regroupe les crises en trois grandes catégories : les crises liées à des désastres d'origine naturelle ou humaine, les crises de transition et de développement humain et les crises situationnelles. Par ailleurs, Aiguilera (1995) et Slaikeu (1990) divisent les crises en deux grandes catégories : les crises situationnelles « lorsque des événements stressants surgissent dans la vie d'un individu, menaçant son intégrité social, biologique ou psychologique » (Aiguilera, 1995, p.89) et les crises reliées au développement humain. Bien que les crises de maturation soient liées à des processus normaux de croissance et de développement, le passage peut devenir ardu pour certains individus lorsque des difficultés surgissent dans la vie quotidienne.

Gilliland et James (1997) catégorisent les crises selon le type de « stressseurs ». Ainsi, il y a les crises transitionnelles liées aux cycles de vie, comme l'adolescence, la naissance d'un enfant, etc. Il y a les crises situationnelles, quand des événements imprévus

ou extraordinaires surviennent : une maladie, un deuil, un accident de voiture, une agression, etc. Enfin, il y a les crises existentielles, qui ont trait aux conflits intérieurs et à l'anxiété et qui remettent en cause les choix fondamentaux d'une personne (Poirier, 2007). Cette typologie a l'avantage de souligner deux types de stressors fondamentaux : les stressors événementiels et les stressors maturationnels. Toutefois, la principale critique que je peux formuler par rapport à cette typologie, c'est qu'elle ne permet pas de rendre compte adéquatement de la situation des personnes sujettes à des crises récurrentes ou sujettes à des problèmes de santé mentale. Séguin et ses collaborateurs (2006) ont cherché à remédier à cet aspect en présentant les types de crise sous un angle un peu différent. Ils se basent sur trois principes pour élaborer leur typologie prenant en considération qu'un événement est perçu différemment d'une personne à l'autre, que l'impact de cet événement va varier d'une personne à l'autre et que chaque type d'événement exige des interventions spécifiques (Séguin, et collab., 2006). Sur la base de ces trois principes, ces auteurs distinguent trois types de crises : les crises psychosociales, les crises psychopathologiques et les crises psychotraumatiques.

Nous retrouvons cette dernière typologie de crise au sein du Centre de crise de Québec. Par conséquent, j'élaborerai davantage sur ces types de crises au chapitre III de cet essai en les utilisant dans le contexte d'hébergement de crise, ce qui me permettra en même temps de lier la théorie et la typologie des crises à mon expérience vécu à la RTE.

2.1.3 Étiologie de la crise

Selon Caplan, un des premiers théoriciens de l'intervention de crise ayant développé ses concepts dans les années 1960, une crise est « le résultat d'un déséquilibre soudain dans le fonctionnement social d'un individu en lien avec le fait que celui-ci ne peut résoudre ce déséquilibre en ayant recours à ses moyens habituels de résolution de problème » (dans Poirier, 2007, p. 25). Caplan insiste aussi sur la notion « d'inconfort ». Selon lui, il s'agit du noyau motivationnel qui pousse une personne à chercher des solutions (qu'elles soient adaptées ou non). Par ailleurs, Lydia Rapoport, qui développa ses recherches sur la crise

dans la lignée des travaux de Caplan, identifie trois facteurs qui jouent un rôle dans l'apparition d'une crise (dans Poirier, 2007, p. 27). Voici les facteurs qu'elle identifie.

L'événement précipitant

Comme nous venons de le voir et selon la typologie des crises utilisée, les événements pouvant déclencher une crise sont variés. Un état de crise peut survenir à la suite d'un événement majeur tel la perte d'un être cher, avoir subi ou été témoin d'un acte violent, etc. Il peut aussi s'agir d'un événement transitionnel dans la vie d'une personne : la naissance d'un enfant, un mariage ou un divorce, une perte d'emploi, etc. Enfin, un événement qui peut paraître anodin pour certains peut déstabiliser une autre personne, car il survient à un moment où celle-ci se trouve dans un état de vulnérabilité ou il s'inscrit dans une série d'événements difficiles. Mais, selon les théoriciens de la crise, il ne suffit pas nécessairement de la force de l'événement ou à l'accumulation d'événements critiques pour déclencher une crise, la perception que la personne a de cet événement et la signification qu'elle lui donne joue un rôle d'importance.

La perception d'une menace ou d'un risque

Selon Séguin, Brunet et LeBlanc, « la crise résulte toujours d'une interaction particulière entre un événement et l'évaluation qu'en fait une personne » (Séguin, et collab., 2006, p. 4). L'état de crise survient quand la personne perçoit l'événement comme une menace à son équilibre psychique et social et surtout quand la personne croit que la difficulté est insurmontable. Selon ces auteurs, la perception ne serait pas aléatoire : « elle dépend du style cognitif de la personne, c'est-à-dire de la manière qu'a chacun d'interpréter et d'utiliser les informations qui lui parviennent » (Poirier, 2007, p. 33). Si la personne perçoit que l'événement est menaçant pour son intégrité, sa sécurité ou son équilibre, et qu'elle se perçoit incapable de surmonter le choc initial, le stress psychologique émerge.

E. H. Janosik, introduit l'impact néfaste des « distorsions cognitives » dans le déroulement de la crise (Poirier, 2007). Selon Janosik, une personne peut recourir à certains mécanismes de défense qui l'empêchent d'avoir une perception réaliste de ce qui se passe.

Entre autres, elle peut avoir recours à la généralisation, à l'exagération, à la minimisation ou la perception sélective. Une aide extérieure est alors nécessaire pour éviter que ces distorsions enveniment la crise. Consciemment ou pas, l'individu se trouve devant une incapacité à résoudre les problèmes éprouvés.

L'incapacité à résoudre les problèmes éprouvés

Caplan a été le premier à effectuer un lien entre la notion d'homéostasie et l'intervention de crise. De façon générale, en situation d'équilibre, une personne dispose d'un éventail de stratégies d'adaptation (*coping mechanisms*) lui permettant de se maintenir dans un état d'homéostasie. Selon Caplan, lorsqu'une crise survient, l'inconfort que cause celle-ci motive la personne affectée à trouver des solutions pour retrouver son état d'équilibre (Poirier, 2007). Cependant, dans une crise, il peut y avoir un paroxysme où la personne sent qu'elle n'a plus accès à ses stratégies d'adaptation habituelles. Poirier (2007) explique que la capacité d'action de la personne étant restreinte, l'anxiété continue de croître et constitue elle-même une menace pour l'équilibre psychique de la personne. Il se peut aussi que les stratégies d'adaptation mises en place par la personne pour tenter de se sortir d'un état de crise font parfois partie du problème. À ce sujet, Bancroft (1979) identifie quatre stratégies d'adaptation. La première, celle qui s'appuie sur des comportements cognitifs de résolution de problème, semble être la mieux adaptée pour sortir la personne de son état de crise. Par contre, les trois autres participent à maintenir la personne en déséquilibre. La régression amène la personne à recourir à des réactions anciennes inadaptées, le déni la conduit à croire que le problème n'existe plus et l'inertie laisse la personne dans un état lui faisant croire que rien ne pourra améliorer la situation. Il faut aussi ajouter une autre stratégie nuisible à un retour à l'équilibre. Il s'agit de l'utilisation de moyens pour apaiser la souffrance tels que l'alcool, la drogue ou même la violence. Une personne peut aussi développer une mode de pensées rigides et inadaptées en croyant fermement que le problème va se résoudre de lui-même, ou en blâmant les autres à l'excès.

2.1.4 Processus de la crise

Nous venons de voir l'étiologie de la crise. Mais, quels que soient les facteurs qui mènent au développement d'une crise, il faut souligner que son évolution n'est pas nécessairement linéaire, les facteurs desquels émerge la crise interagissant entre eux pour former un processus. Nous pouvons cependant identifier une progression, la personne passant d'un état d'équilibre à un état de vulnérabilité, puis de celui-ci à un paroxysme : l'état de crise. Selon la théorie de Caplan, il y aurait quatre phases à une situation de crise (Garceau, 2013, p. 5-7).

Phase 1 - La situation émotionnelle hasardeuse :

- Il y a augmentation d'émotions inconfortables, ce qui signale un déséquilibre de l'homéostasie.
- Il y a motivation à réduire cette tension et à retrouver un état normal.
- Des comportements d'adaptation sont utilisés pour tenter de réduire les émotions déplaisantes.
- Dans la plupart des cas, il y a un retour à l'équilibre.

Phase 2 - La crise émotionnelle :

- Les comportements d'adaptation utilisés sont inefficaces et inadéquats.
- Les émotions déplaisantes s'intensifient et la désorganisation cognitive s'amplifie.
- L'individu essaie de nouveaux comportements d'adaptation ou des techniques de solution de problèmes.
- L'individu cherche de l'appui et de l'aide auprès d'autres personnes afin de résoudre le conflit.

Phase 3 - La résolution de la crise :

Résolution adaptée :

- Avec de l'aide, l'individu définit les éléments du problème, reconnaît ses émotions, prend des décisions et apprend de nouveaux comportements d'adaptation et de solution du problème.
- Les conflits sous-jacents aux conflits et les réactions engendrées par la crise sont identifiés et au moins partiellement résolus.
- Les sources de support internes et externes sont mobilisées et les ressources de l'individu pour résoudre la crise sont définies.
- L'émotion déplaisante est réduite et l'individu retourne à un niveau de fonctionnement antérieur à la crise.

Résolution mal adaptée :

- L'individu ne cherche pas d'aide adéquate pour définir le problème.
- Les conflits sous-jacents représentés ou les réactions engendrées par la crise demeurent non identifiés et non résolus.
- Les sources internes et externes de support pour l'individu ne sont pas mobilisées et les ressources nécessaires sont inexistantes.
- L'émotion déplaisante est réduite, rendant diffuse la situation immédiate de crise et l'individu retourne à un niveau de fonctionnement moins adapté qu'avant la période de crise.

Phase 4 - L'adaptation après la crise

Résolution adaptée :

- L'individu devient moins vulnérable parce que les conflits sous-jacents ont été résolus et ne seront pas réactivés dans de telles situations.
- L'individu a appris de nouveaux comportements d'adaptation plus souples et des habiletés à résoudre le problème qui peuvent être utilisés dans d'autres situations stressantes.
- Le niveau général de fonctionnement, la croissance personnelle et la maturité de l'individu se sont améliorés.
- Les possibilités que des situations hasardeuses émotionnelles de ce type puissent se développer sont réduites.

Résolution mal adaptée :

- L'individu demeure vulnérable et devient plus vulnérable dans les situations problématiques particulières parce que les conflits sous-jacents n'ont pas été résolus et seront réactivés dans des situations semblables.
- L'individu a appris des mécanismes mal adaptés, autodestructeurs et névrotiques pour faire face aux situations stressantes.
- Le niveau général de fonctionnement peut avoir été réduit à un niveau moins adapté que lors de la période de crise.
- La possibilité que des situations émotionnelles hasardeuses de ce type se développent est accrue.

Séguin et ses collaborateurs, en se basant sur les travaux de Caplan et de Lazarus ajoute que dans *l'état d'équilibre*, une personne sera confrontée à vivre certains « stressseurs » au cours de sa vie et utilisera des stratégies d'adaptation pour maintenir son équilibre. Ces stratégies se divisent en trois catégories : comportementales (faire du sport, manger, boire de l'alcool, aller au cinéma, etc.), affectives (exprimer ses émotions, se confier à quelqu'un, etc.), et cognitives (faire un plan d'action, minimiser la situation, trouver un sens à l'événement, etc.). Si ces stratégies s'avèrent inefficaces, ou si les stressseurs s'intensifient, la personne en déséquilibre se retrouve en *état de vulnérabilité*.

Dans cet état, la tension s'accroît et ses émotions affectent de plus en plus sa perception de la réalité. Dans ce contexte, il suffit que le seuil de tolérance de souffrance soit atteint, ou qu'un nouveau stresser apparaisse, pour que la personne passe à l'*état de crise*. Précisons que le seuil de tolérance peut varier d'une personne à l'autre. Comme dit Poirier,

certains ont une tolérance très élevée face au stress et à la souffrance et peuvent gérer des situations qui rendraient folles bien d'autres personnes ; par contre, cette force intérieure peut aussi devenir une faiblesse quand elle conduit la personne à tolérer très longtemps des situations proprement invivables jusqu'au jour où elle craque soudainement, d'un seul coup (2007, p. 27).

Dans l'état de crise, la personne vit une désorganisation importante qui peut se manifester à plusieurs niveaux : affectif (anxiété, peur, dépression, etc.), cognitif (raisonnement et capacité de jugement en péril), comportemental (modification des activités quotidiennes, agressivité, pleurs, isolement, etc.) et physiologique (fatigue, tension musculaire, perte d'énergie, etc.). Lorsque la personne s'enlise dans ses échecs et que la souffrance devient vraiment insupportable, elle peut entrer dans la phase aiguë de la crise. La tension vécue pendant cette phase peut provoquer un passage à l'acte (*acting out*) qui « permet au surplus de tension d'être évacué, subitement et de manière explosive » (Séguin, et collab, 2006, p. 6). Cela peut prendre la forme d'une fugue, d'un comportement agressif envers autrui, d'une tentative de suicide, d'une auto-agression, ou encore d'une décompensation psychotique. D'après ce modèle, la phase aiguë ne peut durer plus de 24 à 72 heures, et l'état de crise peut s'étendre sur une période de six à huit semaines. S'ensuit une période de récupération durant laquelle la personne recouvrera peu à peu ses moyens. L'issue de la crise pourra être positive, si le fonctionnement de la personne s'est amélioré par rapport à son fonctionnement avant la crise. Elle sera neutre si son fonctionnement reste le même qu'avant. Elle sera négative, si son fonctionnement est inférieur au niveau initial. Advenant que la personne ne puisse retrouver un mieux être par elle-même ou le support nécessaire auprès de son réseau, une aide professionnelle extérieure pourrait être requise, une intervention de crise sera alors effectuée.

2.2 Intervention de crise

Dans cette section, je ferai un bref historique de l'intervention de crise, les bases de ce type d'intervention selon le modèle classique, les différentes étapes et stratégies de l'intervention de crise. Cette section se terminera en situant l'intervention de crise en contexte d'hébergement.

2.2.1 Historique de l'intervention de crise

La théorie de l'intervention en situation de crise est essentiellement éclectique, et ce n'est qu'autour des années 1970 que le terme « intervention en situation de crise » apparaît dans les lexiques psychiatriques. L'intervention thérapeutique comme mode d'approche à une situation de crise existe depuis quelques décennies. Comme on peut le constater, elle s'appuie sur un large éventail de théories du comportement humain qui ont été développées tour à tour par Freud, Hartmann, Rado, Erikson, Lindemann, Caplan et de nombreux autres chercheurs (Aguilera, 1995). Selon Slaikeu (1990), se basant sur les travaux de Rudolf H. Moos (1976), il existerait quatre influences théoriques d'importance à l'intervention de crise. Premièrement, la théorie de Charles Darwin sur l'évolution des animaux à leur environnement. Pour les humains, la vie en communauté a été développée comme un mécanisme d'adaptation afin de subsister dans leur environnement (Slaikeu, 1990, p. 9). La deuxième influence provient de la psychologie qui explique le besoin d'accomplissement et de croissance de l'humain. Il s'agit d'une théorie importante pour expliquer la crise. En effet, la crise survient entre autres lorsque les but ou la quête de l'auto-détermination est bloqué ou non atteignable. Troisièmement, la théorie d'Erik Erikson sur les stades de développement psychosociale.

À chaque stade du développement psychosocial survient une crise qui doit se résoudre par l'atteinte d'un équilibre entre des forces qui s'opposent, faute de quoi le développement du Moi risque d'être compromis. Deux crises se produisent au cours des trois premières années de vie de l'enfant. Erikson donne au mot *crise* le sens de *tournant majeur*, et non de catastrophe. À chaque crise il y a 2 pôles qui mènent à la création d'une identité positive. Un pôle bénéfique et l'autre néfaste. La

résolution plus ou moins positive de ces crises amènes donc à la création d'une identité plus ou moins positive selon la résolution des stades. Il ne faut cependant pas chercher à ne prendre que le positif. Dans le développement de l'identité c'est l'équilibre entre les deux pôles qui est important. La résolution d'un stade selon Erikson, nous permet d'affronter plus facilement la résolution du stade suivant (Wikipedia, 2014a, s.p.).

Finalement, la quatrième influence théorique provient de recherches empiriques sur la façon de gérer le stress. Thomas H. Holmes et Minoru Masuda (1967) ont d'ailleurs démontré la relation entre le stress associé avec les événements stressants, la santé physique et les maladies.

Considérant l'impact qu'ont eu les travaux de Lindemann (1944) et Caplan (1961, 1967), on serait tenté de croire que l'intervention en situation de crise y a trouvé son origine. Pourtant, les principes de ce type d'intervention se pratiquaient bien avant dans la communauté et proviennent de nombreuses études faites auprès des individus avant les travaux de ceux que l'on considère comme les pionniers de l'intervention de crise.

En fait, nous pouvons remonter à son origine suivant tous les bouleversements sociaux qui survinrent à la première moitié du siècle. Par exemple, après « la Première Guerre Mondiale, les États-Unis tout comme le Canada ont connu, durant les années 1920-1930, une immigration croissante et massive, une urbanisation rapide et un climat d'incertitude lié à la Grande Dépression » (Lefebvre et Larose, 2011, p. 52). Ces bouleversements ont généré de telles angoisses et inquiétudes dans la population que les savoirs théoriques et pratiques des services hospitaliers et médicaux de l'époque n'ont pas suffi à répondre aux besoins de nature socio-psychologique des individus. Un changement dans les pratiques d'intervention s'imposait, surtout auprès des personnes démunies qui ne correspondaient pas à la clientèle type et qui recevaient très peu de service du milieu psychiatrique (visant une clientèle de la classe privilégiée). Le projet « *Travelers Aid Society* », qui existait déjà depuis les années 1851, est un bon exemple d'organisme historique qui a reconnu le besoin d'une aide rapide et pertinente face à détresse des individus.

Suivant cette période, plusieurs chercheurs ont contribué aux concepts de l'intervention en situation de crise comme nous la connaissons aujourd'hui. Le texte de Du Ranquet (1991) mentionne l'étude d'Erich Lindeman, publiée en 1944, qui « met en évidence le fait qu'un évènement provoquant un état de stress important amène une incapacité d'agir » (Du Ranquet, 1991, p. 101). Lindeman introduit aussi les étapes du deuil qu'il nomme « le travail du deuil ».

Durant les années 1950, nous constatons une certaine hostilité face à l'emprise que détenaient la psychiatrie et la psychanalyse et ses façons d'intervenir en situation de crise. On relate que même au sein des services communautaires, financés par le gouvernement américain, « les professionnels avaient tendance à sélectionner les patients les plus aptes à répondre à leurs approches thérapeutiques, au détriment des plus démunis et des plus nécessiteux » (Lefebvre et Larose, 201, p. 53). Malgré cette emprise de la psychiatrie, ces mêmes années marquent un perfectionnement important en ce qui a trait à la théorie de l'intervention de crise.

En 1954, Gerald Caplan publie son étude sur les conséquences du choc subi par les enfants juifs immigrés en Israël après la Seconde Guerre et qui ont été placés en internat. Dans cette étude, « Il affirme l'existence, à l'intérieur même de la crise, d'un potentiel de réorganisation » (Du Ranquet, 1991, p.101). Ce qui fait dire à Du Ranquet que :

L'approche psychiatrique préventive de Caplan, en misant sur une intervention précoce afin de promouvoir la croissance et de diminuer les chances de détérioration psychologique permettait de détecter et de prévenir les crises (1991, p.102).

D'ailleurs, à cette époque on a pu assister à une vague de formation pendant laquelle un éventail de professionnels de la santé a été formée afin de mieux aider les enfants et les adultes éprouvant une période de désorganisation.

Dans les années 1960, un mouvement pour la prévention du suicide croît rapidement. L'intervention se base principalement sur la théorie de crise de Caplan. Aux États-Unis, on assiste à l'émergence des centres de prévention du suicide tels le « *Los Angeles Suicide Prevention and Crisis Services* » ainsi qu'au développement de lignes téléphoniques d'écoute. Ces programmes de « *counselling* » téléphonique sont mis en place dans la foulée de la mentalité militante et sociale des années 1960. Ces programmes comptaient majoritairement sur le support des bénévoles non professionnels et para professionnels » (Slaikou, 1990, p. 7). Bien que leur raison d'être était la prévention du suicide, « la plupart des ces organisme se sont penchés sur l'utilisation d'une approche d'intervention qui avait pour but d'offrir une assistance plus large pour répondre à plusieurs types de crise. (Slaikou, 1990, p.7), et ce en utilisant le concept d'immédiateté et de disponibilité constantes.

Durant cette période plusieurs des chercheurs qui se sont penchés sur l'intervention en situation de crise ont contribué de façon notoire à la théorie de l'intervention de crise. Nous pouvons souligner l'apport d'Howard Parad (1965) « qui a publié le premier volume d'envergure sur l'intervention de crise » (Carey-Bélanger et Côté, 1982, p. 245), en regroupant les textes les plus importants en ce domaine. Subséquemment avec l'assistance de Lydia Rapoport (1971), il a présenté la méthodologie d'intervention qui requérait la recherche du facteur déclenchant la crise, l'identification du fonctionnement antérieur de la personne, la prise en charge partielle ou complète de cette personne (par le professionnel et le réseau naturel), l'accompagnement de l'individu dans l'acceptation des sentiments de perte éprouvée, la stimulation des forces révélées au cours de la crise, la reprise en charge graduelle de soi-même par le client puis le renforcement de son orientation vers un niveau de fonctionnement possiblement plus élevé (Carey-Bélanger et Côté). De leur côté Donald G. Langsley et David M. Kaplan (1968) ont largement contribué à l'intervention auprès des familles en crise. Notamment, ils ont observé que l'intervention familiale en temps de crise était préférable à l'hospitalisation et apportait des résultats supérieurs que l'intervention traditionnelle (Carey-Bélanger et Côté).

Selon Carey-Bélanger et Côté, du point de vue du service social, Naomi Golan (1978) offre une approche de l'intervention de crise qui se rapproche le plus de la pratique de cette discipline :

Elle est orientée vers la résolution des problèmes présentés et vers le développement des capacités et des compétences et de l'estime de soi, par le moyen de l'accès aux ressources sociales aussi bien que personnelles et par une utilisation souple et efficace de ces ressources (Carey-Bélanger et Côté, 1982, p. 248).

Dans les années 1970, un nouveau courant de pensée introduit l'utilisation systématique de tâches à l'intervention en situation de crise permettant ainsi d'accroître les habiletés de résolution de problèmes des clients. Ainsi, William Reid et Laura Epstein (1972) ont vérifié les effets bénéfiques d'une approche centrée sur les tâches (*Task-centered Practice*) où l'intervenant possédait un contrôle marqué sur la situation, les attentes face aux comportements du client étaient clairement formulées et des manifestations d'encouragement à l'endroit du client étaient manifestes lorsque de nouvelles actions étaient posées pour résoudre les difficultés présentées.

Il faut aussi mentionner qu'au milieu des années 1970, l'utilisation de l'approche systémique fait son introduction dans l'intervention sociale. Manifestement, l'influence de l'approche systémique se fait sentir aussi en intervention de crise. Dans ce domaine, on note entre autres la contribution des recherches de Paul Walzlawick, Richard Fisch, John Wealkland et Lynn Segal, du *Mental Research Institute* de Palo Alto qui auront de grandes influences (de 1974 à 1981) sur l'intervention. Le postulat consiste à introduire, de façon non menaçante, de nouveaux types de comportements à un système qui contribue à maintenir la difficulté éprouvée par le client, ce qui brisera le cycle vicieux en bloquant la boucle de rétroaction maintenant le problème et en orientant l'énergie du système vers un objectif plus approprié (Carey-Bélanger et Côté, 1982, p. 247). La théorie des systèmes a influencé l'intervention en situation de crise. Elle permet aux intervenants de mieux comprendre la crise en observant la situation de la personne en crise dans son contexte, soit

dans ses interactions avec tous les sous-systèmes avec lesquels elle est en interaction (famille, école, amis, travail, communauté, environnement, etc.).

Dans l'évolution historique de l'intervention de crise, il importe de mentionner l'apport des théories centrées sur le potentiel humain. Notamment la Gestalt, l'analyse transactionnelle, la bio-énergie, etc. (Carey-Bélanger, 1982, p. 248). Dans ces approches on reconnaît que chaque personne a sa propre originalité et qu'elle est libre et responsable d'exploiter sa vie dans l'acquis de son hérité. En intervention de crise, la Gestalt favorise davantage le libre-arbitre et la capacité de responsabilité dans le développement et le changement de la personne dans l'esprit que chacun a le droit de se développer selon ses propres voies.

La théorie de l'intervention en situation de crise est essentiellement éclectique, et ce n'est qu'autour des années 1970 que le terme « intervention en situation de crise » apparaît dans les lexiques psychiatriques. L'intervention thérapeutique comme mode d'approche à une situation de crise existe depuis quelques décennies. Comme nous pouvons le constater, elle s'appuie sur un large éventail de théories du comportement humain qui ont été développées tour à tour par Freud, Hartmann, Rado, Erikson, Lindemann, Caplan et nombreux autres chercheurs (Aguilera, 1974). Selon Slaikeu (1990), et basé sur les travaux de Rudolf H. Moos (1976), il établit quatre influences théoriques d'importance à l'intervention de crise. Premièrement, la théorie de Charles Darwin sur l'évolution des animaux à leur environnement. Pour les humains, la vie en communauté a été développée comme un mécanisme d'adaptation afin de subsister dans leur environnement (Slaikeu, 1990). La deuxième influence provient de la psychologie qui explique le besoin d'accomplissement et de croissance de l'humain. Il s'agit d'une théorie importante pour expliquer la crise. En effet, la crise survient entre autres lorsque les but ou la quête de l'auto-détermination est bloqué ou non atteignable. Troisièmement, la théorie d'Erik Erikson sur les stades de développement psychosocial.

À chaque stade du développement psychosocial survient une crise qui doit se résoudre par l'atteinte d'un équilibre entre des forces qui s'opposent, faute de quoi le développement du Moi risque d'être compromis. Deux crises se produisent au cours des trois premières années de vie de l'enfant. Erikson donne au mot *crise* le sens de *tournant majeur*, et non de catastrophe. À chaque crise il y a 2 pôles qui mènent à la création d'une identité positive. Un pôle bénéfique et l'autre néfaste. La résolution plus ou moins positive de ces crises amènent donc à la création d'une identité plus ou moins positive selon la résolution des stades. Il ne faut cependant pas chercher à ne prendre que le positif. Dans le développement de l'identité c'est l'équilibre entre les deux pôles qui est important. La résolution d'un stade selon Erikson, nous permet d'affronter plus facilement la résolution du stade suivant (Wikipedia, 2014a, s.p.).

Finalement, la quatrième influence théorique provient de recherches empiriques sur la façon de gérer le stress. Thomas H. Holmes et Minoru Masuda ont d'ailleurs démontré la relation entre le stress associé avec les événements stressants, la santé physique et les maladies.

Depuis ses tous débuts, l'intervention de crise vise la prévention. Selon Blooms et Caplan, nous pouvons identifier trois niveaux de prévention, primaire (réduction des incidences), secondaire (minimiser les effets négatifs d'une incidence) et tertiaire (réparation des dommages d'une incidence produite dans le passé). Slaikeu (1990) explique qu'en intervention de crise, nous pratiquons plus souvent une prévention de deuxième niveau, l'objectif de l'intervention étant d'enrichir l'expérience de vie des individus vivant une situation critique ou difficile.

Pour être efficace l'intervention de crise se base sur trois principes fondamentaux. Voyons maintenant les principes de bases de l'intervention en situation de crise selon le modèle classique.

2.2.2 Bases de l'intervention en situation de crise selon le modèle classique

Comme il s'agit d'intervenir auprès de personnes en détresse ou en grande souffrance, l'intervention en situation de crise doit d'abord et avant tout répondre rapidement et efficacement aux besoins et à la souffrance de ces personnes afin de les aider à neutraliser la crise et réduire la tension qu'elle cause. Quels que soient les types de crises, les interventions auprès de personnes en crise doivent être *immédiates, brèves* et *directives* (Séguin, et collab., 2006).

L'intervention en contexte de crise s'exécute de façon générale *immédiatement* après la crise, et parfois même, au moment où elle se produit. Lorsque l'intervention se fait au moment de, ou immédiatement après la crise, l'aide offerte est généralement acceptée, car la personne ne peut soutenir une telle souffrance, elle est donc prête à tout pour que ça arrête. Cependant, dans le feu de l'action, il peut s'avérer difficile de recueillir des données précises et d'évaluer la situation de manière exhaustive (Séguin, et collab., 2006).

L'intervention en situation de crise se démarque également par sa *brièveté* dans le sens où elle vise à aider la personne en crise à retrouver rapidement un sentiment de contrôle sur sa situation et offrir l'espoir qu'elle est en mesure de résoudre sa situation. L'intervention de crise a souvent été comparée à la thérapie brève en raison de certaines caractéristiques communes comme, justement, la brièveté de l'intervention et la concentration sur les motifs de la consultation. Par contre, il est important de différencier les deux approches. La thérapie brève vise plutôt « l'élimination des symptômes par la compréhension de la dynamique de certains conflits » (Séguin, et collab., 2006, p.34).

De son côté, l'intervention en situation de crise ne prétend pas résoudre l'ensemble des problèmes de la personne en crise, mais bien d'atténuer la tension que la crise fait surgir chez elle. Cela dit, la brièveté de l'intervention en situation de crise n'exclut pas la poursuite d'un suivi thérapeutique à plus long terme, si cela s'avère nécessaire, comme

c'est souvent le cas lorsque des personnes en crise ont des problèmes au niveau de la santé mentale.

Enfin, la *directivité* distingue l'intervention en situation de crise d'autres approches qui prônent la neutralité de l'intervenant. Le potentiel de dangerosité et le risque de passage à l'acte exigent une certaine directivité de la part de l'intervenant.

Par contre, cette directivité peut comporter un certain risque. Comme l'indiquent Séguin et LeBlanc (2006), certains intervenants dirigent trop rapidement l'intervention vers l'explication rationnelle ou la suggestion de solution cognitive, souvent parce ce que pour certains intervenants témoigner de tant de souffrance peut devenir intolérable. Dans ces cas, la personne en crise peut ne pas se sentir accueillie ou comprise et ainsi le processus d'intervention se voit compromis.

2.2.3 Étapes et stratégies

Selon Séguin et collab. (2006), dans une courte période de temps, l'intervenant en situation de crise doit agir à trois niveaux simultanément : créer un lien de confiance avec la personne en crise, recueillir les données nécessaires pour pouvoir faire une évaluation adéquate de la crise, et maintenir l'engagement de la personne en crise dans la démarche thérapeutique. Pour aider les intervenants dans le déroulement de la première rencontre avec une personne en crise, ces auteurs proposent un modèle d'entrevue divisé en sept étapes, présenté ici brièvement en raison de son caractère exhaustif. Précisons toutefois que si les étapes sont présentées séparément dans ce qui suit, toutes ces étapes sont menées simultanément pendant l'entretien.

1. Créer un lien de confiance et susciter l'engagement.

Le lien à créer avec une personne en situation de crise ne va pas de soi. En général, la personne en crise ne connaît pas l'intervenant et peut être habitée par l'idée que personne ne peut la comprendre. De son côté, l'intervenant peut être déstabilisé par la souffrance de

l'autre. L'intervenant doit aussi prendre soin de son propre état émotionnel, car la souffrance de l'autre peut faire resurgir des émotions de sa propre histoire. Pour favoriser la création d'un lien thérapeutique, l'intervenant doit avant tout se présenter comme un témoin de la souffrance de la personne en crise, pour que celle-ci se sente moins seule. Si l'événement déclencheur paraît anodin à l'intervenant, celui-ci doit se montrer sans jugement et attentif à la souffrance vécue par la personne en crise.

Selon S.C. Shea, cinq éléments favorisent la création d'un lien de confiance : la transmission efficace d'un sentiment d'empathie, l'aptitude à mettre en place un climat propice à la sécurité, la faculté de paraître authentique et naturel, la capacité d'afficher une compétence rassurante et l'évaluation de l'alliance (cité dans Séguin et collab., 2006).

2. Évaluer la sévérité des symptômes et la dangerosité.

