

Vécu et perception des usagers d'un centre de crise

Experiences and Perceptions of Clients of Crisis Centres

Francine Perrault et Daniel Fortin

Volume 18, numéro 1, printemps 1993

Communautés culturelles et santé mentale II

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032260ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032260ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Perrault, F. & Fortin, D. (1993). Vécu et perception des usagers d'un centre de crise. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 287-301. <https://doi.org/10.7202/032260ar>

Résumé de l'article

Le texte rapporte les résultats d'une série d'entrevues semi-dirigées effectuées auprès de cinquante anciens usagers d'un centre de crise. Les données recueillies portent sur le vécu des résidents et leurs appréciations des services fournis, des intervenants et des résultats de l'intervention faite par le centre.



Véçu et perception des usagers d'un centre de crise

Francine Perrault*
Daniel Fortin*

Le texte rapporte les résultats d'une série d'entrevues semi-dirigées effectuées auprès de cinquante anciens usagers d'un centre de crise. Les données recueillies portent sur le vécu des résidents et leurs appréciations des services fournis, des intervenants et des résultats de l'intervention faite par le centre.

Problématique

Depuis la fin des années 60, un certain nombre d'initiatives ont été prises dans le domaine de la santé mentale. Elle ont donné naissance à deux principaux mouvements: un mouvement alternatif, qui a entraîné la remise en question d'une série de pratiques en santé mentale, et le mouvement de la désinstitutionnalisation. Tous deux cherchaient à changer d'une part la pratique psychiatrique et d'autre part les rapports entre les usagers et les soignants au sein de notre système de santé.

Au fil des ans, ces mouvements ont acquis une importance significative. Leur influence s'est progressivement fait sentir au Québec à partir des années 70. Au cours de la décennie 80, on a assisté à la formation de nombreux groupes d'entraide et de groupes d'ex-patients, ainsi que de structures de soutien innovatrices. Le système de santé mentale était lui-même à la recherche de nouvelles formes d'intervention: implantation de services dans la communauté, déplacement des équipes externes hors de l'hôpital, expérimentation de formules de rechange à l'hospitalisation. La naissance des centres de crise est issue de tout ce mouvement. Au Québec, ceux-ci sont apparus dans le but de désengorger les urgences psychiatriques.

* Francine Perrault, M.A. C.Ps., est chercheure au Laboratoire de recherche en écologie sociale et humaine (LARESH) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

** Daniel Fortin, Ph.D., est professeur au Département de Psychologie de l'UQAM et membre du LARESH.

Nature des centres de crise

De nombreux auteurs ont tenté de définir ce que devait être un centre de crise (Weisman, 1985; Andreoli et al., 1986; Chardin et al., 1986; Auroy et al., 1984; Leaman, 1987; Mc Dermott et Gordon, 1984; Kaskey, 1984; Putnam et al., 1986). Nous ne reprendrons pas la description qu'ont donnée chacun d'eux, puisqu'une synthèse en a été faite par Lefebvre et Lecomte (1986). Nous retenons de ce texte les trois principaux objectifs poursuivis par les centres de crise:

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

La mise sur pied des centres de crise a été décidée par la ministre de la Santé et des services sociaux, Mme Thérèse Lavoie-Roux, en 1987. Le mandat de ces centres était de désengorger les urgences psychiatriques en fournissant des services à une population plus susceptible de recourir fréquemment aux services de santé mentale.

La plupart des centres de crise sont des organismes à but non lucratif qui accueillent des personnes aux prises avec des problèmes psychologiques et émotionnels ou qui traversent momentanément une crise situationnelle. Ces individus ne requièrent pas une hospitalisation. Leur évaluation se fait le plus souvent à l'hôpital, où l'on décide du genre de services qui leur seront fournis. Les services offerts par les centres de crise sont principalement l'hébergement de 24 heures, l'accompagnement psychosocial et le suivi externe.

L'intervention individuelle poursuit comme objectifs 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.