Tout en maintenant le lien de confiance, l'intervenant doit recueillir les données nécessaires pour évaluer la sévérité et la dangerosité de la situation. La dangerosité concerne la létalité du scénario. Ici il importe de comprendre si la vie d'une personne est en danger ou s'il y a un risque de blessure pouvant compromettre la santé ou la sécurité de soi ou d'autrui. L'intervenant doit donc poser des questions directes à la personne sur ses intentions et le moyen choisi lors du passage à l'acte. Il doit pouvoir répondre aux questions suivantes : Quel est l'événement déclencheur ? Quelles sont les réactions affectives, cognitives et comportementales de la personne en crise ? A-t-elle des pensées suicidaires ou homicidaires ? Est-elle en danger ou représente-t-elle un danger pour autrui ? Souffre-t-elle de symptômes psychiatriques ? Les réponses à ces questions orienteront l'intervenant vers une intervention appropriée. L'évaluation de l'urgence permet d'évaluer l'imminence du passage à l'acte, le cas échéant, et de déterminer les priorités d'action.

3. Comprendre la situation de crise.

L'intervenant doit d'abord s'appuyer sur la perception que la personne en crise a de sa situation. Cela renseigne l'intervenant sur l'interprétation que la personne fait de l'événement (s'agit-il d'une perte, d'une menace ou d'un défi), sur ses réactions (s'agit-il

de réactions d'anxiété, de dépression ou d'espoir), et sur son sentiment d'impuissance. Ensuite, l'intervenant doit se renseigner sur les stratégies utilisées par la personne pour se sortir de la crise. Selon Lazarus (Séguin et collab., 2006), lorsqu'une personne souhaite modifier les circonstances entourant l'événement stressant, elle tentera d'utiliser des stratégies centrées sur les problèmes et l'action. Si la personne souhaite plutôt réduire la détresse, elle utilisera des stratégies émotionnelles ou d'évitement.

4. Favoriser l'expression des émotions.

C'est une étape que l'intervenant doit exercer dès le début de l'entretien. Les réactions émotionnelles des personnes en crise sont variées et l'expression des émotions peut être parfois difficile. L'intervenant doit donc être attentif aux messages verbaux et non verbaux de la personne pour mieux comprendre ses réactions. Il est important d'encourager la personne en crise à exprimer ses émotions afin que cela l'aide à clarifier les événements qui lui sont arrivés et diminuer son sentiment de solitude. Pour que les clients se sentent compris, les intervenants doivent être en mesure de cerner correctement au moins une ou deux des émotions intenses vécues par la personne. En outre, le niveau de stress ne diminue de façon significative que si l'intervenant saisit adéquatement les besoins de la personne en crise (Kirk, Stanley et Brown, 1988, dans Séguin et collab., 2006). Cette étape permet à la personne d'être plus disposée à réfléchir sur sa situation et les stratégies d'adaptation qui l'aideront à traverser la crise.

5. Briser l'isolement.

Il s'agit à cette étape d'explorer le soutien que l'entourage de la personne peut lui offrir. Des études ont montré qu'en l'absence de soutien social, la personne est davantage prise avec des sentiments d'impuissance. Des membres de la famille, des amis ou des collègues de travail peuvent être source de soutien. Cependant, certaines personnes de l'entourage peuvent se sentir épuisées par la situation ou manquer de ressources elles-mêmes. Alors, l'intervenant déterminera avec la personne en crise les personnes les plus aptes à lui venir en aide.

6. Formuler la crise et le plan d'action.

À cette étape, l'intervenant partage sa compréhension de la situation avec la personne en crise. Il propose des hypothèses permettant de faire des liens entre la nature des événements, l'intensité des réactions de la personne et l'issue possible de la crise. Ces hypothèses doivent prendre en considération la dimension affective de la situation de crise. Il doit également présenter le processus de crise à la personne et la situer dans ce processus. Ensuite, l'intervenant doit planifier l'intervention. Même si cela nécessite une certaine directivité, cela ne signifie pas qu'une collaboration avec la personne en crise est impossible. En effet, la participation de la personne dans le plan d'intervention lui fait entrevoir les moyens qu'elle peut elle-même mettre en place et ainsi nourrir l'espoir qu'elle peut s'en sortir. Pour mettre en place le plan d'action, il importe donc de discuter les limites de l'intervention, de négocier les objectifs réalistes à atteindre, de se concentrer sur le présent, de viser des résultats appropriés, de combiner différentes stratégies d'adaptation, d'adopter un style de communication directe, d'être prêt à faire face à la résistance des personnes en crise, et de planifier la fin de la thérapie et du suivi post- crise (Séguin, et collab., 2006).

7. Effectuer le suivi après la crise.

Cette étape permet à l'intervenant de vérifier si la personne a retrouvé son niveau de fonctionnement d'avant la crise. Cela lui permet aussi de voir les éléments du plan d'action qui ont réellement été appliqués et leur efficacité. Cela renseigne l'intervenant sur la qualité de sa pratique.

Les bases et les étapes de l'intervention en situation de crise identifiées, il faut maintenant les mettre en contexte d'intervention. Comme l'intervention se fait immédiatement après la crise et même parfois au moment de la crise, elle peut se faire en toutes sortes de lieux et à l'aide de divers moyens et ou modalités : en face-à-face, au téléphone, en centre de crise, à l'urgence d'un hôpital, dans les cliniques de santé mentale, à l'endroit où la personne menace de se suicider, sur les lieux d'un sinistre, etc. Comme le sujet de ce présent essai consiste plus particulièrement sur l'intervention en situation de

crise en contexte d'hébergement, je me suis penché sur cette stratégie comme modalité d'intervention

2.3 Intervention de crise en contexte d'hébergement

Afin de contextualiser l'intervention de crise en milieu d'hébergement, il importe de remonter dans l'histoire et d'établir comment s'est effectué le passage entre les services offerts en milieu hospitalier et dans la communauté. La compréhension de ce cheminement est importante parce que le caractère actuel, communautaire et alternatif, de la plupart des Centres de crise du Québec est teinté de cet historique.

Pour bien situer la naissance des centres de crise dans les années 1980, il faut retourner au début des années 1970, au moment de la désinstitutionnalisation hospitalière et de l'instauration du régime de l'assurance-maladie du Québec. Ces deux événements ont entraîné « des modifications aux comportements et aux habitudes de consommation de santé des Québécois, modifications qui ont eu un impact sur les services hospitaliers en général et les services d'urgence hospitalière en particulier » (Lefebvre et Larose dans Larose et Fondaire, 2011, p. 55).

Avant de poursuivre, il est important de définir brièvement l'objectif de la désinstitutionnalisation afin de bien camper nos propos. Les auteurs utilisent la définition de Brown de 1975. Brown la définit comme étant :

la prévention des hospitalisations non pertinentes, en assurant la disponibilité des ressources communautaires, du traitement et du retour dans la communauté de tous les patients vivant en institution, qui auront reçu une préparation adéquate préalable pour vivre un tel changement, accompagné de la mise sur pied et le maintien d'un système de soutien communautaire à l'intention des personnes recevant des services de santé mentale dans la communauté (Lefebvre et Larose dans Larose et Fondaire, 2011, p. 59).

Nous constatons qu'il s'agit d'un concept ingénieux mais contrastant toutefois avec ce qui s'est passé en réalité. En effet, dans les années 1970, avec la venue du régime de l'assurance-maladie et les services d'urgence offrant une accessibilité continue, la population fini par considérer ces services comme des services de première ligne.

De plus, la désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques a poussé une nouvelle clientèle vers les urgences des centres hospitaliers. En effet, la plupart des patients provenant des asiles psychiatriques, ainsi retournés dans la communauté à la suite de la désinstitutionnalisation, n'étaient pas préparés à la dure réalité qui les attendait. Démunis, étiquetés et stigmatisés, souvent au bord de la misère sociale, ces personnes se retournaient vers la seule option disponible, les urgences hospitalières avec services psychiatrique (le modèle médical psychiatrique ayant été transposé). Nous assistions donc à une surcharge des demandes quotidiennes en psychiatrie au sein des ces institutions hospitalières et surgit du fait même le « syndrome de la porte tournante » (Lefebvre et Larose dans Larose et Fondaire, 2011, p.56).

En 1971, le *Rapport Castonguay-Nepveu* et la *Loi 65* intègre la maladie mentale dans une vision d'une médecine globale. Cette dissimulation de la maladie mentale dans un concept médical et biopsychosociale ajoute à la demande, tout particulièrement parce qu'un bon nombre des personnes désinstitutionnalisées sont alors sur-médicamentées. On assiste à un autre phénomène, celui des urgences psychiatriques qui accueillent de plus en plus de personnes qui ne requièrent pas de traitement psychiatrique mais qui nécessitent un appui afin de leur permettre de demeurer dans leur milieu naturel » (Lefebvre et Larose dans Larose et Fondaire, 2011, p. 56). Il n'y alors que trop peu ou pas de services qui répondent aux besoins des personnes suicidaires ou qui ne sont pas suffisamment malades pour se faire hospitaliser.

Lecompte (1991), ainsi que Bozzini (1979), Spitzer et Sicotte (1986) et Blais, et collab. (1986), indiquent qu'en 1974 des commissions administratives sur le développement de services psychiatriques de courte et de longue durée ont eu lieu. On note

aussi l'adoption d'une politique de désengagement des urgences et de la réduction des hospitalisations. Malgré tous ces travaux, le développement des ressources alternatives se fait attendre quoiqu'il y ait un besoin de plus en plus urgent. Une autre ombre au tableau, la situation financière précaire de l'époque oblige la fermeture de plusieurs lits dans les établissements hospitaliers. Il est aussi noté que, subséquemment, les contraintes budgétaires diminuent considérablement malgré une certaine volonté politique d'assurer la continuité et la complémentarité des services (Lefebvre et Larose dans Larose et Fondaire, 2011, p. 57).

Ce n'est qu'en 1979 que les politiciens et la communauté psychiatrique contemplent sérieusement l'idée de la mise sur pied de ressources alternatives comme élément du réseau des services de santé, dans un continuum et dans un processus de complémentarité (Lefebvre et Larose dans Larose et Fondaire, 2011, p. 58). En 1980, la crise psychosociale sera reconnue comme un facteur aggravant l'engorgement des urgences psychiatriques, une autre pierre angulaire dans la formation des centres de crise.

L'hypothèse selon laquelle une approche du traitement et des soins fondée sur la désinstitutionnalisation et sur l'administration d'un traitement et de soins communautaires donnerait de meilleurs résultats du point de vue : 1) de la symptomatologie générale, 2) de l'ajustement psychosocial, 3) des taux d'admission et de réadmission dans les établissements psychiatriques, 4) de la durée des séjours hospitaliers, 5) de l'emploi et 6) de la réduction de la charge pour la famille se concrétisait (Okin, 1995, cité dans Larose et Fondaire, p. 58).

Durant les années 1980, on se rend compte que les ressources communautaires sont insuffisantes pour répondre aux besoins de la population. Par contre, on se heurte à une réalité brutale, l'opinion du peuple : « le patient doit changer s'il veut avoir sa place dans la communauté, les médicaments ne peuvent rien contre le retrait social » (Gruenberg, 1984, cité dans Larose et Fondaire, p. 59). Ainsi, selon Lefebvre et Larose, « *Les patients de première et maintenant deuxième génération qui sortaient des hôpitaux socialisés à la dépendance chronique, à la passivité et à la soumission médicale ou physique* » (Lefebvre et Larose dans Larose et Fondaire 2011, p. 60) étaient, une fois de plus, laissés pour compte. Il n'en reste pas moins que les usagers continuaient de réclamer des ressources

alternatives pour compenser pour un système médical inadéquat et impuissant face aux besoins d'une personne en crise. C'est à cette époque que les ressources et organismes communautaires s'allient et que naît l'idée d'offrir des lieux pour effectuer de l'intervention de crise.

Ces lieux serviraient à accueillir « des gens vivant des crises psychosociales majeures qui ne nécessitent pas une hospitalisation, mais dont la détresse est suffisamment importante pour qu'ils soient retirés temporairement de leur milieu de vie pour un encadrement plus intensif » (Lefebvre et Larose dans Larose et Fondaire, 2011, p. 61). Malgré un budget gouvernemental à croissance zéro, l'implantation des ressources débute véritablement en 1985 (Rochette, 1986, cité dans Larose et Fondaire, p. 62). C'est aussi à ce moment que l'on reconnaît qu'une personne aux prises avec des problèmes de santé mentale peut aussi vivre une crise psychosociale.

La création officielle des centres de crise au Québec s'effectue en 1986. Pour formuler une solution de rechange, on se base sur la réforme en santé mentale qui a eu lieu aux États-Unis. Nos voisins du sud ont mis sur pied le concept de « *Community Support System* ». Celui-ci offre tout une gamme de services. Entre autres des résidences de crise hébergent entre six et quinze clients, fournissant des traitements à court terme, une structure et de la supervision à des gens en crise psychiatrique aiguë, dans un environnement chaleureux et non institutionnels (Lefebvre et Larose dans Larose et Fondaire, 2011, p.65). Basé sur ce concept et après des négociations budgétaires difficiles avec le gouvernement du Québec qui penchait toujours en faveur d'un modèle institutionnel, un projet pilote est mis de l'avant et on assiste à la mise sur pied des premiers centres de crise en 1986. « Ce projet reposait sur deux postulats : 1) l'intervention de crise est ponctuelle, momentanée et elle s'articule sur un dispositif plus permanent de services; 2) la crise est d'ordre psychosociale plutôt que médical et ne requiert pas une intervention en milieu hospitalier (Lefebvre et Larose dans Larose et Fondaire, 2011, p. 66). Il devait servir une clientèle adulte, aux prises avec une problématique en santé mentale et une crise situationnelle importante, sans toutefois qu'une hospitalisation ne soit nécessaire.

Au début de l'implantation des centres de crise, on assiste tout d'abord à une opposition entre les établissements du réseau public qui tentent de garder une emprise sur la vocation des centres de crise pour leur donner une nature plus institutionnelle et les militants communautaires qui défendent l'importance de développer une ressource alternative visant à redonner à la personne sa dignité et le pouvoir d'agir. De plus, un autre obstacle se dresse. Comme l'objectif de la désinstitutionnalisation visait le désengorgement, les hôpitaux cherchaient davantage à vider leurs lits qu'à laisser les centres de crise effectuer des activités de prévention pour éviter une hospitalisation. Lefebvre et Larose résument bien la situation « le développement des centres de crise se fait donc dans une polémique où chacun tente de définir son territoire et sa marge de manœuvre » (Lefebvre et Larose dans Larose et Fondaire, 2011, p. 70). Les centres de crise devaient aussi prouver leur crédibilité et obtenir une reconnaissance professionnelle.

En 1989, la commission Rochon, le Rapport Harnois et la politique en matière de santé mentale de la ministre Lavoie-Roux soulignent l'apport des organismes communautaires offrant un service alternatif. Malgré tout, les années 1990 sont marquées par la précarité sociale, les auteurs parlent de désinstitutionnalisation sociale. Pour les centres de crise, la notion de prévention prend tout son sens. Comme les allocations budgétaires ne sont pas au rendez-vous, les organismes font preuve de créativité et d'originalité pour répondre à une demande grandissante. Comme les centres font maintenant face à différentes sortes de problématique (santé mentale, misère sociale, hébergement, toxicomanie, etc.) un processus d'admission doit être mis en place et la définition de crise est repensée afin de faire face aux besoins d'une clientèle de plus diversifiée. Cossette (2003) souligne que le milieu interpelle de plus en plus les centres de crise, car ils sont perçus comme étant la réponse à des situations que la communauté n'est pas en mesure de prendre en charge et que l'institutionnel rejette » Lefebvre et Larose dans Larose et Fondaire, 2001, p. 73).

En 1995, le Plan régional de l'organisation des services (PROS) précise que « la politique de santé mentale, les services d'intervention de crise font partie des services de base, alors que l'urgence psychiatrique est un service spécialisé qui s'adresse à des personnes vivant un problème de santé mentale complexe et sévère » (PROS, cité dans Larose et Fondaire, 2011, p. 75).

Cette précision aidera le développement hétéroclite des services de crise dont les allégeances se diversifiaient ainsi que l'imprécision de leurs rôles.

À la fin des années 1990, on parle beaucoup de collaboration bien qu'il est encore difficile pour les centres de crise de faire reconnaître clairement leur rôle et leur mandat. Le partenariat reste laborieux mais les centres doivent quand même agir en complémentarité avec les ressources du milieu. Dans un effort de solidarité et afin de pouvoir arrimer les services des centres de crise et des centres hospitaliers, des projets sont mis sur pied comme par exemple le projet pilote « liaison communautaire ? Unité des soins intensifs ». Il s'agit d'une solution « transorganisationnelle » où le client reçoit de l'hôpital son suivi médical et du milieu son suivi psychosocial. (Lefebvre et Larose dans Larose et Fondaire, 2011, p. 78)

Les années 2000 apportent d'autres défis de taille. L'évolution des centres de crise est erratique et depuis les dernières années on voit l'apparition de plusieurs organismes à vocation d'intervention de crise. Tous ces organismes se font compétition pour les mêmes subventions gouvernementales et, il devient difficile pour les clients de s'y retrouver. L'intervention de crise se professionnalise, mais il devient difficile de garder l'expertise au sein des organismes communautaires car les conditions de travail sont plus avantageuses dans les services publics. Devant cette nouvelle réalité et en parallèle avec le nouveau « Plan d'action en santé mentale 2005-2010 » du gouvernement, on ressent la nécessité de former un Regroupement des services communautaire d'intervention de crise du Québec (RESCICQ) pour contribuer au développement de liens entre les organismes de suivi (communautaires et institutionnels), ou pour créer des alliances entre les centres de

prévention du suicide par exemple. Ce travail se fait dans un esprit de continuum et d'intégration des services.

Aujourd'hui, 18 centres offrent des services de crise et ils sont présents dans la plupart des régions du Québec. Ils font partie de l'offre de services du ministère de la Santé et des services sociaux en vertu du plan d'action en santé mentale 2005-2010, certains regroupent tous les services et d'autres, en partie. Tous les centres sont disponibles 24/7 par le biais d'une réponse téléphonique immédiate et offrent l'hébergement de crise court terme. D'autres centres ajoutent à ces services le suivi de crise et post-crise dans la communauté.

L'hébergement de crise est une stratégie d'intervention importante en situation de crise, pour différentes raisons, plusieurs auront besoin de la proximité de soutien afin de résoudre une période de vie difficile. Le prochain chapitre présentera l'hébergement de crise et particulièrement mon expérience de stage spécialisé au Centre de crise de Québec.

CHAPITRE III

HÉBERGEMENT DE CRISE : EXEMPLE DU CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC

Une situation de crise risque de perdurer ou de se reproduire si la personne ne parvient pas à aller chercher de l'aide dans de son réseau immédiat ou son réseau social, soit parce qu'elle-même en est incapable, soit parce que celui-ci fait défaut. En effet, il arrive que ce soit le réseau lui-même qui ne puisse pas répondre à la demande pour toutes sortes de raisons mais surtout parce que la personne en crise en aura épuisé les ressources. L'affaiblissement du réseau social contribue à précipiter la personne dans un état de crise et à réduire à la longue le nombre de personnes capables afin de l'aider à s'en sortir (Poirier, 2003). Dans ces cas, l'hébergement de crise devient alors une avenue rassurante et sécurisante à un moment où une personne n'a nulle part où aller pour trouver réponse à sa demande d'aide.

Dans ce chapitre, je traiterai tout particulièrement de l'hébergement comme stratégie de soutien aux personnes qui vivent une situation de crise. Je me concentrerai sur l'exemple du Centre de crise de Québec (CCQ), et plus précisément sur les services d'hébergement de la Résidence thérapeutique de l'est (RTE). Je me pencherai sur la clientèle accueillie en fonction des types de crise et de la typologie des crises qui sont utilisés par le CCQ. Par la suite, et à la demande du CCQ, j'aborderai la notion de la durée des séjours. J'aimerais mentionner qu'il ne s'agit que d'une première exploration concernant la durée des séjours considérant que la durée de mon stage ne me permettait d'effectuer une recherche approfondie sur le sujet. Je pourrai toutefois suggérer des pistes pour des études subséquentes et plus détaillées à ce propos.

Finalement, ce chapitre est aussi le reflet de l'ensemble des connaissances acquises et de mes apprentissages durant mon stage spécialisé. Il s'agit en quelque sorte d'un important processus d'intégration.

3.1 Hébergement comme stratégie de soutien

L'hébergement de crise revêt plusieurs formes selon l'organisme qui offre ce type de services. Il peut s'agir d'hébergement temporaire, d'hébergement provisoire, d'hébergement d'urgence, de résidence d'hébergement, de Halte-crise, d'hébergement de courte durée, d'hébergement de crise et de transition, d'hébergement sécuritaire, etc. Le terme varie selon la mission et les raisons d'être des divers organismes. Que l'organisme ait pour mission la prévention du suicide, le soutien aux femmes aux prises avec de la violence, ou afin de répondre aux besoins de personnes vivant d'autres situations et types de crise, leur objectif principal est d'offrir un endroit sécuritaire, tout en offrant un accompagnement professionnel afin que ces personnes soient reçues dans le respect, l'écoute et la confidentialité. Par ailleurs, la plupart de ces organismes prônent des valeurs telles l'autodétermination, la capacité de mobilisation, de penser et de dire des individus.

En situation de crise, au seuil de l'isolement et de l'insupportable, pour ces personnes en quête d'aide, l'intervention de crise offerte en hébergement peut être synonyme de réconfort et de libération. Afin de retrouver un meilleur niveau de fonctionnement, un séjour permet aux personnes de :

- prendre un recul par rapport à la situation vécue;
- rétablir les besoins de base (sommeil, alimentation, etc.);
- se dégager des contenus émotifs troublants et envahissants;
- diminuer l'anxiété et les pensées suicidaires;
- mobiliser les forces et les mécanismes d'adaptation;
- trouver d'autres alternatives aux agissements qui menacent leur intégrité ou celle d'autrui;
- travailler sur le sens de la crise actuelle;

- voir à la réorganisation sociale².

3.1.1 Cheminement de la demande

Au CCQ, la porte d'entrée à tous les services, exception faite de l'hébergement temporaire et des lits réservés aux personnes référées par l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et ce en vertu d'une entente entre les deux organisations, est l'intervention de crise téléphonique que nous appelons couramment « intervention de crise ou IC ». Selon l'évaluation de la situation effectuée par l'intervenant de l'IC durant l'appel, une entrevue téléphonique, une rencontre en face à face, un déplacement de l'équipe mobile ou un hébergement peut être proposé. Le CCQ rapporte que « dans la très grande majorité des cas, l'intervention téléphonique contribue à diminuer suffisamment l'intensité de la crise et répond au besoin exprimé ou bien sert à réorienter vers les ressources personnelles ou spécialisées déjà impliquées auprès de la personne » (CCQ, 2012d, p. 21). On tente le plus souvent d'orienter la personne vers son milieu naturel ou, lorsque nécessaire et possible vers le service qui est le plus indiqué. L'intervention téléphonique comprend donc: l'accueil, l'évaluation de l'état de crise et la référence au besoin vers la ressource appropriée, à l'équipe mobile ou à l'hébergement de crise, l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité, le désamorçage, le support, l'orientation et la référence.

Il est important de spécifier que pour chacune des interventions, une fiche clinique est remplie par l'intervenante ou l'intervenant. Cette fiche est automatiquement ajoutée au dossier de la personne qui appelle et certaines informations sont ajoutées dans la banque de données du système informatique du CCQ. « Plus précisément, la note clinique résume la demande de la personne, l'intervention effectuée ainsi que l'orientation choisie » (CCQ, 2012c, p. 20). Chaque personne qui utilise des services a ainsi une fiche à son nom et elles sont évidemment confidentielles. Seuls les membres du personnel ayant réellement besoin de consulter les fiches y ont accès et, comme les interventions cliniques y sont consignés,

² Tiré du site web du Centre de crise Le Soleil Levant, <http://www.rssoleillevant.org/centre-de-crise/services.php> (organisme similaire au CCQ)

ces fiches facilitent la concertation clinique entre les intervenantes et les intervenants concernés. Lorsque l'IC réfère une personne en hébergement, son nom est inscrit à la liste de réservation. L'équipe d'hébergement prend alors le relais afin de contacter la personne pour fixer les détails de son arrivée.

3.1.2 Référence en hébergement : fonctionnement au quotidien

Les intervenantes et les intervenants travaillant le jour ou le soir font généralement les accueils de nouveaux résidents. Toutefois, c'est seulement dans des circonstances exceptionnelles que l'équipe de nuit accueillera une personne en détresse. Mon expérience de stage spécialisé s'étant effectué de soir, j'aimerais traiter du fonctionnement quotidien au sein d'une résidence thérapeutique avec la routine de l'équipe d'intervenantes et d'intervenants de soir.

Leur quart de travail débute toujours avec une réunion de transition entre l'équipe de jour et l'équipe de soir. Cette réunion (nommée « topo » dans le jargon de l'organisation) a pour objectif d'échanger toutes les informations pertinentes sur les derniers développements de la situation des personnes hébergées, la présentation des nouveaux venus, le partage d'information sur les accueils planifiés au cours de la soirée et sur toutes les autres informations importantes au déroulement de la soirée tant au niveau administratif que clinique.

Il est de la responsabilité de l'équipe de soir de s'assurer de l'exécution du souper, il est d'ailleurs demandé aux résidentes et résidents de souper en groupe. L'équipe de soir doit aussi veiller à ce que les tâches communes soient accomplies par les résidentes et les résidents. Ces tâches servent à la fois à entretenir la résidence mais surtout à mobiliser les résidentes et résidents dans l'action. Il est à noter que toutes interactions informelles avec ces personnes peuvent servir à créer des liens de confiance permettant ainsi d'établir une meilleure relation et d'assurer des suivis significatifs pour un retour à l'équilibre.

En soirée, l'équipe effectue les accueils planifiés de nouvelles personnes, et si une place se libère, elle relance les personnes inscrites sur la liste d'attente afin de leur offrir un accueil immédiat ou pour la journée suivante. L'équipe effectue, au besoin, des interventions individuelles avec les résidentes et les résidents, effectue des bilans de départ lors de la fin de séjour d'un ou d'une résidente, participent à la vie en groupe en accompagnant dans les activités de soirée tels : jeux de sociétés, cuisine, musique et activités artistiques, etc. L'équipe assure une présence professionnelle et veille au bon fonctionnement de la résidence, accomplissant par exemple, des tâches de nature plus logistique telles celles de refaire les chambres suite à un départ et de veiller à la sécurité des résidentes et résidents. En fin de soirée, un climat de relaxation est encouragé afin de favoriser une bonne routine de nuit et de sommeil. Le quart de soir se termine avec le « topo » avec l'équipe de nuit.

À son tour, l'équipe de nuit s'assure de la sécurité des résidentes et résidents en effectuant des rondes régulières. Elle intervient lorsque nécessaire auprès des résidentes et résidents tout en mettant une emphase sur une bonne hygiène de sommeil. On prend donc les mesures pour diminuer l'angoisse, l'anxiété et l'insomnie que les résidentes et résidents peuvent vivre et on encourage le respect des heures de silence pour promouvoir le retour à une routine de nuit régulière.

L'équipe de jour, tout comme l'équipe du soir, effectue des accueils, des rencontres quotidiennes et spontanées. Elle est en mesure d'accompagner les résidentes et les résidents dans leurs démarches auprès d'organismes n'offrant des services que dans la journée. Afin de respecter l'objectif d'un retour à un rythme de vie équilibré, l'équipe s'assure du lever des résidentes et résident, à une heure convenable, et motive la prise d'un déjeuner et d'un dîner à des heures respectables. En plus, de ses fonctions en intervention, les équipes (de jour comme de soir) doivent faire preuve d'une grande flexibilité et effectuer leurs tâches liées au bon fonctionnement de la résidence dans un esprit de grande collaboration.

Ces tâches, de nature ménagère, consistent par exemple : à compléter une liste d'épicerie, à faire les courses, le lavage des lingettes et des serviettes de la cuisine, à ranger les serviettes

et les draps, etc. Les équipes peuvent, tout à tour, assumer des fonctions de ménagère, de plombier, de comptable, de cuisinière, de réceptionniste, etc. En plus d'être intervenants et intervenantes, ils et elles doivent démontrer un grand sens de coopération et d'appartenance à leur lieu de travail afin que se fasse paisiblement pour les résidentes et résidents et que les opérations soient invisibles pour les résidents.

En hébergement de crise, on demande aussi aux intervenantes et aux intervenants de posséder des connaissances en matière d'intervention et ce pour différents types de problématiques. Qu'il s'agisse d'une situation de crise suicidaire, lié ou non à un trouble de santé mental, d'une crise de nature psychosociale ou suite à un événement traumatique, l'intervenante ou l'intervenant doit être prêt à toute éventualité. Évidemment, il existe un système de garde clinique et un accès à la coordinatrice est disponible pour soutenir les intervenantes et les intervenants de la résidence et ce à toute heure de la journée. De plus, afin d'orienter ses interventions adéquatement, le CCQ a développé sa propre typologie des situations de crise et celle-ci est en lien avec ce que nous avons regardé dans la littérature et qui été vu au chapitre 2. Toutefois, afin de mieux cerner le fonctionnement du CCQ, il importe de bien saisir ce qu'est la typologie utilisée au quotidien par les intervenantes et les intervenants du CCQ.

3.2 Typologies de crise selon les catégories du Centre de Crise de Québec

L'éventail des problématiques vécues par la clientèle du CCQ est vaste et diversifié. Cet extrait du rapport annuel 2011-2012 du CCQ représente bien cette réalité :

qu'il s'agisse d'une dame en dépression majeure, d'un homme ayant des pulsions suicidaires importantes, d'un joueur compulsif qui risque de tout perdre, d'un jeune aux prises avec des symptômes psychotiques troublants, de parents dépassés par les comportements dérangeants de leur enfant, d'une toxicomane en chute libre ou de toute autre personne en souffrance (CCQ, 2012d, p. 7).

Toutes les personnes qui s'adressent au CCQ reçoivent un accueil visant à alléger leur détresse et à recevoir de l'aide individualisée pour les soutenir dans leur situation de crise. Il faut aussi comprendre que le travail d'intervention au sein du CCQ va bien au-delà du soulagement d'une problématique unique, mais qu'il s'effectue sur une multitude de problématiques de crise toutes aussi différentes les unes que les autres.

En 2011-2012, le CCQ a effectué 19 539 interventions (CCQ, 2012d, p. 41). Par souci d'efficacité et d'orientation de l'action, le CCQ répertorie la typologie en cinq types de crises. Les crises de nature psychosociale telles les crises liées à un état de *vulnérabilité*, *crise situationnelle/d'adaptation et maturation/transition* ainsi que les *crises relationnelles*, les crises liées à un trouble de santé mentale autrement dit, *associées à une pathologie* et, finalement, les *crises traumatiques*.

Il faut spécifier que pour chaque intervention, l'intervenante ou l'intervenant indique sur la fiche de l'utilisateur le type de crise afin de compiler l'information. Il ou elle doit aussi noter la présence ou l'absence de certains symptômes importants tels : les idées suicidaires ou homicidaires, les symptômes liés à un trouble de santé mentale (p. ex. les hallucinations) ou de sevrages, etc.

3.2.1 Crises de types psychosociales

On parle de crise psychosociale lorsqu'on peut relier la crise à une situation de vie imprévue jugée menaçante, qui déstabilise la personne jusqu'à mettre en péril ses conditions d'existence (par exemple : divorce, perte d'emploi, violence conjugale, deuil, problèmes financiers, etc.)³. Les crises psychosociales peuvent être de nature occasionnelle où la personne éprouve une difficulté d'adaptation ou provoquées par un épisode de maturation ou de transition. Elles peuvent aussi surgir lors de difficultés relationnelles ou dans un moment de grande vulnérabilité.

³ <http://www.santemontreal.qc.ca/aide-et-services/services-en-cas-durgence/centres-de-crise/>

3.2.1.1 Crise situationnelle/d'adaptation et maturation/transition

Les crises situationnelles ou d'adaptation découlent souvent d'une situation (ou d'un ensemble de situations) stressantes qui viennent bouleverser considérablement le rythme de la vie quotidienne. Ces situations sont chargées d'une vive sensibilité, elles sont souvent imprévisibles et extérieures à la personne. Elles émergent suite à des événements inhabituels ou extraordinaires que la personne n'a pu prévoir, ni contrôler apportant en même temps une charge émotive dépassant les mécanismes d'adaptation habituels de la personne. Cette crise témoigne de la difficulté d'adaptation de la personne à la situation émergente. Nous pouvons donner comme exemple la maladie, le décès d'un être cher, des problèmes financiers ou une perte d'emploi, etc. Selon le rapport annuel 2011-2012 du CCQ, les crises situationnelle/adaptation et maturation/transition représente 26,6 % de leurs interventions.

Le CCQ lie les crises de maturation et de transition « à des événements survenant dans le cours de la croissance et du développement humain où un changement important se produit et entraîne des réponses inhabituelles » (CCQ, 2012d, p. 45). Des situations telles : un départ à la retraite, une naissance ou même le départ des enfants de la maison familiale peuvent provoquer une anticipation si grande chez une personne, qu'une crise en résulte et elle est due à une difficulté d'adaptation, et ce malgré le caractère « normal » de ces événements transitionnels de la vie.

Les crises situationnelles/d'adaptation ou de transition surviennent suite à un changement majeur dans la vie d'une personne et elles sont le synonyme de perte pour la personne. Quelle que soit la perte, que la personne soit fragilisée ou non, il existe un risque que celle-ci vive une importante désorganisation dans sa vie puisqu'elle traverse une épreuve empreinte d'une grande souffrance qui génère habituellement un niveau d'anxiété et de tension très élevé et qui déclenche toute une série de réactions la précipitant en situation de crise. Le CCQ explique que cette personne « éprouve plusieurs symptômes typiques d'un état de choc tels que la fiébrilité, l'agitation et des troubles de sommeil. Ces

états de nervosité maximale et de forte émotivité finissent par épuiser la personne. Avec l'épuisement viennent souvent plusieurs affects dépressifs, dont le sentiment de ne plus avoir la force de continuer ou la colère » (CCQ, 2012d, p. 45). Souvent, à ce moment, pour plusieurs personnes, la charge émotive est telle qu'elles peuvent verbaliser le désir de mettre fin à leur jour, elle ne voit que le suicide pour endiguer la souffrance.

Comme la personne nous amène à parler du suicide, il est alors nécessaire de faire une parenthèse afin de discuter du mandat des intervenantes et intervenants concernant l'estimation de la dangerosité. Cet aspect a d'ailleurs été abordé au chapitre 2, lorsque nous avons présenté les étapes à l'intervention de crise. Le mandat se fonde dans la *Loi P-38* qui a pour but d'assurer la meilleure protection de la personne et d'autrui. Les centres de crises (appelés aussi services d'aide en situation de crise aux yeux de la loi) ont été mandatés afin d'effectuer l'estimation de la dangerosité en vertu de cette loi. Cette loi se base sur trois principes : l'inviolabilité de la personne (c'est-à-dire d'obtenir un consentement libre et éclairé), la dangerosité (qui réfère à l'état mental et au caractère dangereux de cette personne), et la protection accrue des droits et des recours de la personne mise sous garde (Marsolais, cité dans Larose et Fondaire, 2011, p. 286). L'évaluation de la dangerosité pourrait être, à elle seule, le sujet d'un essai. Toutefois, ce que nous voulons souligner ici, et quant à l'intervention en situation de crise, est que « le rôle de l'intervenant se limite à décider si la personne sera conduite au centre hospitalier contre son gré s'il estime qu'elle présente un danger grave et immédiat (en lien avec un état mental perturbé) et qu'elle refuse les interventions lui permettant de se protéger » (Marsolais, cité dans Larose et Fondaire, 2011, p. 293).

Il se peut que l'espace de temps qui sépare les idées suicidaire du passage à l'acte soit très court et ce à cause de la lourdeur des émotions vécues par l'individu en crise, d'où l'importance de l'immédiateté et de la brièveté de l'intervention de crise. Lorsque nous parlons de crises situationnelles/d'adaptation ou de transition, la confiance que l'individu porte en l'autre est certainement ébranlée et avec « ces épreuves vient souvent le sentiment d'avoir été trahi et en conséquence, il arrive qu'il s'installe une plus grande méfiance

envers les autres » (CCQ, 2012d, p. 45). D'autres réactions que nous pouvons voir, autres que les idéations suicidaires, sont que certains ont tendance à se replier sur eux-mêmes, d'autres vont poser des gestes de colère et même chercher à agresser les autres. À ce niveau, évalué le risque homicide est tout aussi important. Ce risque est aussi vrai pour les autres types de crise, en particulier pour une crise provenant d'une situation relationnelle. Il s'agit de la prochaine catégorie de crise que nous allons expliquer.

3.2.1.2 Crise relationnelle

Bien que les interventions pour ce type de crise ne représentent que de 9,8 % de l'ensemble des interventions (CCQ, 2012d, p.46), tout le monde vit une relation conflictuelle à un moment ou un autre de sa vie. Toutefois, pour certaines personnes les enjeux peuvent se transformer en une situation de crise.

Les disputes familiales, le divorce, un conflit avec le voisinage, du harcèlement au travail, etc., sont tous des exemples de crises relationnelles. Elles surviennent principalement lorsqu'une personne rencontre des difficultés ou entre en conflit avec une ou plusieurs autres personnes.

Selon le CCQ, « les crises relationnelles surviennent le plus souvent à la suite d'une rupture amoureuse, et, une partie d'entre elles laissent entrevoir la présence de difficultés spécifiques dans le lien à l'autre » (CCQ, 2012d, p. 46). Selon les statistiques du *Rapport annuel 2011-2012*, 475 des 865 demandes d'aide relatives à une crise relationnelle étaient liées à une rupture amoureuse. Considérant l'importance de ces liens significatifs dans la vie d'une personne et de l'investissement affectif qui les accompagnent, ces crises peuvent substantiellement déstabiliser et désorganiser la vie d'une personne. Pour tous les individus, des plus fragiles aux mieux portants, une crise relationnelle apporte son lot de souffrances ; une crise relationnelle implique de vivre une perte dans sa relation avec une autre personne, et chaque personne réagit en fonction de ses ressources personnelles. Au cours des 25 années d'expérience en intervention de crise et suite à l'analyse de leurs statistiques, le

CCQ dément la croyance populaire voulant que de telles crises soient considérées comme étant de moindre gravité, celles-ci s'accompagnent d'un très haut risque sur le plan suicidaire tant pour les personnes plus fragiles que pour celles qui ne démontrent qu'une fragilité moindre.

3.2.1.3 Crise et état de vulnérabilité

L'état de vulnérabilité n'est généralement pas une catégorie reconnue dans la typologie des crises, telle que le montre la littérature. Toutefois, le CCQ a choisi de l'inclure dans sa typologie des crises afin de regrouper des personnes qui se réfèrent au CCQ pour des situations de fragilité, pour lesquelles elles ne savent pas encore clairement de quoi il s'agit, mais dont les premiers signes supposent une grande détresse. C'est souvent le cas pour une première situation de difficultés personnelles, et particulièrement dans le cas d'une situation de vulnérabilité mal définie pour laquelle la personne (ou ses proches) demandent de l'aide souvent à partir du moment où les premiers signes de détresse surviennent comme les idéations et les verbalisations suicidaires ou encore, une diminution dans la fonctionnalité habituelle d'une personne. « Dans d'autres cas, tout particulièrement chez les individus de sexe masculin, les premières souffrances plus inquiétantes s'expriment souvent par un paroxysme au niveau d'agressivité » (CCQ, 2012d, p. 41).

En somme, on parle de vulnérabilité lorsque l'individu est ébranlé par une situation vécue, bien que tous ses mécanismes d'adaptation demeurent sensiblement fonctionnels. Dans un contexte d'hébergement de crise, si l'intervention de l'IC n'a su valider l'individu dans certaines actions, une intervention préventive et un support additionnel est parfois nécessaire afin d'aider la personne à retrouver son mode de fonctionnement habituel.

Pour des fins de statistiques, il est nécessaire pour le CCQ de classer, dans la catégorie indéterminée, les diverses demandes comme les concertations, les demandes de soutien par un tiers, les informations diverses, afin de répertorier les demandes ne correspondant pas aux grandes catégories plus usuelles.

Pour cette catégorie (vulnérabilité et indéterminé), le CCQ indique que 33,5 % des interventions représentent ce type de crise. Il est permis de penser que ce pourcentage est représentatif du succès du travail de prévention accomplie de cet organisme, issu d'un mouvement alternatif visant entre autres à offrir une alternative à l'hospitalisation.

3.2.2 Crise associée à une pathologie

Slaikeu montre que les personnes affectées par une pathologie (p. ex. : troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité, schizophrénie, etc.) présentent un taux de suicide beaucoup plus élevé que dans la population en générale (1990, p. 295). Selon le CCQ, leurs statistiques montrent que ces crises sont :

hautement associées à des symptômes de type psychotique, à une plus grande méfiance dans le lien à l'autre, mais aussi à une plus grande dangerosité, d'abord pour la personne elle-même (tentatives de suicide, idéations et verbalisations suicidaires, comportements para-suicidaires) et plus rarement pour autrui (verbalisations d'agressivité, verbalisations homicides, comportements antisociaux et déviants) (CCQ, 2012d, p. 44).

Les individus atteints d'un trouble pathologique démontrent un faible niveau d'adaptation au stress ou éprouvent de la difficulté à maintenir des relations stables, leur intégration dans la communauté se fait donc difficilement. La très grande majorité des crises associées à une pathologie proviennent de difficultés psychiques en lien avec un problème de santé mentale ou avec un diagnostic psychiatrique déjà établi. Comme ces crises résultent d'une psychopathologie et se produisent au niveau individuel de façon imprévisible, les symptômes désorganisent considérablement la vie d'une personne qui ainsi perd sa fonctionnalité habituelle. Les déclencheurs peuvent parfois être difficilement

identifiables d'un point de vue extérieur et se manifestent par différentes distorsions ou paroxysmes.

Il faut aussi souligner que les symptômes et les facteurs associés à ce type de crise sont sujets à se répéter dans le temps ce qui amène souvent les individus à vivre plusieurs épisodes de crise, pouvant être assez similaires dans leur forme, au cours de leur vie. Par contre, entre les crises, la plupart de ces individus peuvent mener ou mènent des vies relativement normales. Par contre, les crises peuvent particulièrement se manifester lors de situations éprouvantes pour l'identité ou la personnalité de l'individu, par exemple lors d'une décompensation psychotique, d'un passage à l'acte pour quelqu'un ayant un trouble de personnalité, d'un épisode maniaque pour une personne aux prises avec un trouble de l'humeur, ou bien une rechute d'alcool/de drogue/de jeu, etc.

Pour des personnes souffrant d'un trouble en santé mentale, l'intervention de crise demande souvent l'utilisation d'une approche bio-psycho-sociale, c'est-à-dire de travailler en collaboration avec le milieu de la santé, la personne et son environnement familiale et social. À ce sujet, le CCQ affirme que :

même si nous reconnaissons l'apport d'un ajustement de médication ou d'une hospitalisation dans certains cas, peu importe l'étrangeté des symptômes, les crises associées à une pathologie ont une signification pour les personnes qui les vivent et l'intervention visant à les aider à en découvrir les quelques contours, peut grandement réduire les dangers qui s'y associent (CCQ, 2012d, p. 44).

Souvent, un individu vivant une crise pathologique arrive en hébergement avec un sentiment d'étrangeté face au monde. Il est important pour les intervenantes et les intervenants de transmettre à la personne en crise un sentiment de « normalité » face à ces expériences qui sont humaines et de les accueillir ainsi. Les intervenantes et les intervenants accueillent une personne et non une pathologie. Toutefois, il faut savoir ajuster l'intervention aux caractéristiques spécifiques aux troubles de santé mentale en cause afin de fournir un service d'intervention adéquat et supportant pour la personne. Selon le CCQ, pour l'année 2012-2013, les interventions de crise associées à une pathologie représentent

27 % des interventions (2012d, p. 44). Par conséquent, il importe que les intervenantes et les intervenants puissent reconnaître les différentes pathologies en santé mentale et se familiariser avec certains aspects de leurs caractéristiques.

3.2.2.1 Différents troubles en santé mentale

Pour l'intervention en situation de crise, il n'est pas nécessairement utile de se lancer dans de longues interprétations psychologiques (Townsend, 2010, p. 185). Par contre, en situation d'hébergement de crise, l'intervention peut dans certain cas être adaptée stratégiquement afin d'éviter de contribuer au maintien des symptômes des troubles psychologiques et ainsi d'entretenir l'état de crise. Les différents troubles de santé mentale, les plus communs en hébergements de crise, sont catégorisés dans le DSM-IV. LE DSM-IV comprend cinq axes⁴ :

Axe I : Les troubles majeurs cliniques.

Axe II : Les troubles de la personnalité et le retard mental.

Axe III : Aspects médicaux ponctuels et troubles physiques.

Axe IV : Facteurs psychosociaux et environnementaux⁵.

Axe V : Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement⁵

Les troubles communs de l'Axe I incluent le délirium, la dépression, les troubles anxieux, les troubles bipolaires, les troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivités (TDAH), les troubles du spectre autistique, les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie) et la schizophrénie.

⁴ Afin de simplifier, l'information a été tirée du site web Wikipedia :

http://fr.wikipedia.org/wiki/Manuel_diagnostique_et_statistique_des_troubles_mentaux#Cat.C3.A9gorisation

⁵ L'objectif de cette section étant d'identifier les différents troubles de santé mentale les plus communs en interventions de crise, nous nous concentrerons sur la classification des troubles selon les trois premiers axes du DSM. En ce qui concerne les axes IV et V, il est inhérent au travail social de considérer les facteurs sociaux et environnementaux afin d'établir le fonctionnement global et psychosociale de la personne.

Les troubles communs de l’Axe II incluent les troubles qui ont des aspects sous-jacents et stables dans le temps tels : les troubles de la personnalité paranoïaque, les troubles de la personnalité schizoïde, les troubles de la personnalité schizotypique, les troubles de la personnalité limite, les troubles de la personnalité antisociale, les troubles de la personnalité narcissique, les troubles de la personnalité histrionique, les troubles de la personnalité évitante, les troubles de la personnalité dépendante, les névroses obsessionnelles ainsi que la déficience intellectuelle.

Les troubles communs de l’Axe III incluent les lésions cérébrales et autres troubles médicaux et/ou physiques qui peuvent aggraver les maladies existantes ou symptômes présents similaires aux autres troubles.

Je ne peux, dans le cadre de cet essai, définir chacun des troubles de santé mentale afin de situer la particularité de l’intervention en situation d’hébergement de crise. En même temps, une généralisation outrancière ne donne pas une image fidèle des activités d’intervention. Je vais donc m’attarder sur un seul trouble qui a été très significatif de l’expérience de stage, soit le trouble de personnalité limite.

Une personne atteinte du trouble de personnalité limite (TPL) présente un comportement distinctif, elle vit en état de crise presque permanent. Par exemple, elle manifeste un attachement excessif ou se montre distante, elle a recourt au clivage⁶ et à la manipulation. De plus elle adoptera souvent un comportement autodestructeur et fera preuve de beaucoup d’impulsivité. Ainsi, pour contrer la rage, l’ennui et le désespoir, elle peut avoir recours à l’alcool et aux stupéfiants de façon souvent impulsive et dangereuse.

⁶ Le clivage est un mécanisme de défense fréquent chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité. Cela consiste en une incapacité de percevoir en même temps les caractéristiques positives et négatives d’une personne, d’un événement ou d’une chose, incluant la perception de soi-même. Le clivage est le résultat d’une pensée dichotomique i.e. tout est blanc ou tout est noir, tout est bon ou tout est mauvais (distorsion). C’est un mode de pensée primaire, évoluant vers un mode de pensée intégrée de l’enfance (trois mois) à l’âge adulte. C’est un mode de pensée excessif (pensée émotionnelle), un concentré d’une émotion intense, qui prend toute la place telle la rage, l’impuissance, l’exaltation, etc. C’est une sorte de filtre qui a pour fonction la protection de la personne (<http://www.aqpamm.ca/test/le-clivage/>)

La colère cèdera la place à une humeur dépressive avec un sentiment de vide et d'ennui. En situation d'hébergement de crise, cette personne fera des demandes envahissantes, elle cherchera à être aimé et aidé en alternance avec des fuites brutales si l'aide offerte est perçue comme trop menaçante. Elle a « une image incertaine d'elle-même et une vision floue et instable de ses besoins. Pour elle, tout est blanc ou noir » (Chéné, 2003, p. 4). Elle présente souvent une personnalité immature qui a de la difficulté avec les autres, mais en même temps ne peut pas vivre sans eux. De plus, une personne ayant un TPL présentera une hypersensibilité au rejet, qu'il soit perçu ou imaginé.

En intervention, il faut maintenir une juste distance, c'est-à-dire de ne pas être trop en retrait, ce qui pourrait engendrer de la frustration et occasionner des actes impulsifs et agressifs, ni être trop proche ce qui pourrait causer de l'angoisse, une régression ou des réactions imprévisibles. Un encadrement serré de l'équipe devient nécessaire, car la personne fera du clivage entre les intervenants. « L'intolérance à la douleur émotionnelle amène ces personnes à adopter des comportements destructeurs (...), elles peuvent s'infliger des blessures, exprimer des idées suicidaire ou faire des tentatives de suicide, comme, malheureusement plusieurs de ces personnes se suicident » (Boucher, Drolet et Villeneuve, 2001, p. 2). Finalement, il devient très important de bien évaluer ses chantages de suicide.

Les attitudes qui sont à privilégier face à des personnes qui ont un TPL sont en premier lieu de maintenir une attitude d'adulte à adulte avec elles, et d'assurer que les attentes et les limites soient claires, constantes, prévisibles et justifiables. Être directif et encadrant, tout en étant conscient que, comme un enfant, la personne « va essayer de transgresser les règles, mais il a besoin de s'y heurter » (Boucher, Drolet et Villeneuve, 2001, p. 2). De plus, il est important de tenter de l'aider à réaliser le lien entre ses comportements et les réactions des autres ainsi que de la responsabiliser en la laissant prendre ses décisions et la laisser entreprendre elle-même ses propres démarches. En la laissant décider, par exemple, de la durée de séjour pouvant aller de quatre à six jours, permettra à la personne d'assumer son choix, d'éliminer l'incertitude et l'ambivalence, et

de réduire l'anxiété face à la fin de son séjour. De plus, il est important de reconnaître les efforts et les compétences de ces personnes et de les soutenir de façon constante dans leurs actions. Les concepts à retenir sont donc la prévisibilité, la constance, la responsabilisation la validation et le support. Face à une personne ayant un TPL, le concept d' « ici et maintenant » est à favoriser afin d'éviter de lui faire vivre des émotions fortes et de la régression. En d'autres mots, il est important de prendre en compte l'émotion plutôt que le contenu.

3.2.3 Crise associée à un traumatisme

Un trouble de stress post-traumatique (TSPT) se ressent en réaction à événement traumatique :

« Un événement est dit « traumatique » lorsqu'une personne est confrontée à la mort, à la peur de mourir ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne a pu être menacée. Cet événement doit également provoquer une peur intense, un sentiment d'impuissance ou un sentiment d'horreur » (Brunet, 2013, p. 1).

L'Institut universitaire en santé mentale Douglas rapporte que « près de 90 % des Américains ont vécu un événement traumatique au cours de leur vie (accident de voiture, agression physique ou sexuelle, hold-up, prise d'otages, accident de travail, désastre naturel, etc.). De ce nombre, 9 % ont développé un trouble de stress post-traumatique » (Brunet, 2013, p. 1). Évidemment, les taux peuvent varier en fonction du type d'événement et des caractéristiques de la personne exposée. Selon Brunet, par exemple, une femme est deux fois plus à risque de développer un trouble de stress post-traumatique. Au Canada, environ 830 000 Canadiennes et 370 000 Canadiens souffriraient actuellement de ce problème (Brunet, 2013, p. 1).

En d'autres mots, les crises traumatiques surviennent suite à un stress intense qui, à la différence d'autres types de chocs, a menacé l'intégrité, voire la vie d'une personne. Cet événement a engendré une charge émotionnelle importante pour celui ou celle qui en a été

la victime ou le témoin. Nous pouvons donner comme exemples : une victime d'agression armée, celle d'un viol ou d'un grave accident, un témoin du suicide d'un proche, un témoin d'une catastrophe, etc.

Le nombre d'interventions post-traumatiques au CCQ est peu élevé et ne représente que 3 % d'entre elles. Mais, chacune requiert la mobilisation de l'équipe d'intervention et une somme considérable d'énergie. Le CCQ stipule que « la personne éprouve des symptômes semblables aux autres états de chocs tels que troubles cognitifs, nervosité et troubles du sommeil notamment, mais avec un caractère de gravité et d'intensité largement supérieur » (CCQ, 2012d, p. 47). Qui plus est, l'intensité et la durée du trouble post-traumatique sont très variables, allant de quelques semaines à plusieurs années. Environ la moitié des personnes qui présentent des symptômes de stress post-traumatique s'en remettent spontanément en l'espace d'un an ou deux. Chez d'autres, le trouble de stress post-traumatique peut se chroniciser. De plus, il faut ajouter que la durée d'une période de choc traumatique peut être beaucoup plus longue. Par ailleurs, outre leur intensité supérieure, les états de choc traumatique amènent aussi des symptômes qui sont particuliers à ces états:

- La personne revit continuellement la scène traumatique en pensée ou en cauchemars (symptômes de reviviscence).
- La personne cherche à éviter - volontairement ou involontairement - tout ce qui pourrait lui rappeler de près ou de loin le trauma (symptômes d'évitement et d'engourdissement émotionnel).
- La personne est fréquemment aux aguets et en état d'hypervigilance (symptômes d'hyperéveil) malgré l'absence de danger imminent (Brunet, 2013, p. 1).

Plusieurs personnes en viennent à ne plus du tout pouvoir fonctionner et se désorganisent sévèrement à la suite d'un tel événement. Et comme c'est souvent le cas lorsque la douleur est trop importante, plusieurs songent au suicide. Par ailleurs, il est connu que les proches de personnes décédées par suicide sont à très haut risque de commettre le même geste, et ce, parfois, très longtemps après l'événement traumatique.

Selon l'étude de Brunet (2013) de 30 à 80 % des personnes atteintes d'un trouble de stress post-traumatique présenteront un épisode dépressif majeur. Les personnes ressentiront une grande lassitude, éprouveront de la fatigue ainsi qu'un désintérêt pour tout ce qui les entoure. D'autres troubles peuvent apparaître : des troubles anxieux, des problèmes de santé physique et des douleurs chroniques, des troubles de la sexualité (désintéressement), d'autres présenteront des troubles d'abus de drogues, d'alcool ou de médicaments. On désigne ses troubles comme étant concomitants, et en règle générale,

les troubles concomitants se retrouvent chez les personnes qui combinent des problèmes mentaux, émotifs ou psychiatrique et l'abus d'alcool et/ou d'autres drogues psychoactives. Sur un plan plus technique et dans la terminologie des diagnostiques, ils désignent toute combinaison de trouble mentaux et de troubles liés à l'usage de substance, tels que définis par exemple sur l'axe I et/ou II du DSM-IV (Rush, 2004, cité dans Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie: Aperçu des politiques et des programmes au Canada Rapport 1, 2004, p. 81).

Dans le contexte d'hébergement de crise, il n'est pas rare de rencontrer des individus aux prises avec des troubles concomitants ou une multi-problématique. Bien que ce ne soit pas un type de crise en soi, il s'agit d'une réalité courante qui demande aux intervenantes et intervenants une attention particulière.

3.2.3.1 Multi-problématiques

Au Canada, une étude de l'*Ontario Mental Health Supplement*, a permis d'établir que 18,6 % des personnes interrogées souffraient d'un trouble de santé mentale lié à la consommation d'alcool ou de drogues (Santé Canada, 2002). Une enquête subséquente de Santé Canada montre que 55 % des personnes présentant un trouble lié à la consommation d'alcool était susceptible d'avoir un trouble mental au cours de leur vie. Plus récemment, en Ontario, 75 à 100 % des individus recevant un traitement pour la toxicomanie ont un trouble de santé mentale (Ayim et Gamble, 2006, cité dans Townsend, 2011, p. 362).

Au Québec, en 2011, une étude effectuée par Morin et ses collaborateurs affirme que les personnes souffrant de troubles mentaux sont plus susceptibles que le reste de la population de présenter un trouble de consommation de substances (Tableau 3.1)⁷.

Tableau 1 Risques relatifs de problème de consommation de substances selon le trouble mental, par raison de population générale

Trouble de santé mental	Risque relatif de problème de consommation de substances
Troubles anxieux	1,7 fois plus élevé
Trouble dépressif majeur	1,9 fois plus élevé
Schizophrénie	4,6 fois plus élevé
Troubles bipolaires	6,6 fois plus élevé
Trouble de la personnalité antisociale	29,6 fois plus élevé

Ces données signifient pour les centres de crise, et plus particulièrement pour les centres d'hébergements de crise, qu'avec « la coexistence de la toxicomanie et des troubles mentaux graves qui s'est vraisemblablement répandue avec la désinstitutionnalisation des établissements psychiatriques dans les années 1970 » (Townsend, 2011, p.360), que les centres de crise ont assisté à une augmentation de ce type de clientèle dans leur organisme.

Les multi-problématiques ne se retrouvent pas uniquement dans les troubles concomitants, nous pouvons aussi les retrouver par exemple chez un individu ayant une déficience intellectuelle en situation de détresse psychologique suite à un deuil. Le constat qu'émet le CCQ est qu'une forte proportion des personnes hébergées qui vivent une crise souffre aussi d'une autre problématique, ce qui vient complexifier et intensifier l'épreuve que représente cette crise pour elles. Par exemple, plusieurs facteurs de risque étroitement associés à des problématiques parallèles, tels les troubles de personnalité ou des problèmes psychiatriques, se retrouvent aussi dans les catégories de crises situationnelles, d'adaptation, de transition de même que dans la catégorie des crises relationnelles. Conséquemment, l'évaluation de la dangerosité, par exemple, ne s'arrêtera pas seulement à l'élément déclencheur, mais devra tenir compte des dimensions subjectives et singulières

⁷ Réplique du tableau 17.2 selon Marin, et collab., cité dans Townsend, 2011, p. 362.

de l'expérience globale de la personne, au-delà des apparences ou de la description des faits et des événements ou de la pathologie.

Ainsi, pour l'ensemble des crises compilées, une proportion importante indique des éléments de dangerosité (tentatives de suicide, idéations et verbalisations suicidaires, comportements à risque, automutilation, comportements antisociaux et déviants, verbalisations homicides et d'agressivité) et ce, même si le type de crise n'annonce pas d'emblée de tels facteurs de risque » (CCQ, 2012d, p. 48).

Il va de soi que tous les types de crise ont leurs symptômes communs et les facteurs de dangerosité peuvent être importants pour toute personne qui traverse une crise.

Tout au long de mon stage spécialisé, bien qu'il fût de courte durée, j'ai eu l'occasion d'intervenir auprès de personnes éprouvant des difficultés reliées à une ou l'autre de ces types de crise. Qu'il s'agisse de crises reliées à des difficultés de nature psychosociale ou pathologique, à un événement traumatique incluant ou non une dangerosité suicidaire, la cohabitation se faisait généralement tout naturellement et dans le respect des règles de la résidence, chacun étant habituellement conscient de la vulnérabilité de l'autre. J'ai aussi constaté que la présence des autres était souvent bénéfique au rétablissement en créant un environnement solidaire où tous et chacun promeuvent un retour à un rythme de vie stable et équilibré. À la fin des séjours, il n'était pas rare de vivre des adieux, voire des au revoir émotifs avec les intervenantes et intervenants mais aussi entre les résidents qui avaient séjournés ensemble. Aussi, pour une nouvelle personne qui arrive, le départ d'un autre résident est souvent porteur d'un message d'espoir, qu'il est possible d'atteindre un mieux être suivant une période de crise. La question qui se pose alors est combien de temps est-il nécessaire pour atteindre ce mieux être ? La prochaine section abordera le sujet des durées de séjour.

3.3 Brève analyse de la durée des séjours

Selon certains auteurs, « l'intervention individuelle poursuit comme objectif le recouvrement de la capacité d'adaptation, l'acquisition de compétences permettant de mieux composer avec les problèmes quotidiens et l'accroissement du niveau d'autonomie » (Perrault et Fortin, 1993, p. 288).

La question qui se pose est alors de savoir : de combien de temps une personne aux prises avec des problèmes de nature psychologique ou émotionnelle, et plus particulièrement une personne traversant une situation de crise a-t-elle besoin afin d'atteindre ce niveau d'adaptation, d'autonomie et l'acquisition de compétences lui permettant de mieux gérer les stress et problèmes qui se présentent au quotidien ?

Durant la période de la négociation de mon stage et dans le cadre du fonctionnement du CCQ, l'organisme m'a demandé d'effectuer une première et brève exploration concernant les durées de séjour fixées pour les personnes hébergées à court terme dans leurs résidences thérapeutiques. Mentionnons qu'au départ et selon les règles du CCQ, la durée maximale varie entre sept et dix jours.

Cette première exploration de la durée des séjours avait pour objectif d'observer la pratique actuelle, et de voir si elle est en lien avec la littérature. Dans le cadre de mon stage, il a été certainement difficile de présenter un rapport complet et concluant. Par contre, en se concentrant sur deux types de crise et en ciblant quelques variables, il était possible de dégager quelques pistes de réflexion pouvant mener à une étude plus approfondie que pourrait faire le CCQ dans l'avenir. Par ailleurs, dans le cadre du stage spécialisé, il était possible d'avoir accès au système informatique afin de recueillir certaines données statistiques. Par contre, le temps ne m'a pas permis d'étudier tous les dossiers afin d'approfondir l'analyse des données recueillies.

Parallèlement, une recherche sur les différents écrits et études sur le sujet m'a rapidement permis d'arriver à la conclusion que les recherches faisant état d'une durée adéquate ou d'une durée optimale pouvant permettre un rétablissement sont inexistantes⁸. Devant un tel constat, je n'avais d'autres choix que de me pencher sur les pratiques courantes d'autres organismes intervenant en situation de crise et offrant des services d'hébergement équivalents afin de tirer des informations sur la durée des séjours de l'ensemble des organisations et de tenter d'en obtenir une moyenne. De plus, j'ai créé une base de données à partir des informations provenant du système informatique du CCQ afin d'initier une étude quantitative sur les durées de séjour en fonction de quelques variables. Il ne s'agit pas d'une étude exhaustive. Par contre, cette brève analyse a permis de répondre à la demande du CCQ qui souhaitait que je présente un court rapport afin de dégager des conclusions et des pistes pour que l'organisme puisse poursuivre une étude plus approfondie.

3.3.1 Méthodologie

Afin de compiler les durées de séjour, j'ai débuté par une recherche sur l'ensemble des organismes, incluant le CCQ, qui offrent des services similaires. J'ai effectué une recherche à l'aide d'Internet et consulté tous les sites Web des organismes offrant un service d'hébergement en situation de crise. Lorsque le site ne fournissait pas l'information recherchée, j'ai téléphoné aux organismes afin d'obtenir les détails requis. Par la suite, j'ai compilé l'information recueillie dans un tableau comparatif que je présente dans la prochaine section. Par ailleurs, j'ai aussi consulté les données du CCQ. Toutefois, en ce qui concerne les données extraites du système informatique utilisé par le CCQ, il est important de mentionner que certaines fiches d'intervention ne cumulent qu'une partie de l'ensemble des données possibles pour chaque intervention. En effet, la nature même des activités, à chaque quart de travail, nécessite une présence immédiate à la personne en besoin. L'intervenante ou l'intervenant note ainsi et le mieux possible le maximum de

⁸ Le terme rétablissement signifie ici un processus permettant : la restauration ou le développement d'une identité positive et riche de sens et ce malgré sa condition personnelle. Il signifie aussi la reconstruction de sa vie en dépit ou dans les limites imposées par cette condition (Kirk, cité dans Pelletier, et collab., 2009 : 12)

données connues, tout en accordant la priorité à une réponse rapide et adéquate à la personne en crise. Il peut donc y avoir des données manquantes compte tenu des circonstances. Les données seront répertoriées par la suite. Par ailleurs, au CCQ, nous n'établissons pas de diagnostics. Plutôt, l'équipe d'intervention compose avec les informations données par la personne, selon son niveau de confiance, le lien qui se développe à son rythme, l'urgence et la primauté de l'action en fonction du besoin immédiat, etc. Tous ces éléments limitent donc la cueillette d'informations statistiques.

Au départ, le CCQ indique que la durée maximale d'hébergement est de sept jours. Toutefois, il est important de savoir que dès l'entrée en hébergement, la personne fait rapidement face à l'obligation de son départ. En effet, en ce qui concerne l'obligation de départ, la date est fixée avec la personne le lendemain de son arrivée et au plus tard 48 heures après celle-ci. Cette décision est ensuite révisée selon l'évolution de la situation. Cela dit, les résidents sont informés que les durées peuvent varier pour chacun des résidents et qu'elles sont basées selon les situations individuelles. Par ailleurs, selon les règles du CCQ, les séjours peuvent s'étendre jusqu'à sept jours (parfois au-delà) lorsque la situation s'y prête. Il s'agit d'une décision d'équipe et une fois le séjour fixé, il y a accord avec le résident ou la résidente et alors cela devient une obligation de départ.