Il existe encore peu de recherches sur les centres de crise. Mentionnons cependant quelques études évaluatives: Nguyen (1989), Lefebvre (1988), St-Pierre et Drouin (1991), Péladeau et Mercier (1989), Lebeau et Viens (1991), Péladeau et al., (1991), Lefebvre et Coudari (1991). Notre étude se situe dans le prolongement de ces travaux. Elle a pour but de connaître le vécu des résidents d'un centre de crise.

Méthodologie

Nous avons adopté une approche qualitative, approche dont il est utile d'énumérer les caractéristiques. Premièrement, elle tente de comprendre le vécu des personnes directement concernées en imposant le moins possible de notions préconçues. Deuxièmement, la théorie émerge de l'enquête; elle n'est pas posée a priori, mais apparaît à la suite de l'analyse. Troisièmement, l'analyse des données est ouverte et inductive; elle a pour but de comprendre le mieux possible le phénomène évalué (Guba et Lincoln, 1989).

Cette approche implique un protocole de recherche particulier qui structure le processus de collecte et d'analyse des données. Ce processus comprend trois étapes:

1. La définition d'un cadre de référence qui précise les informations à recueillir;
2. La collecte de données, réalisée de façon à permettre aux répondants de fournir un maximum d'informations sur leur vécu et sur la manière dont ils ont perçu leur passage au centre;
3. L'analyse et la synthèse des données.
Examinons plus en détail chacune de ces étapes.

1) La construction de l'instrument

Nous avons réalisé la construction de l'instrument en trois étapes. La première a consisté à élaborer une liste des éléments d'information que nous voulions recueillir. Nous avons établi cette liste d'après les données dont le centre avait besoin. Lors de la deuxième étape, nous avons rédigé un guide d'entrevue, que nous avons soumis à la direction du centre puis modifié afin de tenir compte des commentaires. Lors de la troisième étape, nous avons pré-testé l'instrument auprès de deux ex-résidants ayant des caractéristiques particulières. Nous avons d'abord choisi une personne très volubile, afin d'évaluer la durée maximale d'entrevue; nous avons aussi rencontré une personne s'exprimant moins facilement, afin de juger de la difficulté des questions.

Nous avons ainsi obtenu 51 questions ouvertes, regroupées sous quatre sous-thèmes généraux: les services rendus, la vie au centre, le contact avec les intervenants et l'intervention.

Parallèlement à la grille d'entrevue, nous avons conçu une fiche visant à recueillir des informations contenues dans le dossier des résidants. Les informations recherchées portaient sur quatre aspects: les caractéristiques socio-démographiques, les caractéristiques cliniques,

celles concernant la condition de vie et enfin celles relatives aux services fournis par l'organisme.

2) *Le recrutement des sujets et le déroulement des entrevues*

Nous avons rencontré 50 sujets sur une période de huit mois. Ces répondants diffèrent de la clientèle du centre de crise selon trois variables. Premièrement, en ce qui concerne l'hébergement, leur situation était stable, alors que celle des non-participants était plus souvent précaire (ils avaient été mis à la porte de leur logement ou venaient de quitter leur conjoint ou la résidence familiale). Deuxièmement, les répondants avaient bénéficié d'un suivi externe plus long que les non-participants. Enfin, ils avaient été admis plus récemment au centre de crise que l'ensemble des usagers ayant bénéficié des services depuis l'ouverture du centre. Nous n'avons observé aucune différence statistique significative entre les répondants et les non-répondants dans les caractéristiques personnelles et cliniques tel que l'âge, le sexe, l'ethnie, le diagnostic, la situation de vie et les sources de revenu. Il n'y a pas de différence entre les deux groupes quant à la durée de séjour et du type de services rendus.

Les entrevues se sont déroulées dans un local prêté par le centre de crise et ont été enregistrées sur bande magnétique. Leur durée a varié de 20 à 50 minutes.

3) *L'analyse des données*

Quatre personnes ont travaillé au dépouillement, à l'analyse et à l'interprétation des données. Cette analyse s'est déroulée en deux phases:

- 1) *La première phase* a consisté en une réduction préliminaire des données. Il s'agissait de transcrire sur des fiches préparées à cet effet l'essentiel du contenu des informations accumulées pour chacune des questions.
- 2) *La seconde phase* a été la synthèse du matériel réduit. Le personnel de recherche mettait en commun les informations extraites des entrevues afin d'en dégager une synthèse globale. Nous avons vérifié l'exactitude de cette synthèse en confrontant celle-ci aux données brutes.