Pour faire un bref portrait de la durée du séjour au CCQ, J'ai utilisé les informations de la base de données informatique de l'organisme, données recueillies pour l'année 2012. Il est important de spécifier que le CCQ initiait alors l'implantation d'un nouveau système informatique de cueillette de données. Ainsi, deux facteurs ont pu influencer l'exactitude des données ici analysées : le transfert des données de l'ancien système au nouveau et la période d'ajustement des employés à utiliser les champs du nouveau système. Cela dit, le type d'informations récoltées entre les deux systèmes reste relativement le même bien que présenté différemment et les champs principaux portaient de façon générale les mêmes titres, les sous-champs par contre étaient plus détaillés. Je considère que ces éléments ont pu influencer les résultats mais l'exercice ne visait qu'à obtenir un aperçu des tendances

identifiées. Bien que partielles, ces données représentent néanmoins un portrait assez fidèle et fiable des services rendus et du portrait de la clientèle, dans ses proportions globales.

3.3.2 Rapport sur la durée de séjour

J'ai mentionné que je me suis rapidement aperçue, lors de la recension des écrits concernant les durées de séjours, qu'aucune recherche n'avait été faite en ce sens. Par conséquent, effectuer une comparaison entre tous les organismes offrant un service d'hébergement de crise m'est apparu comme un bon point de départ afin de pouvoir discuter des meilleures pratiques sur les durées de séjour.

De prime abord, il est important de mentionner que j'ai basé ma comparaison sur la durée maximale des séjours offerts gratuitement. Selon le tableau 3.2, l'étude comparative des treize organismes étudiés montre que cinq d'entre eux offrent des séjours d'une durée maximale de dix jours, quatre organismes offrent des séjours allant jusqu'à quatorze jours, trois centres de crise ont comme pratique d'offrir des séjours maximaux de sept jours et seulement un centre offre un hébergement allant jusqu'à 21 jours. Les résultats de la comparaison montrent que les pratiques les plus courantes sont d'offrir des séjours d'une durée variant entre dix et quatorze jours. Par contre, afin de déterminer s'il s'agit d'une durée de séjour optimale pour qu'une personne hébergée retrouve un état d'équilibre, il serait nécessaire d'effectuer une étude des résultats à la fin des séjours pour chacun de ses organismes. Le type de questions qui pourraient être formulées seraient par exemple : est-ce que la personne donne une rétroaction positive de son séjour, a-t-elle atteint ses objectifs de séjours, ainsi que d'autres questions concernant les diverses facettes de son séjour ?

Tableau 2 Tableau comparatif des durées de séjours entre différents organismes offrant un service d'hébergement de crise

ORGANISME	RÉGION	DURÉE	CLIENTÈLE	TYPLOGIE
1. Centre de crise de Québec	Ville de Québec	Durée maximale entre sept et 10 jours	Hommes et femmes de 18 ans et plus	Résidence thérapeutique et hébergement de courte durée
2. Centre de crise de l'ouest de l'Île de Montréal ⁹	Montréal	Durée maximale d'une semaine	Toute personne de 18 ans et plus qui nécessite un lieu autre que son milieu de vie pour faire le point et prendre un recul face à sa situation	Hébergement temporaire
3. Le Transit ¹⁰	Montréal	De quelques jours à une ou deux semaines au maximum	Le centre est un organisme désigné pour offrir des services aux : <ul style="list-style-type: none"> • personnes sourdes et aveugles • joueurs compulsifs 	Hébergement de courte durée
4. Le Soleil Levant ¹¹	Montréal	Durée maximale de 14 jours	Adultes en état de détresse psychologique ou vivant une crise d'adaptation.	Volet hébergement
5. Iris ¹²	Montréal	Dix jours	Toute personne dépassée par ce qui lui arrive et consentante à recevoir de l'aide peut bénéficier des services du Centre d'intervention de crise. <ul style="list-style-type: none"> • Avec hébergement : à partir de 18 ans. • Sans hébergement : à partir de 14 ans 	Services avec hébergement
6. L'Îlot ¹³	Laval	De quelques jours à une ou deux semaines au maximum	Les services de crise s'adressent à toute personne de plus de 18 ans qui vit une crise psychosociale ou psychiatrique, avec ou sans dimension suicidaire.	Hébergement temporaire

⁹ <http://www.rccgm.com/section-21-ouest-de-l-ile>

¹⁰ <http://www.rccgm.com/section-28-hebergement> et <http://www.rccgm.com/section-17-le-transit>

¹¹ Rapport annuel du Centre Le Soleil Levant et <http://www.rccgm.com/section-23-soleil-levant>

¹² <http://www.associationiris.ca/index-iris.php?pageId=Page0301>

¹³ <http://www.rccgm.com/section-22-l-ilot>

ORGANISME	RÉGION	DURÉE	CLIENTÈLE	TYPLOGIE
7. Centre de prévention du suicide et intervention de crise du Bas-St-Laurent ¹⁴	Rimouski	De zéro à 14 jours	Toute personne de 18 ans et plus qui vit une crise suicidaire ou psychosociale et qui: <ul style="list-style-type: none"> • accepte les services sur une base volontaire • est non violente • s'abstient de consommer des drogues et de l'alcool durant son séjour • possède une autonomie fonctionnelle • accepte et respecte les règles de vie durant son séjour • ne nécessite pas de surveillance médicale. 	Hébergement de crise
8. Accalmie ¹⁵	Trois-Rivières	Maximum de 21 jours	Offrir des services d'hébergement, de crise ou de transition aux personnes suicidaires, et ce, selon une accessibilité de 24 heures par jour et 7 jours par semaine	Hébergement de crise
9. Centre d'aide 24 /7 ¹⁶	Outaouais	De zéro à 5 jours	Personnes de 18 ans et plus	Hébergement à court terme
10. Les services de crise de Lanaudière ¹⁷	Lanaudière - Rawdon	Maximum 21 jours	Personnes de 18 ans et plus, autonome, volontaire et vivant une situation de crise	Hébergement de crise
11. Contact Richelieu-Yamaska ¹⁸	St-Hyacinthe, Beloeil et ActonVale	Maximum de 10 jours	Hommes et femmes de 18 ans et plus, adultes vivant une situation de crise suicidaire, psychosociale ou psychiatrique	Hébergement temporaire
12. Le Passant ou Entr'elles ¹⁹	Granby	Premier sept jours gratuits (pour un nouveau résident ou	Être un homme et avoir 18 ans et plus (Le passant) ou une femme 18 ans et plus (Entr'elles)	Hébergement à court terme

¹⁴ <http://www.centredecrisebsl.qc.ca/intervention.htm>

¹⁵ <http://www.accalmie.ca/liaison.html>

¹⁶ <http://centredaide247.com/wp-content/themes/24-7/rapport-annuel-2010-2011.pdf>

¹⁷ <http://www.crise.lanaudiere.net/>

¹⁸ <http://www.contactry.qc.ca/index.html>

¹⁹ <http://www.lepassant.org/index.htm>

ORGANISME	RÉGION	DURÉE	CLIENTÈLE	TYPOLOGIE
		suivant un délai de deux mois après un séjour), prolongation au coût de 17 \$ par jour		
13. CPS Pierre de Saurel ²⁰	Sorel	De un à 10 jours maximum	Adulte homme ou femme en période détresse	Hébergement et séjour de courte durée

²⁰ Téléphone 5 août 13, avec Mme Sylvestre, spécifie qu'il y a ré-évaluation des besoins, maximum de 10 jours, peut donner une extension au besoin donne ex attente d'un logement.

La lecture de plusieurs rapports annuels de ces organismes indique que l'évaluation de l'intervenante ou de l'intervenant au moment de la demande de services et les besoins exprimés par la personne détermineront l'orientation, le plan d'intervention privilégié ainsi que de la durée du séjour. « L'état d'une personne en crise étant loin d'être statique, les plans d'intervention sont fréquemment revus et modulés selon chaque cas » (IRIS, 2012, s.p.).

Tous les organismes indiquent que les plans d'intervention s'établissent en ciblant les besoins de la personne et de son désir de s'engager dans le processus. Pour la personne hébergée, la possibilité de pouvoir s'exprimer relativement à sa situation et ses besoins d'hébergement constitue un aspect déterminant des services qui seront proposés. Par contre, pour l'équipe d'intervention, qui décide d'une durée de séjour, il devient essentiel de départager entre le désir de la personne en détresse et ce qui est dans son meilleur intérêt. Effectivement, il se peut que l'individu hébergé convoite obtenir un séjour d'une durée maximale et même de le prolonger parce qu'il en retira une sorte de bénéfice secondaire. Il est commun de recevoir une telle demande lorsqu'un aspect de la détresse de la personne est relié à un isolement important. Dans ce cas, il revient à l'équipe d'intervention de choisir la meilleure stratégie à adopter et les meilleurs services à offrir pour ne pas aggraver la situation de la personne lors de son retour à son domicile. Si la personne ne peut se mobiliser pour améliorer sa situation face à l'isolement, il se peut qu'elle en souffre davantage de retour à son domicile suivant un séjour où elle a pu bénéficier de la présence constante d'autres résidents et de l'implication de l'équipe d'intervention. L'expérience d'hébergement en situation de crise a aussi déterminé que face à un problème de toxicomanie, la prolongation d'un séjour se concluait souvent par un échec si la personne n'était pas dirigée vers un organisme offrant des services appropriés.

D'ailleurs, dans le cadre de notre brève étude sur les durées de séjour, je me suis penché sur les durées de séjours sur les cas suivants : 1) une problématique de dépendance ou de toxicomanie et, 2) une problématique de nature psychosociale, soit celle d'une

rupture ayant entraîné la situation de crise. Tout d'abord, présentons un portrait démographique de la clientèle pour la première problématique.

3.3.2.1 Portrait des personnes hébergées présentant un problème de dépendance

En ce qui concerne la collecte des données concernant les personnes ayant un problème de dépendance, J'ai compilé l'information des personnes hébergées à la Résidence thérapeutique de l'est (RTE) et à la Résidence thérapeutique de l'ouest (RTO) durant l'année 2012 (p. ex. : alcool, drogues, alcool et drogues ou une combinaison de ces dépendances auxquelles pourrait s'ajouter par exemple, une dépendance au jeu). Sur un total de 292 personnes hébergées dans ces deux résidences en 2012, 135 d'entre elles présentaient un problème de dépendance.

Âge et sexe des personnes

La moyenne d'âge de ces personnes est de 40,9 ans, la médiane se situe à 41 ans et le mode est de 30 ans (n=131). C'est donc dire que la population est relativement plus âgée que jeune. Les données recueillies par tranche d'âge de dix ans permettent de constater une prédominance de demandes de service des personnes souffrant d'une dépendance pour le groupe d'âge allant de 45 à 54 ans. Bien que les personnes âgées de 35 à 44 ans ne soient pas très loin et qu'elles représentent de 25 % cette population, il s'agit des deux groupes d'âge qui demandent le plus de services et qui sont probablement les plus à risque de demander des services d'hébergement.

Tableau 3 Distribution des personnes hébergées selon l'âge

	Effectifs	Pourcentage
Moins de 25 ans	14	10,4
25 à 34 ans	29	21,5
35 à 44 ans	34	25,2
45 à 54 ans	39	28,9
55 ans et plus	19	14,1
Total	135	100,0

Les données montrent que selon le sexe de la personne (n=135), on constate qu'il y a quasi autant de femmes (48,2 %) que d'hommes (51,9 %) qui ont été hébergés et qui présentaient une problématique de dépendance.

Nombre de séjours

Quant au nombre de séjours des personnes hébergées vivant une problématique de dépendance (alcool, drogues, médicaments, jeu, etc.), toute catégorie de type de crise confondue (psychosociale ou pathologique), mentionnons que les personnes peuvent avoir été hébergées à une seule ou à plusieurs reprises. Dans l'échantillon (n=135), la moyenne du nombre de séjours est de quatre séjours, alors que la médiane est de deux séjours, le mode se situant à un séjour. Il y aurait lieu d'approfondir les raisons pour lesquelles certaines personnes reviennent séjourner au CCQ. Cela m'est par contre impossible compte tenu des données en notre possession. Toutefois, nous savons que plusieurs personnes sont réadmisses au CCQ comme le montre le tableau suivant.

Tableau 4 Nombre de séjours des personnes hébergées

	Fréquences	%
Un séjour	66	48,9
De deux à cinq séjours	46	34,1
De six à 10 séjours	8	5,9
De 11 à 25 séjours	11	8,1
De 26 à 43 séjours	4	3,0
Total	135	100,0

En effet, dans ce tableau, on peut constater que chez les personnes qui pour ce dernier épisode d'hébergement est lié à une problématique de dépendance, il s'agit pour la majorité d'un premier hébergement (39 %) alors que d'autres l'ont été de deux à cinq fois (34 %) ou de plus de six fois (17 %). Ce que ce tableau n'indique pas c'est si les multiples hébergements présentaient la même problématique, ce à quoi les données empêchent pour le moment de répondre.

Durée du dernier séjour

Sur le total des 135 personnes qui ont été hébergées et qui était aux prises avec des problèmes de dépendance et de toxicomanie, 63 % d'entre elles ont résidé moins de cinq jours dans l'établissement (85 personnes), alors que 32 % y ont résidé de six à 10 jours et que 5 % y ont résidé pendant une période de 11 à 16 jours.

Tableau 5 Distribution de la durée du dernier séjour des personnes hébergées qui indiquent une problématique de dépendance

	Fréquences	%
Cinq jours ou moins	85	63,0
6 à 10 jours	43	31,9
11 à 16 jours	7	5,2
Total	135	100,0

Le tableau suivant tente de démontrer si nous pouvons élaborer un lien entre les durées de séjour et une problématique de dépendance. On constate aisément que ce n'est pas le cas. Il existe beaucoup trop de catégories vides et le Khi carré, qui permet d'estimer la force de la relation entre les variables, indique ici qu'il n'y a pas de relation entre la durée de séjour et un problème de dépendance. Le Khi carré étant supérieur à 0,05, on rejette alors l'hypothèse de la relation. De plus, l'analyse de la valeur du V de Cramer, qui indique la force de la relation va dans le même sens, sa valeur étant à 0,08 indique que la force est presque nulle.

Tableau 6 Tableau comparatif entre les problèmes de dépendance selon la durée du séjour

Problèmes de dépendance	Durée de séjour			Total
	Cinq jours ou moins	Six à 10 jours	11 à 16 jours	
Alcool	47	15	5	67
Drogues	23	14	0	37
Alcool et drogues	2	3	0	5
Combinaison	13	11	2	26
Total	85	43	7	135

Valeurs présentes : 100 % Khi^2 : 1,59 V de Cramer : 0,08

Comme le nombre de personnes requises pour faire une analyse du Khi carré exige un minimum de cinq personnes par case, j'ai procédé à un regroupement de nos catégories initiales pour reconstruire un tableau de contingence deux par deux afin de répondre au critère minimal du Khi carré. Or, une telle analyse démontre à l'évidence qu'il n'y a toujours pas de relation significative entre la durée du séjour et les problématiques de dépendance auxquelles les personnes font face (Tableau 3.7).

Tableau 7 Tableau comparatif entre les problèmes de dépendance selon la durée du séjour - seconde version

		Durée du séjour		Total
		Cinq jours ou moins	Six jours et plus	
Problèmes de dépendance	Alcool	47	20	67
	Drogues et autres combinaisons	38	30	68
Total		85	50	135

Valeurs présentes : 100 % Phi : 0,086 Coefficient de contingence : 0,086

Par conséquent, comme il n'y a aucune association entre la problématique et la durée de séjour, on peut penser qu'elle est probablement fixée au départ, qu'il s'agit d'une demande de la part de la personne hébergée de demeurer dans la résidence pour un nombre X de jours et, bien entendu, de l'évaluation de l'équipe d'intervention.

Comme il n'existe pas de lien entre la durée de séjour et la problématique de dépendance, d'autres questions doivent se poser afin de mieux comprendre ce lien. Il s'agit d'un travail qui dépasse le cadre du stage spécialisé et qui concerne le CCQ, s'il souhaite obtenir des données valides.

Alors qu'en soi la dépendance demeure une problématique importante et qu'elle est la cause principale de la crise, quelles seraient les autres facteurs qui pourraient avoir une influence sur la situation de crise qu'éprouve une personne hébergée. Au-delà de la durée de séjour, il pourrait sembler opportun de voir si la situation de crise ne se combine pas à d'autres facteurs. En effet, certaines des personnes hébergées sont aux prises avec des problèmes de judiciarisation (n=21), des comportements violents (n=7) ou de déviance sexuelle (n=2), de voies de faits (n=6), de violence conjugale (n=10), d'inceste (n=4), d'abus sexuel (n=6), d'antécédents suicidaires (n=28), de problèmes familiaux (n=19) ou conjugaux (n=12), de sentiment de solitude (n=10), de déficience sociale (n=2) et, finalement d'itinérance (n=5).

3.3.2.2 Portrait des personnes hébergées présentant un problème de rupture amoureuse

Après avoir tenté de faire un portrait des personnes hébergées pour des problèmes de dépendance, je me suis penchée ensuite sur le portrait de celles qui sont hébergées pour une situation de rupture amoureuse. Il s'agit de la problématique identifiée par l'équipe d'intervention et celle qui a fait que la personne a été hébergée et ce malgré d'autres facteurs connexes.

Des 292 personnes hébergées en 2012, selon la base de données informatique, 36 d'entre elles ont utilisé les services d'hébergement pour une situation de rupture amoureuse, de séparation ou divorce. Il s'agit d'un nombre peu élevé. Par conséquent, je ne peux pas en présenter un portrait « statistique », tout au plus un esquisse fondée sur les données disponibles. Quoiqu'il en soit, pour la collecte de données concernant chacune de ces personnes, j'ai comptabilisé les informations recueillies sur la durée, le nombre de

séjours effectués auparavant, le sexe, l'âge, le type de crise (pathologique, psychosociale, traumatique ou inconnue), la présence d'un diagnostic en santé mentale, présence d'une dépendance (alcool, drogue, médicaments ou jeu), la présence d'un comportement antisocial (ex : judiciarisation, déviance sexuelle ou antécédents de voies de faits), de violence (violence conjugale, violence subie, inceste abus sexuel ou antécédents suicidaires), d'un problème de type relationnel (problèmes familiaux, conjugaux ou solitude) ou social (déficience sociale, itinérance ou isolement).

L'analyse des données montre que les gens en situation de crise qui vivent une telle rupture n'ont pas tendance à revenir à plusieurs reprises au service d'hébergement. La majorité n'a séjourné qu'une seule fois au CCQ (n=26).

Selon les données analysées, il semble que les personnes qui vivent un hébergement pour une situation de crise liée à une rupture ont aussi tendance à prendre de l'alcool ou des drogues. Il semble que plusieurs ont un problème de dépendance, par contre l'échantillon étant petit, Je ne peux en tirer des généralisations.

Tableau 8 Problèmes de dépendance

	Fréquences	Pourcentage
Alcool	5	13,9
Drogues	3	8,3
Alcool et drogues	1	2,8
Alcool et médicaments	27	75,0
Total	36	100,0

Ajoutons que pour la majorité des personnes admises pour une situation de crise liée à une rupture, le CCQ la codifie sous la rubrique d'une crise psychosociale (n=28). Toutefois, quelques personnes vivent aussi une multi-problématique comme je l'ai expliqué à la section précédente (typologie de crise). En effet, le tableau suivant montre que près de 14 % vit aussi un trouble de nature pathologique. La question qui se pose alors est de savoir lesquelles de ces difficultés sont prédominantes? Les difficultés reliées à la rupture ou ceux de nature pathologique ? Ou alors quelles en étaient les causes et les effets ? Est-ce

que ce sont les troubles de nature pathologique qui ont menés à la rupture ? À elles seules, la dépendance et les pathologies ou les traumatismes peuvent amplifier la crise mais la détresse peut-être si intense que la personne n'a pas les moyens de la résoudre. L'analyse des dossiers serait nécessaire afin de pouvoir répondre à ce questionnement.

Tableau 9 Types de problématiques

	Fréquences	Pourcentage
Pathologique	5	13,9
Psychosociale	28	77,8
Traumatique	1	2,8
Inconnue	2	5,6
Total	36	100,0

Notons que peu de ces personnes indiquent qu'elles ont un comportement antisocial. Peu ont vécu de la violence, mais il faudrait regarder si ce sont les femmes qui la déclarent davantage. Il est étrange aussi de noter que peu indiquent avoir des difficultés dans leurs relations sociales. Par contre, toutes ces personnes soulignent leur sentiment d'isolement.

Mais, que dire sur ce tableau qui fait qu'au-delà de la rupture il y a des personnes ayant des problèmes de santé mentale - ce qui peut aggraver la perception face à la crise...

Tableau 10 Diagnostics et axes

	Fréquences	Pourcentage
Aucun	18	50,0
Troubles de l'humeur	11	30,6
Troubles de personnalité (sans TPL)	2	5,6
TPL	5	13,9
Total	36	100,0

Durée de séjour

Dans quelques situations, on observe des durées de séjour plus longues et comme à première vue ces personnes n'affichent aucun problème majeur selon les données recueillies, il faudrait vérifier les dossiers pour bien en saisir la signification.

Il est intéressant de noter que ce n'est pas pour la totalité des 36 cas identifiés dans le système informatique comme ayant une problématique de rupture, que la case « problèmes conjugaux » a été cochée au plan des facteurs relationnels. Bien qu'ils aient été identifiés au plan des problématiques, la totalité des informations ont pu être omises par les intervenantes et les intervenants qui entrent les données dans le système informatique. On peut comprendre la situation car elle dépend du rythme effréné des activités de la journée ou de la soirée ou à cause du changement de système informatique au cours de l'année.

Je remarque que plus de la moitié des personnes hébergées pour des difficultés en lien avec une rupture, ont séjourné cinq jours et moins (moyenne = 1,67; médiane = 1; mode = 1). Il faudrait vérifier dans les dossiers de ces personnes afin de pouvoir en tirer des conclusions (Tableau 11).

Tableau 11 Durée du séjour des personnes hébergées pour une problématique de rupture amoureuse

	Fréquences	Pourcentage
5 jours et moins	19	52,8
6 à 10 jours	10	27,8
11 jours et plus	7	19,4
Total	36	100,0

Âge et sexe des personnes

En ce qui a trait à l'âge des personnes hébergées pour une rupture amoureuse, le nombre de personnes par groupe d'âge est pratiquement également réparti. Il est donc difficile de faire un lien entre ces deux variables (âge et durée de séjour).

Tableau 12 Distribution des personnes hébergées pour une problématique de rupture selon leur tranche d'âge

	Fréquences	Pourcentage
24 ans et moins	9	25,0
25 à 34 ans	7	19,4
35 à 44 ans	9	25,0
45 à 54 ans	7	19,4
55 ans et plus	4	11,1
Total	36	100,0

Pour la période étudiée, il y a seulement deux femmes de plus que d'hommes qui ont séjourné pour une difficulté en lien avec une rupture. La rupture est donc une situation de crise affectant quasi tout autant les hommes que les femmes hébergées.

Tableau 13 Distribution des personnes hébergées pour une problématique de rupture selon leur sexe

	Fréquences	Pourcentage
Hommes	17	47,2
Femmes	19	52,8
Total	36	100,0

Ce bref portrait des personnes hébergées pour une problématique de rupture n'est pas équivalent d'une analyse « scientifique » laquelle nécessiterait un plus grand nombre de données. Pourtant, il y aurait lieu que le CCQ la fasse en utilisant l'ensemble des variables à sa disposition.

3.3.2.3 Piste de recherche

Une analyse complète des durées des séjours pourrait à elle seule être le sujet d'un mémoire de recherche. Toutefois, là n'était pas notre objectif et un tel portrait nécessiterait davantage de cas sur une période relativement importante dans le temps.

Pour les deux problématiques étudiées, en relation avec les durées de séjours, les données cumulées montrent que pour la majorité, les séjours ont une durée de moins que cinq jours. Pour affirmer qu'il s'agit d'une durée de séjour adéquate, satisfaisante ou optimale, il faudrait pouvoir analyser l'ensemble des facteurs personnels (santé mentale, dépendances, etc.), sociaux (familiaux, conjugaux, financiers, etc.) ainsi que le réseau social des personnes (milieu de vie, travail, etc.) influençant la situation de crise des personnes hébergées ainsi que de l'évaluation qu'elles font de leur séjour. Cette évaluation du séjour des personnes hébergées serait un moyen de vérifier plusieurs éléments : qualité de l'intervention et de la réponse aux besoins des personnes en crise,

Selon le tableau comparatif des organismes offrant des services d'hébergement, on constate qu'une durée de séjour varie entre sept et dix jours. Peut-on dire que pour le CCQ cela pourrait constituer une meilleure pratique considérant qu'elle correspond à la majorité des durées de séjours offerts. Pour pouvoir parler d'une durée optimale, trop d'éléments manquent à l'analyse. Mais, rappelons que cette durée est au départ fixée par les organismes qui font aussi de nombreuses références à d'autres organismes pouvant venir en aide aux personnes hébergées pour une situation de crise lors de leur sortie de l'hébergement.

Finalement, il y aurait lieu pour le CCQ de faire une analyse du nombre de séjours, de leur durée en fonction de plusieurs variables telles : le risque de violence, les diagnostics de santé mentale, la dangerosité suicidaire, etc., bref de considérer l'ensemble des variables codées dans leur banque de données. Aussi, il serait intéressant d'aborder la durée des séjours via une évaluation tant de la durée que des retombées d'un séjour en hébergement.

3.3.2.4 Compétences acquises

Le portrait présenté est une première évaluation de ce qui pourrait donner lieu à une étude plus approfondie de la part du CCQ. Toutefois, il est difficile de voir ce que pourrait être une durée optimale de séjour dans un délai prescrit et variant de une à plusieurs journées d'hébergement. Toutefois, à travers cette demande du CCQ, j'ai eu l'occasion de développer certaines connaissances et compétences. Plus particulièrement, je n'avais jamais eu l'occasion de travailler avec une banque de données aussi imposante, de choisir des variables pertinentes pour bien cerner la demande, de construire par la suite mes propres banques de données en utilisant le logiciel SPSS-PC, et de faire une analyse des données. Certes, cette analyse est peu élaborée mais elle m'a permis de comprendre toutes les étapes d'un processus de recherche empirique.

En bout de piste, et à la suite de cette courte analyse, une question demeure : s'agit-il de vérifier si la durée du séjour est optimale ou s'il s'agit plutôt de se demander quels seraient les critères nécessaires et incontournables afin de bien mesurer si la durée de séjour répond aux besoins des personnes hébergées ?

Une approche d'analyse plus systématique du vécu des personnes résidant en hébergement de crise pourrait permettre d'avoir un meilleur aperçu de leurs réalités et leurs vécus pour répondre à leurs besoins. C'est ce que nous proposent Larose et Fondaire (2011) avec leur nouveau modèle d'intervention de crise. Je vous présente ce modèle dans le prochain chapitre.

CHAPITRE IV

UNE NOUVEAU MODÈLE D'INTERVENTION DE CRISE

Les chapitres précédents ont permis de décrire les fondements théoriques du modèle classique de l'intervention en situation de crise, ainsi que situer son évolution historique. J'en ai conclu qu'à l'origine des diverses théories de la crise, le modèle élaboré par Caplan dans les années 1960 est le modèle qui a le plus influencé l'intervention en situation de crise comme nous la connaissons aujourd'hui. Par la suite, je l'ai situé en contexte d'hébergement de crise, afin de relier les notions théoriques à un milieu pratique. Bien que ce modèle ait été introduit dans les milieux de l'intervention de crise depuis déjà quelques décennies, il se trouve que, depuis quelques années, certains auteurs et intervenants se questionnent sur l'intégralité de son application dans le contexte social actuel et proposent de nouvelles voies d'intervention afin d'offrir une nouvelle approche pour permettre de mieux répondre à certaines situations de crise. L'ouvrage de Larose, Fondaire, et collab., *Détresse psychologique en situation de crise* (2011), introduit dans une section précédente, en est un exemple. L'étude présentée par ces auteures et leurs collaborateurs est issue de leur pratique dans les centres de crise au Québec. Cette étude propose un modèle d'intervention qui permet, selon les auteures, de mieux appréhender les situations de crise rencontrées dans ce domaine.

Dans cette section, je présente d'abord les critiques que formulent ces auteures à l'égard du modèle classique et ce afin de positionner leur nouvelle approche. J'aborde ensuite les fondements et les caractéristiques du nouveau modèle à l'aide de cas fictifs et, finalement, je discute de quelques considérations à prendre en compte au plan de l'intervention auprès d'une clientèle en situation de crise.

4.1 Critique du modèle classique selon Larose et Fondaire

De prime abord, il est important de spécifier que Larose, Fondaire et leurs collaborateurs reconnaissent l'apport indéniable de la théorie proposée par Caplan et de ses développements ultérieurs à propos de l'intervention en situation de crise. Poirier explique que l'approche de Caplan s'appuie sur des fondements théoriques « sérieux et suffisants pour expliquer bon nombre de crises » et qu'elle permet aussi de fournir de « bons repères dans l'intervention » (Poirier, 2007, p. 47). Larose et Fondaire poursuivent la réflexion en expliquant que les principes proposés par Caplan « font encore partie de l'intervention, mais d'une façon plus spécifique, dépendant étroitement de la situation » (Larose et Fondaire, 2011, p. 107). Précisément, elles soulignent que :

La situation de crise primaire, définie par Caplan, correspond au vécu d'un nombre restreint de personnes faisant appel aux services d'intervention de crise. Ces personnes, qui possèdent des stratégies d'adaptation adéquates, même si celles-ci sont momentanément inefficaces, seront individuellement capables de se ressaisir assez rapidement, et ce, sans que leur environnement relationnel ait besoin d'être impliqué ou même concerné par la situation. Ainsi, les personnes entourant celle qui est baignée dans la situation de crise font confiance au fait que son développement personnel lui a toujours permis de trouver les moyens nécessaires et efficaces pour traverser les périodes les plus difficiles de sa vie. Et il en sera de même cette fois-ci. L'aide professionnelle extérieure sera un accessoire, utilisé ponctuellement. Et, en effet, la personne retrouvera finalement son équilibre initial qui aura seulement frôlé l'instant d'une crise. Il y a ainsi, à l'intérieur du modèle de Caplan, à la fois un événement porteur de souffrance, qui est la crise, et une apparente simplicité à passer à travers ce vécu (p. 91).

Par contre, la pratique au sein des centres de crise montre que les intervenantes et intervenants sont, dans la plupart des cas, confrontés à des situations plus complexes. Ces auteures expliquent qu'à la lumière de la diversité des expériences cliniques et avec l'apport de nouvelles connaissances théoriques, il devient de plus en plus évident que le modèle proposé par Caplan et ses successeurs ne suffit pas à lui seul à comprendre toutes les situations de crise et réussir à aider les personnes à les résorber. Elles font en effet état de plusieurs limites liées au modèle classique que je vais maintenant relater (2011, p. 86-106).

Rappelons que dans le modèle de Caplan est centré sur l'individu, et que ce dernier divise la situation de crise en trois périodes : la précrise, la crise et la postcrise. L'élément déclencheur se situe dans la précrise. Durant la crise, la personne éprouvant une difficulté ne réussit pas à utiliser ses mécanismes d'adaptation habituels et se tourne vers l'aide d'un professionnel. Cette aide va permettre à la personne de retrouver un état d'équilibre et, selon Caplan, l'individu se retrouve à l'étape de la postcrise. Lorsque la crise est résolue, il y a, toujours selon le modèle de Caplan, une opportunité de croissance personnelle et de changement.

Larose et Fondaire reconnaissent aussi le concept d'homéostasie, ou état d'équilibre, le point central du modèle de Caplan. Cependant, la description mécanique des étapes de la crise leur semble trop simpliste et reflète peu la réalité des situations rencontrées dans les centres de crise. Elles reprochent donc au modèle de Caplan de présenter une vision très « romantique » de la crise en la considérant comme une occasion de croissance et changement (2011, p. 86).

Larose et Fondaire précisent que l'observation des situations dans les centres de crise présente un phénomène de répétition de comportements inadéquats qui maintiennent les personnes qui consultent dans un cycle de crises. Qui plus est, l'élément déclencheur, clairement situé dans la précrise dans le modèle de Caplan, « apparaît souvent plus trouble et troublé à l'intérieur des pratiques » (2011, p. 96). Elles observent que la répétition des crises, après l'occurrence d'un même genre d'événements, laisse croire qu'« un événement passé, plus enfoui [est] le véritable événement déclencheur, inscrit dans le passé de la personne » (p. 96). Enfin, ces auteures nous mettent en garde contre l'apparence trompeuse d'une période de soulagement après la crise. Il s'agirait plutôt d'un apaisement des symptômes que d'une résolution de la crise. Manifestement, selon ces auteures, « il devient ardu, voire impossible, de lire l'événement de la crise comme uniquement un déséquilibre soudain dans le fonctionnement social de l'individu » (p. 87), il y aurait aussi d'autres aspects dans la vie de l'individu à considérer.