Présentation des résultats

Les résultats sont regroupés sous cinq thèmes: les caractéristiques des répondants ainsi que l'appréciation qu'ils ont faite successi-

vement sur les services rendus par le centre, la vie au centre, leurs interactions avec les intervenants et, enfin, les effets de l'intervention.

1) *Caractéristiques des répondants*

Le Tableau 1 présente les données recueillies sur les caractéristiques des répondants.

Ces ex-résidants se répartissaient à peu près équitablement entre hommes et femmes. Ils étaient généralement âgés de 26 à 45 ans. La majorité était célibataire et la presque totalité parlait français.

Les catégories de diagnostics les plus souvent mentionnés étaient la psychose et la schizophrénie, suivies de celui de la dépression en seconde place. Plus de la moitié des ex-résidants n'avaient jamais été hospitalisés dans l'année précédant leur arrivée au centre. Quelques-uns (22 %) l'avaient été une seule fois. Enfin, plus des trois-quarts prenaient des médicaments.

La grande majorité des répondants bénéficiaient d'un logement stable, c'est-à-dire qu'ils avaient un logement, habitaient chez leurs parents ou encore demeuraient avec un conjoint. Plus de la moitié d'entre eux vivaient seuls, alors qu'un sur quatre vivait en couple ou avec leur famille. Enfin, la majorité de ces ex-résidants recevaient des prestations de Bien-être social ou de l'assurance-chômage. Seule une personne sur quatre avait un revenu provenant d'un emploi.

La majorité des répondants ont fréquenté le centre durant plus de quinze jours. Près de la moitié ont reçu des services d'hébergement et de suivi externe. La moitié ont été suivis à l'externe durant plus de trois mois. Près de la moitié des répondants avaient quitté le centre depuis moins de cinq mois. Enfin, plus du dixième y ont fait plus d'un séjour.

2) *Appréciation des services rendus*

L'intérêt principal de la recherche était de savoir comment les ex-résidants avaient vécu et reçu les services rendus par le centre. Le but était de connaître leurs impressions et leurs sentiments à certaines étapes de leur séjour.

L'entrevue d'évaluation

La plupart des résidants ont été référés au centre par l'urgence d'un centre hospitalier. Beaucoup d'entre eux perçoivent cela comme un échange entre deux établissements.

Tableau 1

Caractéristiques des répondants

Caractéristiques socio-démographiques		N	%
SEXE	Hommes	24	48,0
	Femmes	26	52,0
AGE	18 - 25	8	16,3
	26 - 35	20	40,8
	36 - 45	13	26,5
	46 - 55	7	14,3
	56 - 65	1	2,0
ÉTAT CIVIL	Célibataire		32
	Marié		5
	Divorcé/séparé	12	24,0
	Inconnu	1	2,00
GROUPE ETHNIQUE	Francophones	47	94,0
	Anglophones	2	2,0
	Autres		1
		4,0	
Caractéristiques cliniques			
DIAGNOSTIC	Crise situationnelle	6	12,0
	Dépression	8	16,0
	Psychose	11	22,0
	Névrose	2	4,0
	État-limite	7	14,0
	Schizophrénie	10	20,0
	Aucun diagnostic	1	2,0
	Autres	2	4,0
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS DURANT LA DERNIÈRE ANNÉE			
	Une	11	22,0
	Deux	3	6,0
	Plusieurs	1	2,0
	Aucune	2	4,0
	Inconnu	29	58,0
		4	8,0
NOMBRE DE SÉJOURS À L'URGENCE			
	Un	8	16,0
	Deux	3	6,0
	Plusieurs	2	4,0
	Aucun	32	64,0
	Inconnu	5	10,0
MÉDICATION			
	Sans médication	11	22,0
	Avec médication	39	78,0

Tableau 1

Caractéristiques des répondants (suite)