La deuxième critique fondamentale formulée par Larose et Fondaire à l'encontre du modèle de Caplan concerne l'utilisation quasi unique d'une approche cognitive et axée sur les capacités de résolution de problèmes des individus. Selon le modèle de Caplan, la recherche de solution est indissociable de l'intervention en situation de crise et est exécutée lors des étapes d'exploration de solutions avec une professionnelle ou un professionnel, de formulation d'un plan d'action et de son implantation. En fait, selon Larose et Fondaire, ce modèle est axé sur la résolution de la crise et sur la nécessité de corriger la situation problématique. Il s'agit donc d'un modèle centré sur l'individu.

La question que se posent les auteures se rapporte aux personnes qui fréquentent de manière récurrente les centres de crise, cette approche adresse-t-elle la problématique de la crise d'un bon angle? À ce sujet, Larose et Fondaire se demandent s'il est « encore possible, aujourd'hui, de lire une situation de crise sans puiser dans son sens dans la relation avec l'autre » (2011, p. 89). Pour Larose et Fondaire, il semble indéniable de tenter de comprendre la situation de crise à l'intérieur d'une relation inévitable entre l'histoire de vie de la personne et tous les systèmes relationnels qui l'entourent.

4.2 Proposition d'un nouveau modèle d'intervention en situation de crise

Cette section présente les caractéristiques du nouveau modèle, quatre situations types tel que développées par les auteurs. J'identifie par la suite les spécifications de l'intervention de crise selon le modèle présenté. Particulièrement, je discuterai de la limite de la recherche de solution, l'importance du délai et du « timing » en termes de période propice de changement et de l'exploration du sens de la crise pour la personne. Je termine cette section en positionnant cette nouvelle approche dans le contexte d'hébergement de crise afin de relier la théorie présentée à notre expérience de stage.

4.2.1 Caractéristiques du nouveau modèle

L'étude de la pratique en intervention de crise effectuée par Larose et Fondaire et leurs collaborateurs, montre que le modèle de Caplan ne suffit plus pour saisir la complexité d'un bon nombre de situations de crise. Sans nécessairement mettre de côté le modèle de Caplan, les auteures, propose un modèle qui tente d'ajouter des dimensions d'analyse au modèle traditionnel afin de mieux saisir le cheminement de la crise et donc de mieux intervenir.

L'élément déclencheur et les phénomènes de perception et de représentations sont deux concepts importants du modèle classique que les auteures retiennent à la formulation de leur nouveau modèle. Par contre, comme « la pratique soulève aujourd'hui la nécessité de comprendre la situation de crise comme la relation inévitable entre l'histoire de vie et tous les systèmes relationnels qui entourent la personne » (Larose et Fondaire, 2011, p. 91), et afin de mieux saisir l'état de la personne avant la crise, la théorisation de la crise doit, selon ces auteures, faire ressortir deux autres dimensions : le *territoire* et la *trajectoire* de la personne. Les auteurs positionnent ces deux dimensions en deux axes, l'axe horizontal, le *territoire*, décrit la position actuelle de la personne dans des systèmes relationnels significatifs, comme sa famille, son réseau d'amis, son milieu de travail, sa communauté d'appartenance. Dans l'axe vertical, la *trajectoire* qui permet d'identifier les difficultés vécues par la personne dans l'ensemble de sa vie, à travers son enfance, son adolescence, sa vie d'adulte, qui ont un lien avec la crise actuelle (Larose et Fondaire, 2011, p. 48). Le territoire permet de faire ressortir ce qui est déterminant sur le plan des interactions avec les différents réseaux et de leurs influences et la trajectoire de mieux identifier les vulnérabilités liées à l'ensemble de l'histoire de vie de la personne. Ainsi, selon Poirier, la crise devient le résultat de l'interaction entre quatre facteurs fondamentaux :

1. l'élément déclencheur, c'est-à-dire l'événement précipitant qui va survolter les capacités de résolution de problème de la personne et générer une anxiété et une souffrance importantes;

2. la perception qu'a la personne de cet élément déclencheur et la représentation globale qu'elle a des causes de sa crise et des moyens qu'elle pourrait mettre en action pour s'en sortir (volet qui peut [...] être l'objet de distorsions cognitives importantes);
3. le territoire systémique de la personne, formé de son milieu familial nucléaire et de son réseau social élargi et qui éclaire les éléments dynamiques interactionnels qui génèrent ou entretiennent la crise et qui permet également de déterminer les possibilités de soutien social pour la personne;
4. l'histoire de vie de la personne, la trajectoire qui l'a conduite précisément à la crise qu'elle vit présentement, avec le retour possible de scénarios de difficultés antérieures et avec une vulnérabilité qui lui est personnelle en fonction de sa propre santé mentale (Poirier, 2007 et p. 48-49).

En d'autres mots, Larose et Fondaire situent la crise « au carrefour d'une trajectoire et d'un territoire, coïncée à l'intérieur des perceptions et des représentations de chacune des personnes concernées et où l'accident de parcours, l'événement déclencheur, met en lumière la nature du processus » (2011, p. 88). Nous pouvons donc en déduire que l'appui théorique de ce modèle se trouve à l'intersection entre l'approche systémique et une approche psychodynamique, comme « la trajectoire et le territoire sont intimement liés, le mouvement de l'un influence celui de l'autre » (p. 108). Comme l'explique Larose et Fondaire:

Si l'intensité ou même la violence des comportements laissent entrevoir la tension élevée, en même temps qu'une certaine diminution de la souffrance, il reste cependant que sa répétition nous informe d'une non-résolution interne du conflit. Derrière cette répétition destructive et rassurante, il y a, quelque part dans le passé, un événement ou plusieurs événements qui ont adressé un message ambigu à la personne. Celle-ci, souvent quand elle était enfant, en processus de développement, n'a pas eu la capacité à ce moment-là de sa vie de décoder et de déconstruire ce qui se passait pour elle et autour d'elle. Très souvent, ce ou ces événements se révèlent être des traumatismes importants tels que des agressions sexuelles, affectives ou encore le résultat d'une négligence importante. C'est devant une incompréhension profonde d'événements subits que certains comportements autodestructeurs prennent place et se font tristement rassurants. Dès lors, c'est à travers l'exploration de sa trajectoire et de son territoire, les deux intimement liés à l'intérieur des perceptions et des représentations, que la personne s'en fait, que la situation de crise va révéler son sens caché. La résolution ne pourra donc être immédiate. Il faudra du temps pour découvrir le scénario répété et subversif pour ensuite tenter d'en

dénouer les liens personnels dans l’histoire de la personne, imbriqués dans son territoire de relations, et peut-être en déstabiliser les fondements (p. 93).

Il faut souligner que selon le modèle de Larose et Fondaire, il devient important de mieux comprendre où se situait la personne avant la crise, un « instant riche d’informations pour la compréhension de la personne et de la crise » (2011, p. 108). Ainsi, dans cette perspective, la différence dans l’intervention se trouve dans la compréhension de la situation d’abord, plutôt que de chercher à agir immédiatement. Ce processus s’effectue dans un concept de continuité plutôt que d’un évènement circonscrit dans le temps. Cette différence est remarquable notamment dans les situations où pour le même individu « la répétition d’une demande d’aide s’articule autour d’une même situation [...] que l’élément déclencheur prend racine sur un évènement semblable » (p.96). Les auteures stipulent que « si nous arrivons à déceler le plus rapidement possible la réplique de cet évènement, notre intervention va alors se transformer de façon à saisir le sens caché et [...] à discerner le véritable évènement déclencheur inscrit dans le passé de la personne (p.96).

Dans cette perspective, le *timing* devient un aspect important de ce modèle. Il s’agit « du moment propice pour la personne pour ouvrir sur son vécu difficile en lien avec sa trajectoire, son territoire, l’évènement déclencheur et ses perceptions et représentations » (Larose et Fondaire, 2011, p. 97). Évidemment, ce moment est variable pour chaque individu et il peut dépendre de plusieurs éléments (élément déclencheur, développement cognitif ou affectif, qualité du contact avec l’intervenant). Selon les auteures, le bon *timing* permettant à la personne de recomposer avec son histoire, ses systèmes relationnels et son vécu de crise actuel, ouvre aussi la porte aux possibilités de changements. Le tableau suivant, tiré de l’ouvrage de Larose et Fondaire identifie les différences principales entre les deux modèles (2011, p. 105).

Tableau 14 Comparaison des principes du modèle de Caplan et du nouveau modèle d'intervention de crise

	MODÈLE DE CAPLAN	NOUVEAU MODÈLE
TYPE DE MODÈLE	Linéaire Défini dans la précrise, la crise et la postcrise	Systemique Inscrit dans la continuité de la trajectoire
PRINCIPES DE L'INTERVENTION	<ul style="list-style-type: none"> • Centré sur la personne • Ici et maintenant • Immédiateté, rapidité • Directivité • Prise en charge, dépendance momentanée • Résolution de problème 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploration du territoire de la personne et concertation des différents acteurs • Exploration des perceptions et des représentations de la personne • Timing • Directivité relative en situation d'urgence • Empowerment • Compréhension de la trajectoire et du territoire préalable à la résolution de la crise
ÉLÉMENT DÉCLENCHEUR	Circonscriit dans la précrise	Inscrit dans la compréhension systémique de la crise
TEMPS : <ul style="list-style-type: none"> • Durée de la crise • Moment de la résolution de la crise 	<p>Maximum de vingt-quatre à quarante-huit heures</p> <p>Au moment de la crise et de la postcrise</p>	<p>Durée non définie, variable selon la trajectoire de la personne</p> <p>Dans le moment de l'avant-crise ou de l'après-crise</p>

NATURE DU LIEN AU SEIN DE LA RELATION D'AIDE	<ul style="list-style-type: none"> • Circonscrit au moment de la crise • Relation thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> • Se développe à travers la continuité avant-crise, crise et après-crise • Relation trajectoire, territoire, professionnel
VÉCU DE-L'APRÈS CRISE	Retour à l'équilibre initial ou niveau de fonctionnement inférieur ou supérieur	Équilibre forcément transformé

Considérant que le modèle de Larose et Fondaire se base sur l'expérience clinique, il est de mise de l'illustrer à l'aide de portraits proposant des processus de crise qui représentent des scénarios fréquents rencontrés dans les Centres de crise.

4.2.2 Quatre situations types

Larose, Fondaire et leurs collaborateurs proposent quatre portraits de situations de crise fréquemment rencontrés dans la pratique. Il est important de noter que les auteurs ne prétendent pas fournir des scénarios exhaustifs, car « la vie et la réalité sont souvent plus complexes qu'un modèle ne pourra jamais les décrire et qu'il reste, par le fait même, incomplet » (2011, p. 108). Il est utile de les présenter afin de nous familiariser avec le modèle et afin de mieux comprendre l'interaction entre la trajectoire et le territoire qui se rejoignent au moment de la crise et à travers les perceptions et les représentations de toutes les personnes concernées. Ces modèles me serviront aussi à me donner des pistes d'analyse pour mes études de cas dans la prochaine section.

4.2.2.1 Bris dans la trajectoire, un territoire divisé

Dans ce genre de situation, avant la crise, la trajectoire de la personne montre un parcours plutôt stable. Dans le temps, il y a des instances de bizarreries que le territoire perçoit comme un excès d'originalité ou de créativité. En ce qui concerne le territoire, il est présent et attentif et est composé de ses systèmes relationnels habituels. Bien que chez la personne sur le point de vivre une crise, il peut y avoir présence de comportements ou de pensées étranges, mais pas suffisamment inquiétants pour en faire état, ses mécanismes d'adaptation sont généralement adéquats. Par contre, suite à un événement précipitant, les pensées et des comportements bizarres, comme l'isolement, la désorganisation, etc., se rigidifient et empêchent la personne de fonctionner normalement. Les comportements peuvent devenir dangereux pour la personne ou pour autrui et le territoire s'inquiète, se sentant impuissant à résoudre la crise.

Au plan de la perception, les repères de la réalité deviennent confus. Pour la personne, le territoire est divisé en deux, mélangeant un « réel » perçu menaçant et un monde imaginaire, pouvant lui aussi être menaçant selon les influences de l'histoire de vie de la personne, mais pouvant également comporter des personnages sécurisants. L'issue de la crise va varier selon les personnes, leur territoire et leur trajectoire. En général, une possible rechute dans le monde imaginaire reste présente continuellement. L'adaptation à cette nouvelle réalité peut prendre du temps. L'issue dépendra notamment de l'acceptation par la personne de sa nouvelle condition, ou, comme les auteurs disent, de ce « bris dans sa trajectoire ». On peut donner en exemple une personne (et son territoire) expérimentant des difficultés d'adaptation suite à une première expérience d'épisode psychotique.

4.2.2.2 Accident de parcours, effritement du territoire

Dans ces situations, avant la crise, la trajectoire de la personne est également stable. Elle a pu vivre des moments difficiles, mais dans le cadre de la normalité. Elle présente des mécanismes d'adaptation adéquats et accessibles. Son territoire est composé de systèmes relationnels plus ou moins significatifs où la famille, les amis, le milieu de travail sont disponibles. Elle a pu bénéficier d'aide lors de périodes difficiles. Puis, un évènement fragilisant survient, mais les mécanismes d'adaptation sont inefficaces. Cet évènement entraîne d'autres et pour la personne psychologiquement et physiquement vulnérable, elle reste incapable de surmonter les difficultés. Il s'agit en général de deuils successifs, de pertes, de maladie, d'accident, etc. Déstabilisée, la personne n'a pas le temps de se ressaisir avant que d'autres évènements malheureux l'accablent. Dans un premier temps, le territoire se mobilise. Mais, pour l'entourage, la succession des situations de stress provoque un sentiment d'impuissance et le désarroi s'accroît pour tous. Nous pouvons alors assister à un investissement démesuré, suivi de sentiments d'épuisement et de l'effritement du réseau. La personne perd peu à peu ses ressources et la crise devient inévitable.

Au plan des perceptions, la personne en vient à se sentir incapable de surmonter ses difficultés et craint le retrait du territoire. De son côté, le territoire, qui croyait la personne en mesure de faire face à sa détresse, offrira pendant un certain temps le soutien demandé, mais finira par se distancer tranquillement croyant son soutien inefficace suite à une succession d'évènements malheureux. La personne se sent isolée, envahie par des sentiments d'abandon et d'injustice. Larose et Fondaire (2011) présentent deux issues possibles. La personne peut bénéficier d'aide professionnelle qui l'aidera à prendre un certain recul avec sa situation et faire face à ses deuils, pendant que le territoire profite d'un retrait temporaire pour se ressourcer et se réorganiser. Avec le temps, la personne retrouvera un nouvel équilibre, avec un rapport à son territoire modifié. Ou alors, la personne plonge dans un désespoir intense, reste dans l'incapacité de s'en sortir et se sent injustement traitée par la vie. Le territoire essoufflé continue de s'éloigner. L'immense

vulnérabilité cause la rigidité des mécanismes de protection de chacun et l'accident de parcours s'enracine.

4.2.2.3 Parcours accidenté, un territoire brûlé

Dans ce scénario, avant la crise, le parcours est déjà marqué par des signes d'un ou plusieurs traumatismes passés. Il peut s'agir de la suite d'un premier accident de parcours, ou parce que la personne n'a pas su développer des stratégies d'adaptation adéquates ou alors de l'effritement du territoire. Au niveau du territoire, un évènement est venu fragiliser la personne qui n'a pas pu lui donner un sens et qui le hante continuellement dans sa vie. Malgré ses tentatives d'enfouir cet évènement, la souffrance étant trop grande, pour cette personne toutes situations de la vie deviennent un prétexte au conflit. La charge émotionnelle trop grande, le retrait de l'entourage est progressif et est vécu comme une trahison et génère chez la personne une peur du lien.

Pour combler ce vide relationnel, la personne se construit un réseau de soutien composé de professionnels de la santé et d'aidants naturels. Pour maintenir son réseau, la personne va adopter des stratégies d'adaptation répétitives, s'exprimant sous la forme d'actes suicidaire, automutilatoires, agressifs ou autres. « Le temps d'avant la crise est déjà le temps d'après la crise, c'est-à-dire qu'il y a une répétition des séquences, après la crise, la personne reprend son mode de vie, sans changements visibles. Elle va répéter son scénario » (Larose et Fondaire, 2011, p. 119).

De prime abord l'élément déclencheur semble facilement identifiable, par exemple une rupture amoureuse ou professionnelle, etc., mais, en réalité, il est le reflet d'un scénario répétitif d'échecs relationnels. Singulièrement, la crise devient une zone de confort, car cet état est déjà connu, il s'agit d'un continuum d'instabilité rassurante. Quant aux perceptions, la personne se sent constamment « victimisée ». La souffrance étant insoutenable, elle ne peut s'approprier le problème, une cause extérieure devient donc forcément la source de son problème. Comme la personne a besoin d'un espace conflictuel

pour trouver sa zone de confort, elle a tendance à entrer en conflit avec les personnes de son entourage, y compris les professionnels de la santé auprès de qui elle va chercher de l'aide. D'ailleurs, « les différents aidants impliqués se retrouvent dans des rôles clivés, le passage d'une chaise à l'autre se faisant régulièrement, sous l'impulsion du moment et du contre-transfert » (Larose et Fondaire, 2011, p. 120). Fréquemment, dû à l'effet de désensibilisation, la perception extérieure commune est que la personne se complait dans sa souffrance. Pourtant, la souffrance est bien réelle.

Dans cette situation, l'échec relationnel devenant l'instigateur de la répétition du scénario, le territoire reste impuissant à la résolution de la crise. Au travers un mode relationnel différent (extérieure aux rôles projetés par la personne), une alliance en relation d'aide pourrait permettre d'explorer la trajectoire et de comprendre la répétition du scénario afin de déstabiliser ce schéma répétitif. Lors de la déconstruction du scénario, il se peut qu'on assiste à la détérioration des mécanismes d'adaptation avec des passages à l'acte de plus en plus dangereux ou que les prises en charge par les professionnels se multiplient ou, à l'opposé, que les portes se referment comme la personne devient trop connue des services. Les services de crise restent la dernière option et, bien qu'aux prises avec les mêmes difficultés d'intervention à court terme, ils peuvent réussir à créer une alliance en relation d'aide sur un mode différent afin de briser le cycle de la répétition.

4.2.2.4 Territoire de protection, un accident de parcours

Dans ce portrait, l'avant de la crise présente une domination d'un des systèmes relationnels du territoire sur l'individu. Il s'agit d'un système protectionniste tel celui d'un groupe religieux ou d'une famille présentant des caractéristiques fusionnelles. Larose et Fondaire expliquent que le système est autosuffisant, hermétique et garant de l'équilibre du mode de fonctionnement principal. D'ailleurs, tout ce qui vient de l'extérieur est potentiellement perçu comme menaçant.

Le contrôle exercé sur l'expression de chacun contribue à confondre la trajectoire de l'individu et celle du groupe. Dans ce système, « chacun existe pour et grâce à l'autre, de façon pernicieuse [...] Le tout est au service de l'équilibre apparent du système replié sur lui-même » (2011, p. 126). Quand le système fonctionne, tout apparaît calme et serein, et l'homéostasie est maintenue pour tous, mais au prix de chacun.

Bien que le système protectionniste se mobilise généralement pour gérer des situations problématiques à l'intérieur des frontières, lorsqu'un stresser, hors du contrôle du système surgit, un individu peut ébranler l'équilibre de tous. Donc, par effet de ricochet, quand une personne est en crise tout le système est en crise.

À la suite de l'élément déclencheur, les mécanismes d'adaptation sont inefficaces et chacun vit un déséquilibre. Au plan de la représentation de la crise, il arrive souvent que la personne demandant de l'aide ne soit pas celle à l'origine de la situation. La personne en crise est souvent celle qui ne fait que réagir à une brèche dans le système.

L'issue de la crise dépend de la force initiale du système. Dans le cas où les mécanismes d'adaptation du système s'avèrent assez flexibles pour réagir au choc initial, le système pourra retrouver ses droits et réinstaurer un environnement rassurant pour tous. Autrement, une aide professionnelle extérieure sera requise, mais ce professionnel sera avant tout le témoin d'une brèche dans le système, une fragilité qui pourra se réactualiser dans le futur. Dans l'instance où la vitalité du système est essoufflée, il y a de fortes chances qu'un point de non-retour soit atteint. Alors, une personne en crise pourrait choisir de sortir du système, non sans avoir besoin, pour se reconstruire, d'une thérapie à long terme. La tâche sera ardue parce que la personne devra se construire de nouveaux mécanismes d'adaptation et se réapproprier sa trajectoire dans un territoire à recomposer.

Il devient évident que la crise se situe à l'intersection d'une trajectoire et d'un territoire où les perceptions et les représentations de chacun des individus concernés lors de l'accident de parcours influent sur le cheminement que prendra l'intervention.

La compréhension de la situation prend donc priorité sur l'immédiateté de l'action. Cependant, Larose et Fondaire (2011) nous mettent en garde d'utiliser les quatre modèles afin de situer à tout prix le vécu de chaque personne en crise à l'intérieur d'un de ces processus. Ils se veulent relatifs et doivent seulement « aider à lire tous les arguments inhérents à la crise, à les unir au sein du vécu actuel et finalement à construire une histoire unique, appartenant à une trajectoire et un territoire particuliers » (p. 131). Voyons quelques caractéristiques et précisions sur le modèle proposé par les auteurs.

4.2.3 Spécifications sur l'intervention de crise selon le nouveau modèle

Toujours en s'appuyant sur l'expérience acquise de la pratique en Centres de crise, Larose, Fondaire et leurs collaborateurs (2011) apportent quelques précisions et certains enjeux reliés à l'intervention en situation de crise. Je les présente brièvement dans ce qui suit.

4.2.3.1 Limites de la recherche de solutions et l'importance du délai

Selon la théorie élaborée par Caplan, intervenir en situation de crise suppose l'immédiateté de l'action afin d'agir le plus rapidement possible sur la situation qui se présente ainsi que de se concentrer sur la recherche de solutions. Or, Larose et Fondaire attirent l'attention sur le fait que :

les techniques de recherche de solutions (exploration des solutions de rechange, formulation d'un plan d'action et son implantation) ont comme principale limite de s'adresser quasi exclusivement à des éléments concrets de la vie de la personne, comme une équation mathématique à laquelle nous trouverions *la* solution » (2011, p. 101).

Leur constat est que si la recherche de solutions s'avère inévitable quand la situation présente un danger imminent pour la personne ou autrui, dans d'autres circonstances, cette démarche n'aboutit qu'à l'atténuation temporaire, mais rassurante des tensions parce que la problématique sous-jacente de la situation de crise n'est pas fondamentalement adressée.

De plus, la recherche de solution sert à l'intervenant qui peut ainsi satisfaire son besoin de se sentir utile et compétent. Bien souvent, un piège s'installe lorsque l'individu en crise refuse les solutions proposées, on témoigne alors souvent d'une surenchère de solutions de la part de l'intervenant et d'une intervention donnant lieu à un type de relation d'aide persuasif (Larose et Fondaire, 2011, p. 103).

Le résultat d'une recherche de solutions fait de façon trop précoce se traduit par un sentiment d'impuissance et de frustration de la part de l'intervenant et d'incompréhension pour la personne en crise. L'inverse n'est guère mieux, si la personne en crise réclame une prise en charge totale de sa situation l'intervention n'aura pas le succès escompté et la personne n'acquerra pas les outils d'adaptation qui sont nécessaires pour faire face à une prochaine crise.

Bien que pour certaines situations, la prise en charge immédiate peut s'avérer nécessaire, dans d'autres cas, Larose et Fondaire constatent que le « premier contact ne serait pas nécessairement le meilleur moment pour une intervention, que celle-ci pourrait nécessiter un délai » (2011, p. 99). La raison d'être d'un délai imposé par un intervenant consiste à permettre à la personne de prendre conscience de ses capacités de s'organiser et d'agir dans l'immédiat. La pratique du délai, lorsqu'elle est judicieusement utilisée, s'inscrit dans une démarche d'*empowerment* de la personne en crise (p. 164), comme la personne doit forcément s'activer par et pour elle-même.

Les auteures remarquent également que, dans les scénarios répétitifs, le meilleur moment de l'intervention se situe « en dehors de la crise, dans les moments de l'avant ou de l'après-crise » (p. 99). Ainsi, la recherche de solutions et l'agir immédiat risque de ne pas adresser adéquatement la problématique profonde de la personne en crise et de contribuer au phénomène de la répétition des situations de crise.

4.2.3.2 Comprendre le sens de la crise

L'insuccès de l'intervention de crise selon le modèle de Caplan auprès de la clientèle caractérisée de « fidélisée » a soulevé une réflexion importante auprès de plusieurs intervenants œuvrant au sein des centres de crise et, en particulier, chez Larose, Fondaire et leurs collaborateurs (2011), l'équipe à la base du modèle que j'étudie.

Afin de remédier au phénomène de répétition, les auteures proposent que l'intervention de crise « s'engage dans une approche d'exploration et de compréhension de la situation plutôt que d'action précipitée » (p. 164). En d'autres mots, c'est la compréhension du *sens* de la crise qui est préalable à sa résolution :

Si la situation de crise ne peut se comprendre qu'à l'intersection de sa trajectoire et de son territoire, ce sont d'abord et avant tout les perceptions et les représentations que la personne se fait de cette situation auxquelles nous avons accès : quelle signification donne-t-elle à ce qui se passe pour elle? C'est l'exploration de ses perceptions et représentations qui va permettre de redonner un sens personnel au vécu de crise. Nous le découvrons aussi à travers la diversité impressionnante de situations de crise de toutes sortes, dans le sens où une crise s'exprime dans l'unicité de l'histoire de vie de la personne au sein de ses systèmes relationnels et personnels. Cette unicité est aussi le témoignage d'une lecture toute particulière que la personne fait des événements tangibles de sa vie. En effet, un fait ne devient vécu que parce qu'une personne lui donne un sens, une signification à l'intérieur de son histoire de ses relations (2011, p. 104).

Dans cette perspective, la relation d'aide s'inscrit non plus dans une recherche de solutions, mais dans une démarche de compréhension. Il est possible que l'intervention permette de découvrir qu'un événement inscrit dans le passé de la personne soit le véritable événement déclencheur, mettant alors en évidence la continuité de sa trajectoire.

Le travail d'intervention vise ainsi à amener la personne à découvrir ce la crise signifie pour elle, et à quoi elle sert. À cette fin, l'établissement d'une relation significative entre les deux personnes prend tout son sens :

[une] « relation où la personne rencontrée se sent reçue et entendue dans ses perceptions, où la personne qui rencontre celle-ci va se sentir touchée par l'autre et capable, dans une empathie respectueuse, d'être non seulement à l'écoute, mais aussi de créer une alliance qui permettra à l'autre de se révéler au-delà de ses défenses et où la qualité de l'intimité de la relation thérapeutique crée la confiance nécessaire pour accéder à la compréhension et possiblement au changement » (Larose et Fondaire, 2011, p. 104).

Les auteures spécifient que c'est à cette étape que « la crise peut devenir une occasion de croissance et un potentiel de développement (p. 105).

4.2.3.3 *Timing*, le facteur propice au changement

Il est bien connu que la capacité de changement varie d'une personne à l'autre et en situation de crise il dépendra de divers éléments, telle la force de l'élément déclencheur, un moment particulier dans le développement de la personne, et où se situe la crise sur la trajectoire de la personne et à l'intersection du territoire. Larose et Fondaire mentionnent également que la capacité de changement est jointe au *timing*, « ce moment propice pour la personne pour ouvrir sur son vécu difficile en lien avec sa trajectoire, son territoire, l'événement déclencheur et ses perceptions et représentations » (2011, p. 96).

Le *timing* est crucial comme il représente « l'ouverture qui va permettre de recréer les liens entre l'histoire, les systèmes relationnels et le vécu de crise actuelle; c'est une énergie particulière qui permet d'oser le questionnement avec les émotions qui surgiront » (p. 96). Selon Larose et Fondaire, il arrive que les changements, minimes ou majeurs, soient synonymes d'épreuves pour la personne en crise et qu'ils provoquent une grande ambivalence chez elle. Les perceptions du changement que possède la personne seront déterminantes dans sa mobilisation vers le changement ou son inaction. À ce sujet, les auteures affirment « qu'il est crucial de comprendre que ce sont les conséquences subjectives pour la personne qui seront prises en compte dans sa décision, consciente ou inconsciente, et non leur objectivité » (p. 97). Il faut demeurer alerte parce qu'il arrive que les gains secondaires d'une situation, comme recevoir une attention particulière de son

entourage ou la prise en charge par les professionnels, puissent motiver une personne en crise à « boycotter l'aide reçue et à répéter les mêmes comportements autodestructeurs pour recevoir les mêmes faveurs » (p. 97).

Lorsqu'on aborde le sujet de la capacité de changement en intervention de crise, nous devons remettre en perspective une rencontre entre les subjectivités de la personne en crise et celle de l'intervenant. Ces subjectivités personnelles à chacun sont rarement en harmonie et peuvent constituer un obstacle à l'intervention. En effet, lorsque la personne en crise rencontre l'intervenant, il y a un croisement de deux trajectoires et de deux territoires qui confronte l'intervenant à sa propre subjectivité. L'intervenant de crise se retrouve face à des souffrances vives et intenses « qui le ramènent inmanquablement à ses propres souffrances » (p. 134). Ainsi, pour Larose et Fondaire, « les limites étant subjectives pour tous, il y a ici la nécessité pour le professionnel de se décentrer de lui-même afin d'entendre la subjectivité de l'autre et de l'aider au moment précis où il atteint sa limite particulière » (2011, p. 98).

Évidemment, cette habileté n'est pas unique à l'intervention de crise, mais comme être intervenant de crise signifie souvent « d'être soumis à l'instant, à l'aléatoire, à l'imprévu, au surprenant, au brut, au dense, tout cela sous l'hégémonie de l'émotion, quelle qu'elle soit » (p. 135), il se doit de développer des habiletés et des instruments qui deviendront une seconde nature.

4.2.3.4 Écoute, empathie, intuition et créativité

L'intervenant de crise doit de développer des habiletés d'intervention pouvant l'appuyer dans son travail. Larose, Fondaire et leurs collaborateurs en relèvent quatre principales : il y a bien sûr l'écoute et l'empathie, mais aussi l'intuition et la créativité.

L'empathie permet d'être disponible et ouvert à entendre et à recevoir l'émotion de l'autre. Larose et Fondaire précisent que l'intensité que les situations de crise amènent rend plus difficile de garder une distance avec l'autre, mais, en même temps, permettent de s'approcher du phénomène de résonance affective décrit par Elkaim (1989). Selon cet auteur,

... entrer en résonance, c'est entrer en communication au niveau du monde émotif; cela signifie que l'on est en contact avec son propre univers émotif en même temps qu'avec celui de l'autre. Même si ces deux univers sont différents au niveau du contenu, il y a intersection et rencontre de deux mondes émotifs; ces mondes se recoupent [...], car certaines situations sont universelles et touchent tout le monde. [...] Entrer en résonance est une autre façon de parler de la compréhension empathique. Une alliance, un lien de confiance doit se bâtir sur un accueil inconditionnel et un soutien actif face à ce vécu émotif. On parle alors de co-construction, car l'écoute est teintée de nos zones de confort et d'inconfort. Cela exige des intervenants qu'ils puissent faire un retour sur leur propre vécu émotif. La résonance affective crée un processus de réciprocité; si le client se sent compris, il va être spontanément porté à s'ouvrir pour comprendre l'intervenant. Si on ne réussit pas à entrer en résonance, c'est l'impasse (Elkaim, 1989, cité dans Larose et Fondaire, 2011, p. 149).

L'intuition devient aussi un instrument venant appuyer l'intervenant dans l'exercice de ses fonctions. L'intuition est « ce mode de connaissance indépendant de la raison, connaissance soudaine, spontanée, indubitable » (Larose et Fondaire, 2011, p. 135). L'intuition se manifeste de façon différente d'un intervenant à l'autre; elle dépend de leur trajectoire, durant laquelle ils auront plus ou moins appris à faire confiance à ce ressenti. Elle se définit comme une forme de savoir immédiat qui a recours à l'émotion plutôt qu'au raisonnement. C'est cet instinct qui va l'orienter vers certaines pistes d'intervention et d'exploration plutôt que d'autres.