Caractéristiques reliées aux conditions de vie	N	%
HÉBERGEMENT		
Stable	39	78,0
Précaire	1	2,0
Ressources (en groupe)	2	4,0
Sans-abri	5	10,0
Sans adresse	3	6,0
SITUATION DE VIE		
Seul	29	58,0
Ressources (en groupe)	2	4,0
Co-habitation	5	10,0
Famille/couple	8	16,0
Parents	5	10,0
SOURCE DE REVENU		
B.E.S.	29	58,0
Chômage	5	10,0
Emploi	8	26,0
À la charge de quelqu'un	2	4,0
Autre	4	8,0
Caractéristiques reliées aux services rendus par le centre		
DURÉE DU SÉJOUR		
Aucun séjour	6	12,0
1 à 7 jours	4	8,0
8 à 14 jours	9	18,0
15 à 21 jours	15	30,0
22 jours et +	16	32,0
SERVICES RENDUS		
Hébergement	5	10,0
Hébergement et suivi externe	24	48,0
Hébergement, appartement supervisé et suivi externe	15	30,0
Suivi externe seulement	6	12,0
NOMBRE DE JOURS EN SUIVI EXTERNE		
Aucun	5	10,0
2 à 15 jours	6	12,0
16 à 30 jours	4	8,0
31 à 45 jours	4	8,0
46 à 60 jours	2	4,0
61 à 75 jours	1	2,0
76 à 90 jours	2	4,0
91 jours et +	25	50,0
NOMBRE DE MOIS DEPUIS LA FERMETURE DU DOSSIER		
Moins d'un mois	1	2,1
1 à 5 mois	23	48,9
6 à 10 mois	11	23,4
11 à 15 mois	7	14,9
16 à 20	3	6,4
21 à 25 mois	2	4,3
NOMBRE DE SÉJOURS AU CENTRE		
Aucun	6	12,0
Un séjour	38	76,0
Deux séjours	3	6,0
Trois séjours	1	2,0
Quatre séjours	2	4,0

Les commentaires des résidants au sujet de l'entrevue d'évaluation nous ont amenés à dégager certains éléments, que nous avons regroupés autour de trois points.

Premièrement, nous avons observé un certain nombre de réactions d'inconfort. La majorité des usagers du centre en ignoraient l'existence avant leur arrivée. C'est pourquoi plusieurs ont vécu des sentiments d'insécurité et de la méfiance. D'autres ont été agacés de devoir raconter une fois de plus leur problème. Enfin, ils ont été déçus par le fait qu'on leur a proposé une ressource à court terme.

«J'étais écœuré de chercher, de conter mon histoire à 50,000 personnes, la même maudite histoire; tu tournes en rond, pis ça donne rien.» «On me garoche quelque part pour trois semaines ou moins.»

Deuxièmement, les résidants ont accepté d'aller au centre simplement parce qu'ils n'avaient pas d'autre choix que l'hospitalisation. Ils préféraient le centre à la solitude de leur appartement ou à la rue.

Troisièmement, la majorité des sujets gardent un souvenir positif de l'entrevue d'évaluation; ils insistent sur l'aspect humain et respectueux de l'interaction avec l'intervenant du centre. De plus, plusieurs résidants ont éprouvé un sentiment de sécurité à l'égard de l'intervenant qui les a évalués, ils se sont sentis en confiance et respectés dans leurs choix.

L'arrivée et la première journée au centre

Chaque résidant a sa façon d'approprier le nouvel environnement qu'est le centre. Certains adoptent une attitude de retrait durant les premières heures ou les premiers jours de leur séjour. Ceux-ci ont tendance à s'isoler dans leur chambre, à dormir ou encore à faire des activités en solitaire tel que lire, dessiner, aller se promener. D'autres explorent leur nouveau milieu de vie. Ils recherchent le contact avec les autres résidants et les intervenants de centre.

Deux ensembles de facteurs facilitent l'adaptation au centre et contribuent à diminuer le niveau d'anxiété relié à l'insertion dans ce nouvel environnement.

Les premiers facteurs sont reliés à la qualité des lieux physiques. En effet, le centre est propre, neuf et bien éclairé. Il est situé dans une maison, et le décor dans lequel les résidants vivent est très différent de celui de l'institution. Cela fait en sorte que ceux-ci s'y sentent bien.