La créativité joue un rôle dans un milieu où l'intervention s'exécute dans un espace d'imprévu et d'émotion intense. Selon Larose et Fondaire, « il y a une énergie nouvelle à donner à chacune des personnes qui font appel aux services de crise; les recettes toutes préparées n'existent pas » (2011, p. 151). Bien que la créativité soit un gage d'autonomie pour l'intervenant, elle nécessite « persévérance, engagement et responsabilité, entre autres

la responsabilité des succès et des erreurs » (2011, p. 115). Donc, un contexte de travail favorisant l'autonomie et l'indépendance d'esprit favorisera la créativité de l'intervenant qui désire renouveler son intervention.

Comme le modèle d'intervention de crise présenté par les auteures apporte une dimension systémique, nous ne pouvons passer sous silence la participation des proches de la personne en crise ainsi que de l'importance de la collaboration interprofessionnelle.

4.2.3.5 La collaboration interprofessionnelle

Les intervenants en situation de crise n'interviennent pas seulement auprès des personnes en crise; ils doivent également interagir avec les proches de la personne et d'autres professionnels du réseau de la santé. Comme un nombre élevé d'appels au service de crise sont aussi placés par des collaborateurs, les intervenantes et intervenants de Centres de crise sont amenés à collaborer avec d'autres professionnels.

Souvent, les motifs pour lesquels un autre intervenant communique avec le centre de crise soit une demande de soutien à l'intervention, une demande d'intervention pour une autre personne ou une simple demande d'information. Il se peut parfois que le vrai motif de l'appel ne soit pas clair. Il peut aussi arriver par exemple, que « le référent mette l'accent sur l'autre, alors que celui-ci peut se sentir lui-même dépassé par la situation, sans nécessairement vouloir se montrer ébranlé ou affecté » (Larose et Fondaire, 2011, p. 146).

La rencontre des territoires permet à tous les professionnels impliqués de s'aligner dans une direction commune par rapport à ses besoins. Par contre, il arrive que la collaboration soit limitée par une perception différente de la personne ou de la crise et certaines situations amènent des tensions entre professionnels. Par exemple, dans un monde idéal, les rencontres devraient réunir les divers intervenants impliqués auprès de la personne, et devrait permettre l'ouverture à la discussion des points de vue différents des professionnels afin d'unifier le regard posé sur la personne et d'orienter les interventions de

chacun. Dans la réalité, ce n'est pas toujours le cas. Larose et Fondaire (2011) témoignent de situations où « chacun a alors campé sa perception de l'autre dans son expérience avec celui-ci; entendre un point de vue différent peut-être perçu comme une mauvaise compréhension de la part de l'autre et une aide inadéquate » (p. 146). Dans ces cas, les points de vue cliniques et théoriques dominant la discussion et la personne, avec ses besoins, reste en arrière-fond. Les conflits de territoire, auxquels Larose et Fondaire font allusion, ne sont pas l'exclusivité des Centres de crise et de leur partenaires, mais il faut en être conscient afin de démontrer une certaine prudence afin d'accompagner au mieux la personne en difficulté.

4.2.3.6 Particularités du travail au quotidien – l'équipe d'hébergement

En ce qui concerne le sujet premier de cet essai, soit l'intervention de crise en milieu d'hébergement de crise, il importe de spécifier quelques facteurs propres à cet environnement.

En hébergement de crise, les intervenantes et intervenants sont généralement installés dans des modes d'opération plutôt stables, et ils interviennent auprès d'une clientèle dont l'intensité de la première crise s'est calmée. Cet apaisement de la crise laisse place à un certain répit ce qui donne à ce milieu un cadre plus prévisible. Larose et Fondaire indiquent « qu'il y a dans le fait de travailler à l'hébergement une certaine prise sur l'inattendu, une gestion de l'inconnu, un périmètre au hasard, une limite à la quantité » (2011, p. 139).

Bien qu'il y ait cette routine qui s'installe dans le déroulement de la journée, il se manifeste des situations qui peuvent devenir problématiques, comme par exemple celle d'un hébergé qui perturbe le groupe et qui nécessite une intervention rapide et diplomate. L'intervention « de plancher » ou ponctuelle qui consiste à vivre le quotidien avec les résidents, les règlements de vie commune, les repas, l'intendance, l'entretien ménager, l'informel, peut devenir à la limite lassante et contraignante. D'ailleurs certains

intervenants en hébergement rapportent que l'aspect disciplinaire du travail, soit celui de recadrer et de motiver à faire respecter les règlements peut devenir frustrant. Face à des demandes constantes, de la part de certains hébergés, les intervenants doivent trouver des façons créatives pour ne pas jouer un rôle parental auprès de la clientèle. Larose et Fondaire soulève d'ailleurs qu'il est :

un défi de taille d'intervenir au sein du processus de crise à l'intérieur des murs d'un hébergement en soi réconfortant, car, si le réconfort peut parfois suffire, il faut souvent aller plus loin afin de permettre une mobilisation individuelle de l'*empowerment* de chacune des personnes vivant une crise (2011, p. 140).

De plus, l'hébergement de crise se distinguant de l'hébergement de dépannage, il peut devenir difficile pour les intervenantes et intervenants de mettre fin au séjour d'une personne qui doit être dirigé dans un refuge par exemple, décision visant évidemment l'évolution du cheminement de l'individu vers son autonomie et celle de sa réintégration dans son réseau social. Il s'agit néanmoins d'un travail gratifiant parce que les intervenantes et intervenants bénéficient d'une disponibilité leur permettant de suivre le mouvement de la personne sur plusieurs jours et de chercher un sens dans une trajectoire plus globale. Finalement, c'est un travail qui nécessite une forte cohésion d'équipe parce que plusieurs intervenantes et intervenants s'assurent des suivis auprès d'un résident dans un groupe de résidents.

Au terme de ce chapitre, on retient que la crise vécue par une personne se manifeste à la croisée des chemins de sa trajectoire de vie et de son territoire. Les couleurs de sa trajectoire et de son territoire sont influencées par ses perceptions et ses représentations des événements déclencheurs de la crise. Ce modèle permet de considérer la personne en crise d'un point de vue global en prenant en considération son histoire personnelle et ses systèmes relationnels actuels. Ce modèle d'analyse met en évidence la continuité du passé vers le présent et l'influence réciproque de l'un sur l'autre. Lorsque nous rencontrons, en hébergement, des personnes éprouvant en situation de détresse ou de tensions intenses, il devient important d'évaluer la portée de leur trajectoire et l'influence du territoire pour présenter une analyse pertinente de la situation et offrir des pistes adéquates d'intervention.

Dans la section suivante, je propose d'évaluer la pertinence du modèle de Larose et Fondaire et de discuter de son applicabilité dans un contexte d'hébergement de crise, grâce à la présentation de deux études de cas que j'ai suivis dans le cadre de mon stage spécialisé au Centre de crise de Québec, plus particulièrement à la résidence thérapeutique de l'est (RTE).

CHAPITRE V

ÉTUDES DE CAS

Dans le cadre de cet essai sur l'expérience d'un stage spécialisé, afin de montrer un cheminement complet, démontrer mes apprentissages de l'approche de Larose et Fondaire et formuler une critique de sa pertinence en contexte d'hébergement de crise, l'utilisation d'études de cas était un exercice important. Cet exercice me permet à la fois d'établir un lien entre mes acquis théoriques, leurs applications dans l'exercice de mes fonctions et ainsi répondre aux exigences des mes objectifs de stage spécialisé tel qu'inscrits dans mon contrat de stage (annexe B).

L'étude de cas est une étude approfondie d'un ou de plusieurs cas en particulier, qu'il s'agisse d'une personne, d'un groupe ou d'un sujet spécifique. Cette démarche de recherche se situe dans la gamme des méthodes qualitatives. Il s'agit d'une démarche stimulante parce qu'elle permet d'élaborer les connaissances à la fois du social, comme aux niveaux théorique et méthodologique. En effet, l'étude de cas combine l'observation directe ainsi que différentes sources de références relatives aux pratiques pertinentes à un objet d'étude. La construction et l'analyse de données ont pour but de comprendre l'objet à l'étude dans ses dimensions de temps et d'espace, et ce dans un milieu social donné.

Dans le présent contexte, les études de cas visent une compilation d'informations, la plus complète possible, sur la situation particulière de personne ayant été hébergée au Centre de crise de Québec. Dans son livre, *L'étude de cas comme méthode de recherche*, Gagnon, soutient que :

l'étude de cas permet une compréhension profonde des phénomènes, des processus les composant et des personnes y prenant part. Ce faisant, certains auteurs croient qu'elle convient surtout pour la construction de théories (Baxter et Jack, 2008 ;

Dyer et Wilkins, 1991 ; Eisenhardt, 1989 ; Gersick, 1988 ; Harris et Sutton, 1986 ; Woodside et Wilson, 2003). D'autres soutiennent qu'elle est tout aussi appropriée pour la vérification d'une théorie (Anderson, 1983 ; Corbin et Strauss, 2007 ; Eisenhardt, 1989 ; Glaser et Strauss, 1967 ; Pinfield, 1986 ; Richards et Richards, 1994) (Gagnon, 2012, p. 2)

J'ai opté pour l'étude cas afin d'effectuer une première vérification de l'applicabilité du nouveau modèle d'intervention de crise de Larose et Fondaire en hébergement de crise. Cette application a été planifiée afin qu'elle puisse faire partie du stage spécialisé.

5.1 Méthodologie utilisée pour les études de cas

Selon Creswell (2007), l'étude de cas, dans sa composante qualitative, comporte un examen d'un cas ou de plusieurs cas dans leur ensemble et dans le cadre d'un système délimité. L'étude de cas s'inscrit dans le contexte quotidien des personnes afin que l'on puisse connaître leur perspective.

Dans ce chapitre, les situations qui ont servies aux études de cas ont été rencontrées lors de mon stage spécialisé effectué à la Résidence thérapeutique de l'est du CCQ. Ces situations ont été choisies minutieusement parce qu'elles permettaient d'avoir des informations relativement suffisantes pour faire le lien entre ces situations et l'applicabilité du modèle de Larose et Fondaire (2011).

Afin d'illustrer mes propos concernant ces études de cas, j'ai eu accès à différents matériaux tels : l'observation directe de ces personnes, des interventions auprès d'elles, les notes au dossier rédigées lors de leur séjour, les informations contenues dans la banque de données concernant les documents archivés sur leur séjour antérieur, et mon journal de bord et notes personnelles.

Afin de protéger la confidentialité des personnes dont j'évoque une partie de leur histoire de vie, j'ai anonymisé leurs histoires et certains détails et lieux. Donc, dans ce qui suit, je présente les histoires de Marc et Paul. Dans les deux cas, l'intervention a été

commencée par l'équipe d'intervention de crise (IC), la porte d'entrée normale pour une demande de service au CCQ. L'intervenante à l'IC a par la suite référé à un hébergement de crise puis le suivi de la demande auprès de ces hommes a été confié à la RTE. Les histoires de vie de ces personnes seront relatées au meilleur de nos connaissances.

Il est important de noter que je prends l'entière responsabilité quant aux possibles erreurs qu'une narration du vécu d'une autre personne peut impliquer. Mon point de vue est également analytique : les aspects du vécu de ces hommes, que j'ai choisi de relater, ont été choisis en fonction de leur pertinence par rapport à mon sujet. Cette sélection a été faite dans le plus grand respect des personnes et elle rend même justice à leur vécu.

Je présente deux études de cas. La première est une situation de crise psychosociale et, la seconde, une situation ayant un aspect pathologique. J'ai choisi ces deux situations en particulier parce qu'elles avaient un aspect en commun : une problématique de toxicomanie. Par ailleurs, ces situations représentent de façon très pertinente la réalité des interventions en situation de crise offertes au CCQ.

Pour chaque étude de cas, j'expose d'abord les circonstances initiales de la demande en intervention de crise. Par la suite, je résume la situation de la personne selon la première évaluation de l'IC et l'évolution de son séjour en prenant en considération les observations et les interventions des équipes d'intervention, les notes aux dossiers et nos notes personnelles. Ensuite, je procède à l'analyse de la situation en fonction du modèle de Larose et Fondaire et selon les critères d'évaluation présentés par les auteures au chapitre 3 de leur livre. En particulier, pour chacun des cas, je me penche sur les éléments suivants : la trajectoire, le territoire et des événements déclencheurs. Enfin, je propose un retour critique sur l'intervention réalisée en fonction des paramètres du modèle qui sert de cadre d'analyse. Une fois la présentation des deux études de cas terminée, je discute des résultats obtenus et de l'applicabilité du modèle de Larose et Fondaire auprès de la clientèle hébergée en résidence de crise.

5.2 Étude du cas de Marc

Marc est déjà connu des services du CCQ pour avoir séjourné à une des résidences quelques années auparavant. Des événements difficiles l'amènent à avoir recours aux services du CCQ une fois de plus. Voici les circonstances de ce dernier séjour, l'évolution de sa situation et notre analyse selon le modèle étudié.

5.2.1 Séjour de Marc au CCQ

L'équipe de la RTE accueille Marc, un homme dans la quarantaine, vivant une rupture amoureuse depuis quelques semaines. Il s'agissait d'une relation qui durait depuis un an. Depuis la séparation, bien qu'il ait pu déménager en maison de chambres, il vit beaucoup de désespoir et a de la difficulté à s'adapter à son nouveau milieu parce qu'il s'agit d'un environnement de consommateurs de drogues. Selon monsieur, ses voisins consomment à profusion, ce qui le rend extrêmement vulnérable considérant son passé de toxicomane, et bien qu'il soit sobre depuis maintenant plus d'un an. Il comprend mal et n'accepte pas la séparation. Il dit ne plus trouver aucun aspect de sa vie auquel se raccrocher. Comme des idées suicidaires l'envahissaient, il s'est d'abord présenté à l'hôpital qui, par la suite, l'a référé aux services du CCQ. Monsieur souhaite que son séjour lui serve à reprendre ses rythmes de base, à entamer des recherches pour un nouveau logement et à entreprendre une démarche d'intervention à plus long terme afin de mieux se comprendre.

Au début de son séjour, Marc présentait beaucoup de symptômes dépressifs tels : une tristesse intense, de l'épuisement, des idées floues, etc. Il ne voyait plus d'avenir prospère et il vivait un grand sentiment d'échec. D'ailleurs, il avait l'impression de régresser comme il se retrouvait de nouveau dans un environnement de toxicomanie. Par contre, l'envie de consommer était très faible, il aurait consommé dans un élan de désespoir et pour soulager sa détresse émotionnelle grandissante, mais il ne l'a pas fait, reconnaissant que les conséquences seraient plus néfastes à long terme. Dans le passé, la consommation

lui a beaucoup nui et il se retrouve aujourd'hui avec un réseau social très faible et dans une situation financière précaire. À son arrivée, son état d'épuisement était tellement avancé qu'il ne pouvait effectuer que très peu d'actions dans ses premières journées, il se reposait beaucoup.

Dans les journées qui suivirent, nous avons appris que Marc considérait n'avoir que très peu de relations d'amitié, ses collègues de travail constituant son réseau social. Il faut noter que, malgré tout le désespoir qu'il vivait, Marc pouvait identifier son travail comme une sphère très positive dans sa vie. Malheureusement, étant en congé de maladie, il ne pouvait en retirer les effets bénéfiques. Au sujet de son travail, un facteur de stress supplémentaire se présentait à Marc, ne détenant pas les « titres officiels » pour son emploi, il ne pouvait obtenir le maximum de conditions de travail, ainsi que le niveau de salaire que d'autres collègues possédant les titres peuvent gagner. N'aidant pas à sa situation, Marc a dû déclarer une faillite personnelle quelques années auparavant. Gagnant un faible revenu et sa situation financière étant précaire, Marc explique qu'il n'a pas les moyens de se louer une autre chambre tant que son contrat de location de chambre actuel n'arrive pas à échéance. En parlant de cette situation, voyant l'impasse dans laquelle il se trouve, Marc devient très émotif et pleure beaucoup.

Après une période de 48 heures d'hébergement, Marc se fait offrir un séjour ouvert, lui donnant la possibilité de rester à la résidence pendant une période pouvant aller jusqu'à dix jours. Cette nouvelle est reçue avec soulagement. Nous lui parlons des services d'entraide destinée aux hommes. Il se montre intéressé, il envisage déjà des services à plus long terme pour sortir du cercle vicieux dans lequel il se trouve et pour acquérir des outils afin de mieux gérer des situations difficiles futures de façon à ne plus descendre aussi bas qu'il se trouve présentement.

Bien qu'il dit ne pas avoir un réel réseau, au fil des jours nous observons qu'à plusieurs occasions il sort avec ses collègues de travail. Un soir en particulier, il revient tout en émotions, ses collègues de travail lui avaient fait un super-surprise pour son

anniversaire. Ambivalent entre une forte angoisse et de la joie, il n'a pu contenir son émotion durant ce souper et il explique qu'il s'est effondré en pleurs devant tout le monde.

Marc identifie sa difficulté à entrer en communication avec les gens dans sa vie personnelle, et ce depuis une rupture amoureuse significative deux ans auparavant. Il se sent confortable socialement mais seulement en contexte de travail.

Faisons ici une parenthèse pour souligner une réalité de l'intervention en milieu d'hébergement de crise. Durant la rencontre qui a suivi ledit souper, Marc confesse avoir consommé un verre de vin. Nous avons dû, malgré la détresse émotionnelle dans laquelle il se trouvait, lui donner un avertissement à l'effet que sa consommation allait à l'encontre de la règle de non-consommation du centre. Nous étions obligés de lui dire qu'une récidive mettrait fin à son séjour. Bien que nous réalisions que cette consommation était purement sociale et soulignait son anniversaire, dans un souci de respect des règles du CCQ, il fallait responsabiliser Marc à cet égard.

Le lendemain, Marc est toujours dans un état très vulnérable, il pleure beaucoup et verbalise son désir de participer au service d'aide aux hommes tel que suggéré, mais identifie ne pas avoir assez d'argent pour couvrir les coûts de l'intervention, bien qu'ils soient peu élevés. Sa situation financière lui cause un stress énorme et représente un obstacle à l'amélioration de sa situation. Nous tentons de rationaliser le fait qu'il s'agit d'une situation temporaire qui s'améliorera sensiblement avec un retour au travail éventuel, moment où il retrouvera un salaire complet. Pour le moment, nous l'encourageons à amorcer ses démarches auprès de l'organisme offrant de l'aide aux hommes considérant la gratuité de la première rencontre et dans l'optique de connaître la pertinence des services pour sa situation. Au cours des jours suivants, bien que le désarroi soit toujours présent, Marc planifie des sorties à un tournoi sportif de grande envergure qui a lieu non loin de la RTE. Cette sortie lui change les idées et lui apporte un peu de réconfort. Il reste tout même anxieux et coincé à l'alentour de gens et la solitude lui pèse comme il n'a pas vraiment personne avec qui socialiser. Il se dit « tanné » de souffrir et d'avoir un sentiment constant

d'infériorité, d'entretenir la peur constante du rejet et du jugement. Il espère un changement et, pour une première fois, il met des mots sur sa souffrance.

Nous sommes au septième jour de son séjour et nous observons que Marc se dépose et commence à s'intégrer au groupe. Comme il commençait à sentir l'espoir que sa situation s'améliore, il apprend qu'il doit libérer plus tôt que prévu la chambre qu'il loue et donc, de se trouver un espace d'entreposage en attendant de se trouver une autre chambre. Une fois de plus, il est confronté à des problèmes financiers, il ne peut même pas se payer une passe d'autobus pour se rendre à sa chambre afin de faire ses boîtes et doit se trouver un transport pour déménager tous ses effets. Son stress est à un niveau des plus élevé, mais malgré tout il réussit à se mobiliser, accomplissement que nous nous empressons de féliciter. Entre temps, nous accompagnons Marc au centre de ressources pour hommes. Cette première rencontre remue son passé, mais Marc estime que le service correspond à son besoin et l'aidera à composer entre autres avec les traumatismes d'abus sexuel vécu durant son l'enfance, son historique de consommation et il pourra améliorer sa confiance en soi.

Son désir de changer sa situation est palpable et Marc montre beaucoup de reconnaissance face à l'aide et le soutien qu'il reçoit à la résidence. À la réunion d'équipe, il est convenu que le séjour de Marc sera une fois de plus prolongé afin de faire le pont jusqu'à ce qu'il emménage dans sa nouvelle chambre. Nous sommes ouverts à prolonger son séjour parce que Marc se mobilise bien, même s'il demeure vulnérable. L'équipe considère fortement de le référer à l'hébergement temporaire (HT), mais pour ce faire Marc devra débiter un suivi, une condition d'un séjour en HT. Marc découvre qu'il est éligible au programme d'assistance aux employés (PAE) offert par son employeur.

Comme il vit un peu d'espoir afin que sa situation se stabilise, ses plans d'aménagement dans une autre maison de chambre tombent à l'eau lorsqu'il apprend que cette demeure à été vendue et que sa fonction changera. Ce nouveau défi l'atterre, son séjour tire à sa fin et il se retrouve une fois de plus sans milieu de vie. Il trouve tout de

même l'énergie pour se mobiliser. Par contre la durée du séjour est une fois de plus à négocier. Les efforts de Marc sont pris en considération et il est décidé que son séjour serait allongé afin que Marc puisse intégrer son nouvel appartement. Il reste fragile et encore en ajustement de médication (antidépresseur). Selon nous, terminer son séjour et l'envoyer dans un organisme pour sans-abri pourrait réduire tous ses efforts à néant. De plus, il progresse dans ses démarches de demande de crédit afin de se rebâtir un dossier financier.

Son médecin lui annonce que son congé de maladie est de nouveau allongé, le trouvant encore trop vulnérable pour un retour au travail. Bien que Marc soit extrêmement déçu, il convient que cet arrêt lui sera bénéfique pour bien entamer ses suivis, et s'installer convenablement. Marc fait un bilan positif de son passage dans nos services. Il prend possession de son nouvel appartement et un collègue de travail l'accompagnera.

Depuis, il a commencé son suivi auprès de l'organisme d'aide pour les hommes et est bien décidé à travailler sur lui pour un avenir meilleur. Les inquiétudes financières restent présentes, mais Marc projette que sa situation s'améliora lors de son retour au travail.

5.2.2 Analyse de la situation selon le modèle

Afin d'appliquer les concepts du modèle de Larose et Fondaire à la situation de Marc, il importe de me questionner sur les perceptions et les représentations que se fait la personne de sa trajectoire, de son territoire, de l'évènement déclencheur actuel de la crise ainsi que des évènements déclencheurs de crises antérieurs.

Chez Marc, la rupture vient mettre en évidence la dureté de sa trajectoire et le mélange d'isolement et d'adversité qui caractérise son territoire. Durant cette période, Marc semble être dans un état récurrent de déséquilibre et de vulnérabilité et tente désespérément de ne pas répéter des stratégies d'adaptation inadéquates qu'il aurait prises auparavant pour

résorber sa crise. Regardons maintenant plus en détail la situation de Marc selon les différentes perspectives du modèle de Larose et Fondaire.

La trajectoire

L'intervention que nous avons effectuée auprès de Marc durant son séjour nous a permis d'effectuer quelques constats sur sa trajectoire de vie. Il est commun en intervention de crise de questionner la personne sur des situations de crise vécues avant l'épisode pour laquelle elle consulte afin de trouver des stratégies qu'elle aurait essayées ou qui pourrait être utilisées ou alors, pour découvrir si la crise s'installe autour d'un même élément déclencheur d'une crise passée. Pour Marc, nous avons découvert qu'une rupture ultérieure l'avait déjà désorganisé d'une manière similaire et amené à consulter et séjourné dans nos services quelques années auparavant. Nous pouvons donc poser l'hypothèse que la répétition dans sa réaction signifie que le deuil créé par ses ruptures amoureuses réveille une blessure plus profonde qui a été soulagée à l'aide d'une stratégie d'adaptation inappropriée. La répétition informe sur la non-résolution interne du conflit, comme l'explique les auteures :

si nous arrivons à déceler le plus rapidement possible la réplique de cet événement passé, notre intervention va alors se transformer de façon à saisir son sens caché et sans doute à discerner subtilement un événement passé, plus enfoui, le véritable événement déclencheur, inscrit dans le passé de la personne (Larose et Fondaire, 2011, p. 96).

D'ailleurs, Marc dit lui-même être dans la même situation que dans ses expériences de séparation précédant.

Sa trajectoire est aussi soulignée par des événements marquants tels les abus vécus durant son enfance et qui se sont accentués par des décisions de vie qui ont eu un effet négatif sur son déroulement ultérieur. Nous faisons ici référence à sa toxicomanie le menant à la faillite personnelle et à l'épuisement de son réseau. Marc met lui-même en évidence certains événements majeurs de son passé qui ont un lien étroit avec les difficultés qu'il éprouve durant la période où nous l'avons connue. Ceci a contribué à limiter chez Marc le

développement d'une estime de soi solide et d'une confiance en ses propres capacités, sociales notamment. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant d'avoir entendu Marc répéter qu'il ne se sentait pas « à la hauteur ».

Le territoire

Au moment où nous avons rencontré Marc, nous avons fait le constat d'un territoire appauvri. Au plan de ses relations familiales, ses parents sont décédés depuis plusieurs années et il n'a plus de contact avec ses deux sœurs et son frère. Il affirme que sa consommation a fait qu'il s'est éloigné de sa famille. Marc ne semble pas vouloir effectuer un rapprochement avec eux pour l'instant. Une autre constatation que nous pouvons émettre est qu'à la suite de sa décision d'arrêter de consommer, Marc a dû s'éloigner de ce milieu et de ses fréquentations de l'époque. Du coup, il perdait son réseau social qui l'entourait à ce moment. Rester en contact avec le monde de la consommation l'aurait mis à un risque élevé de rechuter et comme il l'affirme, il était clair qu'il ne poursuivait pas sur cette voie.

Au niveau socio-économique, Marc bénéficie de la structure rassurante d'un emploi à temps plein, ce qui lui assure une certaine sécurité financière, l'accès à un programme d'aide aux employés, et la perspective d'un retour au travail positif suivant son congé de maladie. De plus, à part l'encadrement économique que son emploi lui donne, il semble que son milieu de travail soit générateur de relations pouvant le soutenir aux plans émotionnel et organisationnel pendant sa période de difficulté. Il reste que les revenus peu élevés qu'offre son emploi et son historique de faillite sont des facteurs de stress pour les raisons que nous avons mentionnées auparavant, mais en particulier, il ne peut s'offrir un milieu de vie convenable, proche de son lieu de travail afin de limiter les coûts de transport, se meubler, pouvoir se nourrir adéquatement, etc. Il semble d'ailleurs que les difficultés financières de Marc font partie de la récurrence de sa problématique. Les notes au dossier de son séjour précédent font état de toute sa détresse liée à des complications causées par un problème d'argent. Nous constatons cette même détresse lors de son séjour actuel. D'ailleurs, afin de soulager sa détresse et de le soutenir dans ses démarches, nous avons pu

l'aider à ce niveau (billets d'autobus, cigarettes, prêt minimum d'argent pour se meubler). Il est intéressant de noter que Marc a remboursé quelques dus quelques semaines plus tard.

Au cours de son séjour en hébergement, le territoire de Marc s'est en quelque sorte peuplé de relations avec les intervenantes et les intervenants de la résidence et des personnes résidentes. La rencontre avec le milieu lui a permis de créer des liens, que nous pouvons caractériser de ponctuels ou de courte durée, mais malgré tout très utiles considérant qu'il a réalisé qu'il peut être apprécié, se sentir intéressant auprès des autres résidents et cela lui a permis de reprendre confiance en ses capacités de créer des liens. Cependant, il reste très sensible lorsqu'il reçoit des marques d'affection de la part de ses collègues. Tout se joue comme s'il ne se donnait pas le droit ou n'était pas digne de recevoir cette attention.

Les éléments déclencheurs

Nous avons vu au chapitre deux que les situations de crise varient d'une personne à l'autre. En effet, les facteurs contribuant à la crise, les réactions des personnes, et l'issue de la crise sont rarement semblables.

La plupart des personnes vivant une séparation sont sujettes à différents stress : psychologiques, sociaux et financiers. Cependant, ces stress ne sont pas nécessairement synonymes de vulnérabilité ou de crise. Chez Marc, nous avons observé, durant la période où je suis intervenu auprès de lui, un état de vulnérabilité constant causé par un état émotionnel fragile et un réseau social peu présent et peu soutenant. En outre, dans le cas de Marc, son niveau de stress et d'inquiétude était accentué par les ruptures (récente et antérieure), par une situation financière précaire ainsi qu'un faible réseau social. Étant donné ces trois aspects fragilisant (état émotionnel, réseau social faible, aspect économique), j'ai observé que Marc se sentait facilement dépassé quand des imprévus survenaient et déclenchaient chez lui des sentiments de perte de contrôle. Par contre, l'application de stratégies apprises ultérieurement lui permettait de rester en relativement en contrôle de soi. J'ai aussi remarqué que Marc vivait de grands moments d'angoisse quand il

percevait que sa situation financière causait obstacle à ses démarches. Son sentiment d'isolement et ces perceptions négatives sur sa capacité à entrer en relation étaient tributaires de sa faible estime de soi, de son historique de toxicomanie et des abus vécus durant son l'enfance. Ces moments d'angoisse s'accompagnaient d'une grande difficulté à retrouver la maîtrise de la situation en demandant de l'aide ou en trouvant des solutions alternatives. Ainsi, la rupture était marquée chez Marc par un état de vulnérabilité élevé, ponctué d'épisodes de crise, occasionnant des moments intenses d'angoisse et de détresse émotionnelle.

5.2.3 Retour sur l'intervention

Je constate que le portrait de Marc reflète plusieurs similitudes avec le portrait « un parcours accidenté, un territoire brûlé » présenté par le modèle de Larose et Fondaire. Tout au long de sa vie, le parcours de Marc est semé d'embûches, sa trajectoire lui fait vivre un conflit interne. Au fil des ans, son territoire à été mis à l'épreuve et s'est graduellement effrité autour de lui. Par contre, il faut nuancer que Marc, au fil des ans, a su utiliser de meilleures stratégies d'adaptation et recréer un cercle social autour de lui. Ses relations de travail représentent un atout important dans sa vie ce que Marc ne voyait pas au début de son séjour.

L'analyse de la situation selon le modèle de Larose et Fondaire nous permet de voir que les difficultés de Marc se situaient à deux niveaux. À un niveau plus immédiat, plus concret, les angoisses de Marc étaient générées par une situation financière peu favorable directement reliée à sa rupture amoureuse et son congé de maladie. Je peux souligner en particulier les complications liées à sa relocalisation, les problèmes de transport, le peu de soutien social dont il bénéficiait et le peu de ressources financières dont il disposait. Les interventions que nous avons effectuées aux plans organisationnel et matériel (hébergement, déplacement en bus, soutien financier) visaient à répondre aux besoins de Marc sur ce plan. Il était observable que l'aide apportée a eu un effet certain sur l'état émotionnel de Marc et a contribué à diminuer son niveau d'angoisse en l'aidant à se sentir

plus en contrôle de sa situation. Cependant, l'effet de cette aide n'avait qu'une durée temporaire, puisque chaque nouvel imprévu replongeait Marc dans un état dépressif. Le modèle de Larose et Fondaire permet de voir que l'intervention auprès de Marc ne pouvait se limiter à poser des gestes de sauvetage, à rechercher des solutions à ses difficultés du moment. Heureusement, il maintenait un suivi avec son médecin quant aux symptômes dépressifs qui jouaient beaucoup sur son retour à un mieux-être.

L'étude de la trajectoire et du territoire de Marc met en évidence que la problématique génératrice de crises se situait au second niveau, soit le processus d'adaptation au deuil. En effet, la rupture amoureuse venait confronter Marc avec ce qui a été blessant durant sa trajectoire. Ses conflits intérieurs génèrent une profonde angoisse et amenuisent les capacités de Marc à s'autoréguler et puiser dans ses forces pour trouver des solutions, notamment en développant un réseau social sur lequel il pourrait s'appuyer. Il semble en effet que son passé de toxicomane prenne beaucoup de place dans sa vie relationnelle et contribue à la maintenir dans un état d'isolement. Ainsi, notre intervention visait également à soutenir Marc face à ses difficultés, tout particulièrement au plan de son adaptation à assumer un nouveau départ suivant la rupture, tout en sachant que la courte durée de notre suivi ne pouvait en aucun cas résoudre les diverses problématiques nourrissant ces difficultés. Cet aspect souligne toute l'importance dans l'intervention auprès de Marc afin qu'il entreprenne un suivi à plus long terme auprès de l'organisme pour hommes, par exemple, ou avec le psychologue du service d'aide aux employés dans son milieu de travail. Enfin, quant à la capacité de changement de Marc, il nous est apparu que la rupture amoureuse que vivait Marc apportait ce *timing* dont parlent Larose et Fondaire, c'est-à-dire, rappelons-le, « ce moment propice pour la personne pour ouvrir sur son vécu difficile en lien avec sa trajectoire, son territoire, l'événement déclencheur et ses perceptions et représentations » (2011, p. 107). Marc semble avoir trouvé réponse à son besoin en la présence de diverses intervenants et intervenantes qui l'ont accompagné durant son séjour. Les interventions dont il a bénéficié semblaient le soutenir dans un processus de croissance personnelle. En ce qui nous concerne, nous étions conscients de la ponctualité de notre intervention. Bien que notre mandat auprès de Marc ait pris fin au bout de presque

seize jours, les besoins de Marc se prolongeaient au-delà de la période où nous l'avons rencontré. Ainsi, dans un souci de continuité, nous avons encouragé Marc à poursuivre ses démarches pour obtenir du soutien psychosocial ou psychologique à plus long terme afin d'effectuer un travail plus en profondeur sur son estime de soi, ses angoisses et ses relations avec les autres.