C'est une maison.» «C'est beau, c'est grand, c'est restauré.» «C'est près de mon quartier.»

Les seconds facteurs concernent la qualité des rapports humains. Le centre est perçu comme un lieu calme où on peut se reposer et penser à ses difficultés. Il y règne une atmosphère familiale où l'accueil est chaleureux et encadrant. Les gens ne s'y sentent pas jugés.

«Ils ne portent pas de jugement sur nous, ils nous mettent à l'aise, on se sent d'égal à égal; ils ne nous prennent pas pour des fous.»

Par contre, trois éléments sont susceptibles de rendre plus difficile une bonne intégration au centre.

Premièrement, l'hétérogénéité de la clientèle que l'on y retrouve provoque de l'inconfort chez certains résidents ne souffrant pas de troubles sévères. Ceux-ci sont inquiets et se sentent perdus et isolés.

«Est-ce que je suis aussi malade que ça?» «Juste à voir le monde, ce que je voulais c'était retourner chez nous, il n'était pas question que je reste ici, j'voulais partir, c'était pas possible.» «Craintive au début: quelle sorte de place que c'est ça? J'avais envie de repartir.»

Le second type de réaction est lié au fait que le résident n'a pas envie de se livrer à des personnes qui ne sont là que pour un court laps de temps. Il a le sentiment d'être «ballotté» de l'un à l'autre et de ne jamais avoir le temps de travailler vraiment sur quelque chose.

Troisièmement, quelques résidents ressentent de l'inquiétude par rapport à ce qu'ils laissent derrière eux (maison, parents, enfants, animaux).

3) *Le séjour*

Les gens qui fréquentent le centre de crise ont à transiger de façon générale avec trois grands types de problèmes:

- a) Les problèmes personnels de nature psychologique dont l'anxiété et l'anxiété, la dépression, l'isolement social et la confusion;
- b) Les problèmes reliés aux facteurs ayant précipité la crise, comme les pertes ou les séparations, et les besoins de réorganisation sociale qui s'ensuivent (logement, ressources financières);
- c) Les problèmes reliés à la consommation d'alcool et de drogue.

Dans ce contexte, les objectifs que les résidents se fixent sont reliés à cinq thèmes: a) leur besoin de prendre soin d'eux-mêmes et de remonter la pente; b) leur désir de briser l'isolement et de reconstituer un réseau relationnel; c) leur besoin d'hébergement (se trouver un

logement); d) leur désir de cesser de consommer des drogues ou de l'alcool; e) les objectifs occupationnels (se trouver un emploi, recommencer à étudier).

Dans la réalisation de leurs objectifs, les usagers reçoivent du soutien des intervenants. Ils ont identifié quatre types d'aide. Celui qu'ils ont le plus souvent rapporté a trait au soutien psychologique; il concerne tout ce qui est de l'ordre de l'écoute, du soutien, de l'appui et de l'attitude sécurisante de l'intervenant. Le deuxième est le soutien à la réinsertion ou à la réorganisation sociale. Il se rapporte à l'accompagnement dans les démarches que le résidant a déjà entreprises ou qu'il doit entreprendre; il inclut aussi les démarches entreprises par l'intervenant seul en faveur du résidant. Le troisième type de soutien est informationnel, c'est-à-dire qu'il consiste à donner de l'information ou des conseils pertinents sur la façon de résoudre un problème particulier. Enfin, le dernier est l'intervention directive où l'intervenant incite le résidant à poser des gestes concrets en vue de la résolution de ses problèmes.

3) Appréciation de la vie au centre

Les commentaires émis par les résidants ont porté principalement sur les tâches ménagères et sur la façon d'occuper les journées.

Les tâches ménagères

Chaque résidant admis au centre de crise doit accomplir deux tâches ménagères par jour. Chacun a aussi la responsabilité d'entretenir sa chambre et de faire son lavage personnel.

Les commentaires recueillis concernant l'exécution de tâches ménagères étaient de quatre types.

1) Plusieurs répondants ont mentionné que l'exécution des tâches leur a permis de faire quelque chose et de prendre une distance par rapport à leurs problèmes: «Quand tu te tiens occupé, tu penses moins, tu jongles moins. Ça faisait changer les idées». «Au moins on fait ça, c'est sécurisant d'être capable de faire des choses».