Il faut aussi souligner que la durée du séjour dont Marc a pu bénéficier est un facteur qui a grandement contribué au résultat positif de l'intervention effectuée avec sa propre collaboration. Il n'est pas commun d'offrir un séjour d'une durée de seize jours en hébergement de crise. Par contre, dans le cas de Marc, considérant sa grande vulnérabilité et sa fragilité, il aurait pu être néfaste à son cheminement de terminer son séjour au bout de dix jours et de le référer à un organisme, par exemple pour sans-abri, en attendant qu'il se trouve un endroit convenable où habiter. Il est opportun ici de souligner la flexibilité qu'offrent les organismes alternatifs de soutien et d'applaudir les pratiques organisationnelles qui font place au jugement clinique des intervenantes et intervenants afin d'assouplir les balises qui régissent le cadre de l'intervention afin de s'ajuster aux spécificités de la situation unique d'une personne aidée.

5.3 Étude du cas de Paul

Paul est aussi connu des services du CCQ, il a séjourné quelques années auparavant à la même résidence. Cette fois-ci, un désir de devenir sobre et de reprendre sa vie en main l'amène à faire appel à nos services. Voyons d'abord les circonstances qui le portent à vouloir séjourner avec nous cette fois-ci, l'évolution de sa situation et notre analyse selon le modèle à l'étude.

5.3.1 Séjour de Paul

Nous sommes au début de la saison printanière et Paul, un homme dans la trentaine avancée, est accueilli dans nos services suite à une importante rechute d'alcool. Depuis la période des fêtes, il consomme de nouveau. La saison festive a été particulièrement difficile pour lui parce qu'il s'agissait du premier Noël suite au décès de sa mère. Ce décès, qui est arrivé très subitement, a laissé un vide immense et Paul a beaucoup de difficulté à faire son deuil. Il était en cure au moment du décès et n'a pas pu revenir ou entretenir une discussion avec elle sur les événements qui ont marqué leur passé; un passé marqué par l'alcoolisme de la mère. Auparavant, Paul a réussi à être sobre durant une dizaine de mois durant une cure fermée. Cette rechute représente donc un échec pour lui. Pour ajouter à sa difficulté, Paul est atteint d'hépatite C et d'un trouble bipolaire. Cette dernière maladie l'empêche de pratiquer sa profession, ingénieur civil, parce qu'il ne peut plus soutenir le niveau de stress engendré par ce type de travail, un autre deuil qui est encore aujourd'hui difficile à accepter.

Lors de la journée prévue de son accueil, à son arrivée, l'haleine de Paul dégage une forte odeur d'alcool. Paul admet qu'il avait bu une dernière consommation avant de prendre la voie de la sobriété. Comme nous ne pouvons accueillir aucune personne ayant consommé au sein de la résidence, par souci de sécurité et de respect pour les autres résidents pouvant vivre une problématique en toxicomanie, nous proposons à Paul de lui réserver sa place jusqu'au lendemain pour lui permettre de se présenter sobre. Il accepte et revient le lendemain.

Paul s'excuse d'être arrivé en état d'ébriété la journée d'avant, il nomme son désarroi et son désir de se reprendre en main. Son objectif principal de séjour est d'amorcer son sevrage en vue de poursuivre une cure fermée dans un autre organisme. Il montre sa motivation tout au long du séjour en initiant plusieurs demandes auprès d'établissements offrant des services d'intervention en toxicomanie. Les premières journées de son séjour, Paul dit se sentir extrêmement vulnérable et appréhende une rechute. Il exprime son besoin

d'encadrement pour maintenir sa sobriété et demande d'être accompagné jusqu'à se qu'il débute sa thérapie. Nous comprenons bien sa demande, et lui expliquons que la durée du séjour sera discutée en réunion d'équipe et basée sur des délais raisonnables selon une date fixe et confirmée par l'organisme où la cure aura lieu. Pour l'instant, son séjour est fixé à cinq jours soit jusqu'à la prochaine réunion de l'équipe d'intervention. Paul collabore aux tâches de la résidence, socialise avec les autres résidents et se tient occupé lorsque lui reviennent les envies de consommer.

À l'annonce de son acceptation dans deux établissements offrant des thérapies fermées, Paul a le désir de retourner chez lui pour boire une dernière fois avant de débiter sa thérapie. Nous sensibilisons Paul à l'importance de choisir l'organisme qui lui permettra de débiter le plus rapidement possible et de trouver des moyens qui l'aideront à ne pas vivre un échec. En l'occurrence, retourner chez lui prématurément pour consommer viendrait estomper tous les efforts déployés les derniers jours pour maintenir sa sobriété et ainsi réduire à zéro sa fierté ou même son estime de lui même. Paul est d'accord et décide de rester à la résidence. Il réussit même à sortir encaisser un chèque et résister à l'envie de consommer son revenu.

Il faut aussi mentionner que durant son séjour, Paul a débuté une phase de manie. Au début, il hésitait à savoir s'il devait attribuer son état aux effets du sevrage, mais voyant « ses pensées » s'accélérer à un rythme effréné et son niveau d'énergie grimpé de façon fulgurante, il choisit de se rendre à l'urgence de l'hôpital pour consulter et pour faire ajuster sa médication. Nous le félicitons dans sa démarche préventive, il a su identifier les signes précurseurs et sa décision de consulter immédiatement lui a permis d'éviter un épisode de manie.

Ce soir-là, Paul parle beaucoup avec l'intervenante, il mentionne entre autres qu'il est encore très difficile pour lui d'accepter le fait qu'il ne peut plus pratiquer la profession pour laquelle il a étudié et obtenu son diplôme universitaire. Il mentionne qu'il se sent quelque peu dénigré et incompetent d'en être rendu là. Il mentionne vouloir maintenant

s'investir dans un projet de vie et faire des activités qui lui redonneront son estime de lui après sa thérapie. Il désire s'accomplir et cesser de se mettre en échec lorsqu'il commence à aller bien. Nous lui reflétons que d'initier une démarche de thérapie l'amène déjà dans cette direction. Nous lui reflétons aussi l'efficacité des stratégies qu'il a utilisées jusqu'à présent, il a su par exemple régulariser ses rythmes de bases, reconnaître les signes avant-coureurs de sa maladie, il a su rester sobre malgré l'envie de consommer en s'occupant et gardant un discours intérieur positif, il n'hésite pas à consulter et à parler au besoin. Il reconnaît un peu que les efforts proviennent de lui, mais est extrêmement reconnaissant du support et de l'encadrement qu'il reçoit à la résidence. Il envisage le futur positivement et sent qu'il comprend mieux sa maladie et l'apprivoise tranquillement.

Nous en sommes maintenant douzième jour de son séjour. Paul reçoit l'appel téléphonique de l'organisme qui lui confirme son entrée en thérapie pour le lendemain. Il avoue qu'il est très difficile pour lui de « gérer tous ces événements à froid ». Il nomme que l'anxiété et l'anticipation sont une cause majeure de son état, il anticipe déjà son retour chez lui après la thérapie. Nous le recentrons sur ses forces et énumérons, avec sa participation, quelques solutions qui l'aideraient à ne pas rechuter, Nous discutons entre autres des ressources à sa disposition : mouvement des AA, autres organismes d'écoute, participation de son entourage et de sa famille, etc. Nous terminons en soulignant l'importance de rester dans le moment présent.

Il quitte le lendemain, motivé par sa démarche en thérapie et satisfait de son séjour parmi nous. Il nous remercie pour notre écoute et est très reconnaissant pour le soutien que nous lui avons apporté. En compagnie de son intervenant, il part pour une thérapie fermée au sein d'un autre organisme.

5.3.2 Analyse de la situation selon le modèle

Chez Paul, nous pouvons constater que la maladie ravive les difficultés de son parcours de vie et les faiblesses de son territoire. Le sentiment d'échec qui en découle est palpable et plusieurs événements survenus en lien avec la consommation et son diagnostic de santé mentale seront perçus comme insurmontables et seront générateurs d'anxiété. Regardons plus en détails la situation de Paul selon les différentes perspectives du modèle de Larose et Fondaire.

La trajectoire

L'intervention que nous avons effectuée auprès de Paul ne nous a pas révélé beaucoup de détails sur son parcours de vie. Cependant, Paul met lui-même en évidence certains événements majeurs de son passé qui ont un lien étroit avec les difficultés qu'il éprouve durant la période où nous l'avons connu. Entre autres, nous savons que sa trajectoire est marquée par une relation difficile avec sa mère qui était elle-même aux prises avec des problèmes d'alcoolisme. D'ailleurs, l'étude de Moreau et Chayer Gélinau (1999), intitulée *Guérir d'un parent alcoolodépendant*, discute du fait que pour un enfant, vivre avec un parent alcoolique, c'est vivre dans un climat familial tendu, souvent conflictuel, incohérent ou imprévisible. Face à un parent qu'ils aiment et redoutent en même temps, les enfants sont confrontés au quotidien à la peur, à la honte, à la culpabilité, à l'insécurité et à l'isolement. Et, par loyauté vis-à-vis de sa famille, et surtout parce qu'il aime et veut protéger le parent, l'enfant va taire la situation et porter cette souffrance jusque dans sa vie adulte. Une autre étude stipule que « les enfants de parents alcooliques courent un risque plus grand de développer eux-mêmes plus tard des problèmes de dépendance à l'alcool » (Addiction Suisse, 2011, p. 4). Cette étude va même jusqu'à dire que ce risque est jusqu'à six fois plus élevé que pour des enfants vivant dans une famille sans problème d'alcool. Paul aurait voulu avoir la chance de discuter de son enfance avec sa mère afin de pouvoir comprendre et faire le point afin de tourner la page. Conséquemment, la période de Noël est spécialement difficile pour Paul car elle marque le décès de sa mère.

Malgré une enfance marquée par l'alcoolisme de sa mère, Paul a réussi à s'accomplir comme adulte en effectuant des études universitaires en génie. Toutefois, sa trajectoire se voit une fois de plus affectée lorsqu'il reçoit un diagnostic de trouble bipolaire et subséquemment de l'hépatite C. Désormais, il ne pourra plus exercer une profession demandant de gérer un grand niveau de stress. Depuis quelques années, afin de s'évader de sa nouvelle réalité qu'il a beaucoup de difficultés à accepter, l'alcool devient son échappatoire. Il démontre peu d'estime de soi, il trouve sa situation honteuse et se met souvent en échec. Aujourd'hui, sa période de crise maintenant calmée, au croisement de sa trajectoire et de son territoire, nous agissons comme un tremplin vers un autre organisme qui pourra lui offrir des services de longue durée et mieux adaptés pour le soutenir dans ses difficultés et son besoin de se prendre en main par la création d'un projet de vie.

Le territoire

La période durant laquelle nous avons rencontré Paul se caractérise par un territoire principalement peuplé d'intervenantes et d'intervenants ou de professionnelles et professionnels de la santé. En effet, il est suivi de façon régulière par un intervenant d'un organisme qui accompagne des personnes vivant, ou ayant vécu, des difficultés liées à un problème de santé mentale qui a entraîné soit la discrimination sociale ou l'isolement. Il voit aussi un psychiatre et un médecin de famille. Il faut noter cependant que le soutien apporté en milieu hospitalier, par l'engagement du personnel et par le cadre physique et sécuritaire qu'il offre, peut être un apport à double tranchant : cela peut aider la personne à profiter d'un cadre sécuritaire pour donner un répit à la personne dans une période vulnérable et se laisser prendre en charge sans nécessairement prendre le relais progressivement et s'en retourner chez soi avec des sentiments de compétence, n'ayant pas développé d'autres capacités. Il n'est pas rare que des personnes deviennent dépendantes des services hospitaliers pour cette raison, surtout lorsqu'une personne est en situation d'isolement social.

Au plan familial, Paul nous dit qu'il a peu d'interactions avec son père et ses trois sœurs et affirme se mettre à l'écart de sa famille à cause de sa consommation. Durant son séjour, nous observons par contre qu'il sort à plusieurs reprises voir des amis. Il peut compter en effet sur le soutien de quelques amis et amies. Il entretient entre autres une relation d'amitié avec la mère d'un ami, une relation significative selon Paul. Il dit aussi aimer vivre dans son appartement, il fait d'ailleurs le déneigement pour son propriétaire. Il dit lui-même être reconnaissant du soutien qu'il reçoit de ses proches et des intervenantes et intervenants qui l'entourent.

Avec un recul nous pouvons stipuler que Paul bénéficie d'un réseau social présent, mais tout de même limité dans des circonstances de consommation. D'un côté, Paul reste à l'écart de sa famille par souci de ne pas les affecter avec son problème d'alcoolisme, et de l'autre côté, ses quelques relations d'amitié lui permettent de briser l'isolement. Il n'en reste pas moins que le malaise de Paul est tel qu'il doit se tourner vers des services hospitaliers et nos services pour l'aider à reprendre une trajectoire saine et munie d'un projet de vie constructif.

Les éléments déclencheurs

Depuis les dernières années, plusieurs éléments déclencheurs ont mené Paul à vivre des épisodes de crise. Tout d'abord, mentionnons l'acceptation difficile de son double diagnostic de bipolarité et d'hépatite C le projetant dans un deuil d'une vie dite « normale » et productive en tant qu'ingénieur. Or, nous savons que la maladie soulève souvent un fort sentiment d'impuissance et de dénigrement, la personne étant souvent sujette aux préjugés, aux stéréotypes de la part des personnes elles-mêmes, de leur famille, de leurs collègues, etc.

Or, l'histoire de la psychiatrie sociale nous enseigne que les conceptions culturelles de la maladie mentale ont des conséquences importantes sur la présence de clichés et de stéréotypes, sur les démarches de recherche d'aide et même sur la nature des structures de traitement mises en place. Les préjugés négatifs engendrent des conséquences personnelles et sociales néfastes et de la détresse pour les personnes aux prises avec ces maladies. Elles doivent faire face à des obstacles supplémentaires qui rendent leur guérison plus difficile, allant de la crainte de

demander l'aide nécessaire, de peur d'être stigmatisées, aux difficultés d'accéder aux services et à la possibilité de recevoir le type de traitement le plus approprié à leur condition. Ces personnes perçoivent également moins d'appui et d'acceptation dans leur entourage et le rejet qu'elles subissent affecte leurs familles, leurs proches et même l'organisation des services requis (Conseil médical du Québec, 2001, p. 29-30).

Par ailleurs, une étude réalisée en 2001 par Roper Starch Worldwide Inc, et citée dans le rapport : *Les maladies mentales : un éclairage contemporain* du Conseil médical du Québec (2001) rapporte trois croyances populaires qui dressent une barrière au diagnostic et au traitement.

L'une de ces barrières stipule que :

Le diagnostic en soi est stigmatisant : près de la moitié des personnes ayant reçu un diagnostic sont embarrassées par leur maladie alors que seulement 17 % de celles qui n'ont pas reçu un diagnostic officiel, mais qui ont des symptômes associés aux maladies mentales, éprouvent ce sentiment. Deux fois plus de personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale craignent de parler de leur maladie à leurs amis » (Fondation des maladies mentales, 2014, s.p.).

Pour Paul, c'est une réalité criante. Il s'auto-stigmatise de telle sorte qu'il s'isole et se met lui-même des obstacles pour vivre un projet de vie constructif. De ce fait, nous observons une diminution de sa confiance en soi et un processus de deuil difficile.

Au niveau des éléments déclencheurs, il faut aussi mentionner le deuil difficile relié au décès de sa mère. Un an suivant son décès, il est clair que Paul ne peut composer avec l'impasse de n'avoir pu fermer la boucle avec sa mère et trouver une paix intérieure. Ce deuil demandera une intervention à long terme qui ne peut être offerte à l'intérieure du mandat du centre de crise. Nous pouvons tout de même travailler avec lui pour qu'il puisse trouver des pistes de solutions et cheminer durant son séjour.

Sa rechute de consommation constitue l'élément déclencheur principal provoquant sa demande dans nos services. La rechute marque la dernière étape d'un long processus que Marcotte et Lecavalier (1999) nomment « le cycle de la rechute »²¹ (cité par Raymond Cardin dans son document : *Signes avant-coureurs d'une rechute*). Nous pouvons penser que le deuil non résolu du décès de sa mère ainsi que la non acceptation de ses diagnostics projettent Paul dans ce cycle de rechute à un moment où il se trouve plus vulnérable. Au stade de la rechute, la personne peut devenir incapable de fonctionner à plusieurs niveaux de sa vie, soit au travail, dans sa vie sociale, sa vie familiale ou sa vie intime. Dans le but d'échapper à la douleur ou au désespoir, la personne peut essayer de contrôler sa consommation soit en limitant la quantité qu'il boit ou encore en consommant abusivement pendant une courte période de temps. Elle risque de perdre rapidement le contrôle de sa consommation d'alcool. Par conséquent, la personne devient incapable de fonctionner émotionnellement et peut devenir rapidement incapable de faire face à ces obligations en raison de son épuisement physique. Paul arrive dans nos services dans cet état.

5.3.3 Retour sur l'intervention

L'intervention menée avec Paul s'est révélée par moments houleuse en raison d'un refus d'un début de séjour à l'accueil initial et subséquemment par l'apparition de symptômes liés à son trouble bipolaire. L'intervention première a d'abord été d'accueillir Paul dans son besoin de faire une transition vers la sobriété. Il s'agissait alors de l'accompagner par exemple dans l'écoute des signes de sevrage, de motiver de nouvelles perceptions de la situation face à son désir de consommer afin de maintenir la sobriété et de l'encourager à adopter une hygiène de vie saine et régulière. Dans un deuxième temps, nous avons accompagné Paul dans ses recherches pour trouver un organisme offrant des services de thérapie fermée. Une autre fonction de notre intervention, qui se rapproche plus de l'intervention de situation de crise selon Larose et Fondaire, a été d'accompagner Paul dans la compréhension de son territoire en fonction de sa trajectoire (par exemple, son deuil

²¹ On peut consulter le site internet du centre communautaire d'intervention en dépendance *L'Étape* pour un résumé des différentes étapes du cycle de rechute de Marcotte et Lecavalier adapté par M. Raymond Cardin, conseiller en toxicomanie: <http://www.etape.qc.ca/chroniques/rechute.htm>

difficile du décès de sa mère en relation avec sa rechute et son isolement, la place de la consommation en lien avec son deuil d'une vie professionnelle tel qu'il l'avait imaginé avant l'annonce de ses diagnostics) et d'accueillir ses réactions lors de l'apparition des symptômes d'une phase de manie liée à son trouble de bipolarité.

Paul avait une bonne capacité d'introspection donc à chaque apparition d'un nouveau défi, nous tentions de saisir l'opportunité d'intervenir dans un esprit de cheminement et de compréhension. En fait, il est intéressant de remarquer que le portrait de Paul s'apparente au deuxième processus de crise présenté par Larose et Fondaire « un accident de parcours, effritement du territoire ».

À travers sa trajectoire, Paul a réussi, jusqu'à quelques années auparavant, à maintenir un équilibre relativement stable. Malgré une enfance marquée par l'alcoolisme de sa mère, nous pouvons constater que Paul a su mettre à profit les événements inéluctables, parfois positifs, et d'autres présentant un défi, pour se munir de stratégies d'adaptation afin de se développer en tant qu'adulte accompli, évoluant dans un monde de professionnels. Son territoire, composé de systèmes relationnels significatifs (à différents niveaux), pouvait le soutenir durant les périodes plus difficiles à traverser dans sa vie. Mais, voilà que des événements se sont succédé dans sa vie, en l'occurrence les différents diagnostics médicaux, le déstabilisant à un point tel qu'il sombre dans l'alcoolisme et vit consécutivement le deuil du décès de sa mère. Tel que décrit par Larose et Fondaire, la personne qui est tantôt capable de faire face, vit une détresse telle que vis-à-vis « l'intensité des événements et le stress interne qui en découle font en sorte qu'elle ne trouve plus de moyens pour libérer ses tensions et se ressourcer » (Larose et Fondaire, 2011, p. 113). C'est le cas de Paul, il ne peut plus poursuivre ses activités quotidiennes et ses moyens d'adaptation sont épuisés. Quant à son territoire, bien que soutenu au départ, le sentiment d'impuissance et d'inutilité l'emporte et tranquillement les systèmes relationnels s'effritent. Pour la famille, il se peut que l'alcoolisme de Paul ait eu raison de ce soutien, frères et sœurs eux-mêmes confrontés avec les conséquences de la dépendance de leur mère. D'ailleurs, de lui-même Paul se met à l'écart troublé par la honte et le sentiment d'injustice.

Clairement, l'incertitude a pris le dessus sur ses capacités à gérer les différents événements de sa vie et Paul cherche désespérément à reprendre le contrôle en misant sur l'accomplissement d'un projet de vie par exemple.

Nous observons que, comme le présentent Larose et Fondaire dans les possibles d'après crise, que le territoire de Paul a fait place à l'aide extérieure professionnelle (médecin, psychiatre, intervenants sociaux, etc.). Aussi depuis son premier séjour, Paul est maintenant capable de nommer plus clairement ses sources de stress, il est davantage en mesure de faire face aux différents deuils vécus et bien qu'il reste fragile, nous voyons une capacité de résilience se former pour traverser la crise actuelle et cheminer vers un nouvel équilibre.

Notre intervention s'est donc soldée par un transfert vers un autre organisme, où Paul pourra continuer sur le chemin de la sobriété et mettre en action un projet de vie où il se sentira de nouveau accompli.

Dans le cas de Paul, il a pu séjourner 13 jours. Il s'agit d'un autre exemple où le séjour a été plus long que la durée normalement prescrite par le Centre. Je crois qu'il faut cependant mentionner que pour Paul, ce séjour prolongé était perçu profitable par l'équipe parce qu'il a permis à Paul de maintenir sa sobriété et que ses actions et sa mobilisation démontraient sa motivation pour prendre un nouveau virage. Il devenait concevable alors pour l'équipe d'envisager héberger Paul afin qu'il puisse faire le pont jusqu'à sa thérapie fermée. Un retour chez lui après un séjour normal de dix jours aurait pu compromettre les efforts de Paul considérant une vulnérabilité encore très présente.

Enfin et en lien avec les décisions sur la durée du séjour de Paul, l'intervention a été déterminée en partie par la capacité de changement de Paul, pour reprendre le thème développé par Larose et Fondaire. Tel que mentionné précédemment, nous avons senti que la période de rechute vécue par Paul offrait un *timing* pour le changement, dans son ensemble. Paul montrait qu'il avait « une ouverture qui permettrait de recréer des liens entre son histoire, ses systèmes relationnels et son vécu de crise actuel » (Larose et

Fondaire, 2011, p. 96). Par exemple, la bonne capacité de changement que nous avons observé chez Paul se traduisait par l'utilisation de stratégies d'adaptation adéquates menant Paul à prendre les bonnes décisions pour protéger sa sobriété. Il est aussi important de noter que le modèle d'intervention de crise proposé par Larose et Fondaire nous a permis de saisir la situation socioaffective de Paul, à travers la prise en compte de sa trajectoire et de son territoire. Il n'en reste pas moins qu'aucune intervention de crise ne peut répondre aux problématiques profondes de Paul qui découlent des événements à l'enfance et de l'acceptation de ses diagnostics. Le dénouement de ses conflits socioaffectifs nécessite donc un travail d'accompagnement de longue durée et nous observons que Paul présente une ouverture nécessaire pour effectuer les changements nécessaires.

5.4 Pertinence du modèle de Larose et Fondaire auprès de la clientèle en hébergement de crise

À la suite de ces deux études de cas, je propose de discuter des raisons pour lesquelles le modèle d'intervention de crise proposé par Larose et Fondaire est approprié pour la pratique des travailleuses et travailleurs sociaux œuvrant en contexte d'intervention en hébergement de crise. J'examine la pertinence de ce modèle pour l'intervention auprès de cette clientèle et évalue l'applicabilité de ce modèle dans le milieu d'hébergement de crise.

D'emblée, ce modèle vise une clientèle très diversifiée, telle celle rencontrée dans les centres de crise du Québec. L'analyse des études de cas selon ce modèle montre que la grille d'évaluation que les auteures proposent est pertinente pour mieux saisir « le sens de la crise » chez les personnes qui se présente en hébergement de crise, qui est d'ailleurs un des objectifs principaux de cette approche.

Une grille de lecture

Le modèle étant conçu pour adapter l'intervention en situation de crise dans le contexte actuel, je pense qu'il est particulièrement adapté à l'intervention auprès de cette clientèle pour plusieurs raisons. D'abord, le modèle de Larose et Fondaire propose une grille de lecture qui permet de mettre en évidence et de mieux comprendre comment la crise surgit à la jonction du territoire et de la trajectoire des personnes. Ce modèle permet de saisir la place du passé et comment il agit sur la situation présente. Si l'interrelation entre le passé et le présent peut être vraie pour toute personne, on peut néanmoins dire que c'est particulièrement le cas chez Marc et chez Paul. Comme nous l'avons vu dans les sections 1.2 et 1.3 du chapitre 2, la crise évolue sur un continuum et il ne suffit pas de considérer l'intensité de l'élément déclencheur pour amener une personne à vivre une situation de crise, la perception de cet événement et la signification que la personne lui donne jouent un rôle d'importance. Ses perceptions et cette signification sont bien évidemment basées sur une expérience de vie et le connue de la personne provenant de son passé.

Dans ces deux études de cas, j'ai pu constater combien, chez Marc, la séparation qu'il vivait présentement le ramenait à son vécu passé, en particulier, à sa séparation précédente, et à son passé de toxicomane. Cette séparation revêtait une signification particulière dans le sens où il avait l'impression de se retrouver à la case départ, et il ne voyait pas où trouver l'énergie pour surmonter cette épreuve qui avait un goût d'échec à ses yeux. Paul, de son côté, percevait un lien direct entre la rechute au niveau de sa consommation d'alcool, son enfance marquée par l'alcoolisme de sa mère et l'acceptation de son nouveau fonctionnement social en relation avec ses diagnostics médicaux. Je comprends donc qu'il est très important d'avoir une bonne compréhension de la trajectoire préalablement à la résolution de crise. De plus, comme nous l'avons vu au chapitre trois, dans le contexte d'hébergement de crise, il n'est pas rare de rencontrer des individus aux prises avec des troubles concomitants ou une multi problématique. Bien que ce ne soit pas un type de crise en soi, il s'agit d'une réalité courante qui demande à l'équipe d'intervention une attention particulière.

Le territoire et la trajectoire

Le modèle de Larose et Fondaire laisse une place prépondérante à l'analyse du territoire. Là encore, l'analyse du territoire est pertinente pour toute personne en situation de déséquilibre. En effet, dans la section 2.3 du chapitre deux, je souligne l'importance du soutien social pour la personne en crise. L'absence du support d'un réseau social peut mener à être davantage aux prises avec des sentiments d'impuissance. J'ai vu chez Marc par exemple que l'implication de ses collègues de travail a été une source importante de soutien et a joué un rôle important dans la résolution de la crise.

Dans la même foulée, la section 1.3 du chapitre deux montre que l'état de vulnérabilité des individus en période de crise peut se transformer en un état de stress intense ou de détresse lorsque certains facteurs de risque sont présents, tant sur le plan médical que psychosocial. L'intensité de l'état émotionnel provoqué par des conditions défavorables à la résolution de crise peut amener l'individu à adopter de mauvaises stratégies d'adaptation. Comme je l'ai déjà mentionné, la recherche met en évidence qu'au niveau des dimensions psychosociales et systémiques, le cumul de situations défavorables, comme la fragilité psychologique, les mauvais traitements antérieurs, l'isolement social, l'absence de soutien et d'aide, la pauvreté, viennent compliquer le processus de résolution de crise. Lorsque le territoire des personnes est vide de relations significatives, nous voyons l'effet positif du soutien offert par les intervenantes en hébergement de crise. Ainsi, l'étude du territoire des personnes hébergées en situation de crise permet de mettre en évidence la présence de conditions de vie et de systèmes relationnels qui vont jouer en faveur, ou bien à l'encontre, du développement de capacités adéquates de résolution de crise.

Dans ces études de cas, j'observe que, tant chez Marc que chez Paul, le territoire était présent plus particulièrement au niveau des amis ou de relations avec des intervenants. Tous les deux, ayant une problématique en toxicomanie, se sont mis à l'écart de leur famille ou alors des événements passés ont créés un bris des relations avec leur famille. Il est aussi intéressant de noter que les deux mentionnent, au début de leur séjour, qu'ils n'ont aucun réseau social (faisant référence aux bris de relations avec leur famille respective)

alors qu'au fur et à mesure du séjour, j'observe l'implication d'amis, de collègues ou d'intervenants. Bien qu'ils associent le dépouillement de leur territoire à l'éloignement de leur famille, ils ont en fait un réseau social capable de leur offrir un soutien. Il faut aussi mentionner, lorsqu'on analyse le territoire, que leur statut économique et social, marqué par la pauvreté, leur laisse peu de marge de manœuvre pour trouver des ressources alternatives. Toutefois, dans le cas de Marc et Paul, ils ont pu se mobiliser pour assurer un revenu et rencontrer divers professionnels de la santé qui lui a apporté un soutien ponctuel.

L'analyse de la trajectoire et du territoire permet d'avoir un aperçu de la subjectivité de la personne, une subjectivité qui va teinter ses perceptions. Prendre en compte cette dimension est d'autant plus nécessaire pour l'intervention auprès des personnes en crise parce que durant cette période leurs subjectivités peuvent différer de celle de l'intervenante qui a sa propre vision et sa propre perception liée à sa propre trajectoire et son propre territoire. Plus l'écart entre les subjectivités est grand, plus « il y a ici la nécessité pour le professionnel de se décentrer de lui-même afin d'entendre la subjectivité de l'autre et de l'aider au moment précis où il atteint sa limite particulière » (Larose et Fondaire, 2011, p. 98). L'écart des subjectivités peut en effet signifier que, durant l'intervention, nous soyons surprises du peu d'effet d'un événement majeur sur une personne et, à l'inverse, par l'ampleur d'une réaction face à un événement qui nous paraît plus anodin. Grâce à l'analyse des situations de Marc et Paul, j'ai pu mieux saisir les raisons pour lesquelles il est important de comprendre la subjectivité de l'autre car elle donne accès aux problématiques plus profondes de leur histoire et permet d'intervenir en conséquence.

Issues de la crise

Enfin, l'étude de la trajectoire et du territoire des personnes en crise permet d'identifier les facteurs dont dépendra l'issue de la crise. Ceux-ci sont de deux ordres : les conditions liées à la qualité de l'environnement et les ressources personnelles de ces individus. C'est à ces deux niveaux que l'intervenante ou l'intervenant pourra intervenir.

Au niveau de l'environnement, l'intervenant va pouvoir aider la personne à prendre conscience de la qualité de son territoire et d'essayer de le modifier en fonction de ses capacités et de ses besoins. Cette aide peut se faire tant au niveau financier et organisationnel, qu'au niveau de l'apprentissage des meilleures stratégies d'adaptation. Aussi, de par sa trajectoire et territoire professionnels, l'intervenante ou l'intervenant peut contribuer à modifier l'environnement social. Au niveau des ressources personnelles de la personne, l'intervenante ou l'intervenant devra déterminer les forces et les limites de celles-ci.

Par exemple, j'ai souligné chez Paul sa capacité à identifier les signes d'une manie et l'accompagner à adopter la meilleure stratégie afin qu'il puisse éviter de consommer comme moyen de *coping*. Une intervention permettant de normaliser ses difficultés et en même temps confirmant ses capacités a eu pour effet de le rassurer et de l'encourager à se faire confiance et à trouver des solutions.