2) Pour certains, le fait d'accomplir certaines tâches dans la maison les a sécurisés tout en structurant le temps. Ceci les valorise dans leur capacité à prendre des responsabilités.

3) Un troisième groupe de résidants ont souligné le plaisir qu'ils ont éprouvé à s'engager. Les tâches ont pour fonction de faciliter les contacts entre les résidants et permettent qu'une vie sociale s'organise:

«On faisait la vaisselle toute la gang ensemble, des fois on était six pour la faire, on était un groupe exceptionnel.» «C'était pas une tâche, c'était un plaisir, d'aider l'animatrice à préparer les repas! On chantait des chansons de Noël.»

4) Pour certains, le fait que les tâches ménagères ne soient pas exécutées par des personnes de l'extérieur donne l'agréable impression de ne pas être dans une institution: «Ça a l'air moins institution, ça je trouve ça correct.»

La façon d'occuper les journées

L'analyse des données a permis de dégager trois catégories d'activités exercées par les résidants pendant leur séjour au centre de crise.

La première catégorie concerne les activités reliées au recouvrement de l'autonomie. Elles ont trait au plan d'intervention, tel que les rencontres avec les intervenants et les démarches reliées aux besoins du résidant.

La deuxième catégorie englobe les activités qui sont structurées par la vie du centre, comme les tâches ménagères et les sorties extérieures organisées par le personnel.

Enfin, la troisième catégorie est celle des activités non structurées. Ce sont des activités spontanées qui n'exigent pas d'effort particulier, comme regarder la télévision, écouter de la musique, échanger avec les autres, réfléchir, marcher, dormir.

4. Appréciation des intervenants

Les données recueillies révèlent trois façons de voir l'intervenant. Les résidants le perçoivent soit comme un ami qui les soutient, soit comme une personne-ressource qui intervient pour les aider, ou soit encore comme un professionnel. Les répondants ont le plus souvent retenu les aspects humain et aidant des intervenants, ainsi que le sentiment d'être dans un rapport d'égalité avec eux.

D'autre part, ils ressentent les contacts avec les autres intervenants du centre comme étant plus légers que ceux qu'ils ont avec leur intervenant principal. Ces relations sont moins officielles. Plusieurs ont souligné le rôle important joué par les animatrices du centre, en particulier leur soutien constant dans le quotidien. Celles-ci contribuent largement à l'intégration des résidants.

5) *Appréciation des résultats de leur séjour au centre*

Nous avons recueilli des données sur les conditions de départ, le type de difficultés rencontrées et les changements découlant du passage au centre.

Les résidants se divisaient en deux groupes, selon qu'ils étaient prêts ou non à quitter le centre. Les premiers s'étaient dit prêts à partir mais ressentaient néanmoins l'inquiétude de se retrouver seuls. Ils désiraient garder contact avec le centre: «Ah oui, et ça faisait un bout de temps que je voulais partir, je commençais à être tanné, j'aimais le centre, mais je voulais un endroit à moi. Ils m'ont trouvé une chambre dans un appartement supervisé et m'ont dit que si je ne l'aimais pas, je pouvais revenir ici et ils essaieraient de me trouver autre chose.»

Un deuxième groupe de résidants ont affirmé qu'ils n'étaient pas prêts à quitter le centre et ont généralement exprimé de la peur et de l'insécurité: «Non je n'étais pas prête, je ne voulais pas aller dans mon appartement parce que j'avais trop peur. Il s'était passé des choses, dans mon appartement!»

Enfin, la moitié des gens interviewés ont vécu des difficultés financières à leur sortie. Un examen des commentaires nous indique qu'il existe trois facteurs qui entraînent ce type de difficultés: le manque de travail, l'absence de soutien et la consommation d'alcool. Les ex-résidants qui disent se débrouiller sont ceux qui ont un emploi, qui habitent avec d'autres personnes, qui vivent dans une ressource ou qui ont arrêté de consommer.

Quelle que soit leur attitude face au départ, la plupart des résidants ont bénéficié de leur séjour au centre.

Nous avons cerné cinq catégories de changements chez eux:

- 1) Dans leur état de bien-être et de santé mentale: le centre leur a donné le courage qui leur manquait pour se reprendre en main et leur a permis d'utiliser leurs propres ressources pour traverser la crise: «Ça m'a permis de survivre à une crise profonde dans ma vie et d'utiliser les ressources pour passer à travers la crise.»
- 2) Dans leur conduite, en les aidant à accepter de demander l'aide des autres, à être plus indépendant et à se débrouiller seul, à sortir plus souvent de la maison.
- 3) Dans leur façon de voir, en les amenant à réexaminer la manière dont ils vivaient et à percevoir les choses de façon différente: «Ça m'a mis beaucoup de positif en moi, comme essayer de vivre le moment présent, dire «je».»

- 4) Dans leurs conditions d'existence: certains se sont trouvés un logement, ont résolu leurs problèmes avec l'aide sociale ou ont obtenu un emploi: «Ça a changé, depuis que je suis en appartement, je commence à me meubler, je ne suis plus en situation de crise comme tel, je suis plus fonctionnel. J'ai trouvé un emploi, je suis une personne qui s'est réinsérée dans la société.»
- 5) Dans leur vie sociale, en leur permettant de connaître de nouvelles personnes, de se faire des amis avec lesquels ils ont gardé contact: «Je me suis fait des amis que j'ai gardés. J'en suis contente; j'ai connu pas mal de monde, je n'en connaissais pas avant.»

CONCLUSION

Les centres de crise sont des ressources essentielles. Sans eux, les personnes en crise n'auraient d'autre choix que d'être prises en charge par le milieu hospitalier ou de retourner à la rue.

Par contre, les centres de crise sont une ressource temporaire. C'est pourquoi il est important pour eux que l'on développe un réseau de ressources auxquelles ils pourraient référer leurs clients afin de ne pas être contraints à faire du long terme ou à retourner ceux-ci dans la rue sans ressource.

Enfin, nous avons constaté que le modèle théorique qui décrit la crise par phases, ne s'applique pas nécessairement à tous les usagers. Un certain nombre d'entre eux ont des problèmes à long terme, qui remontent loin dans le passé et qui ne peuvent être résolus rapidement. De plus, les facteurs précipitants de la crise ne sont pas toujours évidents. Il est par conséquent nécessaire de développer parallèlement des ressources qui offriraient des services sur une base continue.

RÉFÉRENCES

- ANDREOLI, A., et al., 1986, Après le secteur: Au-delà du secteur? Lieux et temps de l'hospitalisation en psychiatrie dans une nouvelle conception du secteur, *Information psychiatrique*, 62, n° 8, 975-995.
- AUROY, M., et al., 1984, Des lieux pour accueillir la folie, *Perspectives psychiatriques*, 22, n° 3, 206-219.
- BPND, et al., 1989, A Comparison of Two Crisis Housing Alternatives to Psychiatric Hospitalization, *Hospital Community Psychiatry*, 40, n° 2, 177-183.
- CHARDIN, D., et al., 1986, Le centre de crise Corbeil, *Information psychiatrique*, 62, n° 8, 951-960.