Rappelons, au niveau des ressources personnelles, la notion de *timing* identifiée par Larose et Fondaire qui mesure l'ouverture au changement que les personnes présentent au moment de la crise. La situation de crise ne sera source de croissance personnelle que si la personne est dans une telle ouverture. Conséquemment, et à l'inverse, quand la situation de crise fait ressurgir des stratégies d'adaptation qui se sont déjà avérées inadéquates par le passé et que la personne ne réussit pas à en trouver de meilleures ou à les modifier, la crise ne sera pas significative en termes de maturation. Dans ce cas, le but de l'intervention sera d'amener la personne à identifier des stratégies alternatives, mais seule la personne, en fonction de sa trajectoire et de son territoire, pourra se les approprier ou non. Ainsi, et selon les cas, l'issue de la crise mènera vers la maturation de la personnalité, ou se présentera sous la forme d'un soulagement temporaire, que des événements subséquents pourront facilement ébranler.

Au terme de cette section, je peux dire que l'analyse de ces deux études de cas, en utilisant le modèle de Larose et Fondaire permet d'identifier certaines tendances et particularités dans les trajectoires et les territoires des individus qui vivent une situation de

déséquilibre majeur. Plus avant dans ce chapitre, j'ai présenté quatre situations-types de crise identifiées par Larose et Fondaire. Ces auteures les ont intitulées comme suit : *bris dans la trajectoire, un territoire divisé; accident de parcours, effritement du territoire; un parcours accidenté, un territoire brûlé; un territoire de protection, un accident de parcours*. Bien que les auteures ne prétendent pas que la formulation de ces types de situations rend compte de toutes les situations rencontrées, je pense qu'elles représentent un cadre de référence et d'analyse relativement complet sur lequel les intervenantes et les intervenants qui font de l'intervention de crise en situation d'hébergement peuvent se fier pour orienter leurs interventions.

Finalement, dans un contexte d'organisation des services de la santé qui tend à réduire la durée des hospitalisations, je pense que le modèle d'intervention de crise, proposé par Larose et Fondaire, répond à ce défi qu'ont les intervenantes et intervenants en centre de crise de :

développer davantage des modèles d'intervention où l'évaluation allie, à la fois la brièveté dans le temps et la précision dans la saisie de l'état émotif et social du système-client, tout en permettant d'établir rapidement la relation avec lui » (Association des Praticiens de Service Social en Milieu de Santé du Québec, 1996, p. 188).

Du point de vue de l'intervenant, cela permet d'identifier les problématiques plus profondes du vécu de chacune d'entre elles et d'orienter les interventions en conséquence.

CONCLUSION

Intervenir en situation de crise a été depuis des décennies déterminé par la modèle de Caplan. Le modèle proposé par Larose et Fondaire (2011) reconnaît tout l'apport de ce modèle d'intervention, et les auteures soutiennent néanmoins qu'il ne peut désormais suffire aux réalités de plus en plus diversifiées et complexes rencontrées dans les centres de crise.

Dans un effort de formuler un modèle qui réponde mieux aux besoins actuels et en se basant sur de nombreuses années d'expériences en centre de crise, les auteures proposent un modèle qui se centre davantage sur les caractéristiques de la personne en état de crise, son histoire de vie et son entourage social.

L'un des objectifs de ce rapport d'analyse de pratique était de faire état de l'histoire derrière la nécessité de créer des centre de crise au Québec ainsi que d'établir l'évolution de l'intervention de crise depuis ses débuts. Et ce, afin de bien camper le nouveau modèle dans la réalité actuelle. Un des paramètres de cet essai était donc la connaissance.

Le premier chapitre a permis de mettre en contexte mon expérience de stage pour ensuite bâtir les notions théoriques sur l'intervention de crise. L'ensemble des apports de ces notions me permet d'entrevoir la complexité de l'expérience de l'intervention de crise, car cette expérience est à même la croisée des chemins de vie de plusieurs êtres humains et de plusieurs systèmes sociaux. Intervenir en situation de crise est bien plus qu'un service d'aide téléphonique. J'ai vu l'importance des services d'hébergement de crise dans un temps où une personne ne peut se tourner vers son réseau social pour trouver réponse à sa demande d'aide pour différentes raisons. L'hébergement se présente alors comme une stratégie de soutien en période de crise.

À l'aide de deux études de cas, j'ai pu voir, en utilisant la grille de lecture du modèle d'intervention de crise proposé de Larose et Fondaire, à quel point l'expérience des personnes est directement reliée à la qualité de leur trajectoire de vie et des caractéristiques de leur territoire relationnel et systémique. Plusieurs dimensions vont influencer le vécu des individus souffrants : leurs ressources personnelles, leur personnalité, la qualité de leurs stratégies d'adaptation et leur ouverture au changement, mais aussi leur histoire personnelle, leurs habitudes de vie, les conditions psychosociales dans lesquelles elles évoluent, la qualité de leur réseau social, leur état de santé physique et mental. Ces dimensions feront que, malgré le caractère universel des typologies de la crise, chaque situation reste unique. Cependant, nous avons vu que si pour un certain nombre de personnes, l'expérience d'un état de crise est synonyme de maturation, pour d'autres, elle ne fait que raviver la dureté de leur trajectoire et la faiblesse de leur territoire.

Ce qui m'amène à identifier une deuxième particularité du modèle proposé par les auteures présentée au chapitre quatre : son caractère systémique. En effet, l'un des points forts du modèle de Larose et Fondaire est d'offrir une grille d'évaluation qui permet de percevoir la personne aidée dans sa globalité, c'est-à-dire avec ce qu'elle retient de sa trajectoire et avec ce qu'elle retire de son territoire au moment de la crise. La rencontre entre l'intervenante et cette personne se situe, elle aussi, à une croisée de chemins : celle de deux territoires et de deux trajectoires. Le succès de cette rencontre de trajectoires et de territoires dépendra de la capacité de la première à accueillir la subjectivité de la seconde ainsi que de l'ouverture au changement de celle-ci.

Mon expérience de stage m'a permis d'analyser les durées de séjour et ainsi d'élargir mes connaissances et aptitudes en recherche. Enfin, un aspect important de cet essai de stage spécialisé concerne les durées de séjours. Bien que je n'aie pu tirer de liens significatifs entre la durée des séjours et les problématiques vécues par les résidents et résidentes, j'ai pu tout de même identifier les meilleures pratiques en établissant un tableau comparatif des durées de séjours entre différents organismes offrant des services d'hébergement de crise

Au terme de ce rapport, j'aimerais renchérir brièvement sur l'apport du modèle de Larose et Fondaire au plan de la pratique et de la recherche. Au plan de la pratique, il me semblerait pertinent de faire la promotion du modèle de Larose et Fondaire auprès des travailleuses et travailleurs sociaux œuvrant en milieu de crise. D'une part, issu de la pratique en centre de crise, ce modèle est particulièrement approprié pour l'intervention de courte durée, réalité inhérente à ce milieu d'intervention. On sait d'ailleurs qu'au CCQ les nouveaux intervenants et intervenantes sont encouragés à se familiariser avec le modèle de Larose et Fondaire et à intégrer les concepts de l'approche dans leurs interventions. D'autre part, la grille de lecture permet une évaluation globale et systémique de la situation des individus que les intervenantes et intervenants sociaux sont amenés à rencontrer. Cette évaluation permet de mieux saisir les problématiques sous-jacentes aux situations de crise, en lien avec le passé et le présent, et d'intervenir plus efficacement.

Au plan de la recherche, je pense à quelques pistes afin de poursuivre le travail d'exploration sur les durées de séjour. En effet il serait peut-être pertinent d'approfondir la recherche en établissant une trajectoire des nombres de séjours, de leur durée en fonction de plusieurs autres variables tels que le niveau de dangerosité de la violence, des diagnostics de santé mentale, le risque suicidaire, etc. Ici, je suppose qu'il ne s'agit pas tant d'évaluer la durée que les retombées d'un séjour en hébergement. Néanmoins, les défis des services de crise dans le contexte actuel reste de taille et comme le concluent les auteures :

pour construire sa trajectoire, il faut toujours garder en mémoire son histoire, lui donner un sens dans son territoire, tirer les leçons nécessaires au développement toujours plus fort d'une cohérence et d'une continuité, et exprimer tous les questionnements possible sur la place publique (Larose et Fondaire, 2011, p. 331).

Finalement, mon stage spécialisé en service social au sein du CCQ m'aura permis d'atteindre mes objectifs pour le présent rapport. En effet, j'ai pu, au meilleur de mes connaissances, mettre en contexte mon stage spécialisé puis cerner l'intervention de crise et la voir, par la suite, dans le contexte de l'hébergement comme stratégie de soutien. J'ai eu le plaisir de pouvoir bien comprendre le modèle de Larose et Fondaire (2011) mais surtout

de pouvoir en saisir toutes les nuances à travers les études de cas. En bout de piste, je crois à la pertinence de modèle, tout particulièrement en hébergement de crise.

BIBLIOGRAPHIE

- Accalmie. 2012. Titre de la page. [En ligne]. <http://www.accalmie.ca/liaison.html>. (Page consultée le 3 avril 2014).
- Addiction Suisse. 2011. *Enfant dans une famille alcoolique*. [En ligne]. http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Enfants.pdf page. (Page consultée le 23 septembre 2013).
- Aiguilera, Donna, C. 1995. *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie*, 6^e édition. (M. Zeghouani, trad). Saint-Laurent (Qué.) : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Association Iris. 2012. *Association Iris – une initiative de ré-insertion sociale*. [En ligne]. <http://www.associationiris.ca/index-iris.php?pageId=Page0301>. (Page consultée le 3 avril 2014).
- Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale Inc. 2012. *Le clivage : un mécanisme de défense dans le trouble de la personnalité*. [En ligne] <http://www.aqpamm.ca/test/le-clivage/> (Page consultée le 3 avril 2014).
- Association des Praticiens de Service Social en Milieu de Santé du Québec (A.P.S.S.M.S.Q.). 1996. « Le virage ambulatoire et le service social en milieu de santé – Réflexions et propositions ». *Service social*, vol. 45, no 3, p. 175-191.
- Boucher, France, Suzanne Drolet et Evens Villeneuve. 2001. *Guide à l'intention des familles - Au cœur du trouble de personnalité limite*. Bibliothèque nationale du Québec et Bibliothèque nationale du Canada, [En ligne] <http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/publications/guide-famille-trouble-personnalite-limite.pdf> (Page consultée le 3 avril 2014)
- Brunet, Alain. 2013. *Trouble de stress post-traumatique (TSPT) : causes, symptômes et traitements*. [En ligne]. <http://www.douglas.qc.ca/info/trouble-stress-post-traumatique>. (Page consultée le 3 avril 2014).
- Cardin, Raymond. 1999. *Signes avant-coureurs d'une rechute*. [En ligne]. <http://www.etape.qc.ca/chroniques/rechute.htm>. (Page consultée le 3 avril 2014).
- Carey-Bélanger, Élane et Christian Côté. 1982. « Les intervention brèves : huit ans après ». *Service social*, vol. 31, no 2, p. 240-289.

- Centre d'aide 24/7. 2012. *Le rapport annuel*. [En ligne]. <http://centredaide247.com/wp-content/themes/24-7/rapport-annuel-2010-2011.pdf> . (Page consultée le 3 avril 2014).
- Centre de Crise de l'ouest de l'île. 2012. *Centre de crise du Grand Montréal*. [En ligne] <http://www.rccgm.com/section-21-ouest-de-l-ile> (Page consultée le 3 avril 2014).
- Centre de crise du Grand Montréal. 2012. *Hébergement temporaire*. [En ligne] <http://www.rccgm.com/section-28-hebergement>. (Page consultée le 3 avril 2014).
- Centre de Crise de Québec. 2012a. *Activités du 25^{ième} anniversaire*. [En ligne]. <http://www.centredecrise.com/> (Page consultée le 10 septembre 2012).
- Centre de Crise de Québec. 2012b. *Les résidences thérapeutiques*. [En ligne]. <http://www.centredecrise.com/> (Page consultée le 10 septembre 2012).
- Centre de Crise de Québec. 2012c. *Portrait Général*. [En ligne]. <http://www.centredecrise.com/> (Page consultée le 10 septembre 2012).
- Centre de Crise de Québec. 2012d. *Rapport annuel 2011-2012*. [En ligne]. <http://www.centredecrise.com/> (Page consultée le 10 septembre 2012).
- Centre de prévention du suicide et intervention de crise du Bas-St-Laurent. 2012. *Intervention téléphonique*. [En ligne]. <http://www.centredecrisebsl.qc.ca/intervention.htm> . (Page consultée le 3 avril 2014).
- Chéné, Daniel. 2003. « Stratégies d'intervention ». *L'éduc*, vol. 2, no 8, p.1-4.
- Conseil médical du Québec. 2001. *Les maladies mentales: un éclairage contemporain*. [En ligne]. http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/2001_04_av_fr.pdf (Page le 3 avril 2014).
- Contact. 2012. *Présentation de Contact*. [En ligne]. <http://www.contactry.qc.ca/index.html>. (Page consultée le 3 avril 2014).
- Cresswell, John W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approches*. Thousand Oaks, Sage Publication.
- Du Ranquet, Mathilde. 1991. *Les approches en service social*. p. 101-119. St-Hyacinthe : Edisem.

- Fondation des maladies mentales. 2014. *Qu'est-ce que la maladie mentale*. [En ligne]. <http://www.fmm-mif.ca/les-maladies-mentale.html>. (Page consultée le 3 avril 2014).
- Gagnon, Yves-Chantal. 2012, *L'étude de cas comme méthode de recherche*, 2ème édition. Québec : Presse de l'université du Québec.
- Garceau, Marie-Luce. 2013. *SESO4336FL12 - Pratique d'intervention en situation de crise*. Sudbury, Envision, Université Laurentienne.
- Gilliland, B.E et R.K. James. 1997. *Crisis Intervention Strategies*. USA. Pacific Grove, Brooks/Cole Publishing Company.
- Golan, Naomi. 1978. *Treatment in crisis situations*. New York, The Free Press.
- La Chrysalide. 2012. *Les profils d'hébergement*. [En ligne]. http://www.chrysalide.ca/profil_heberg.shtml (Page consultée le 16 janvier 2012).
- Landry Balas, Louise. 2008. *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Larose Suzanne et Fondaire, Marie. 2011. *Détresse psychologique en situation de crise*, 2e édition. Montréal, Les Éditions Québecor.
- Lecompte, Yves et Y. Lefebvre. 1986. « L'intervention en situation de crise ». *Santé mentale au Québec*, vol. 11, no 2, p. 122-142.
- Lefebvre, Yvon. 1991. *La désinstitutionnalisation de l'intervention en situation de crise : une histoire à réinventer* Santé mentale au Québec, Volume 16, issue 2, automne 1991, p.23-39.
- Le Robert illustré*. 2012. p. 466.
- Le Soleil Levant.2012. *Le Rapport annuel*. [En ligne] <http://www.rssoleillevant.org/centre-de-crise/services.php>. (Page consultée le 3 avril 2014).
- Le transit. 2012. [En ligne] <http://www.rccgm.com/section-17-le-transit> (Page consultée le 3 avril 2014).
- Les services de crise de Lanaudière. 2012. [En ligne]. <http://www.crise.lanaudiere.net/> (Page consultée le 3 avril 2014).
- L'Îlot. 2012. L'Îlot Service régional de crise de Laval. [En ligne]. <http://www.rccgm.com/section-22-1-ilot>. (Page consultée le 3 avril 2014).

- MHPD Le Passant. 2012. *Maison d'hébergement pour personne en difficultés*. [En ligne]. <http://www.lepassant.org/index.htm>. (Page consultée le 3 avril 2014).
- Moreau, Fabienne et Paulette Chayer Gélinau. 1999. *Guérir d'un parent alcoolodépendant*. [En ligne] http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/dep_23_chayer_gelineau.pdf (Page consultée le 3 avril 2014).
- Péladeau, Normand, Céline Mercier et Line Couture. 1991. *Les centres de crise et les services en santé mentale : l'expérience du Sud-Ouest de Montréal. Santé Mentale au Québec*, Volume 16, numéro 2, automne 1991, p. 267-288.
- Pelletier, Jean-François, Myra Piat, Sonia Côté et Henri Dorvil. 2009. *Hébergement, Logement et Rétablissement en santé mentale – Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Perrault, Francine et Daniel Fortin. 1993. *Vécu et perception des usagers d'un centre de crise*. *Santé mentale au Québec* Volume 18, numéro 1, printemps 1993, p. 287-301.
- Portrait Santé Montréal. 2012. *Centre de crise*. [En ligne] <http://www.santemontreal.qc.ca/aide-et-services/services-en-cas-durgence/centres-de-crise/> (Page consultée le 3 avril 2014).
- Rush, Brian. 2004. cité dans *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie: Aperçu des politiques et des programmes au Canada Rapport 1*, 2004, p.81 [En ligne] http://www.moordisorderscanada.ca/documents/Publications/Mental%20health%20Mental%20illness%20and%20addiction_Report%201_FR.pdf. Page consultée le 3 avril 2014).
- Santé Canada. 2002. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa.
- Séguin, Monique, Brunet, Alain et Leblanc Line. 2006. *Interventions en situation de crise et en contexte traumatique 2e édition*. Boucherville. Gaëtan Morin Éditeur.
- Slaikue, Karl, A. 1990. *Crisis Intervention. A Handbook for Practice and Research*. Boston : Allyn and Bacon.
- Townsend, Mary C. 2010. *Soins Infirmiers Psychiatrie et santé mentale*. Saint-Laurent. ERPI.
- Tremblay, Gilles. 1996 *L'intervention sociale auprès des hommes. Vers un modèle d'intervention s'adressant à des hommes plus traditionnels*. *Revue Service Sociale*. Volume 45, numéro 2, 1996, p. 21-30.

Van de Sande, Adje, Michel-André Beauvolks et Gilles Renault. 2002. *Le travail social. Théories et pratiques*. Boucherville. Gaëtan Morin Éditeur.

Wikipedia. 2014a. *Erik Erikson*. [En ligne] http://fr.wikipedia.org/wiki/Erik_Erikson. (Page consultée le 29 juillet 2013).

Wikipedia. 2014b. *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux*. [En ligne] http://fr.wikipedia.org/wiki/Manuel_diagnostique_et_statistique_des_troubles_mentaux#Cat.C3.A9gorisation. (Page consultée le 3 avril 2014).

Wikipedia. 2014c. *Étude de cas*. [En ligne] http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tude_de_cas#cite_ref-1 (Page consultée le 3 avril 2014).

Annexe A : Journal de bord

JOURNAL DE BORD

DATE: _____

DESCRIPTION DES ACTIVITÉS

OBSERVATIONS D'APPRENTISSAGE

A1:	A1:
A2:	A2:
A3:	A3:

RESSENTIS / POINTS FORTS / DÉFIS

ACTIONS FUTURES

A1:

A1:

A2:

A2:

A3:

A3:

Annexe B : Contrat d'apprentissage du stage spécialisé

Objectifs général 1 : Connaître le milieu d'intervention

Objectifs spécifiques : SAVOIR	Moyens	Indicateurs de mesure
1.1 Acquérir les connaissances nécessaires sur leur énoncé de mission, les valeurs et le fonctionnement de l'organisme (organigramme) ainsi que les principales ressources externes ou services internes.	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de l'organigramme de l'établissement. • Consultation du site internet du CCQ. • Discussion avec les autres membres de l'équipe. • Rapport annuel du CCQ. • Portrait général du CQ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explication verbale de l'organigramme du CCQ. • Explication des différents services offerts par le CCQ • Compte-rendu verbal. • Transmettre l'énoncé de mission et les valeurs du CCQ. • Nommer les ressources externes, leur clientèle et leur énoncé de mission.
1.2 Acquérir les connaissances nécessaires sur l'article 8 de la Loi P-38.001	<ul style="list-style-type: none"> • Discussions avec les intervenants et ma superviseure. • Lecture de la Loi P-38.001. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compte-rendu verbal. • Connaissance de l'article 8 de la Loi P-38.001. • Identifier les objectifs de cette loi et ces effets sur la clientèle • Connaissance des principes et des procédures internes.
Objectifs spécifiques : SAVOIR-FAIRE	Moyens	Indicateurs de mesure
1.3 Intégrer le fonctionnement de l'organisme y compris l'utilisation des partenaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Lecture du code d'éthique. • Lecture et application des politiques de l'organisme. • Échange avec les membres de l'équipe. • Respect des règles de fonctionnement. • Lecture de dossiers. • Référence au document « cadres de référence, guides, politiques, etc. ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect des politiques de l'organisme et du code d'éthique. • Respect du fonctionnement quotidien de l'organisme (y compris les règles, les normes). • Application des règles ou normes en regard des dossiers confiés en incluant celle concernant la confidentialité. • Intégration des ressources pertinentes dans mes dossiers. • Explication de l'utilisation des collaborateurs dans mes dossiers.
1.4 Apprendre les différentes étapes et la trajectoire de service d'un dossier au CCQ.	<ul style="list-style-type: none"> • Formation sur l'intervention en contexte de crise. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nommer et expliquer les étapes (objectifs et fonctionnement) que franchit un dossier de l'ouverture à la fermeture.

	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation et discussion avec ma personne ressource et les autres intervenants de l'équipe. • Consultation des conventions de saisie des données et autres documents suggérés par la personne ressource. 	<ul style="list-style-type: none"> • Démontrer des capacités d'utilisation du système de tenu de dossier et en comprendre le fonctionnement. • Expliquer les interrelations et les zones de collaboration entre les différents services.
Objectifs spécifiques : SAVOIR-ÊTRE	Moyens	Indicateurs de mesure
1.5 M'intégrer dans mon mi- lieu de stage.	<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension des modalités d'accueil du CCQ. • Participation aux réunions d'équipe et aux supervisions de groupe. • Engagement et curiosité dans mon milieu de travail et dans mon travail. • Échange avec les divers intervenants et les acteurs de différents niveaux hiérarchiques. • Respect du fonctionnement de l'équipe. • Discussions de cas avec les autres intervenants. • Accompagnement avec d'autres intervenants dans leurs interventions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Démonstration appuyée d'exemples, de ma capacité de m'affirmer à l'intérieur de l'équipe ainsi qu'en supervision de groupe. • Rétroaction des membres et du gestionnaire de l'équipe face à mon intégration. • Présentation des preuves de mon intérêt et de mes initiatives à ma superviseuse.

Objectif général 2 : Identifier les problèmes, les besoins et les enjeux

Objectifs spécifiques : SAVOIR	Moyens	Indicateurs de mesure
2.1 Réaliser une cueillette de données et une sélection des informations en lien avec la problématique et les besoins du système-client avant de débiter l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> • Lecture des dossiers antérieurs. • Échange avec les divers collaborateurs impliqués auprès du système-client. • Utilisation des outils obligatoires. • Utilisation du système d'information. 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation du résumé de dossier. • <i>Présentation de la grille d'analyse.</i> • Capacité de nommer et d'expliquer les problèmes, les besoins et les enjeux, dans chacun des dossiers qui me sont confiés.
2.2 Approfondir mes connaissances sur les problèmes et les besoins selon les enjeux en cause.	<ul style="list-style-type: none"> • Lecture de documents. • Lecture ou consultation du Module pédagogique sur les problématiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Démonstration et résumé verbal des lectures effectuées. • Faire des liens entre les connaissances acquises et la situation traitée.

	<ul style="list-style-type: none"> • Échange avec ma personne ressource, mon superviseur ainsi qu'avec les autres intervenants. • Soutien documentaire du CCQ. 	
Objectifs spécifiques : SAVOIR-FAIRE	Moyens	Indicateurs de mesure
2.3 Cibler et analyser les problèmes, les besoins et les enjeux dans chacun des dossiers confiés.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des mécanismes de consultation clinique (supervision et discussions avec la personne ressource, les intervenants). • Lecture de dossiers. • Utilisation d'une grille d'analyse ou d'autre outil utilisé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence des éléments pertinents dans mes rapports, mes suivis d'activités et mes présentations verbales à ma personne ressource ou ma superviseure. • Capacité d'utilisation des outils utilisés dans les situations traitées.
2.4 Émettre une opinion clinique concernant les dossiers.	<ul style="list-style-type: none"> • Lecture de dossiers. • Échange avec le système-client. • Utilisation du système d'information. • Échange avec la personne ressource, superviseure et autres intervenants. 	Justification verbale : <ul style="list-style-type: none"> • Des priorités d'intervention. • Des pistes d'intervention. • Des recommandations.
Objectifs spécifiques : SAVOIR-ÊTRE	Moyens	Indicateurs de mesure
2.5 Être à l'écoute des problèmes et des besoins des clients avec lesquels j'interviens.	<ul style="list-style-type: none"> • Observation d'entrevues par la personne ressource et/ou la superviseure. • Journal de bord. • Discussions et échanges avec la superviseure. 	Démonstration à l'aide d'exemples de ma : <ul style="list-style-type: none"> • Capacité d'être empathique. • Capacité de délimiter les rôles et les responsabilités de l'usager de ses propres responsabilités. • Capacité d'identifier les tensions présentes chez l'usager et de respecter son rythme. • Capacité de différencier mes croyances, mes valeurs et mes sentiments de ceux de l'usager. • la Capacité de bien faire usage du Code d'éthique • Capacité de faire une critique réflexive sur ma pratique*

Objectif général 3 : Planifier l'action

Objectifs spécifiques : SAVOIR	Moyens	Indicateurs de mesure
3.1 Identifier des approches et des techniques à utiliser en intervention de crise.	<ul style="list-style-type: none"> • Projection des approches et des techniques en corrélation avec les dossiers traités. • Discussion de mes dossiers avec la personne ressource et la superviseuse. • Notes de cours. • Lecture du recueil de Larose et Fondaire : « Détresse psychologique en situation de crise ». • Développer des connaissances approfondies sur l'intervention de crise de Larose et Fondaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer les approches, les techniques et les outils utilisés prévus pour l'intervention. • Expliquer comment ces approches, techniques ou outils sont utilisées pour les usagers
Objectifs spécifiques : SAVOIR-FAIRE	Moyens	Indicateurs de mesure
3.2 Planifier mes interventions.	<ul style="list-style-type: none"> • Observation d'entrevues menées par différents intervenants. • Consultations et supervisions. • Remue-méninges des différentes stratégies possibles à utiliser. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste des différentes stratégies possibles à utiliser dans mes interventions. • Présentation des préparations d'entrevue à la personne ressource et ma superviseuse. • Liste des objectifs, des approches, des techniques et des rôles. • Liste des changements anticipés pour chacune des stratégies.
3.3 Élaborer ou réviser un plan d'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> • Partage d'hypothèses avec la personne ressource et la superviseuse. • Référence et alliance aux ressources du milieu. • Bilan des forces et faiblesses du système-client. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction et explication du plan d'intervention selon les normes du CCQ pour chacun des dossiers confiés réels.
3.4 Planifier et organiser correctement son travail.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'un agenda. • Utilisation des normes du CCQ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explication de la planification de mon temps. • Respect des délais et des heures de rendez-vous.
Objectifs spécifiques : SAVOIR-ÊTRE	Moyens	Indicateurs de mesure
3.5 Faire preuve de souplesse tout en répondant au mandat dans la planification de mes interventions.	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation d'entrevue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compte-rendu verbal (exemples à l'appui) sur :

	<ul style="list-style-type: none"> • Échange avec la personne ressource et la superviseure. • Journal de bord. • Rétroaction des membres de l'équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mes réactions aux imprévus. • Ma gestion du stress. • Ma confiance en moi. • Capacité de modifier mes décisions à la lumière des nouvelles informations (exemples à l'appui). • Capacité à être réceptif aux idées des autres (exemples à l'appui). • Capacité de rendre compte des mes interventions à travers les étapes de l'intervention en situation de crise
--	--	---

□

Objectif général 4 : Exécuter l'action

Objectifs spécifiques : SAVOIR-DIRE	Moyens	Indicateurs de mesure
4.1 M'exprimer de façon professionnelle et en termes compréhensibles pour le client et les autres professionnels.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues supervisés. • Rétroaction des autres professionnels et du système-client. Langage professionnel utilisé lors de : <ul style="list-style-type: none"> • Supervision individuelle. • Discussion de cas. • Réunion d'équipe. • Révision. 	<ul style="list-style-type: none"> • Démonstration de mon habileté à communiquer oralement dans diverses situations. • Démonstration de mon habileté à exprimer ma pensée clairement et de façon concise. • Démonstration de mon habileté à définir mes objectifs d'entrevue, mon rôle et mes fonctions auprès du système-client. • Démonstration à utiliser un langage adapté selon la clientèle.
Objectifs spécifiques : SAVOIR-FAIRE	Moyens	Indicateurs de mesure
4.2 Réaliser des entrevues tout en utilisant diverses techniques ou approches en intervention de crise.	<ul style="list-style-type: none"> • Observation d'entrevues réalisées par des intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de justifier les techniques et les approches utilisées en intervention.

Établir un parallèle avec le modèle de Larose et Fondaire.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue supervisée. • Pratique de diverses approches ou techniques. • Utilisation de la grille d'observation d'entrevue. • Utilisation d'un plan d'intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation et suivi de patients de différentes problématiques pour études ce cas. • Démonstration de ma relation d'aide. • Démonstration et explication sur ma façon de favoriser l'implication du système-client au changement. • Démonstration et explication d'une attitude ouverte et sans jugement dans l'intervention.
4.3 Rédiger des suivis d'activités et rapports dans les dossiers et ce, de façon conforme aux exigences du CCQ.	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de dossiers. • Consultation des documents à la convention de saisie. • Référence aux modèles de rapport. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de synthèse, référence à des faits, absence de subjectivité et orthographe • Rédaction logique dans un français structuré et bien orthographié. • Respect des règles, procédures et délais.
Objectifs spécifiques : SAVOIR-ÊTRE	Moyens	Indicateurs de mesure
4.4 Réaliser une prise de contact appropriée en situation d'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de la grille d'observation d'entrevue. • Discussion de mes forces et faiblesses à entrer en contact avec un système-client. • Jeux de rôle et mise en situation. • Observations et critiques d'entrevue. • Observation lors de co-intervention. 	<p>Description et explication à la personne ressource et à la superviseure, de la prise de contact avec le système-client par exemple</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attitudes physiques. • Tonalité de la voix. • Mots utilisés. • Rythme. • Préoccupation de l'attitude non-verbale de l'utilisateur.
4.5 Identifier et intervenir avec les résistances du système-client.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de stratégies d'intervention. • Discussion avec la personne ressource et la superviseure. • Recherche d'aide et de soutien de la part des autres intervenants au besoin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capable de nommer les résistances. • Capacité d'anticiper et d'utiliser des moyens pour composer avec les résistances du système-client (exemples à l'appui). • Capacité de maintenir mon lien clinique et la coopération avec le système-client.

Objectif général 5 : Évaluer l'action

Objectifs spécifiques : SAVOIR	Moyens	Indicateurs de mesure
5.1 Compléter et bien évaluer les façons de terminer une entrevue, un suivi ou une intervention auprès du système-client.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de la grille d'observation d'entrevue. • Observation lors de co-intervention. • Utilisation des notes de cours. 	<p>Explication des moyens mis en place pour terminer mes interventions en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuité clinique. • Terminaison de l'entrevue. • Terminaison d'un suivi. • Terminaison de l'intervention.
Objectifs spécifiques : SAVOIR-FAIRE	Moyens	Indicateurs de mesure
5.2 Apprécier les facteurs qui ont contribué au changement ou au non-changement du système-client.	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan avec le système-client. • Retour sur mes interventions et leurs résultats avec la personne ressource et la superviseuse. • Confrontation des résultats atteints avec ceux désirés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des facteurs (individuels, familiaux, environnementaux, d'intervention, etc.) qui ont permis ou empêché le changement chez le système-client (dans les dossiers confiés) et en mesurer les impacts.
5.3 Évaluer l'amélioration des compétences dans mes apprentissages réalisés.	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan des apprentissages et Rétroaction de la personne ressource et de la superviseuse. • Référence au document « Référentiel des compétences des travailleurs sociaux ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan verbal ou écrit des apprentissages faits et des compétences associées à partir du « Référentiel des compétences des travailleurs sociaux », en particulier lorsqu'il s'agit d'intervention clinique.
5.4 Accepter la critique et la transposer dans ma pratique.	<ul style="list-style-type: none"> • Réflexion personnelle et Observation, par la personne ressource et la superviseuse, de ma façon de travailler. • Journal de bord (vécu). 	<ul style="list-style-type: none"> • Démonstration de ma capacité de réajuster ma façon de faire suite à une critique (exemples à l'appui).
Objectifs spécifiques : SAVOIR-ÊTRE	Moyens	Indicateurs de mesure
5.5 Nommer les zones de confort et d'inconfort rencontrées en intervention.	<ul style="list-style-type: none"> • Réflexion personnelle. • Supervision. • Rétroaction de la personne ressource et du superviseur. • Journal de bord (vécu). 	<p>Bilan écrit, exemples à l'appui, de mes zones de confort et d'inconfort de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mes limites. • La problématique. • La clientèle.