- COMSTOCK, et al., 1985, Crisis Treatment in a Day Hospital. Impact on Medical Care-seeking, *Psychiatric Clinic North American*, 8, n° 3, 483-500.
- GUBA, Lincoln, 1989, *Fourth Generation Evaluation*, Sage Publications, Beverly Hills.
- KASKEY, G.B., 1984, Development of an Emergency Psychiatric Treatment Unit, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, n° 12, 1220-1222.
- KIRBY, M.W., et al., 1983, Family Crisis Intervention and the Prevention of Psychiatric Hospitalization in *Crisis Intervention*, Human Sciences Press, New York.
- LEAMAN, K., 1987, A Hospital Alternative for Patients in Crisis, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, n° 11, 1221-1223.
- LEBEAU, A., Viens, C., 1991, L'exercice du partenariat! une analyse exploratoire à travers le développement d'un service d'intervention de crise dans le territoire du Haut Richelieu, *Santé mentale au Québec*, vol. 16, n°2, 121-138.
- LEFEBVRE, Y., 1988, *Expérimentation d'une évaluation formative et somatique. L'Entremise: centre de crise en santé mentale*, sous-région est de Montréal, CLSC Hochelaga-Maisonneuve, en collaboration avec Fabienne Coudair, Montréal.
- LEFEBVRE, Y., Coudari, F., 1991, L'Entremise: de l'autonomie à l'emprise... institutionnelle?, *Santé Mentale du Québec*, vol.16, n°2, 289-314.
- LEFEBVRE, Y., LECOMTE, Y., 1986, Une approche cybernético-écologique de la crise, *Pour un réseau autonome en santé mentale*, Colloque organisé par GIFRIC et Cosame, 20-21 novembre 1986, 33-44.
- MC DERMOTT, Gordon, 1984, Delivery of Crisis Services: The emergency psychiatric service system, *Crisis Intervention*, 13, n° 2, 55-60.
- MC GEE, 1974, *Crisis Intervention in the Community*, University Park Press, Baltimore.
- MENDONCA, J.D., 1979, Two Problems in Crisis Intervention: Quality Control and Limited Resources, *Ontario Psychologist*, 11, n° 2, 5-9.
- MSSS, 1989, *Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- NEWMAN, F., et al., 1979, Decision Versus Policy in Crisis Intervention, *American Journal of Community Psychology*, 7, n° 5, 543-562.
- NGUYEN, M.T., 1989, *Recherche évaluative des services d'interventions psychosociales de l'ouest de l'île*, en collaboration avec Céline Mercier, Nicole Perreault, François Ste-Marie, Montréal.
- PALMER, et al., 1979, An Evaluation of Traditional and Alternative Mental Health Facilities, *Journal of Community Psychology*, 7, n° 4, 324-327.

- PATTON, M.Q., 1987, *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*, Sage Publications, Beverly Hills.
- PATTON, M.Q., 1983, *Qualitative Evaluation Methods*, Sage Publications, Beverly Hills.
- PÉLADEAU, N., MERCIER, C., 1989, *Évaluation d'implantation du centre de crise du sud-ouest: synthèse du rapport final*, Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal.
- PÉLADEAU, N., Mercier, C., Couture, GL., Les centres de crise et les services en santé mentale: l'expérience du Sud-Ouest de Montréal, *Santé Mentale au Québec*, vol. 16, n°2, 267-288.
- PERRAULT, F., 1991, *Étude évaluative par entrevues semi-structurées: le vécu des résidents et résidentes d'un centre de crise*, Mémoire présenté à l'Université du Québec à Montréal, Montréal.
- PUTMAN, et al., 1986, Innovative Outreach Services for the Homeless Mentally Ill, *International Journal of Mental Health*, 14, n° 4, 112-124.
- RATNA, L., 1982, Crisis Intervention in Psychogeriatrics: A Two-Year Follow-up Study, *British Journal Psychiatry*, 141, 296-301.
- STEER, R.A., et al., 1979, Prediction of Multiple Visits by a Community Mental Health Center's Psychiatric Emergency Home Visiting Team, *Community Mental Health Journal*, 15, n° 3, 214-218.
- ST-PIERRE, R., DROUIN, I., 1991, *Rapport d'évaluation des programmes du centre de crise Tracom*, Montréal.
- TUFNELL, G., et al., 1985, Home Assessment and Treatment in a Community Psychiatric Service, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, n°1, 20-28.
- VINEY, L.L., et al., 1985, Crisis-intervention Counseling: An Evaluation of Long — and Short-term Effects, *Journal of Counseling Psychology*, 32, n° 1, 29-39.
- WEISMAN, G.K., 1985, Crisis-oriented Residential Treatment as an Alternative to Hospitalization, *Hospital Community Psychiatry*, 36, n° 12, 1302-1305.

ABSTRACT

Experiences and Perceptions of Clients of Crisis Centres

The article presents the results of a series of semi-directed interviews conducted with fifty former clients of a crisis centre. Collected data relate to the experiences of residents and their appreciation of services supplied, to the social workers and to results of intervention carried out by the centre.